

# การป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

## Recurrent Prevention for Stroke Survivors

จุฑาทิพย์ เทพสุวรรณ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม  
serennia@webmail.npru.ac.th

### บทคัดย่อ

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมาก ยิ่งเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำบ่อยครั้ง ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตและมีความพิการมากขึ้น รวมทั้งระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายและทรัพยากรต่าง ๆ ของโรงพยาบาลมากขึ้น การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำจึงเป็นสิ่งสำคัญ สามารถทำได้โดยการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย หยุดสูบบุหรี่และงดดื่มสุรา การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง สิ่งสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือ การสร้างการตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคและการทำให้พฤติกรรมนั้นคงทนและยืนนาน ซึ่งพยาบาลต้องมีส่วนในการกำหนดหรือแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับการเป็นอยู่หรือการดำรงชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงลักษณะปัจจัยเสี่ยงของแต่ละคน

**คำสำคัญ:** โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ การป้องกัน

### Abstract

Recurrent stroke is a leading cause of death and disability of patients. Which it take a long time of admission in hospital and more expenses. The secondary prevention for recurrent stroke is necessary. Patients can prevent recurrent stroke by change behavior which is the risk factor of stroke such as change eat food, exercise, stop smoking and drinking, control risk disease. The changing behaviors is necessary to promote patient's awareness about risk factor and make that behaviors to a long time. Therefore, the nurse must advise patients to make good behavior which suitable and that change of these behaviors depends on the risk of individual.

**Keywords:** stroke, recurrent stroke, prevention

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของประเทศไทย และมีอัตราการตายสูงสุดในระหว่าง 5 โรคไม่ติดต่อซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยจากการศึกษาของณัฐญา ศิริธรรม และสมศักดิ์ เทียมเก่า (2552) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจำนวน 494 คน เป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 80 คน หรือร้อยละ 16.19 มีอายุเฉลี่ย 68.32 ปี ซึ่งการเป็นโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำจะมีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยพบว่าเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะในประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2558) รวมทั้งเกิดภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เองต้องนอนบนเตียงตลอดเวลา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะลิ้นเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ด้านภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาก็เพิ่มตามขึ้นมาด้วย ในแต่ละปีมีการสูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 20,632 ล้านบาทต่อปี โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยนอก มีค่าใช้จ่าย 1,629 บาทต่อราย ผู้ป่วยใน มีค่าใช้จ่าย 29,571 บาทต่อราย (เนติมา คูณีย์, 2557) เห็นได้ว่าการเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและประเทศเป็นอย่างมาก ยิ่งเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำบ่อยครั้ง ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตและมีความพิการมากขึ้น รวมทั้งระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เสียค่ารักษาและทรัพยากรต่าง ๆ ของโรงพยาบาลมากขึ้น ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำจึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างมากในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

## อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง คือความผิดปกติของสมอง ที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดและ เกิดหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก (WHO, 2006) ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่แล้ว มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้มากกว่าคนปกติและอัตราเสียชีวิตในระยะแรกที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในครั้งที่ 2 สูงถึงร้อยละ 56.2 ส่วนการเกิดซ้ำในครั้งที่ 3 อัตราเสียชีวิตจะสูงถึงร้อยละ 80 ซึ่งความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำเท่ากับร้อยละ 16 และความเสี่ยงกลับมาเป็นซ้ำจะสูงขึ้นตามระยะเวลาที่เคยเป็นในบุคคลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ณัฐญา ศิริธรรม และสมศักดิ์ เทียมเก่า, 2552) โดยระยะเวลาในการกลับเป็นซ้ำมีตั้งแต่ 1-5 ปี (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2554) ดังนั้นจะพบได้ว่าอัตราในผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวและโรคสมองขาดเลือด จะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ตั้งแต่วัย 2 วันและเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยร้อยละ 3 - 10 ใน 30 วันแรก ร้อยละ 16.6 ใน 3 เดือน ร้อยละ 10 - 20 ในระยะเวลา 90 วัน ร้อยละ 5 ใน 6 เดือน ร้อยละ 5 - 14 ใน 1 ปี ร้อยละ 18.1 ใน 4 ปี ร้อยละ 25 - 40 ใน 5 ปี เห็นได้ว่าจะระยะเวลาในการกลับเป็นซ้ำมีตั้งแต่ 1-5 ปี (ณัฐญา ศิริธรรม และสมศักดิ์ เทียมเก่า, 2552; สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2554; สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2556; WHO, 2015; Kocaman et al., 2015; Zhang et al., 2015; Kok et al., 2016)

## ปัจจัยเสี่ยงการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำสัมพันธ์กับพฤติกรรมดำรงชีวิต เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมและการไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น (Lawrence et al., 2010) และโรคที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดตีบหรือแข็ง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไขมันในเส้นเลือดสูง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558) รวมทั้งการดื้อยาแอสไพริน (ณัฐญา ศิริธรรม และสมศักดิ์ เทียมเก่า, 2552) ดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตที่สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 3-17 เท่า เนื่องจากระดับความดันโลหิตที่สูงจะมีผลให้หลอดเลือดมีการหนาและแข็งตัวมากขึ้นจากการศึกษา พบว่า สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำของผู้ป่วยที่สำคัญคือภาวะควบคุมความดันโลหิตไม่ดีและภาวะดื้อ

ต่อยาแอสไพริน โดยมีสาเหตุจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ดี ร้อยละ 33.75 (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2554) ดังนั้นจึงควบคุมความดันโลหิตได้มากจะลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ดีขึ้น

2. โรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดปกติเมื่ออดอาหารควรเท่ากับ 100-120 มก./ดล. การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัว ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ (สถาบันประสาทวิทยา, 2557) โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำประมาณร้อยละ 9 และเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 3 เท่า (Lambert, 2011)

3. ไขมันในเลือดสูง โดยสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมาจากการควบคุมระดับไขมันในเลือดไม่ดีร้อยละ 20 และเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 1.5 เท่า ในผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยา statins ช่วยลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 29 ซึ่งสมศักดิ์ เทียมเก่า (2554) พบว่าสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมาจากการควบคุมระดับไขมันในเลือดไม่ดีร้อยละ 20

4. โรคหัวใจ พบว่าผู้ที่มีภาวะ Atrial fibrillation ซึ่งไม่มีโรคอื่นหัวใจร่วมด้วยมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 5 เท่าของคนปกติ นอกจากนี้อาจจะทำให้เกิดอัตราการหลุดลอยของลิ่มเลือดสูง ซึ่งเมื่อลิ่มเลือดหลุดลอยไปอุดตันเส้นเลือดสมอง ทำให้สมองเกิดการตายเนื่องจากขาดออกซิเจน (กิ่งแก้ว ปาจริย, 2550)

5. ขาดการออกกำลังกาย เพราะการออกกำลังกายจะเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองและลดระดับไขมัน ลดความดันโลหิต และเร่งการเผาผลาญอาหารทำให้ไม่อ้วน การออกกำลังกายด้วยความแรงปานกลางอย่างสม่ำเสมอช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้ ดังนั้นควรมีการออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที เป็นประจำเกือบทุกวัน (Brown et al., 2002) จะช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

6. การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น เช่น การรับประทานอาหารรสเค็ม มีน้ำหนักเกิน ดื่มน้ำมาก เป็นต้น และอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่รับประทานผักและผลไม้ 3-5 ส่วนต่อวันสามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 6 (Meschia et al., 2014)

7. การสูบบุหรี่ เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 2 เท่า ซึ่งผลของบุหรี่ทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแข็งตัว และ ภาวะเลือดแข็งตัวเร็วทำให้ปริมาณของออกซิเจนในหลอดเลือดลดลง เกิดเลือดหนืดและไม่สามารถไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ได้เพียงพอ ซึ่ง Kurth (2006) พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 450 ราย โดยในจำนวนนี้มี 356 รายเป็นโรคสมองขาดเลือดไปเลี้ยง 90 ราย เป็นโรคเส้นเลือดสมองแตก และ 4 รายไม่แน่ชัด ซึ่งมีปัจจัยที่สัมพันธ์คือการสูบบุหรี่

8. มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว โดยพบผู้ที่มีอาการสมองขาดเลือดชั่วคราว 1 ใน 5 คน มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ภายในระยะเวลา 3 เดือน และพบว่าโดยส่วนใหญ่ของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวจะพบใน 2 - 3 วัน แรกหลังจากมีอาการของสมองขาดเลือดชั่วคราว (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2556)

นอกจากปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวมาข้างต้นแล้วยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น ภาวะดื้อต่อยาแอสไพริน การดื้อต่อยาต้านเกร็ดเลือดอื่น ๆ ผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษาและรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้ขาดยา โดยคิดว่าอาการดีขึ้นแล้ว ไม่เป็นอะไรแล้ว หายดีแล้ว และไม่ต้องรับประทานยาอีก จึงไม่ได้รับประทานยาต่อ ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ (ณัฐญา ศิริธรรม และสมศักดิ์ เทียมเก่า, 2552; สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2554; นันทิยา แสงทรงฤทธิ์และคณะ, 2557; ปัทิตา ทรวงโพธิ์, 2557) แสดงให้เห็นว่าสาเหตุการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ คือ การไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Slark, 2010)

### การป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ลอเรนซ์และคณะ (2012) พบว่าวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับซ้ำได้แก่ การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด ภาวะอ้วนและการรับประทานยาไม่พอเหมาะ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการขาดการ

ออกกำลัง ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพการปรับวิถีการดำเนินชีวิตมีส่วนช่วยลดโอกาสในการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ดังนี้

### 1. ปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

การบริโภคอาหารหรือการปรับพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมจะช่วยลดระดับความดันโลหิต น้ำตาลในกระแสเลือดและระดับไขมันในกระแสเลือดซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำได้ โดยควรปรับพฤติกรรมดังนี้

1.1 ควบคุมระดับความดันโลหิต โดยการควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารต้านความดันโลหิตสูง (DASH diet) จะช่วยลดความดันโลหิตได้ โดยอาหารต้านความดันโลหิตสูงได้แก่ อาหารประเภทผัก ผลไม้ที่ให้โพแทสเซียมสูง นม และผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ อาหารที่ให้แคลเซียมสูง ถั่ว ธัญพืชต่าง ๆ จำกัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และจำกัดโซเดียมไม่เกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน (Appel et al., 2003)

1.2 รับประทานผักสดมีอะลู 2 ฝ่ามือพูน หรือ ผักสุกมีอะลู 1 ฝ่ามือพูน ผลไม้ไม่หวานจัด 15 คำต่อวันและควรรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ถั่ว ข้าวซ้อมมือ เป็นต้น

1.3 ลดอาหารไขมันสูง ลดรับประทานไขมันที่มาจากสัตว์และผลิตภัณฑ์สัตว์ เช่น เนื้อ นม เนย ลดรับประทานของทอด อาหาร เครื่องดื่มที่มีไขมันสูง งดรับประทานเบเกอรี่ เช่น คุกกี้ เค้ก หรือของทอดซ้ำ ควรใช้น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว ถั่วลิสงแทน และ รับประทานไขมันจากปลา ทั้งปลาทะเลและปลาน้ำจืด

1.4 ลดอาหารเค็มหรือมีเกลือโซเดียมสูงโดยควรจำกัดโซเดียมไม่เกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งเท่ากับ น้ำปลา 7 ช้อนชา หรือเกลือ 1.8 ช้อนชาต่อวัน จะลดความดันซิสโตลิก (Systolic) ลง 5.6 มิลลิเมตรปรอท (He et al., 1999) ดังนั้นควรลดรับประทานอาหารที่มีรสเค็มลงครึ่งหนึ่ง และลดเครื่องดื่มที่มีรสเค็มลง เช่น เครื่องดื่มผสมเกลือแร่ ไม่เติมน้ำปลาซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว กะปิ ผงชูรส ของสำเร็จรูป ในอาหาร รับประทานอาหารและผลไม้สด แทนอาหารเครื่องดื่มสำเร็จรูป

1.5 ลดอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานหรือน้ำตาลสูง หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำผลไม้ ลดรับประทานน้ำตาลไม่เกินวันละ 4 ถึง 6 ช้อนชา

1.6 การควบคุมน้ำหนัก ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Ovbiagele, 2011) ดังนั้นคนที่อ้วนจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ซึ่งในคนไทยควรมีน้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 18.5 – 22.9 กก./ม<sup>2</sup> นอกจากนี้ในการประเมินภาวะอ้วนลงพุงโดยการวัดเส้นรอบเอวผ่านสะดือในเพศชายไม่ควรเกิน 36 นิ้ว (90 ซม.) ผู้หญิงไม่ควรเกิน 32 นิ้ว (80 ซม.)

### 2. การออกกำลังกาย

สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (AHA, 2016) ได้แนะนำว่าควรมีการออกกำลังกาย เช่นแบบแอโรบิคแบบออกแรงปานกลาง อย่างน้อยวันละ 30 นาที เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ รวมเป็น 150 นาที หรือแอโรบิคแบบแข็งแรง อย่างน้อย 25 นาทีเป็นเวลา 3 วันต่อสัปดาห์รวมเป็น 75 นาที ดังนั้นควรมีการออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที เป็นประจำเกือบทุกวัน (Brown et al., 2002) จะช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำโดยเป้าหมายของการออกกำลังกายในระยะแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและฟื้นฟูการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป้าหมายต่อมาเมื่ออาการเริ่มคงที่จะเริ่มให้ออกกำลังกายเพื่อให้การทำกิจกรรมต่าง ๆ กลับมาใกล้เคียงกับก่อนป่วย เป้าหมายสุดท้ายเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Sandra et al., 2014)

### 3. การหยุดสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด

การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะส่งผลต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ซึ่งการที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณมากจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การแข็งตัวของเลือดช้าลง ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง ( Lambert, 2011) ซึ่งในผู้ชายไม่ควรดื่มเกิน 2 ดื่มมาตรฐาน ในผู้หญิงไม่ควรเกิน 1 ดื่มมาตรฐาน การสูบบุหรี่ทำให้

ความดันซิสโตลิกต่างกัน 2 มิลลิเมตรปรอท ในคนที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ (Primatesta et al., 2001) ดังนั้นการหยุดดื่ม หยุดสูบบุหรี่ จะลดโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้

4. การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงคือควบคุมความดันโลหิตสูง ควบคุมเบาหวาน โดยการควบคุมอาหารและรับประทานยาต่อเนื่อง และติดตามระดับน้ำตาลอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมระดับไขมันในเลือด โดยควบคุมให้ระดับไขมัน เอช ดี แอล ให้มากกว่า 35 mg/dl ส่วนไขมันเลว แอล ดี แอล ควรน้อยกว่า 110 mg/dl

5. การรับประทานยาต้านเกร็ดเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งฉันทฤษฎี ศิริธรรม และสมศักดิ์ เทียมเก่า (2552) พบว่าร้อยละ 21.25 ของผู้ที่ขาดยาจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้

ดังนั้นพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำโดยสรุปมี 3 ประการคือ 1) การออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร 2) การงดสารเสพติดต่าง ๆ เช่น เหล้า บุหรี่ 3) การป้องกันโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ (Prochaska et al., 2011) จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองควรปรับพฤติกรรมการดำรงชีวิตของตนเอง มีการมาตรวจตามนัดทุกครั้งและรับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีอย่างต่อเนื่องจะได้รับการรักษาและป้องกันตั้งแต่นั้น ๆ

### การสร้างการตระหนักรู้เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องให้ความรู้กับผู้ป่วยในทุกด้านให้ครอบคลุมทั้งในด้านการเฝ้าระวังอาการเตือน การป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรครวมถึงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงของโรครวมทั้งรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ผู้ป่วยก็จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น แต่หากมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องในการดูแลตนเองก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อีก พยาบาลต้องมีส่วนในการกำหนดหรือแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับการเป็นอยู่หรือการดำรงชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงลักษณะปัจจัยเสี่ยงของแต่ละคน (Bergman, 2011) ดังนั้นแนวทางในการพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำจึงควรเริ่มตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ถึงสาเหตุ ปัญหาของตนเองและวางแผนในการจะปรับพฤติกรรมของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ มีงานวิจัยหลายเรื่องที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้นเมื่อได้รับการสอนในเรื่องของโรคและการป้องกันการเกิดโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่ม การแจกคู่มือการดูแลตนเอง รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่หรือการใช้โทรศัพท์สอบถามอาการอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการรับรู้ดีขึ้น เกิดการตระหนักรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำและประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ซึ่งเมื่อเกิดการตระหนักรู้และเกิดความเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นมีประโยชน์จะทำให้บุคคลมีการปรับพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น (วัลลยา ทองน้อย, 2554; วัฒนศักดิ์ สุขใส, 2555; ชลธิชา กาวโรตอง, 2555) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากระบวนการในการสร้างการตระหนักรู้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำมีหลากหลายวิธีดังนี้

1. การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง โดยการสอนถึงความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะก่อให้เกิดโรครวมทั้งแนวทางในการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง

2. การให้โปรแกรมสุขศึกษาและติดตามเยี่ยมบ้าน โดยโปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วยการบรรยาย มีภาพพลิก การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม ใช้การอภิปรายกลุ่ม พร้อมแจกแผ่นพับ คู่มือในการดูแลตนเองและจัดให้มีการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคอยติดตามและให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง

3. การสอนเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและติดตามทางโทรศัพท์ โดยหลังจากที่มีการสอนแล้วจะมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นระยะ ๆ เพื่อคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวตามที่ได้รับการสอนและหากมีปัญหาก็สามารถให้คำแนะนำหรือช่วยแก้ปัญหาได้

4. การจัดกิจกรรมการให้ความรู้โดยให้วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางการป้องกัน

จากนั้นจัดให้มีการประชุมกลุ่มร่วมกันอภิปราย และรณรงค์ในชุมชนโดยผู้นำชุมชน และมีการกระจายข่าวทางหอกระจายข่าว รวมทั้งให้ผู้ป่วยมีการบันทึกพฤติกรรมของตนเองขณะอยู่ที่บ้านเพื่อเป็นการเตือนตนเองว่าต้องมีพฤติกรรมที่ถูกต้องหรือไม่

5. การบรรยายประกอบวีดิทัศน์ การสาธิตวิธีการดูแลตนเองร่วมกับกระบวนการกลุ่ม การให้แรงสนับสนุนทางสังคม แจกคู่มือ การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ซึ่งการที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมที่ต่อเนื่องและยาวนานได้และต้องเน้นให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ เกิดเจตคติที่ดี มีการปรับทัศนคติความเชื่อในเรื่องเดิมของตนเองเสียก่อนและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยในการเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองรวมทั้งฝึกทักษะการดูแลตนเองที่ครอบคลุมเรื่องอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์ และมีการติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (พรฤดี นิธิรัตน์ และคณะ, 2557; รัตนาภรณ์ ศิริเกศ, 2558)

## บทสรุป

โรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตตามมา และในผู้ที่รอดชีวิตก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อีก ดังนั้นการสร้างความรู้ให้แกผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิตของตนเองให้ดีขึ้นจะช่วยให้ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำลดลงได้

## เอกสารอ้างอิง

- กิ่งแก้ว ปาจริย. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : เอ็น.พี.เพรส.
- ชลธิชา กาวไสง. (2555). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณัฐธิญา ศิริธรรม และ สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2552). วารสารอายุรศาสตร์อีสาน. Causes and Risk Factors of Recurrent Thrombotic Stroke in srinagarind Hospital. 5 (3). 154-175.
- นันทิยา แสงทรงฤทธิ์และคณะ. (2557). ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน. พยาบาลสาร 41. 41 (2).
- เนติมา คูณีย์ (บรรณาธิการ). (2557). การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรุงเทพฯ : อาร์ท ควอลิตี้.
- ปัทิตตา ทรวงโพธิ์. (2557). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรฤดี นิธิรัตน์ และคณะ. (2557). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ที่อ้วนและมีไขมันในเลือดสูง ในจังหวัดจันทบุรี: กรณีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. การประชุมวิชาการระดับชาติ ราชภัฏสุราษฎร์ธานีวิจัย ครั้งที่ 10.
- รัตนาภรณ์ ศิริเกศ. (2558). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- วัฒนศักดิ์ สุกใส. (2555). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- วัลลยา ทองน้อย. (2554). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง(อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 6.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2554). วารสารอายุรศาสตร์อีสาน. Recurrent ischemic stroke in Srinagarind Hospital. 6 (3). 31-38.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2558). **ปีสุขภาพที่สูญเสีย**. กรุงเทพฯ : สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2556). **ประเด็นสารวันรณรงค์อัมพาตโลกปี พ.ศ. 2556 (ปี งบประมาณ 2557)**. ค้นเมื่อ 9 มิถุนายน 2559, จาก [www.thaincd.com](http://www.thaincd.com).
- American Heart Association. (2016). **Cardiovascular disease & Diabetes**. Retrieved on: 29 January 2018, from [http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Diabetes/WhyDiabetesMatters/Cardiovascular-Disease-Diabetes\\_UCM\\_313865\\_Article.jsp#.WBiqGfP\\_rIU](http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Diabetes/WhyDiabetesMatters/Cardiovascular-Disease-Diabetes_UCM_313865_Article.jsp#.WBiqGfP_rIU).
- Appel, L.J., et al. (2003). **Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial**. Retrieved November 8, 2016, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12709466>.
- Bergman, D. (2011). Preventing recurrent cerebrovascular events in patients with stroke or transient ischemic attack: The current data. **Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners**, 23(12), 659-666.
- Brown, K.M., et al. (2002). **Physical and health: an interactive approach**. USA : courier.
- He, J., et al. (1999). **Dietary sodium intake and subsequent risk of cardiovascular disease in overweight adults**. Retrieved November 8, 2016, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10591385>.
- Kocaman, G., et al. (2015). Recurrent ischemic Stroke Characteristics and Assessment of Sufficiency of Secondary Stroke Prevention. **Archives Of Neuropsychiatry / Noropsikiatri Arsivi**, 52 (2), 139-144.
- Kok Wai, G., et al.(2016). Trends in risk of recurrence after the first ischemic stroke in adults younger than 55 years of age in Sweden. **International Journal Of Stroke**. 11 (1), 52-61.
- Lambert, M. (2011). AHA/ASA Guidelines on Prevention of Recurrent Stroke. **Stroke**. 83 (8), 993-1001.
- Lawrence, M., et al. (2010). What is the evidence for using family based interventions to prevent stroke recurrence. **Nursing times**. 106 (11).
- Lawrence, M., et al. (2012). The effectiveness of secondary prevention lifestyle interventions designed to change lifestyle behavior following stroke: summary of a systematic review. **International Journal of Stroke**. 7 (3).

- Ovbiagele, B. (2011). **Obesity and recurrent vascular risk after a recent ischemic stroke**. Retrieved November 8, 2016, from <http://stroke.ahajournals.org/content/strokeaha/42/12/3397.full.pdf>
- Primatesta, P., Falaschetti, E., Gupta, S., Marmot, M.G. & Poulter, N.R., (2001). **Association between smoking and blood pressure evidence from the health survey for England**. Retrieved November 16, 2016, from <http://hyper.ahajournals.org/content/37/2/187>.
- Prochaska, J. J., & Prochaska, J. O. (2011). A Review of Multiple Health behavior Change interventions for primary prevention. **American Journal of Lifestyle medicine**. 5 (3), 208-211.
- Sandra, A.B. et al. (2014). Physical Activity and exercise Recommendations for Stroke Survivors. **Stroke Journals**. 45 (8), 2532-2553.
- Slark, J. (2010). Adherence to secondary prevention strategies after stroke: A review of the literature. **British Journal of Neuroscience Nursing**, 6 (6).
- World Health Organization. (2006). **STEPS Stroke Surveillance**. Retrieved June 2, 2016, from [http://www.who.int/chp/steps/Section1\\_Introduction.pdf](http://www.who.int/chp/steps/Section1_Introduction.pdf).
- Zhang, C., et al. (2015). Prediction Factors of Recurrent Ischemic Events in One Year after Minor Stroke. **Plos ONE**, 10 (3), 1-12.