

ความชุกและองค์ประกอบของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม
ของประชาชนชุมชนคลองโยง จังหวัดนครปฐม*
The Prevalence and Components of Metabolic Syndrome among
People in Klong-Yonge Community, Nakhon Pathom Province

พันเอกหญิง ดร. นงพิมล นิมิตรอนันท์**
นิตยา ธนอมศักดิ์ศรี***
นฤมล กล่อมจิตเจริญ****
บุษราคม จิตอารีย์*****

บทคัดย่อ

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม หรือโรคอ้วนลงพุง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยเนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางในกลุ่มประชาชนที่มารับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในชุมชนตำบลคลองโยง อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม จำนวน 103 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับองค์ประกอบของโรคอ้วนลงพุง เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและแบบคัดกรองกลุ่มโรคเมตาบอลิก ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองด้วยการตรวจร่างกาย

เบื้องต้น ได้แก่ การชั่งน้ำหนักตัว วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิตและการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแบบเจาะปลายนิ้วโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยและองค์ประกอบโรคอ้วนลงพุง ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดและค่าดัชนีมวลกาย ข้อมูลที่สมบูรณ์และนำมาใช้ในการวิเคราะห์เชิงสถิติมีจำนวน 95 ชุด

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.40) และเพศชาย (ร้อยละ 32.60) อายุระหว่าง 44-88 ปี ($x = 68.02$; $SD = 8.96$) พฤติกรรมเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอและไม่ออกกำลังกายเลย (ร้อยละ 76.80) มีน้ำตาลในเลือดสูง (ร้อยละ 25.30) มีระดับความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 32.60) และค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 37.90) เมื่อวิเคราะห์ความชุกขององค์ประกอบ

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประธานสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธมณฑล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เทศบาลท่าเรือพระแท่น จังหวัดกาญจนบุรี

***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองโยง 1 อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

โรคอ้วนลงพุง พบว่ามีผู้ที่มีองค์ประกอบร่วม 2 ใน 3 ข้อจำนวน 28 รายและมีผู้ที่มีองค์ประกอบครบ 3 ข้อจำนวน 3 ราย อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและองค์ประกอบทั้ง 3 ข้อนี้พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัย

เสนอแนะให้มีการเร่งรณรงค์จัดโครงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะการป้องกันภาวะอ้วนและอุปนิสัยในการทำกิจกรรมประจำวันเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด

Abstract

Metabolic syndrome (MetS) is a combination of factors that multiply a person's risk for cardiovascular disease. It has been a highlighted public health issues worldwide, as well as in Thailand. The prevalence and relation between risk factors and MetS components were estimated through the cross-sectional study. The data were collected from 103 people who utilized screening services from Health Promoting Hospital in Klong-Yonge community in Nakhon Pathom province. Research instruments consisted of questionnaires of personal data, health-risk behaviors, medical history and MetS screening tool. (The National Health Security Office). The baseline physical examination such as included body weight, height, blood pressure and blood sugar test before meal (capillary blood glucose). The diagnostic criterias of MetS and its

components were based on level of blood pressure, blood sugar and body mass index (BMI). The complete data from 95 people aged from 44 to 88 (\bar{X} = 68.02; SD = 8.96; women 67.40% men 32.60 %) were analyzed.

The results showed that the most common risk factors were inadequate exercise (76.80%), high level of blood sugar (25.30%), high level of blood pressure (32.60%), and over BMI (37.90%), respectively. There were 28 subjects with 2 MetS components, and 3 subjects with 3 MetS components. However, those risk factors and MetS components were not associated significantly. These results suggested that a lifestyle modification program, particular focuses on obesity and sedentary life habits particularly, should be provided for this risk group in order to reduce incidence of cardiovascular disease.

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) หรือ "โรคอ้วนลงพุง" เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญมากในปัจจุบันเนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในกระแสเลือดผิดปกติ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

และโรคมะเร็ง (ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ และ ชีระ ไพรัช วิสุทธิ์, 2551) มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากเป็นกลุ่มโรคที่เป็นภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและเป็นการสูญเสียปีสุขภาวะ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555; Haffner Et al., 1992: 715-22; Isomaa Et al.,

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๓ (กันยายน - ธันวาคม) ๒๕๕๖

2001: 683-9) โดยเฉพาะโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรโลกและอีกหลายประเทศ (Grundy Et al., 2008: e13-8) นับเป็นความตื่นตัวของนักวิชาการสุขภาพทางคลินิก พฤติกรรมสุขภาพและสาธารณสุขในการร่วมกันพัฒนาองค์ความรู้เพื่อได้แนวทางปฏิบัติที่ดีในการป้องกันการคุกคามจากโรคอ้วนลงพุงนี้

สหพันธ์เบาหวานนานาชาติคาดการณ์ไว้ว่า ปัจจุบันมีประชากรโลกประมาณร้อยละ 20 - 25 อยู่ในในกลุ่มอาการนี้ และเชื่อว่าผู้ป่วยโรคอ้วนลงพุงจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือด

เลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า โดยมีโอกาสเสียชีวิต จากโรคใดโรคหนึ่งดังกล่าวมากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า (Alberti Et al., 2009 : 1640-5; International Diabetes Federation, 2006) สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Heart Association: AHA, 2010: Lloyd-Jones Et al., 2010 : e46-e215)) ได้คาดการณ์ว่าประชาชนมากกว่า 50 ล้านคนมีภาวะนี้โดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ ภาวะอ้วน (Carr Et al., 2004: 2087-94) และจะมีจำนวนมากขึ้นในวัยผู้ใหญ่อายุ 45-64 ปี ร้อยละ 40 และมากกว่าอายุ 65 ปี จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูงและจะเพิ่มขึ้นในผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุ ฮอร์โมนไม่สมดุล และการดื้อของอินซูลินในเนื้อเยื่อซึ่งสัมพันธ์กับภาวะอ้วนและความชุกส่วนใหญ่จะพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคอ้วนลงพุงที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันนี้มาจากหลายสถาบัน อาทิ เกณฑ์ของ Nation Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel 3 (NCEP-ATP III) (2002) สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation หรือ IDF) ซึ่งนิยมใช้ในยุโรปและสหรัฐอเมริกา ในขณะที่องค์การอนามัยโลก (WHO, 2004) และนักวิชาการอื่นๆ ได้ทำการศึกษาเพื่อเสนอเกณฑ์ที่เหมาะสมกับคนไทย (Tan Et al.,

2004: 27:1728-34) และคนไทยโดยเฉพาะ (Pongchaiyakul Et al., 2006: 293-9; ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล และคณะ, 2007: 459-67; รวมพร นาคะพงศ์: บรรณานิติการ, 2553) เนื่องจากเกณฑ์หรือองค์ประกอบของโรคอ้วนลงพุง (Components of metabolic syndrome) และปัจจัยเสี่ยงมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศหรือภูมิภาค ในภาพรวมแล้วเกณฑ์หรือองค์ประกอบเหล่านี้มีความแตกต่างกันเล็กน้อย ได้แก่ ภาวะอ้วน (น้ำหนักตัวและ/หรือค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติ) มีระดับไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride : TG) ในเลือดสูง มีระดับไขมันแบบเอช ดี แอล คอเลสเตอรอล (High density lipoprotein-cholesterol หรือ HDL-C) ในเลือดต่ำ มีระดับความดันโลหิตสูง และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์แนวโน้มของอุบัติการณ์โรคอ้วนลงพุง พบว่าสูงขึ้นคล้ายคลึงกันในภูมิภาคทั่วโลก (Ford, 2005: 2745-9; Freire Et.al., 2005 : 1779-85; Tan ET al., 2004: 1728-34; Choo, 2002:235; Cheepudomwit Et al.,2003: 87-97) ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น มีรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2546 - 2547) (เขารัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตน์พันธุ์: บรรณานิติการ, 2549) และครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551 -2552) (วิชัย เอกพลการ: บรรณานิติการ,(2553) รวมทั้งรายงานการศึกษานานๆ พบว่ามีอุบัติการณ์และความเสี่ยงสูงขึ้นเช่นกัน (ศิวกพร พรตระกูลพิพัฒน์ และคณะ, 2554: Aekplakorn, Et al., 2011: 792-800) ผลกระทบคือเมื่อประเทศไทยมีผู้ป่วยโรค เบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวนมาก ทำให้ประเทศต้องเสียค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพสูงถึงปีละ308,337 ล้านบาทต่อปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายและยุทธศาสตร์สำคัญในการรณรงค์และกระตุ้นให้ประชาชนกลุ่มที่เสี่ยงในการปรับวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของตนให้มีการออก

กำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเลือกบริโภคอาหาร ให้ได้สมดุลเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคอ้วนลงพุงเพิ่มขึ้น ในคนไทย (กิตติพิงศ์ คงสมบุรณ์ และสุรเชษฐ์ เลิศฐิติพันธ์, 2553: 145-53; รวมพร นาคะพงศ์: บรรณานุกรม, 2553) อนึ่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่กระจาย อยู่ในทุกตำบลทั่วประเทศนั้นมีแนวทางและขอบเขตการ ให้บริการแก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงนี้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะการจัดบริการเชิงรุกในชุมชนเพื่อค้นหาผู้ที่มี ปัจจัยเสี่ยง การเฝ้าระวัง คัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยง จัดบริการให้ความรู้และสนับสนุน ให้มีการปรับ พฤติกรรมตามลักษณะของกลุ่มเสี่ยง (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2552 : 92)

อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม เป็นพื้นที่ที่มีแนวโน้มประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีการคมนาคมที่สะดวกขึ้นและเป็นเขต ติดต่อกับกรุงเทพมหานครจึงทำให้วิถีชีวิตของประชาชน เปลี่ยน แปลงจากความเป็นชนบทมาเป็นความเป็นเมือง (Urbanization) มากขึ้น จากสถิติสาธารณสุข จังหวัดนครปฐม 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2548-2550) พบว่ามีผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคอ้วนลงพุง รวมทั้ง ความชุกของโรค เบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครปฐม, 2550) ชุมชนคลองโยง เป็นชุมชนที่อยู่ใน

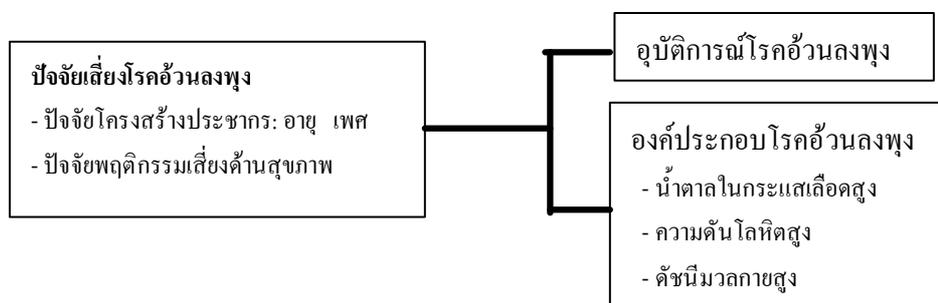
ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลองโยง 1 และสำนักงานสาธารณสุขพุทธมณฑล มีจำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านคลองโยง หมู่ที่ 5 บ้านดอนทอง และหมู่ที่ 6 บ้านคลองโยงใหม่ มีประชากร 3,909 คนและจำนวนหลังคาเรือนทั้งสิ้น 1,007 ครัวเรือน ได้เริ่มดำเนินการตรวจคัดกรองสุขภาพ โดยเน้นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนลงพุง ผู้วิจัย ในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงมีความสนใจศึกษา ปัจจัยเสี่ยงและองค์ประกอบของโรคอ้วนลงพุง เพื่อให้ ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเฝ้าระวังและการ จัดการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังใน ประชาชนกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ความชุกของปัจจัยเสี่ยงของโรคอ้วนลงพุง ได้แก่ ปัจจัยโครงสร้างประชากร และปัจจัย พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ
2. องค์ประกอบของโรคอ้วนลงพุง และความ สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดกรอบแนวคิดในเชิงระบาด วิทยา ในการศึกษาคั้งนี้



นิยามตัวแปร

โรคอ้วนลงพุง หรือ ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) หมายถึง กลุ่มความผิดปกติที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งพบร่วมกันได้บ่อย ในที่นี้ ประกอบด้วย 1 ใน 3 องค์ประกอบเป็นอย่างน้อย ได้แก่ 1) ระดับความดันโลหิตสูง (เท่ากับหรือมากกว่า 130/85 มิลลิเมตรปรอท) 2) ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูง (เท่ากับหรือมากกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) และ 3) ค่าดัชนีมวลกายสูง (เท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร²)

ปัจจัยเสี่ยงของโรคอ้วนลงพุง (Risk factors of metabolic syndrome) หมายถึง คุณลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้บุคคลมีโอกาสที่จะมีระดับความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูง และค่าดัชนีมวลกายสูง ได้มากกว่าบุคคลอื่นที่ไม่มีคุณลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยโครงสร้างประชากร ได้แก่ อายุ และเพศ 2) ปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูง ไขมันสูงและโซเดียมสูง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross - sectional study) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปมารับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพตามกรอบภาระงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองโยง 1 ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2555 กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้วิจัยอย่างชัดเจน รวมถึงการแจ้งสิทธิ์การปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวโดยไม่มีผลกระทบใดๆ จากการเข้ารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบผลการตรวจและคำแนะนำด้านสุขภาพจากผู้วิจัยเป็นรายบุคคลโดยไม่เสีย

ค่าใช้จ่ายใดๆ ผู้วิจัยคัดกรองคุณสมบัติเบื้องต้นเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความจำดี มีสติสัมปชัญญะดีและยินดีร่วมในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 103 คน จากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์และการตรวจร่างกายตามแบบตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยงต่อภาวะกลุ่มโรคเมตาบอลิก/โรคอ้วนลงพุง ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช., 2553)

1.1 การสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และลักษณะครอบครัว และส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพและประวัติการเจ็บป่วย

1.2 การตรวจร่างกายโดยการชั่งน้ำหนักตัวและการวัดส่วนสูง นำค่าที่ได้มาคำนวณค่าดัชนีมวลกาย การวัดความดันโลหิตที่แขนในท่านั่งหลังจากกลุ่มตัวอย่างนั่งพักไม่น้อยกว่า 15 นาที ในกรณีที่ค่าความดันโลหิตสูงกว่าปกติ จะให้นั่งพักต่ออีก 15 นาทีแล้ววัดซ้ำทั้งสองแขน การเจาะเลือดที่ปลายนิ้วเพื่อตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด

2. อุปกรณ์การตรวจร่างกาย ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องและใช้เครื่องเดียวกันตลอดการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) เครื่องวัดส่วนสูงและเครื่องชั่งน้ำหนักแบบถ่วงตุ้มน้ำหนัก 2) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอทชนิดตั้งโต๊ะ มีช่วงการวัด 40-240 มิลลิเมตรปรอท อ่านค่าเป็นมิลลิเมตรปรอท 3) สายวัด ชนิดผ้าเคลือบพลาสติก วัดรอบเอวโดยให้สายวัดแนบสนิทกับลำตัวโดยตรง ให้อยู่ที่ระดับขอบกระดูกสะโพก (Iliac crest) โดยให้สายวัดอยู่ในแนวขนานกับพื้น อ่านค่าเป็นเซนติเมตรขณะหายใจออก 4) เครื่องคิดเลข ที่ตรวจสอบถ่านและความเที่ยงตรงแล้ว 5) เครื่องตรวจระดับน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้วและอุปกรณ์การเจาะเลือดแบบปลอดเชื้อและใช้แล้วทิ้ง (Disposable set)

เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์และแบบ

วันที่ทำการคัดกรองทุกชุด พบว่าข้อมูลที่สมบูรณ์และ ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติ สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติได้มีจำนวน 95 เซิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ (Chi-square ชุด จากนั้นผู้วิจัยจัดระเบียบข้อมูล ลงรหัส และวิเคราะห์ test)

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกปัจจัยเสี่ยง (N = 95)

	ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ	≤ 60 ปี	21	22.10
	61 – 70 ปี	33	34.70
	≥ 71 ปี	41	43.20
$\bar{X} = 68.02$; $SD = 8.96$; $Min - Max = 44 - 88$			
2. เพศ	ชาย	31	32.60
	หญิง	64	67.40
3. การสูบบุหรี่	ไม่สูบ	83	87.40
	สูบ	12	12.60
4. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ไม่ดื่ม	79	83.20
	ดื่ม	16	16.80
5. การพฤติกรรมออกกำลังกาย/เล่นกีฬา	ไม่ออกกำลังกายเลย	35	36.80
	ไม่ประจำ/ไม่สม่ำเสมอ	38	40.00
	เป็นประจำ/สม่ำเสมอ	22	23.20
6. การบริโภคอาหารรสหวาน	ไม่รับประทาน	68	71.60
	รับประทาน	27	28.40
7. การบริโภคอาหารรสเค็ม	ไม่รับประทาน	60	63.20
	รับประทานอาหาร	35	36.80
8. การบริโภคอาหารรสมัน	ไม่รับประทาน	73	76.80
	รับประทาน	22	23.20

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 95 คน เมื่อจำแนกตามอายุ เพศและ พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 68.02 ปี ($\bar{X} = 68.02$; $SD = 8.96$) อายุที่น้อยที่สุดคือ 44 ปีและอายุที่มากที่สุดคือ 88 ปี (Min - Max = 44 - 88) กลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุดคือมากกว่า 71 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 43.20) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.40) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 87.40) ไม่บริโภค

เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 83.20) ออกกำลังกายบ้าง ไม่ประจำ/ไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 40.00) และไม่ออกกำลังกายเลย (ร้อยละ 36.80) ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่าส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารรสหวาน (ร้อยละ 71.60) ไม่รับประทานอาหารรสเค็ม (ร้อยละ 63.20) และไม่รับประทานอาหารมัน (ร้อยละ 76.80)

ตารางที่ 2 ความชุกขององค์ประกอบโรคอ้วนลงพุง จำแนกตามเพศ (N = 95)

องค์ประกอบโรคอ้วนลงพุง		รวม n (%)	ชาย n (%)	หญิง n (%)	Chi-square test	p-value
1. น้ำตาลในกระแสเลือด	ปกติ	71 (74.70 %)	23 (24.21 %)	48 (50.53 %)	.007	.932
	สูง	24 (25.30 %)	8 (8.42 %)	16 (16.84 %)		
2. ความดันโลหิต	ปกติ	64 (67.40 %)	21 (22.11 %)	43 (45.26 %)	.003	.957
	สูง	31 (32.60 %)	10 (10.52 %)	21 (22.11 %)		
3. ค่าดัชนีมวลกาย	ปกติ	59 (62.10 %)	16 (16.85 %)	43 (45.26 %)	2.158	.340
	น้ำหนักตัวเกิน	29 (30.53 %)	12 (12.63 %)	17 (17.89 %)		
	โรคอ้วน	7 (7.37 %)	3 (3.16 %)	4 (4.21 %)		
$\bar{X} = 23.81$; $SD = 4.30$; Min - Max = 4.28 - 34.10						
4. น้ำตาลในเลือดสูง + ความดันโลหิตสูง		7 (7.37 %)				
5. น้ำตาลในเลือดสูง + ค่าดัชนีมวลกายสูง		11 (11.58 %)				
6. ความดันโลหิตสูง + ค่าดัชนีมวลกายสูง		10 (10.53 %)				
7. น้ำตาลในเลือดสูง + ความดันโลหิตสูง + ค่าดัชนีมวลกายสูง		3 (3.16 %)				

จากตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์ความชุกขององค์ประกอบโรคอ้วนลงพุง โดยจำแนกตามเพศ พบว่า องค์ประกอบที่ 1 ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดจากการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว (Dextrostix) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำตาลในกระแสเลือดอยู่ในระดับปกติ (เท่ากับหรือน้อยกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)

(ร้อยละ 74.70) โดยผู้หญิงมีระดับน้ำตาลปกติมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 50.53 และร้อยละ 24.21 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม พบผู้ที่มีน้ำตาลในกระแสเลือดสูงกว่าปกติถึง 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 25.30)

องค์ประกอบที่ 2 ระดับความดันโลหิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ (เท่ากับหรือน้อยกว่า 130/85 มิลลิเมตรปรอท) (ร้อยละ 67.40) โดยผู้หญิงมีระดับความดันโลหิตปกติมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 45.26 และร้อยละ 22.11 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม พบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติ (มากกว่า 130/85 มิลลิเมตรปรอท) เกือบ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 32.60) องค์ประกอบที่ 3 ค่าดัชนีมวลกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ (เท่ากับหรือน้อยกว่า 25.00 กิโลกรัม/เมตร²) (ร้อยละ 62.10) โดยผู้หญิงมีค่าดัชนีมวลกายปกติมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 45.26 และร้อยละ 16.85 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม พบผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 37.90) โดยมีน้ำหนัก

ตัวเกิน (Over BMI = 25.01– 30.00 กิโลกรัม/เมตร²) ร้อยละ 30.53 และ และกลุ่มตัวอย่างที่มีทั้งน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงและค่าดัชนีมวลกายสูง 3 ราย (ร้อยละ 3.16) อย่างไรก็ตามเป็นโรคอ้วน (Obesity BMI \leq 30.01 กิโลกรัม/เมตร²) ร้อยละ 7.37 ตามลำดับ ท้ายที่สุด เมื่อวิเคราะห์ความชุกขององค์ประกอบ 2 และ 3 องค์ประกอบร่วมกัน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่มีทั้งน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับความดันโลหิตสูง 7 ราย (ร้อยละ 7.37) กลุ่มตัวอย่างที่มีทั้งน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับค่าดัชนีมวลกายสูง 11 ราย (ร้อยละ 11.58) กลุ่มตัวอย่างที่มีทั้งความดันโลหิตสูงร่วมกับค่าดัชนีมวลกายสูง 10 ราย (ร้อยละ 10.53) อย่างไรก็ตาม เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้ด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยง กับองค์ประกอบโรคอ้วนลงพุง : ระดับน้ำตาลในเลือด (N = 95)

ปัจจัยเสี่ยง		ระดับน้ำตาลในเลือด		Chi-square test	p-value
		ปกติ n (%)	สูง n (%)		
1. อายุ	≤ 60 ปี	17 (17.89 %)	4 (4.21 %)	1.556	.459
	61 – 70 ปี	23 (24.21 %)	10 (10.53 %)		
	≥ 71 ปี	31 (32.63 %)	10 (10.53 %)		
2. เพศ	ชาย	23 (24.21 %)	8 (8.42 %)	.007	.932
	หญิง	48 (50.53 %)	16 (16.84 %)		
3. การสูบบุหรี่	ไม่สูบบุหรี่	61 (64.21 %)	22 (23.16 %)	.538	.724
	สูบบุหรี่	10 (10.53 %)	2 (2.10 %)		
4. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ไม่ดื่ม	60 (63.16 %)	19 (20.00 %)	.365	.540
	ดื่ม	11 (11.58 %)	5 (5.26 %)		
5. การออกกำลังกาย/เล่นกีฬา	ไม่ออกกำลังกาย/เล่นกีฬา	25 (26.32 %)	10 (10.53 %)	.607	.738
	ไม่ประจำ/ไม่สม่ำเสมอ	30 (31.58 %)	8 (8.42 %)		
	เป็นประจำ/สม่ำเสมอ	16 (16.84 %)	6 (6.31 %)		
6. การบริโภคอาหารรสหวาน	ไม่รับประทาน	51 (53.69 %)	17 (17.89 %)	.009	.925
	รับประทาน	20 (23.10 %)	7 (7.37 %)		
7. การบริโภคอาหารรสเค็ม	ไม่รับประทาน	43 (45.27 %)	17 (17.89 %)	.813	.367
	รับประทาน	28 (29.47 %)	7 (7.37 %)		
8. การบริโภคอาหารรสมัน	ไม่รับประทาน	53 (55.79 %)	20 (21.05 %)	.760	.383
	รับประทาน	18 (18.95 %)	4 (4.21 %)		
9. ค่าดัชนีมวลกาย	ปกติ	46 (%)	13 (%)	1.556	.459
	น้ำหนักตัวเกิน	21 (%)	8 (%)		
	โรคอ้วน	4 (%)	3 (%)		

จากตารางที่ 3 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารระหว่างปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ กับองค์ประกอบระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า ปัจจัยอายุ เพศ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารรสหวาน เค็ม และมัน กับระดับน้ำตาลในเลือด มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับองค์ประกอบโรคอ้วนลงพุง : ระดับความดันโลหิต (N = 95)

ปัจจัยเสี่ยง	ระดับความดันโลหิต		Chi-square test	p-value	
	ปกติ n (%)	สูง n (%)			
1. อายุ	≤ 60 ปี	17 (26.20 %)	6 (9.20 %)	1.042	.594
	61 – 70 ปี	13 (20.00 %)	11 (16.90 %)		
	≥ 71 ปี	12 (18.50 %)	6 (9.20 %)		
2. เพศ	ชาย	21 (22.11 %)	10 (10.52 %)	.003	.957
	หญิง	43 (45.26 %)	21 (22.11 %)		
3. การสูบบุหรี่	ไม่สูบบุหรี่	39 (60.00 %)	18 (27.70 %)	.510	.519
	สูบบุหรี่	3 (4.60 %)	5 (7.70 %)		
4. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ไม่ดื่ม	33 (50.80 %)	17 (26.20 %)	.017	.897
	ดื่ม	9 (13.80 %)	6 (9.20 %)		
5. การออกกำลังกาย/เล่นกีฬา	ไม่ออกกำลังกาย/เล่นกีฬา	21 (32.30 %)	9 (13.80 %)	4.035	.133
	ไม่ประจำ/ไม่สม่ำเสมอ	15 (23.10 %)	9 (13.80 %)		
	เป็นประจำ/สม่ำเสมอ	6 (9.20 %)	5 (7.70 %)		
6. การบริโภคอาหารรสหวาน	ไม่รับประทาน	27 (41.50 %)	15 (23.10 %)	1.859	.173
	รับประทาน	15 (23.10 %)	8 (12.30 %)		
7. การบริโภคอาหารรสเค็ม	ไม่รับประทาน	25 (38.50 %)	14 (21.50 %)	.416	.519
	รับประทาน	17 (26.20 %)	9 (13.80 %)		
8. การบริโภคอาหารรสมัน	ไม่รับประทาน	31 (47.70 %)	18 (27.70 %)	2.719	.099
	รับประทาน	11 (16.90 %)	5 (7.70 %)		
9. ค่าดัชนีมวลกาย	ปกติ	38 (40.00 %)	21 (32.30 %)	1.341	.512
	น้ำหนักตัวเกิน	20 (21.05 %)	9 (13.80 %)		
	โรคอ้วน	6 (6.31 %)	1 (1.05 %)		

จากตารางที่ 4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารระหว่างปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ กับองค์ประกอบระดับความดันโลหิต ด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า ปัจจัยอายุ เพศ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่ม

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยง กับความชุกของโรคอ้วนลงพุง (N = 95)

	ปัจจัยเสี่ยง	ปกติ	โรคอ้วนลงพุง	Chi-square test	p-value
		n (%)	n (%)		
1. อายุ	≤ 60 ปี	21 (22.11 %)	-	1.663	.435
	61 – 70 ปี	31 (32.63 %)	2 (2.10 %)		
	≥ 71 ปี	40 (42.11 %)	1 (1.05 %)		
2. เพศ	ชาย	30 (31.58 %)	1 (1.05 %)	.001	.979
	หญิง	62 (65.27 %)	2 (2.10 %)		
3. การสูบบุหรี่	ไม่สูบบุหรี่	80 (96.40 %)	3 (3.60 %)	.448	.563
	สูบบุหรี่	12 (100.00 %)	-		
4. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ไม่ดื่ม	77 (97.50 %)	2 (2.50 %)	.602	.438
	ดื่ม	15 (93.80 %)	1 (6.20 %)		
5. การออกกำลังกาย/เล่นกีฬา	ไม่ออกกำลังกายเลย	35 (100.00 %)	-	4.647	.098
	ไม่ประจำ/ไม่สม่ำเสมอ	35 (92.10 %)	3 (7.90 %)		
	เป็นประจำ/สม่ำเสมอ	22 (100.00 %)	-		
6. การบริโภคอาหารรสหวาน	ไม่รับประทาน	66 (97.10 %)	2 (2.90 %)	.032	.848
	รับประทาน	26 (96.30 %)	1 (3.70 %)		
7. การบริโภคอาหารรสเค็ม	ไม่รับประทาน	58 (96.70 %)	2 (3.30 %)	.016	.898
	รับประทาน	34 (97.10 %)	1 (2.90 %)		
8. การบริโภคอาหารรสมัน	ไม่รับประทาน	70 (95.90 %)	3 (4.10 %)	.934	.334
	รับประทาน	22 (100.00 %)	-		
9. ค่าดัชนีมวลกาย	ปกติ	59 (62.11 %)	-	6.084	.048
	น้ำหนักตัวเกิน	27 (28.42 %)	2 (2.10 %)		
	โรคอ้วน	6 (6.32 %)	1 (1.05 %)		

จากตารางที่ 5 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับความชุกของโรคอ้วนลงพุง พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคอ้วนลงพุงเพียง 3 ราย (ร้อยละ 3.16) ทั้ง 3 รายเป็นผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกิน 2 รายและเป็นโรคอ้วน 1 รายโดย 2 ใน 3 รายนี้เป็นผู้หญิงที่อยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปี ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำแม้ว่าจะไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ อาทิ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับประทานอาหารรสหวาน เค็มและมัน

อย่างไรก็ตาม เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้กับความชุกของโรคอ้วนลงพุงด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

การคัดกรองโรคอ้วนลงพุงในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำหรับศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นไม่สามารถ

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๓ (กันยายน - ธันวาคม) ๒๕๕๖

ตรวจเลือดเพื่อหาระดับไขมันในเลือดได้ ต้องส่งเลือดไปตรวจที่โรงพยาบาลชุมชน อีกทั้งมีค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้น การประยุกต์การตรวจหาระดับน้ำตาลแบบเจาะปลายนิ้วจึงสะดวก ประหยัดและใช้เวลาอันน้อย เหมาะสมสำหรับใช้ในการตรวจคัดกรองประชาชนจำนวนมาก ส่วนการคำนวณค่าดัชนีมวลกายด้วยเครื่องคิดเลข หากใช้วงล้อคำนวณสำเร็จรูปจะช่วยป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการคำนวณผิดพลาดได้ ดังนั้นวิธีการตรวจคัดกรองด้วยวิธีการและองค์ประกอบทั้ง 3 ข้อที่ผู้วิจัยใช้ในครั้งนี้นี้จึงมีความเหมาะสมกับบริบทของการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในชุมชนชนบท อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพบข้อจำกัดบางประการที่อาจมีผลต่อความแม่นยำของการเก็บข้อมูลจึงต้องวางแผนการประชาสัมพันธ์ในชุมชนที่ชัดเจนเพื่อให้ข้อมูลเข้าถึงประชาชนทุกพื้นที่ ประชุมวางแผนร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อช่วยในการเข้าถึงข้อมูลและเพิ่มความพร้อมของประชาชนในการมารับการตรวจคัดกรอง อีกทั้งยังต้องบริหารจัดการระบบคิวและการไหลเวียนของผู้รับบริการให้สะดวก รวดเร็วเนื่องจากมีจำนวนมาก ในกรณีที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขมาช่วยอำนวยความสะดวกและ/หรือช่วยตรวจร่างกาย เช่น การชั่งน้ำหนักตัว การวัดส่วนสูง และการวัดรอบเอว ต้องทบทวนทักษะและกำกับความแม่นยำในการช่วยตรวจร่างกายด้วย

ผลการคัดกรองในภาพรวม แม้จะพบว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มโรคอ้วนลงพุง คือมีองค์ประกอบครบ 3 (ใน 5) องค์ประกอบเพียง 3 ราย และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยง องค์ประกอบโรคอ้วนลงพุง และโรคอ้วนลงพุง จะไม่มีความสัมพันธ์เชิงสถิติอย่างมีนัยสำคัญก็ตาม แต่เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 76.80 ที่ออกกำลังกายไม่ประจำ/ไม่สม่ำเสมอและไม่ออกกำลังกายเลย มีน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติถึง 1 ใน 4 (ร้อยละ 25.30) มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติเกือบ 1 ใน 3 (ร้อยละ 32.60)

มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติ 1 ใน 3 (ร้อยละ 37.90) โดยมีน้ำหนักตัวเกินร้อยละ 30.53 และเป็นโรคอ้วน ร้อยละ 7.37 ตามลำดับ อีกทั้ง เมื่อวิเคราะห์ความชุกขององค์ประกอบ 2 และ 3 องค์ประกอบร่วมกัน พบว่ามีผู้ที่มีทั้งน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับความดันโลหิตสูง 7 ราย (ร้อยละ 7.37) ผู้ที่มีทั้งน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับค่าดัชนีมวลกายสูง 11 ราย (ร้อยละ 11.58) และผู้ที่มีทั้งความดันโลหิตสูงร่วมกับค่าดัชนีมวลกายสูง 10 ราย (ร้อยละ 10.53) สอดคล้องกับผลการศึกษาในคนไทยหลายเรื่อง (ศิริพร ภัทรกิจกำจร และคณะ, 2554: 25-33; ศิริพร ปรุณวิทยา และคณะ, 2555: 4348-56; พรทิพย์ มาลาธรรมและคณะ, 2554: 137-48; Boonyavarakul, Et al., 2005: S121-30) จึงสรุปได้ว่าประชาชนกลุ่มนี้ยังเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนลงพุงต่อไปในระยะอันใกล้ได้ สมควรต้องได้รับการเฝ้าระวังและการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Adam , Alan & Stepfanie, 2008; Micheal & Sherita, 2008: 932-942; หทัยชนก บัวเจริญ, 2555:71-80) ในขณะที่ผู้ที่ เป็นโรคอ้วนลงพุงจำนวน 3 รายนั้น จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยมารับการตรวจยืนยันที่โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับการตรวจรักษาจากแพทย์ต่อไป ผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ที่สรุปได้ว่าคนไทยยังมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง พบปัจจัยเสี่ยง องค์ประกอบโรคอ้วนลงพุง และความชุกโรคอ้วนลงพุงในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ในกลุ่มผู้สูงอายุเกิน 60 ปีและมักอาศัยอยู่ในเขตเมือง ที่สำคัญคือประชาชนกว่าครึ่งหนึ่งมักไม่ทราบมาก่อนว่าตนมีผลการตรวจร่างกายที่ผิดปกติ (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2553: Aekplakorn Et al., 2011)

กลุ่มเสี่ยง ในภาพรวมพอสรุปได้ว่ากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนลงพุง เป็นผู้หญิงที่อายุมาก ซึ่งอยู่ในช่วงหมดประจำเดือนแล้ว หญิงกลุ่มนี้มีการออกกำลังกายน้อยหรือไม่ออกกำลังกายเลย มีวิถีชีวิตเฉื่อยชา มีการออกแรงในการทำกิจวัตรประจำวันน้อย เช่น

นั่ง - นอน อยู่ในบ้าน ทำงานบ้านเล็กน้อย หรือเดิน ในระยะทางสั้นๆ ทำให้น้ำหนักตัวเกินจนถึงเป็น โรคอ้วน (Obesity) ในที่สุด ที่สำคัญคือยังคงประกอบ อาหารเองหรือซื้ออาหารสำเร็จรูปจากตลาดนัดมารับ ประทาน ซึ่งมักเป็นอาหารประเภทที่มีรสหวาน มัน อาหารที่มีรสเค็มหรือมีเกลือโซเดียมเจือปนอยู่ใน ระดับสูง ทั้งยังนิยมดื่มน้ำอัดลม กาแฟเย็น น้ำหวาน สุรา เบียร์ อยู่เป็นประจำ เหล่านี้ล้วนเป็นวิถีชีวิตของ ประชาชนในชุมชนนี้ที่แก้ไขได้ยาก แต่กลับส่งผลเสีย ต่อระบบการเผาผลาญอาหารและระบบหลอดเลือดโดยตรง การดำเนินของพยาธิสภาพเหล่านี้จะลุกลามไป อย่างช้าๆ ทำให้พบอุบัติการณ์โรคอ้วนลงพุง จนเป็น สาเหตุให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง (Alberti Et al., 2005:1059-62;Ravaglia, 2006: 2471-76; Scuteri Et.al., 2005: 882-7) ส่วนใหญ่พบในเพศหญิงมากกว่า เพศชาย (WHOexpert consultation, 2004: 157-63) ดังนั้น กลุ่มเสี่ยงนี้จึงเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับ คำแนะนำและจูงใจเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพโดยเร็ว เนื่องจากมีรายงานการ วิจัยพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีการดำเนิน ชีวิต (lifestyle intervention หรือ lifestyle

modification) สามารถชะลอหรือป้องกันการเกิดโรค เบาหวานในอนาคตได้ วิธีการที่ได้ผลได้แก่ การออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที และการควบคุม อาหารจนทำให้น้ำหนักตัวลดลงได้ประมาณร้อยละ 6 และสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานได้ถึง ร้อยละ 40-60 (Pan et al., 1997: 537-44; Wong, 2005: 47-54)

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งในที่นี้ คือ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการดำเนินงานด้านการ คัดกรองสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุงให้ครอบคลุม พื้นที่และมีประสิทธิภาพทั้งบริการเชิงรับในคลินิกและ บริการเชิงรุกในชุมชน กำกับควบคุมกระบวนการตรวจ คัดกรองทั้งโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความแม่นยำ การพัฒนา ระบบเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ร่วมกับการจัดโปรแกรม การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและควบคุมน้ำหนักตัวในกลุ่ม เสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและ โรคเบาหวานในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพงษ์ ดงสมบุญ และสุรเชษฐ์ เลิศฐิติพันธุ์. (2553). เมตาบอลิกซินโดรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องใน ประชากรไทย. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 28(3) : 145-53.
- ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล และคณะ.(2007). Prevalence of metabolic syndrome and its relationship to weight in Thai population. *J Med Assoc Thai*, 90 : 459-67.
- ชูชัย ศุภวงศ์ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ลัดดา ดาริกาเลิศ และคณะ. (2552). *คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล*. กรุงเทพฯ : บริษัท ที คิว พี จำกัด.
- ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ และ ธีระ ไพรัชวิสุทธิ์. (2551). *Metabolic syndrome and fatty liver disease*. The 3rd Annual Meeting of Liver Society (Thailand).
- พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ.(2554). ความชุกและองค์ประกอบของกลุ่มอาการเมตาบอลิกของประชาชนใน จังหวัดนครราชสีมา. *Thai Journal of Nursing Council*, 26(4): 137-147.

- เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตนพันธุ์. (บรรณาธิการ) (2549). รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- รวมพร นาคะพงค์. (บรรณาธิการ). (2553). แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551- 2552. นนทบุรี : บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- ศิริพร ภัทรกิจกำจร และคณะ. (2554). อาการเมตาบอลิกของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช: การพบความชุกสูงขององค์ประกอบในอาการเมตาบอลิก 1 ถึง 2 ชนิด. *วารสารเทคนิคการแพทย์ และกายภาพบำบัด*, 23: 25-33.
- ศิริพร ประวิทยา และคณะ. (2555). ความชุกของสามองค์ประกอบในกลุ่มอาการเมตาบอลิกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสองคอน จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารเทคนิคการแพทย์*, 40(3): 4348-56.
- คิวกกร พรตระกูลพิพัฒน์ และคณะ. (2554). ดัชนีความเสี่ยงต่อเบาหวานของไทยรูปแบบประยุกต์กับการคัดกรองกลุ่มอาการทางเมตาบอลิก. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 26(3) : 213-24.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ .(2553). คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2554 เล่มที่ 4 การบริหารงบประมาณ ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง : บริการควบคุม ป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ : บริษัทศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563*. โรงพิมพ์พระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- หทัยชนก บัวเจริญ. (2555). บทบาทพยาบาลในการพัฒนานวัตกรรมเพื่อการจัดการภาวะ Metabolic syndrome แบบองค์รวม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 23(1) : 71-80.
- Adam T., Alan G. & Stephanie A. (2008). Outcomes of a multidisciplinary approach to the management of the metabolic syndrome. *Canadian Pharmacist Journal*, 141(1) : 42-52.
- Aekplakorn W., Et al.(2011). Prevalence of metabolic syndrome defined by the International diabetes Federation and National Cholesterol Education Program criteria among Thai adults. *Asia Pac J Public Health*, 23 : 792-800.
- Alberti,KG., Zimmet,P., Shaw,J. and IDF Epidemiology Task force Consensus Group. (2005). IDF Epidemiology task force consensus group. The Metabolic syndrome—a new worldwide definition. *Lancet*, 366 : 1059-62.
- Alberti,KG, Eckel RH., Grundy SM. Et al. (2009). Harmonizing the metabolic syndrome : a joint interim statement of the international Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*, 120(16) : 1640-45.

- Boonyavarakul, A. Et al.(2005). Prevalence of metabolic syndrome and its association factors between percentage body fat and body mass index in rural Thai population aged 35 years and older. *J Med Assoc Thai*, 88 Suppl 3 : S121-30.
- Carr db. Et al.(2004). Intra-abdominal fat is a major determinants of the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III criteria for the metabolic syndrome. *Diabetes*, 53(8) : 2087-94.
- Cheepudomwit,S., Chapman, N., Wooward,M., Grundy SM., Brewer B. and Cleeman,JI.(2003). Definition of metabolic syndrome. Collaboration study of cardiovascular disease in Asia. *Interasia*, 87-97.
- Choo V. (2002). WHO reassesses appropriate body-mass index of Asian populations. *Lancet*, 360: 235.
- Expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. Executive summary of the third report of the national Cholesterol Education program (NCEP). (Adults Treatment Panel III); Final report. (2001). *JAMA*, 287: 356-35.
- Freire R., Et.al.(2005). Dietary fat is associated with metabolic syndrome in Japanese Brazillians. *Diabetes care*, 28(7): 1779-85.
- Ford ES. (2005). Prevalence of the metabolic syndrome defined by the International diabetes Federation among adults in the US. *Diabetes care*, 28(11) : 2745-49.
- Grundy SM. Et al. (2008). Definition of metabolic syndrome : report of the national heart, lung, and blood Institute/American Heart Association for the Study of Obesity. *Circulation*, 24 : e13-8.
- Haffner SM. Et al. (1992). Prospective analysis of the insulin-assistance syndrome (syndrome X). *Diabetes*, 41 : 715-22.
- Isomaa B. Et al. (2001). Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes Care*, 24 : 683-9.
- International Diabetes Federation. (2006). The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. Belgium: International Diabetes Federation.
- Lloyd-Jones D. Et al. (2010). Heart disease and statistics-2010 update : a report from American Heart Association. *Circulation*, 121 : e46-e215.
- Micheal JB. & Sherita, HB. (2008). A practical approach to the metabolic syndrome. *Mayo Clinic Proceedings*, 83(8): 932-942.
- National Cholesterol education Program Expert panel on Detection, Evaluation, Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. (2002). Third Report of the National Cholesterol education Program (NCEP) Expert panel on Detection, Evaluation, Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adults Treatment Panel III) final report. *Circulation*, 106(25) : 3143-421.

- Palacios-Rodriguez RG., Et al. (2010). Metabolic syndrome in health care personnel from a primary care unit. *Rev Med Inst mex Seguro Soc*, 48(3) : 297-302.
- Pan XR. Et al. (1997). Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance: the Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care*, 20 : 537-44.
- Pongchaiyakul C. Et al. (2006). Defining obesity by body mass index in the Thai population : an epidemiologic study. *Asia Pac J Clin Nutr*, 15(3) : 293-9.
- Ravaglia G.(2006). Metabolic syndrome : Prevalence and prediction of mortality in elderly individuals. *Diabetes Care*, 29(11) : 2471-76.
- Scuteri,A., Et.al.(2005). The metabolic syndrome in older individuals : prevalence and prediction of cardiovascular events. The Cardiovascular Health Study. *Diabetes Care*, 28(4) : 882-7.
- Smith, C.M. & Maurers, F.A. (2000). *Community health nursing : Theory and practice*. (2nd editions); Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Tan CE., Ma S., Wai D., Chew SK., and Tai ES.(2004). Can we apply the National Cholesterol Education Program (NCEP) Adults Treatment Panel definition of the metabolic syndrome to Asians? *Diabetes Care*, 27 : 1728-34.
- Wong ND. (2005). Intensive screening and treatment of the metabolic syndrome for cardiovascular risk reduction. *Prev Cardiol*, 8(1) : 47-54.
- WHO expert consultation. (2004). Appropriate body mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*, 363 : 157-63.

