

ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อภาวะมีบุตรยาก

มกรรัตน์ หวังเจริญ

(วันที่รับบทความ: 7 ตุลาคม 2567, วันที่แก้ไข: 27 พฤศจิกายน 2567, วันที่ตอบรับ 29 พฤศจิกายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในคลินิกมีบุตร ทุกราย ในคลินิกมีบุตรยาก จำนวน 40 ราย โดยเข้าโปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ตรวจวิเคราะห์ ความสมบูรณ์ของเลือด (CBC) น้ำตาลในเลือด (BS) ตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย ตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันหัดเยอรมัน ตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การทำงานของไต (Renal function) การทำอัลตราซาวด์สำหรับเพศหญิง การตรวจการวิเคราะห์น้ำเชื้อสำหรับเพศชาย โปรแกรมประกอบด้วย 1) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้มีบุตรยาก 2) ปรีกษานักโภชนาการ 3) ปรีกษานักวิทยาศาสตร์การกีฬา 4) ติดตามเยี่ยม online ทุกสัปดาห์ เครื่องมือวิจัย คือ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle assessment) ก่อนและหลังโดยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการกิน 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการนอน 4) ด้านบุหรี่ยาสูบ/แอลกอฮอล์ 5) ด้านจิตใจ 6) ด้านความสัมพันธ์ สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนมาตรฐาน paired t-test t กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และค่าความเบี่ยงเบนเชื่อมั่นที่ 95%

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพฯ พบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นโดย ค่า p value < 0.001 ด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ค่า p value 0.010 ด้านจิตใจคะแนนเพิ่มขึ้น ค่า p value 0.016 ทั้งนี้พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับด้านการกินคะแนนเพิ่มขึ้น ค่า p value 0.129 ด้านการนอนเพิ่มขึ้น ค่า p value 0.766 ประเมินด้านบุหรี่ยาสูบเพิ่มขึ้น ค่า p value 0.905 ด้านความสัมพันธ์คะแนนเพิ่มขึ้น ค่า p value 0.534 พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คู่สมรสตั้งครรภ์ จำนวน 2 คู่ ข้อเสนอแนะ : การปรับใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตมีประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคู่สมรสที่มีบุตรยาก

คำสำคัญ: ภาวะมีบุตรยาก, เวชศาสตร์วิถีชีวิต, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

มกรรัตน์ หวังเจริญ, นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Corresponding author: มกรรัตน์ หวังเจริญ makara2523@gmail.com

The Effectiveness of a Lifestyle Medicine-Based Program in a Fertility Clinic : A Pilot Study

Makararat Wanjaroen

(Received 7th October 2024; Revised : 27th November 2024; Accepted 29th November 2024)

Abstract

This study aimed to evaluate the impact of a lifestyle medicine-based program on behavioral changes and health outcomes in individuals attending an infertility clinic. A total of 40 participants from the infertility clinic enrolled in an 8-week program. Baseline and post-intervention assessments included comprehensive laboratory tests (complete blood count, blood sugar, thalassemia screening, rubella immunity levels, renal function tests, sexually transmitted infection screening, female ultrasound, and male semen analysis) and a lifestyle medicine health assessment form. The program comprised four components: 1) A self-care manual for infertility management, 2) Nutritionist consultations, 3) Sports scientist consultations and 4) Weekly online follow-up sessions. The lifestyle assessment evaluated six domains: nutrition, exercise, sleep, smoking/alcohol use, psychological well-being, and relationships. Statistical analyses included paired t-tests with significance set at $p < 0.05$. The total average score for lifestyle assessment significantly increased ($p < 0.001$). Significant improvements were observed in exercise ($p = 0.010$) and psychological well-being ($p = 0.016$). Improvements in nutrition ($p = 0.129$), sleep ($p = 0.766$), smoking/alcohol use ($p = 0.905$), and relationships ($p = 0.534$) were not statistically significant. Notably, two couples achieved pregnancy during the study period.

Conclusion: The lifestyle medicine-based program demonstrated effectiveness in improving exercise and psychological well-being among individuals at a fertility clinic. While other domains showed improvement, further studies with larger samples are recommended to confirm these findings and explore long-term outcomes.

Keywords: Lifestyle Medicine, Infertility, Fertility Clinic, Behavioral Change, Reproductive Health

Makararat Wanjaroen Reginal Health Promotion 7 Hospital

*Corresponding author: Makararat Wanjaroen: makara2523@gmail.com

(informational support) การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) การสร้างสภาพแวดล้อมที่ไม่กดดันต่อคู่สมรสเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบ personal coaching หรือ group ดังนั้นศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้จัดตั้งคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการในคลินิกมีบุตรยาก ความสำคัญของการวิจัยครั้งนี้เพื่อทำความเข้าใจกับการดูแลรักษาทางการแพทย์ ตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งเป็นแขนงใหม่ทางการแพทย์⁽¹⁰⁾

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วิจัยถึงทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมและคะแนนพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการกิน 2) ด้านการ

ออกกำลังกาย 3) ด้านการนอน 4) ด้านบุหรื/แอลกอฮอล์ 5) ด้านจิตใจ 6) ด้านความสัมพันธ์ก่อนและหลังใช้โปรแกรม หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในคลินิกมีบุตรยาก

2. เพื่อให้คู่สมรส ตั้งครรภ์ หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สมมติฐานการวิจัย

1. การปรับใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตจะช่วยเพิ่มโอกาสในการตั้งครรภ์ของคู่สามีภรรยาที่เข้ารับการรักษามีภาวะมีบุตรยาก

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม การลดน้ำหนัก การปรับอาหารและการลดระดับความเครียด จะมีผลต่อระดับระดับคะแนนด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสูงขึ้น

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย^(11,12)

ตัวแปรต้น

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต

- 1.การตรวจวิเคราะห์ CBC, thalassemia screening, sexual transmitted disease, Blood sugar, sperm analysis, Rubella titer , ultrasound for women, sperm analysis
- 2.คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับผู้มีบุตรยาก
- 3.การได้รับคำปรึกษาจากนักโภชนาการ นักเวชศาสตร์การกีฬา และนักจิตวิทยา รายบุคคล
- 4.ติดตั้ง application line online และ online visit ทุกสัปดาห์



ตัวแปรตาม

- 1.คะแนนเวชศาสตร์วิถีชีวิตก่อน-หลัง
 - 1.1 พฤติกรรมการกิน (10)
 - 1.2 พฤติกรรมการนอน(10)
 - 1.3 พฤติกรรมการออกกำลังกาย(10)
 - 1.4 ด้านความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง(10)
 - 1.5 ด้านการจัดการความเครียด(5)
 - 1.6 ด้านการใช้บุหรืหรือแอลกอฮอล์(5)
- 2.จำนวนคู่ที่ตั้งครรภ์ หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงกลุ่มทดลองคู่สมรส ที่มีบุตรยากทุกราย 1 กลุ่ม วัดผลก่อนหลัง (1 group pre-test post-test design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมตามหลัก เวชศาสตร์วิถีชีวิต ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ระยะเวลาในการ ศึกษา 8 สัปดาห์

สมมติฐานสำหรับการคำนวณ

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 ค่า (ก่อน-หลัง)⁽¹³⁾ และใช้ข้อมูลอ้างอิงจากการศึกษาของมกรรัตน์ หวังเจริญ เรื่องผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักผ่านโครงการ Fit for you ของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่พบว่าคะแนนประเมิน life style assessment ก่อนการทดลอง 27.28 ± 6.83 คะแนน และหลังการใช้โปรแกรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 36.75 ± 5.38 คะแนนซึ่งหากใช้ตัวเลขดังกล่าวคำนวณจะได้ขนาดตัวอย่าง 6 คน แต่การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดหากค่าคะแนนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ของคะแนนเมื่อเริ่มต้น จะถือว่ามียุทธศาสตร์สำคัญทางสถิติ ดังนั้นคำนวณค่า n ดังนี้

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 x (\sigma^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อ ระดับนัย สำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$ คือ 1.96

Z_{β} = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อกำหนด ระดับอำนาจในการทดสอบ 90% คือ 1.282

σ^2 = ค่าความแปรปรวนของประชากร แทน ค่าด้วย SD^2 ได้มาจากการศึกษาของก่อนหน้า ของมกรรัตน์ หวังเจริญ เรื่องผลของโปรแกรม ควบคุมน้ำหนักผ่านโครงการ Fit for you ของ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่พบค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนประเมิน life style assessment เท่ากับ 6.83⁽¹³⁾

$\mu_1 - \mu_2$ = ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ประเมิน life style assessment ก่อนและ หลังการใช้รูปแบบกำหนดเป็น ร้อยละ 15 ของ คะแนนเริ่มต้นเท่ากับ $0.15 \times 27.28 = 4.1$ คะแนน ดังนั้นสามารถคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$n = \frac{(1.96 + 1.282)^2 6.83^2}{(4.1)^2}$$

n = 30 ราย +Missing data ประมาณร้อยละ 30 = 10 ราย = 40 ราย

ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้จะใช้ขนาด ตัวอย่างจำนวน 40 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. เพศหญิงที่ประสบปัญหาภาวะมีบุตรยาก ที่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี
2. คู่สมรสที่เข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก ในคลินิกเป็นครั้งแรก หรือมีประวัติการรักษาไม่เกิน 2 ปี
3. ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ในการออกกำลังกาย หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การปรับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด
4. มีความพร้อมและยินยอม ที่จะให้ ผู้วิจัยติดตามเป็นเวลา 8 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ไม่สามารถติดตามโดยผู้วิจัยได้เป็นเวลา 8 สัปดาห์
2. ไม่มีโทรศัพท์ หรือ ไม่สามารถติดตั้ง application line ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือคู่สมรสทุกรายที่มาปรึกษาที่คลินิกมีบุตรยากที่โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 จำนวน 40 ราย 20 คู่ ระยะเวลา 8 สัปดาห์

จริยธรรมวิจัย

จริยธรรมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการได้รับการขอจริยธรรมจากศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เลขที่ วิจัย 107 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก อาชีพ ระดับการศึกษา
2. ผลตรวจวิเคราะห์ CBC, thalassemia screening, BS, Sexual transmitted disease, sperm analysis ultrasound
3. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) โดยกรมอนามัย ประกอบไปด้วย 6 ประเด็น รวม 16 ข้อคำถาม คะแนน รวม 50 คะแนน ดังต่อไปนี้
 - ด้านพฤติกรรมกรกิน (rating score) ผลรวม 10 คะแนน ด้านพฤติกรรมกรนอน 3 ข้อ ผลรวม 10 คะแนน
 - ด้านบุหรี่ แอลกอฮอล์ 2 ข้อ ผลรวม 10 คะแนน ด้านพฤติกรรมกรออกกำลังกาย 3 ข้อ ผลรวม 10 คะแนน

ด้านความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง 2 ข้อ ผลรวม 5 คะแนน ด้านจิตใจ ข้อคำถาม 2 ข้อ ผลรวม 5 คะแนน

วิธีการวิจัย

กิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 คู่สมรสทุกรายที่มาปรึกษาคลินิกมีบุตรยาก การตรวจวิเคราะห์เลือด หาสาเหตุภาวะมีบุตรยาก CBC, BS, STD, Rubella titer, sperm analysis และ ultrasound และแจ้งผลตรวจ

กิจกรรมที่ 2

สัปดาห์ที่ 1
- หลังจาก ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยทุกรายได้รับคำแนะนำในการทำ motivation interview และ stage of change แนะนำเข้าคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อเพิ่มอัตราสำเร็จของการมีบุตร

- ให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยดูจากคะแนนประเมิน แต่ละด้านรายบุคคล โดยเน้นการปรับเปลี่ยน ทั้ง 6 ด้าน พบทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักโภชนาการ นักเวชศาสตร์การกีฬานักจิตวิทยา จิตแพทย์ ในคลินิกใกล้ใจ แพทย์และพยาบาลประจำคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต

กิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 1 แนะนำคู่มือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับผู้มีบุตรยาก และให้ดาวโหลดเอกสาร ติดตั้ง line application

กิจกรรมที่ 4 สัปดาห์ที่ 3-8 ติดตามและแลกเปลี่ยนให้ความรู้ผ่าน แอปพลิเคชัน line

กิจกรรมที่ 5 สัปดาห์ที่ 8 ทำแบบประเมินเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ผลการวิจัย

ผลวิจัยเรื่องผลของการใช้โปรแกรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในคลินิกมีบุตรยากเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ข้อมูลทั่วไป มีผู้เข้าร่วมโครงการ 40 ราย จำนวน 20 คู่

ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นเพศชาย 20 คน เพศหญิง 20 คน อายุมากที่สุด 49 ปี น้อยที่สุด 29 ปี อายุเฉลี่ย 38 ± 2.4 ปี น้ำหนักมากที่สุด

120.9 กิโลกรัม น้อยที่สุด 44.6 กิโลกรัม น้ำหนักเฉลี่ย 68.3 ± 15 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 24.79 ± 1.77 กิโลกรัม/ตารางเมตร² ระดับการศึกษา ปริญญาตรี ส่วนใหญ่อาศัยรับราชการ ร้อยละ 45 รายได้เพียงพอ ตีمةแอลกอฮอล์ 3 ราย สูบบุหรี่ 2 ราย ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) Mean±SD	38±2.4 (MIN=29,MAX=49)	
น้ำหนัก (กิโลกรัม) Mean±SD	68.3 ± 15. (MIN=44.6, MAX=120.9)	
ดัชนีมวลกาย (BMI (กก./ม. ²) Mean±SD	24.79 ±1.77 (MIN=16.58,MAX=36.10)	
<18.5	2	5.0
18.5-22.99	13	32.5
23-24.99	6	15.0
25-29.99	13	32.5
>30	6	15.0
การศึกษา		
ระดับปริญญาตรี	40	100.0
อาชีพ		
รับราชการ	18	45.0
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	15	37.5
แม่บ้าน	7	17.5
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	40	100.0
ประวัติการใช้สารเสพติด		
สูบบุหรี่	2	5.0
ตีمةสุรา	3	7.5

แบบประเมินเวชศาสตร์วิถีชีวิต 6 ด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการผลการวิเคราะห์ ดังนี้ แบบประเมินเวชศาสตร์วิถีชีวิตแต่ละราย คะแนนเต็มรวม 50 คะแนน พบว่าก่อนและหลัง เข้าร่วมโครงการคะแนนเพิ่มขึ้นทุกด้านโดยค่าเฉลี่ยรวม จาก 34.6 คะแนน เป็น 41.6 คะแนน เพิ่มขึ้น 7 คะแนน ค่า p value < 0.001 พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการกินจาก 5.2 คะแนน เป็น 5.8 คะแนน เพิ่มขึ้น 0.6 คะแนน ค่า p value 0.129 พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติค่า ประเมินด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น จาก 5.3 คะแนน เป็น 6.4 คะแนน เพิ่มขึ้น 1.1 คะแนน ค่า p value 0.010 พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ด้านการนอนเพิ่มขึ้นจาก 7.3 คะแนน เป็น 7.4 คะแนน เพิ่มขึ้น 0.1 คะแนน ค่า p value 0.766พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนประเมินด้านบุหรีและแอลกอฮอล์ จาก 7.9 คะแนนเป็น 8 คะแนน เพิ่มขึ้น 0.1 คะแนน ค่า p value 0.905 พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการประเมินด้านจิตใจ 4 คะแนน เป็น 4.6 คะแนน เพิ่มขึ้น 0.6 คะแนนค่า p value 0.016 พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการประเมินด้านความสัมพันธ์คะแนนเพิ่ม 4.9 เป็น 5 คะแนน เพิ่มขึ้น 0.1 คะแนน ค่า p value 0.534 พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดง ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลประเมินแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต

แบบประเมิน	ก่อน	หลัง	t test	p-value	95%CI
	Mean SD	Mean SD			
ด้านการกิน	5.2 ± 2.2	5.8±2.4	1.551	0.129	-1.440, 0.190
ด้านการออกกำลังกาย	5.3±2.9	6.4±2.3	2.697	0.010*	-1.925, -0.247
ด้านการนอน	7.3±2.6	7.4±2.9	0.299	0.766	-0.970, 0.720
ด้านบุหรี/แอลกอฮอล์	7.9±2.4	8±2.6	0.121	0.905	-0.888, 0.788
ด้านจิตใจ	4±1.3	4.6±0.7	2.528	0.016*	-1.169, -0.130
ด้านความสัมพันธ์	4.9±0.5	5±0.2	0.628	0.534	-0.211, 0.111
คะแนนประเมิน LM รวม	34.6±6.2	41.6±4.8	9.467	<0.001*	-8.52, -5.52

ผลต่อการตั้งครรภ์ ทั้งนี้มีคู่สมรส ตั้งครรภ์ 2 คู่ จาก 20 คู่ หลังการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม คิดเป็น ร้อยละ 10 จากการสัมภาษณ์ คู่ที่ตั้งครรภ์มีแนวโน้มพฤติกรรมดีขึ้นทุกด้าน

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการการศึกษาจากโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ด้านการกิน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการนอน ด้านบุหรี แอลกอฮอล์ ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ ทำให้คะแนนดีขึ้นได้ และหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างตั้งครรรวม 2 ราย รวมถึงแนวโน้มคะแนนประเมิน life style assessment เพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องโภชนาการและน้ำหนักตัวของ Thangaratinam พบว่าการควบคุมอาหารและการรักษาน้ำหนักตัวในระดับที่เหมาะสมสามารถเพิ่มโอกาสในการตั้งครรรวได้ถึงร้อยละ 40⁽¹⁰⁾ ซึ่งพฤติกรรมการกินจากคะแนนก่อนหลังมีแนวโน้มดีขึ้น และการออกกำลังกาย งานวิจัยของ Cramer แสดงให้เห็นว่าผู้หญิงที่ออกกำลังกายระดับปานกลางมีโอกาสในการตั้งครรรสูงกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย⁽¹¹⁾ จากโปรแกรมของผู้วิจัย คะแนนพฤติกรรม การออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การจัดการความเครียดโดยการศึกษา Ramlau-Hansen ระบุว่าผู้ชายและผู้หญิงที่มีระดับความเครียดต่ำมีคุณภาพสเปิร์มและไข่ที่ดีขึ้น⁽¹⁴⁾ ทั้งนี้จากโปรแกรมของผู้วิจัยพบว่าด้านจิตใจมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเลิกนิสัยเสี่ยงโดยงานวิจัยของ Jensen⁽¹⁵⁾ พบว่าผู้หญิงที่เลิกสูบบุหรีมีโอกาสในการตั้งครรรสูงขึ้นถึงสองเท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ยังสูบบุหรี จากผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มคะแนนด้านบุหรี แอลกอฮอล์ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งเป็นการแพทย์แขนงใหม่ ช่วยทำให้สุขภาพของคนดีขึ้นและยืนยาวขึ้น นอกจากจะช่วยปรับพฤติกรรมได้

ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรขยายผลในการดูแลประชาชนที่มาด้วยปัญหาโรคเรื้อรัง น้ำหนักเกินรวมถึงปัญหามีบุตรยาก โดยปัญหาให้รอบด้าน ได้แก่ การนอน การออกกำลังกาย ความเครียด และสารเสพติด บุหรี แอลกอฮอล์ และความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง เน้นการสร้างแรงจูงใจ ให้แก่ผู้รับบริการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหาร ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ พญ.สุจิตราชาวแซ่น ที่ปรึกษาให้คำแนะนำแนวทางการดำเนินการวิจัย นางจิรพรรณ ช่อนกลิ่น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และสุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณอาสาสมัครที่ยินดีและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. PLoS Med. 2012; 9(12): e1001356. doi:10.1371/journal.pmed.1001356
2. นฤมล เฉ่งไต้. ผลของโปรแกรมลดน้ำหนักยุคไทยแลนด์ 4.0 ต่อน้ำหนักตัวของวัยรุ่นน้ำหนักเกิน ในจังหวัดตรัง.(internet) 2021
3. ศุภชัย สามารถ และจุฬารณณ์ โสตะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ความสามารถ ตนเองร่วมกับ

- ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเพื่อ
การลดน้ำหนักในกลุ่มวัยทำงานอายุ
40-49 ปีที่มีภาวะ น้ำหนักเกินและโรค
อ้วน ตำบลหนองกุงเงิน อำเภอกุเวียง
จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกัน
ควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น.2559; 23(3):
34-45.
4. คณะทำงานจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหาร
เพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย. คู่มือธง
โภชนาการ กินพอดี สุขี ทั่วไทย. พิมพ์
ครั้งที่ 6 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรี
และราชกิจจานุเบกษา. 2552.
 5. Xu M, et al. Weight Management
Programme for Overweight and Obese
adults in Ningbo, China: A feasibility
Study Pre- and Post- Intervention
Study. *Frontiers in Public Health*.2019;
7(388): 1-5.
 6. Jurgens TM, et al. Green tea for weight
loss and weight maintenance in
overweight or obese adults.
*Cochrane Database of Systematic
Reviews*;2012(12)
 7. คลินิกไร้พุง DPAC (Diet & Physical
Activity Clinic) [internet]
 8. Maton T, Suphankul P. Effect of Thais
without big belly project on reduce
BMI and waist circumference of
participants in project in area of
Lower Norther Region. *J Public
Health*. 2012;42(3):83-94.
 9. Health Promoting Hospital, Regional
Health Promotion Center 6. Results
of the Clinic for Thai People Raipoong
according to the standards of the
Department of Health, Fiscal Year
2010. 2010;13-14
 10. Martikainen, H., & Ruukonen, A.
(2016). Lifestyle medicine in infertility
treatment. *Fertility and Sterility*,
105(3), 435-40.
 11. Practice Committee of the American
Society for Reproductive Medicine.
(2015). Obesity and reproduction:
a committee opinion. *Fertility and
Sterility*, 104(5), 1116-26.
 10. Thangaratinam S, Mackinnon L, Wang
J, et al. Effect of dietary and lifestyle
factors on fertility: a systematic
review and meta-analysis. *Hum Reprod
Update*. 2013;19(5):580-600.
 11. Cramer E, Cramer RA, Spiegelman D,
et al. Physical activity and fertility:
a review of the literature. *Fertil Steril*.
2015;104(6):1580-90.
 12. Chow, S.-C., Shao, J., & Wang, H.
(2003). *Sample Size Calculations in
Clinical Research* (2nded.). Chapman
& Hall/CRC., 51 p.
 13. มกรรัตน์ หวังเจริญ. เรื่องผลของโปรแกรม
ควบคุมน้ำหนักผ่านโครงการ Fit for you
ของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น.

14. Ramlau-Hansen CH, Bonde JP, Jørgensen N, et al. Stress and infertility: a study among Danish women. Hum Reprod. 2010;25(8):2018-20

15. Jensen TK, Andersen AN, Heitmann BL, et al. Smoking and fertility: the influence of smoking on fertility in a cohort of Danish women. Hum Reprod. 2007;22(3):654-60.

