

JPHRI

วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข

Journal of Public Health Research and Innovation

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (มกราคม - เมษายน 2566)

Vol. 1 No. 2 (January-April 2023)

ISSN : 2822-0382



ชื่อวารสาร	วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข Journal of Public Health Research and Innovation
เจ้าของ ที่ปรึกษา	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ คณบดีคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา รองคณบดีฝ่ายวิจัย และบริการวิชาการ รองศาสตราจารย์ สราวุธ สุธรรมมาสา
บรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตั้ม บุญรอด
กองบรรณาธิการ	ศาสตราจารย์ ดร.พรพิมล กองทิพย์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ แซ่จิว มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนันญา จิระพรกุล มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤตปภัช ต้นตือมรกุล มหาวิทยาลัยพะเยา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรินทร์ กิตติพิชัย มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ดร.ปทุมรัตน์ ศรีพันธุ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เภสัชกรหญิง ดร.ปัญชรัสมิ์ ศิริทรัพย์ กระทรวงสาธารณสุข ดร.เจษฎา สุรวรรณ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น ดร.สุภาวดี พันธุ์มาศ มหาวิทยาลัยมหิดล ดร.พิชชาดา ประสิทธิโชค มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ รองศาสตราจารย์ ดร.โสเมศิริ เดชารัตน์ มหาวิทยาลัยทักษิณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดุษณีย์ สุวรรณคง มหาวิทยาลัยทักษิณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร. วันลก ดิษสุวรรณ์ มหาวิทยาลัยทักษิณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิรุณรัตน์ แซ่ลิ้ม มหาวิทยาลัยทักษิณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยมล พัทธ์ ภาวศุทธิ มหาวิทยาลัยทักษิณ อาจารย์วิชาดา สิมลา มหาวิทยาลัยทักษิณ ดร.สุพานตี มณีโลกย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ อาจารย์สุธีร์ อินทร์รักษา มหาวิทยาลัยทักษิณ
กองจัดการวารสาร	อาจารย์วิชาดา สิมลา มหาวิทยาลัยทักษิณ นางสาวอาทิตยา จันทระ มหาวิทยาลัยทักษิณ

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ 2. เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร ความคิดเห็นประสบการณ์ทางด้านสาธารณสุข 3. เพื่อส่งเสริมให้เกิดความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ 4. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงานวิชาชีพ
กำหนดออก	กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม
รูปแบบเล่มขนาด	A4
การเผยแพร่	ออนไลน์ (Online)
การติดต่อ	กองจัดการวารสารวิจัย และนวัตกรรมการสาธารณสุข คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ เลขที่ 222 หมู่ 2 ตำบลอบ้านพร้าว อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง 93210 Phone: 074 - 609613 ต่อ 4218 Email: btum@tsu.ac.th

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข (Journal of Public Health Research and Innovation) ได้ออกปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (มกราคม – เมษายน 2566) มีบทความทั้งหมด 5 เรื่องเป็นบทความวิจัย จำนวน 4 เรื่อง และบทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง ในนามของบรรณาธิการวารสารขอขอบคุณคณะที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ (peer review) ที่กรุณาประเมินบทความวิจัย บทความวิชาการ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ สำหรับการปรับปรุงบทความให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจน ผู้นิพนธ์ที่เตรียมต้นฉบับตรงตามรูปแบบตามที่วารสารกำหนด เป็นไปตามมาตรฐาน

กองบรรณาธิการวารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ มุ่งมั่นที่จะเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ ด้วยความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ เป็นสื่อกลางสำหรับการแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร ความคิดเห็นประสบการณ์ทางด้านสาธารณสุข ตลอดจนสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงานวิชาชีพเพื่อพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพได้มาตรฐานที่กำหนด วารสารขอเชิญชวนผู้ที่มีผลงานด้านสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้อง ส่งผลงานเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ โดยกำหนดการออกวารสารทุก 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ (เดือนม.ค.-เม.ย. พ.ค.-ส.ค. และ ก.ย.-ธ.ค.)

ท้ายสุดนี้วารสารขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจวารสารนี้ (<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jphri/index>) หากมีข้อเสนอแนะประการใดกรุณาส่งมาได้ที่กองบรรณาธิการวารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข btum@tsu.ac.th จะเป็นพระคุณยิ่ง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตัม บุญรอด
บรรณาธิการ

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช The effect of self-management program on blood pressure control behavior and blood pressure level among patients with uncontrolled hypertension in Thung Yai Hospital, Nakhon Si Thammarat Provincexs สวรส นาบุญ, กาญจนารณ์ ไกรนรา, อุทัย จวบความสุข Savarod Naboon, Kanjanaporn Krainara, Authai Chuabkhwamsuk	1
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง Factors Related to Stroke Prevention Behaviors in People with Hypertension in Kluaymoung Public Health Service Center, Khelang Nakhon Municipality, Lampang Province ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์, ลภัสรดา หนู่มคำ Siriphan Homkaenchan, Lapatrada Numkham	14
การศึกษาย้อนหลังเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการได้รับโภชนศึกษา The Comparison Of Nutritional Status In Patients With Coronary Heart Disease Before And After Receiving Nutrition Education: A Retrospective study วินัส ้วยวัฒน์, ดารณี คุระศรี Venus Waiwattana, Daranee Khurasri	25
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ตำบลไสหรี อำเภอดง จังหวัดนครศรีธรรมราช Factors associating with promoting early childhood development behaviour among guardians in Saira Subdistrict, Chawang district, Nakhon Si Thammarat province รัตติกานต์ สีและ, ชนกนันท์ งามแก้ว, ดุชนีย์ สุวรรณคง, ชำนาญ ชินสีห์ Rattikarn Seelae, Chanoknan Ramkaew, Dusanee Suwankhong, Chamnan Chinnasee	34
ภาวะอ้วนที่ส่งผลต่อระดับธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์และทารก The impact of maternal obesity on iron status and neonatal ferritin บุษกร สังข์สุวรรณ, นนทกร แก้วสุวรรณ, ภัทธยา ลายทิพย์, กัญญารัตน์ ยอดเสน วิชชาดา สิมลา Butsakorn Sungsuwan, Nonthakorn Kaewsuwan, Phattiya laytip, kanyarat Yodsen Witchada Simla	43

JPHRI

วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข

Journal of Public Health Research and Innovation



Original research

Citation:

สวรส นานูญ, กาญจนารณ์ ไกรนรา, อุทัย จวบความสุข. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและ ระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2566;1(2):1-13.

ผู้พิมพ์ประสานงาน:

สวรส นานูญ;
Email: savarod5087@gmail.com

วันรับ: 22 ก.พ. 2566

วันแก้ไข: 18 มี.ค. 2566

วันตอบรับ: 10 เม.ย. 2566

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

สวรส นานูญ¹, กาญจนารณ์ ไกรนรา², อุทัย จวบความสุข³

¹ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

² กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

³ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน วิธีควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายต้องใช้วิธีการที่เหมาะสม โปรแกรมการจัดการตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการควบคุมระดับความดันโลหิต และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

วิธีการศึกษา: วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest designs) กลุ่มทดลองจำนวน 32 คน ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมจำนวน 32 คน ได้รับการดูแลตามแนวทางปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล และ 2) ข้อมูลพฤติกรรมจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษา: กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย Systolic BP เท่ากับ 134.72 (SD= 8.43) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย 153.69 (SD= 15.45) แตกต่างกัน 18.97 มิลลิเมตรปรอทและค่าเฉลี่ย Diastolic BP ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 80.63 (SD= 8.43) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย 89.63 (SD= 6.69) แตกต่างกัน 9 มิลลิเมตรปรอท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุปผล: โปรแกรมมีประสิทธิภาพต่อการแก้ปัญหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ และสามารถใช้เป็นแนวปฏิบัติในการทำงานเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โปรแกรมการจัดการตนเอง พฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต

Original research

Citation:

Savarod Naboon, Kanjanaporn Krainara, Authai Chuabkhwamsuk. The effect of self-management program on blood pressure control behavior and blood pressure level among patients with uncontrolled hypertension in Thung Yai Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Public Health Research and Innovation. 2023;1(2):1-13.

The effect of self-management program on blood pressure control behavior and blood pressure level among patients with uncontrolled hypertension in Thung Yai Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

Savarod Naboon¹, Kanjanaporn Krainara², Authai Chuabkhwamsuk³

¹ Out Patient Department, Nursing Organization, Thung Yai Hospital, Nakhon Si Thammarat Province.

² Primary and Holistic Care Department, Thung Yai Hospital, Nakhon Si Thammarat Province.

³ Hypertension Clinic, Out Patient Department, Nursing Organization, Thung Yai Hospital, Nakhon Si Thammarat Province.

Abstract

Background: Uncontrolled high blood pressure could lead to complications. It requires appropriate methods to keep blood pressure low as the target blood pressure level. The Self-management program can provide the patients with knowledge and skill to control blood pressure levels which can prevent complications.

Methods: The quasi-experimental research; two group pretest-posttest designs. 32 experimental group participants received 8 weeks self-management program whereas 32 in the control group followed routine service. Data were collected using 2 parts of the interview questionnaire: 1) personal characteristics and 2) self-management behavior. Descriptive statistics (percent, mean and standard deviation) and inferential statistics (chi-square test, paired t-test, and independent t-test).

Results: The experimental group showed significantly higher mean scores than the control group for all aspects: food consumption, exercise, stress management, medication, medical appointment and risk factor management ($p < 0.05$). When comparing the mean score of blood pressure level between the experimental group and control group, it found that the experimental group demonstrated mean score of systolic BP 134.72 (SD= 8.43) which lower than the control group with the mean of 153.69 (SD= 15.45), a difference of 18.97 mmHg. The mean score of Diastolic BP in the experiment group was 80.63 (SD= 8.43) which was lower than the control group, with a mean score of 89.63 (SD= 6.69); 9 mmHg. was the difference and this was statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusions: The program showed the effective result in solving problems for patients who were uncontrolled blood pressure levels. Thus, it can be used as a guideline in practice to work out this problem in hypertension clinics, hoping that it could reduce complications from high blood pressure.

Keywords: Uncontrolled hypertension, Self-management program, Blood pressure control behavior

Correspondence to

Savarod Naboon;
Email: savarod5087@gmail.com

Received: 22 Feb 2023

Revised: 18 Mar 2023

Accepted: 10 Apr 2023

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตของประชาชน ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่าทุกปีจะมีผู้เสียชีวิตจำนวน 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด สำหรับประเทศไทยมีสถิติผู้เสียชีวิตในปี 2561-2563 เท่ากับ 13.13, 14.21 และ 14.22 ต่อแสนประชากรตามลำดับ¹ สถานการณ์ความชุกโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น² ข้อมูลปี 2563-2565 พบอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ของจังหวัดนครราชสีมาเท่ากับ 929.56, 1,072.41 และ 1,035.02 ต่อแสนประชากรตามลำดับ สอดคล้องกับในพื้นที่อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครราชสีมาที่พบอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ปี 2563-2565 เท่ากับ 1,064.03, 1,577.53 และ 1,447.27 ต่อแสนประชากรตามลำดับ^{1, 3}

โรคความดันโลหิตสูงมีเป้าหมายการรักษาที่สำคัญคือ ควบคุมค่าระดับความดันให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท⁴ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่อง แต่เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลตนเองในระยะยาวอาจมีการละเลยการปฏิบัติตัว จึงไม่สามารถควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ประสบบัญญาผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องดังข้อมูลที่แสดงย้อนหลังตั้งแต่ปี 2563-2565 เท่ากับร้อยละ 20.39, 25.26 และ 30.30 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าในอนาคตจะมีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหัวใจ ไต ตา และสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตของประชาชนในพื้นที่ตามมาได้

วิเคราะห์สาเหตุการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยเกิดจากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมและไขมันในปริมาณสูง ออกกำลังกายไม่เพียงพอ ขาดนัด ขาดยา และมีพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เช่น ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และดื่มชา กาแฟ⁴ ดังนั้นการควบคุมโรคให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยวิธีการที่เหมาะสม จากการทบทวนแนวทางการควบคุมระดับความดันโลหิตมี 2 วิธี คือ 1) การรักษาด้วยยา และ 2) การปรับพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 2.1)

การรับประทานอาหารที่ช่วยลดความดันโลหิตสูง (Dietary approaches to stop hypertension: DASH) และลดปริมาณเกลือในอาหารให้บริโภคได้ไม่เกินวันละ 2.4 กรัม 2.2) การออกกำลังกาย 2.3) การจัดการความเครียด 2.4) การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง 2.5) การพบแพทย์ตามนัด และ 2.6) การควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น งดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดการสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามการปรับพฤติกรรมสุขภาพต้องอาศัยความสม่ำเสมอจึงมักพบปัญหาความไม่ต่อเนื่องของพฤติกรรมจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concept) ของแคนเฟอร์และกาลิก-บายส์⁵ เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยอาศัยความเชื่อว่าไม่มีบุคคลใดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้อื่นได้นอกจากตัวของบุคคลนั้น แนวคิดนี้มี 3 ระยะ คือ 1) ระยะการติดตามตนเอง (Self-monitoring stage) ด้วยการสังเกตพฤติกรรมของตนเองเพื่อเก็บข้อมูล 2) ระยะการประเมินตนเอง (Self-evaluation stage) เป็นระยะที่นำพฤติกรรมของตนเองมาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมสุขภาพมาตรฐาน และ 3) ระยะการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement stage) เป็นระยะแสดงออกของพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมและพัฒนาเป็นพฤติกรรมให้คงอยู่ตลอดไป ดังนั้นแนวคิดการจัดการตนเองจึงมีความสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองได้ ผู้วิจัยจึงได้นำมาประยุกต์พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของตนเองส่งผลต่อค่าระดับความดันโลหิตสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง และช่วยป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้

วิธีการศึกษา

วิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research, two group pretest-posttest design) กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเข้ารับบริการที่คลินิกโรคความดัน

โลหิตสูง โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีประวัติไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ซึ่งกำหนดค่าผลการประเมินระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มม.ปรอท⁴ จำนวนทั้งหมด 1,851 คน จากปีงบประมาณ 2565

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (วัดผลก่อน-หลัง) จากการทบทวนงานวิจัยของวงศ์ชูพจน์ พรหมศิลา, สุภาพร แนวนบุตร, ประพมา ฤทธิ์โพธิ์⁶ คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power ใช้ Test family เลือก t-tests, statistical test, means: differences between two independent means (two groups) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.73 ค่าความเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.8⁷ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างขณะทำการวิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30⁸ การศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง สุ่มกลุ่มตัวอย่างในคลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 64 คน แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คน ตามบัญชีรายชื่อการเข้ารับการรักษาในวันจันทร์และวันพุธของสัปดาห์ กลุ่มทดลองสุ่มในวันจันทร์และวันพุธสัปดาห์แรกที่เริ่มโปรแกรม และวันจันทร์และวันพุธในสัปดาห์ที่สองเป็นผู้ป่วยกลุ่มควบคุม สลับสัปดาห์จนกว่าจะครบตามจำนวน ผู้วิจัยพิจารณาคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์และเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ กำหนดค่าผลการประเมินความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มม. ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มม.ปรอท

- ไม่มีประวัติการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวาย เป็นต้น

- สามารถอ่านภาษาไทยออกและเขียนได้ และไม่มีอุปสรรคเรื่องการสื่อสาร ได้แก่ การมองเห็น การได้ยินเสียง และการเคลื่อนไหว

- สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ตลอดกระบวนการวิจัยและมีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- ระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยได้รับการวินิจฉัยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวาย เป็นต้น หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ตลอดกระบวนการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลจำนวน 13 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองจำนวน 36 ข้อ จำแนกพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารจำนวน 12 ข้อ การออกกำลังกายจำนวน 8 ข้อ การจัดการความเครียดจำนวน 5 ข้อ การรับประทานยาจำนวน 7 ข้อ การมาตรวจตามนัดจำนวน 2 ข้อ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงจำนวน 2 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม⁹⁻¹¹ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีข้อคำถามด้านบวกจำนวน 19 ข้อ และคำถามด้านลบ จำนวน 17 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง ประกอบด้วยโปรแกรมการจัดการตนเอง คู่มือจัดการตนเองของผู้ป่วย และเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล มีรายละเอียดดังนี้

- 2.1 โปรแกรมการจัดการตนเองผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick Buys⁵ ดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

- ระยะที่ 1 ระยะเตรียมความพร้อม (Preparation phase) ด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอ

ความร่วมมือในการทำวิจัย ประเมินภาวะสุขภาพครั้งที่ 1 การให้ความรู้ตามโปรแกรมการจัดการตนเองทั้ง 6 ด้าน พร้อมมอบคู่มือการจัดการตนเองและแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

ระยะที่ 2 ระยะจัดการด้วยตนเอง (Self-management) โดยกลุ่มทดลองจัดการตนเองผ่านกิจกรรมตามแนวทางของโปรแกรมอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ สำหรับผู้วิจัยมีบทบาทให้การสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านกลุ่ม line ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) ด้วยการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในแต่ละสัปดาห์พร้อมตั้งเป้าหมายการปฏิบัติ และปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ 2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) กลุ่มทดลองนำผลการปฏิบัติประเมินผลเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ นำปัญหาและอุปสรรคมาทบทวนเพื่อปรับปรุง และ 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) โดยการกำหนดรางวัลของตนเองเมื่อสามารถปฏิบัติตามเป้าหมาย โดยผู้วิจัยสนับสนุนในการสร้างแรงจูงใจให้สามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

ระยะที่ 3 ระยะติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ (Follow and Evaluate) ในแต่ละสัปดาห์ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และส่งแบบบันทึกทางกลุ่ม Line หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับการประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองทั้ง 6 ด้านโดยใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดเดียวกับก่อนการทดลองและวัดความดันโลหิตครั้งที่ 2 ที่โรงพยาบาล

2.2 คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยมีเนื้อหาแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองในการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และส่วนที่ 2 แบบบันทึกการปฏิบัติจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองทั้ง 6 ด้าน

2.3 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัลที่ได้ผ่านการสอบเทียบคุณภาพมาตรฐาน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.88 นำไปแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.81

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลอง 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ และขั้นประเมินผล มีรายละเอียดดังนี้

ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตและข้อมูลสุขภาพก่อนการทดลอง พร้อมนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมฝึกทักษะการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 1 การค้นหาปัญหาให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเอง ดังนี้

1. ทบทวนและค้นหาสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่สะท้อนข้อมูลจากผลการประเมินพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิตและค่าระดับความดันโลหิตก่อนการทดลอง

2. ให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเอง 6 ด้านในกลุ่มทดลอง ดังนี้ 1) การเสริมความรู้และพัฒนาทักษะการควบคุมอาหาร (Diet control) ตามแนวทาง DASH diet เพื่อควบคุมปริมาณโซเดียมและปริมาณไขมัน 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับระดับของกิจกรรมทางกาย ขั้นตอนการออกกำลังกาย และวิธีการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยนักกายภาพบำบัด 3) ฝึกทักษะการจัดการความเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและควบคุมการหายใจ 4) เกสซักรสำรวจปัญหาการใช้ยาลดความดันโลหิต ทบทวนวิธีรับประทานยา กำหนดเป้าหมายและวางแผนการใช้ยาที่ถูกต้อง และติดตามการใช้ยาที่บ้านทางกลุ่ม Line 5) แนะนำระบบการแจ้งเตือนก่อนถึงวันนัดพร้อมอธิบายให้เห็นความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง และ 6) สร้างความตระหนักให้ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่

3. มอบคู่มือการจัดการตนเองให้กลุ่มทดลองเรียนรู้วิธีการลงแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ เป้าหมายการจัดการตนเองที่บ้าน กำหนดรูปแบบวิธีติดตาม และสร้างกลุ่ม Line เพื่อรับคำปรึกษาและใช้เป็นช่องทางการติดตามพฤติกรรมขณะอยู่บ้าน

สัปดาห์ที่ 2-8 การจัดการตนเองตามโปรแกรม กลุ่มทดลองจัดการตัวเองตามโปรแกรม แต่ละสัปดาห์ผู้วิจัยโทรติดตามเป็นรายบุคคล และรายกลุ่มในช่องทาง Line ทบทวนปัญหาอุปสรรค ร่วมกันหาแนวทางการแก้ปัญหา พร้อมทั้งกระตุ้นให้มีการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติการจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้ได้ตามเป้าหมาย เสริมแรงตนเองตามความเหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติหลังครบ 8 สัปดาห์ ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง 6 ด้านด้วยแบบสัมภาษณ์ชนิดเดียวกับก่อนการทดลองและวัดความดันโลหิตหลังการทดลองพร้อมสรุปผลการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

- 1) สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลโดยใช้ Chi-square test เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและระดับความดันโลหิตภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test เมื่อข้อมูลผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ t-test ด้วยการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ Standard normal distribution

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่เอกสารรับรอง REC-TH039/2022 ลงวันที่ 7 ตุลาคม 2565

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.44 มีอายุเฉลี่ย 59.52 (SD=12.54) ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 73.44 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 75.00 และระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าร้อยละ 25.00 ตามลำดับ อาชีพเกษตรกรร้อยละ 65.63 รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 59.38 มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 25.72 (SD=4.03) กก./ตรม. จำแนกตามระดับภาวะโภชนาการ อ้วน (มากกว่า 25.00 กก./ตรม.) ร้อยละ 42.19 รองลงมาตามเกณฑ์ (18.50-22.99 กก./ตรม.) ร้อยละ 31.25

ข้อมูลพฤติกรรมจัดการตนเองทั้ง 6 ด้านก่อนการทดลอง พบว่าคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่าง 22.50-22.56 (SD=2.93-3.19) คะแนน (จากคะแนนเต็ม 48 คะแนน) การออกกำลังกายระหว่าง 11.59-12.31 (SD=5.03-7.01) คะแนน (จากคะแนนเต็ม 32 คะแนน) การจัดการความเครียดระหว่าง 15.59-15.78 (SD=1.31-2.84) คะแนน (จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน) การรับประทานยาระหว่าง 24.13-24.53 (SD=1.97-1.99) คะแนน (จากคะแนนเต็ม 28 คะแนน) การมาตามนัดระหว่าง 5.94-6.16 (SD=1.22-1.39) คะแนน (จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน) และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงระหว่าง 6.75-7.03 (SD=2.01-2.77) คะแนน (จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน) พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

ระดับความดันโลหิตก่อนการทดลองพบว่า ค่า Systolic BP กลุ่มทดลองเฉลี่ย 155.06 (SD= 9.29) กลุ่มควบคุมเฉลี่ย 156.03 (SD= 14.22) และค่าความดันโลหิต Diastolic BP กลุ่มทดลองเฉลี่ย 90.69 (SD= 6.51) กลุ่มควบคุมเฉลี่ย 92.34 (SD= 7.94) เมื่อทดสอบเปรียบเทียบคุณสมบัติข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลทุกตัวแปร พบว่าข้อมูลก่อนการทดลองไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังตาราง 1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง

ข้อมูลทั่วไป	รวม (n = 64)		กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ							3.925	0.088
ชาย	17	26.56	5	15.63	12	37.50		
หญิง	47	73.44	27	84.37	20	62.50		
อายุ $M= 59.52$ ปี, $SD= 12.54$, Min-Max = 37-87 ปี							1.004	0.316
< 60 ปี	34	53.13	19	59.38	15	46.87		
≥ 60 ปี	30	46.87	13	40.62	17	53.13		
สถานภาพ							2.003	0.157
โสด/ หม้าย/ หย่า	17	26.56	6	18.75	11	34.38		
สมรส	47	73.44	26	81.25	21	65.62		
ระดับการศึกษา							0.333	0.564
ประถมศึกษา	48	75.00	23	71.88	25	78.13		
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	16	25.00	9	28.12	7	21.87		
อาชีพ							0.733	0.693
เกษตรกร	42	65.63	21	65.62	21	65.62		
ค้าขาย/ นักธุรกิจ	10	15.62	4	12.50	6	18.75		
รับราชการ/ ลูกจ้าง	12	18.75	7	21.88	5	15.63		
รายได้ (บาท/เดือน)							1.036	0.309
≤ 10,000	38	59.38	21	65.63	17	53.13		
มากกว่า 10,000	26	40.62	11	34.37	15	46.87		
ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี) $M= 4.41$ ปี, $SD= 3.849$, Min-Max = 1-18 ปี							2.308	0.315
น้อยกว่า 5 ปี	39	60.93	22	68.74	17	53.12		
5-10 ปี	15	23.44	5	15.63	10	31.25		
มากกว่า 10 ปี	10	15.63	5	15.63	5	15.63		
ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ตรม.) $M= 25.72$ กก./ตรม., $SD= 4.03$, Min-Max = 18.16-39.63 กก./ตรม.							3.333	0.504
18.50-22.99	20	31.25	7	21.88	7	21.88		
23.00-24.99	17	26.56	5	15.63	8	25.00		
มากกว่า 25.00	27	42.19	20	62.49	17	53.12		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและ ระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพและ ระดับความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมกรรมการควบคุม BP						
การรับประทานอาหาร	22.56	3.19	22.50	2.94	0.081	0.935
การออกกำลังกาย	11.59	5.03	12.31	7.01	0.471	0.639
การจัดการความเครียด	15.78	1.31	15.59	2.84	0.339	0.736
การรับประทานยา	24.53	1.97	24.13	1.99	0.820	0.415
การมาตามนัด	6.16	1.22	5.94	1.39	0.669	0.506
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	6.75	2.77	7.03	2.01	-0.465	0.664
ความดันโลหิต						
ค่า Systolic BP	155.06	9.29	156.03	14.22	-0.323	0.748
ค่า Diastolic BP	90.69	6.51	92.34	7.94	-0.913	0.365

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตและระดับความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองครบ 8 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารจาก 22.56 (SD= 3.19) เป็น 33.09 (SD= 3.64) คะแนน ด้านการออกกำลังกายจาก 11.59 (SD= 5.03) เป็น 18.78 (SD= 4.15) คะแนน ด้านการจัดการความเครียดจาก 15.78 (SD= 1.31) เป็น 17.22 (SD= 1.68) คะแนน ด้านการรับประทานยาจาก 24.53 (SD= 1.97) เป็น 27.41 (SD= 1.48) คะแนน ด้านการมาตามนัดจาก 6.16 (SD= 1.22) เป็น 7.19 (SD= 1.42) คะแนน และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงจาก 6.75 (SD= 2.77) เป็น 8.00 (SD= 0.000) คะแนน อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < 0.05$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($p > 0.05$)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตภายในของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย Systolic BP ลดลงจาก 155.06 (SD= 9.29) เหลือ 134.72 (SD= 8.43) มิลลิเมตรปรอท ลดลงเฉลี่ย 20.34 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ย Diastolic BP ลดลงจาก 90.69 (SD= 6.51) เหลือ 80.63 (SD= 8.34) มิลลิเมตรปรอท ลดลงเฉลี่ย 10.06 มิลลิเมตรปรอท แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย Systolic BP ลดลงเพียงเล็กน้อยจาก 156.03 (SD= 14.22) เป็น 153.69 (SD= 15.45) มิลลิเมตรปรอท ลดลงเฉลี่ย 2.34 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ย Diastolic BP ลดลงจาก 92.34 (SD= 7.94) เป็น 90.31 (SD= 7.71) มิลลิเมตรปรอท ลดลงเฉลี่ย 2.03 มิลลิเมตรปรอท เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตและ ระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองครบ 8 สัปดาห์

พฤติกรรมสุขภาพและ ระดับความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง <i>M SD</i>	หลังการทดลอง <i>M SD</i>	Mean different	<i>t</i>	<i>p</i> -value
กลุ่มทดลอง					
พฤติกรรม การควบคุม BP					
การรับประทานอาหาร	22.56 (3.19)	33.09 (3.64)	-10.53	-19.82	<0.001*
การออกกำลังกาย	11.59 (5.03)	18.78 (4.15)	-7.188	-11.28	<0.001*
การจัดการความเครียด	15.78 (1.31)	17.22 (1.68)	-1.438	-6.057	<0.001*
การรับประทานยา	24.53 (1.97)	27.41 (1.48)	-2.875	-10.56	<0.001*
การตามนัด	6.16 (1.22)	7.19 (1.42)	-1.031	-6.035	<0.001*
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	6.75 (2.77)	8.00 (0.000)	-1.250	-2.552	0.16*
ความดันโลหิต					
ค่า Systolic BP	155.06 (9.29)	134.72 (8.43)	20.34	8.680	<0.001*
ค่า Diastolic BP	90.69 (6.51)	80.63 (8.34)	10.06	13.37	<0.001*
กลุ่มควบคุม					
พฤติกรรม การควบคุม BP					
การรับประทานอาหาร	22.50 (2.94)	22.84 (2.76)	-0.344	-1.457	0.155
การออกกำลังกาย	12.31 (7.01)	12.06 (7.61)	0.250	0.580	0.566
การจัดการความเครียด	15.59 (2.84)	15.56 (2.91)	0.031	0.571	0.572
การรับประทานยา	24.13 (1.99)	24.28 (1.91)	-0.156	-1.222	0.231
การตามนัด	5.94 (1.39)	6.06 (1.39)	-0.125	-1.000	0.325
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	7.03 (2.01)	7.06 (1.90)	-0.031	-0.571	0.572
ความดันโลหิต					
ค่า Systolic BP	156.03 (14.22)	153.69 (15.45)	2.34	1.025	0.313
ค่า Diastolic BP	92.34 (7.94)	90.31 (7.71)	2.03	1.420	0.166

* $p < 0.05$

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตและระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองครบ 8 สัปดาห์

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิตและระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองครบ 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน 1) ด้านการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองเท่ากับ 33.09 (SD= 3.64) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 22.84 (SD= 2.76) 2) ด้านการออกกำลังกายของกลุ่ม

ทดลองที่มีค่าเท่ากับ 18.78 (SD= 4.15) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 12.06 (SD= 7.61) 3) ด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 17.22 (SD= 1.68) กลุ่มควบคุม 15.56 (SD= 2.91) 4) ด้านการรับประทานยาของกลุ่มทดลองเท่ากับ 27.41 (SD= 1.48) กลุ่มควบคุม 24.28 (SD= 1.91) 5) ด้านการตามนัดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 7.19 (SD= 1.42) กลุ่มควบคุม 6.06 (SD= 1.39) และ 6) ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มทดลองเท่ากับ 8.00 (SD= 0.000) กลุ่มควบคุม 7.06 (SD= 1.90) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย Systolic BP เท่ากับ 134.72 (SD= 8.43) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย 153.69 (SD= 15.45) แตกต่าง 18.97 มิลลิเมตรปรอทและค่าเฉลี่ย

Diastolic BP เท่ากับ 80.63 (SD= 8.43) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ที่มีค่าเฉลี่ย 89.63 (SD= 6.69) แตกต่าง 9 มิลลิเมตรปรอท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตาราง 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตและระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองครบ 8 สัปดาห์

พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Mean difference	t	p-value
	(n=32)	(n= 32)			
	M SD	M SD			
พฤติกรรมในการควบคุม BP					
การรับประทานอาหาร	33.09 (3.64)	22.84 (2.76)	10.250	12.693	<0.001*
การออกกำลังกาย	18.78 (4.15)	12.06 (7.61)	6.719	4.385	<0.001*
การจัดการความเครียด	17.22 (1.68)	15.56 (2.91)	1.656	2.791	0.007*
การรับประทานยา	27.41 (1.48)	24.28 (1.91)	3.125	7.332	<0.001*
การมาตามนัด	7.19 (1.42)	6.06 (1.39)	1.125	3.198	0.002*
การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	8.00 (.000)	7.06 (1.90)	.938	2.792	0.007*
ความดันโลหิต					
ค่า Systolic BP	134.72 (8.43)	153.69 (15.45)	-18.969	-6.098	<0.001*
ค่า Diastolic BP	80.63 (8.34)	89.63 (6.69)	-9.000	-4.764	<0.001*

* $p<0.05$

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้หลังการทดลองครบ 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตและระดับความดันโลหิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตและระดับความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ผลการวิจัยอธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) สามารถช่วยพัฒนาความรู้และทักษะที่ถูกต้องและสามารถจัดการตนเองได้⁵ ข้อมูลการปฏิบัติงานก่อนนำโปรแกรมมาใช้กลุ่มตัวอย่างได้รับบริการแบบผู้ป่วยนอกทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ในระยะเวลาสั้นๆ ขาด

สัมพันธ์ภาพที่ดีจึงทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมได้การออกแบบโปรแกรมในระยะเตรียมความพร้อมเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีช่วยให้กลุ่มทดลองเปิดใจและไว้วางใจ ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและตัวชี้วัดทางสุขภาพทางคลินิกสอดคล้องกับการศึกษาของ Peijia Zha, et al. ที่กล่าวว่า การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีจะช่วยสร้างความไว้วางใจ¹³ สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมในการจัดการตนเอง 6 ด้านเพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์สาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ ข้อมูลนี้จะนำมาใช้ในกระบวนการสร้างความตระหนักเพื่อจัดการตนเองและการวางแผนเพื่อตั้งเป้าหมายสอดคล้องกับการศึกษาของไพรวลัย โศตรตะ, อมรรรัตน์ นธะสนธิ์, อรุมา แก้วเกิด¹³⁻¹⁴ ที่กล่าวว่าความตระหนักจะช่วยดึงความสนใจเพื่อนำไปสู่การปรับพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้กลุ่มทดลองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตได้ จากผล

การวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร ก่อนการวิจัย กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารรสเค็มและมีพฤติกรรมกรรมการเติมเครื่องปรุงรสที่มีโซเดียมสูงโดยไม่ทราบถึงปริมาณความต้องการของร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจน นณิทัฬ ที่ศึกษาสถานการณ์การบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบสาเหตุจากขาดการรับรู้ถึงปริมาณโซเดียมและไม่ทราบว่าตนเองได้รับโซเดียมเกิน¹⁴ ปริมาณโซเดียมเกินจะเพิ่มการดูดกลืนของน้ำทำให้หัวใจบีบตัวมากขึ้นส่งผลให้ค่าความดันโลหิตสูงขึ้น การจัดการตนเองด้วยการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH diet เพื่อลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน หลังการทดลองครบ 8 สัปดาห์พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นจาก 22.56 (SD= 3.19) เป็น 33.09 (SD= 3.64) คะแนนแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) จึงช่วยเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตให้ลดลงได้¹⁵

ผลการจัดการพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มทดลองจากการได้รับความรู้และทักษะโดยเน้นการทำสมาธิเข้าใจขั้นตอนการออกกำลังกาย ระดับของกิจกรรมทางกาย วิธีการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจาก 7.63 (SD= 7.18) เป็น 12.75 (SD= 6.72) คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมใกล้เคียงค่าเดิมจาก 12.31 (SD= 7.01) เป็น 12.06 (SD= 7.61) คะแนน ไม่แตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) อธิบายได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น¹⁷ การออกกำลังกายด้วยวิธีเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจะช่วยปรับการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกให้กลับมาทำงานปกติเนื่องจากถูกกระตุ้นและการปรับโครงสร้างของ Sinoatrial node; SA node ทำให้หัวใจทำงานลดลงจึงส่งผลให้ลดความดันโลหิตได้¹⁸

ผลการจัดการความเครียดจากการฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และควบคุมการหายใจหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 11.59 (SD= 5.03) เป็น 18.78 (SD= 4.15) คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) อธิบายได้ว่าการฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

และการควบคุมการหายใจด้วยวิธีการหายใจเข้าลึกทำให้เกิดสมาธิส่งผลให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนแห่งความสุข (Endorphin) ผ่านระบบไหลเวียนโลหิตช่วยกระตุ้น Vagus nerve ทำให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานปกติและเกิดการคลายตัวของแรงต้านของหลอดเลือดจึงทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ลลิตา บุญงามและคณะ ที่ศึกษาโปรแกรมออกกำลังกายแบบซึ่งต่อระดับความดันโลหิตสูงพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic BP และ Diastolic BP ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)¹⁹⁻²⁰

การจัดการพฤติกรรมด้านการรับประทานยาโดยการบอกเล่าวิธีการรับประทานยาลดความดันโลหิต สำรวจปัญหาจากการใช้ยาพบปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การใช้ยาไม่ตรงเวลา ลืมรับประทานยา และขาดยาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐพงศ์ อูธร²¹ จากปัญหาดังกล่าวเภสัชกรนำมากำหนดเป้าหมายเพื่อให้ความรู้และวางแผนการจัดการตนเองเพื่อให้ใช้ยาที่ถูกต้อง โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่ติดตามการปฏิบัติตัวที่บ้านทางกลุ่ม line สอดคล้องกับการศึกษาของกมลชนก เจริญวงษา และคณะ ที่ศึกษาความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชัน พบว่าการส่งข้อความเตือนให้รับประทานยา และการติดตามสอบถามจะช่วยเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาให้สำเร็จ²²⁻²³ และเมื่อใช้ร่วมกับระบบแจ้งเตือนก่อนถึงวันนัดเพื่อย้ำให้เกิดความตระหนักในการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องซึ่งจะช่วยเสริมไม่ให้ผู้ป่วยขาดยาส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการมาตามนัดเพิ่มขึ้นจาก 6.19 (SD= 1.22) เป็น 7.19 (SD= 1.42) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์หลังการทดลองพบว่าเมื่อกลุ่มทดลองได้รับทราบผลกระทบต่อสุขภาพทำให้ตระหนักถึงปัญหาจึงกำหนดเป้าหมายลด ละ เลิก ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นจาก 6.75 (SD= 2.77) เป็น 8.00 (SD= 0.000) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย Systolic BP เท่ากับ 134.72 (SD= 8.43) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย 153.69 (SD= 15.45) แตกต่างกัน

18.97 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ย Diastolic BP ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 80.63 (SD= 8.43) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย 89.63 (SD= 6.69) แตกต่างกัน 9 มิลลิเมตรปรอท ทดสอบทางสถิติพบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปกติเมื่อระยะเวลาผ่านไป 8 สัปดาห์ พบว่าผลการจัดการตนเองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($p>0.05$) จึงไม่สามารถลดค่าระดับความดันโลหิตได้ทั้ง Systolic BP และ Diastolic BP ได้ ซึ่งหากไม่มีการดำเนินการใดๆ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้

สรุปผล

โปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพต่อการแก้ปัญหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ และสามารถใช้เป็นแนวปฏิบัติในการทำงานเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้เป็นแนวทางในการทำงานคลินิกโรคความดันโลหิตสูงเพื่อช่วยพัฒนาทักษะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะยาวด้วยการติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและขอบคุณเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพโรงพยาบาลทุ่งใหญ่ที่ร่วมพัฒนาผลงานวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Indicators Report, Ministry of Public Health, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. (2022). Retrieved October 1, 2022 from [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php-](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php-source=pformatted/format2.php&cat_id=491672679818600345dc1833920051b2&id=87af-734bc7575ecba528b7c9dba063bb)
2. World Health Organization 2019. Noncommunicable Diseases. Retrieved September 7, 2022. form: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/noncommunicable-diseases>.
3. Aekplakorn, W. (editor). Thai national health examination survey VI study group. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design; 2021.
4. Thai Hypertension Society. 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. Chiang Mai: Trick Think; 2019.
5. Kanfer, FH., Gaelik-Buys L. Self-management methods. En: Kanfer FH, Goldstein AP, comp. Helping people change. Nueva York: Pergamon Press, 1991: 305-360.
6. Promsila, W., Neawbood, S., Rithpho, P. Effects of hypertension prevention program on practical behaviors and blood pressure levels among high risk of hypertensive persons. Nursing Journal. 2019; 46(2): 95-107.
7. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Routledge. 2013.
8. Oupachai, S., Jenjaiwit, S. The effect of family health promotion program on health behavior among cataract surgery patients and families. Research and Development Health System Journal.; 15(2): 16-30.
9. Sittiwang, S., Aungwattana, S., Tamdee, D. Effect of self-management promoting program on health behaviors and blood pressure level of person with uncontrolled hypertension. Nursing Journal. 2020; 47(2): 85-97.
10. Wangtapan, K. Stroke prevention self-management program in patients with uncontrolled hypertension. Huachiew Chalermprakiet University. 2019.

11. Chansree, N., Nateetanasombut, K., Kasiphol, T. Effect of self-management promoting program among uncontrolled hypertensive patients. *Huachiew Chalermprakiet Science and Technology Journal*. 2020; 6(2): 58-68.
12. Zha, P, Qureshi R, Sickora, C, Porter, S, Chase S, Chao YY. Development of a patient-nurse trust scale in under-served community setting. *J Community Health Nurs* 2020; 37:9-18.
13. Kotta, K., Natason A., Kaewkerd O. De. Development of the Food Consumption Behaviors Modification Model Based on Lifestyle to Prevent Non-Communicable Diseases Among Adults with Overweight and Obesity. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2022; 16(3): 799-815.
14. Julawono, N. Effects of an Individual education program on self-care behavior among patients with tuberculosis. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2016; 3(1): 17-30.
15. Trinnawootipong, K., Rachagrai, T., Tumala, P., Nasa-arn, S. Effect of a salty reduction program in the suspected hypertensive patients in health area 7. *The office of disease prevention and control 9 Nakhon Ratchasima Journal*. 2021; 27(3): 43-52.
16. Seephom S, Prapaipanich W, Janepanich P, Pichaiwong W. The effect of self – management program for slow chronic kidney disease progression on knowledge, health behavior and blood pressure levels. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2014; 25(1): 16-31.
17. White, D. W., & Raven, P. B. (2014). Autonomic neural control of heart rate during dynamic exercise: revisited. *The Journal of physiology*, 592(12), 2491–2500.
18. White, D. W., & Fernhall, B. Effects of Exercise on Blood Pressure and Autonomic Function and Other Hemodynamic Regulatory Factors. In L.S. (2015).
19. White, D. W., & Fernhall, B. (2015). Effects of Exercise on Blood Pressure and Autonomic Function and Other Hemodynamic Regulatory Factors. *Effects of Exercise on Hypertension: From Cells to Physiological Systems*. 2015: 203-225.
20. Boonngam, L., Toonsiri, C., Junprasert, S. Effects of the qigong exercise program on blood pressure levels among prehypertensive women in Meuang District, Sing Buri Province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 2017; 25(1): 82-94.
21. Autorn N, Wangrath J, Boonchieng W. The effect of basic drug use handbook for patients with uncontrollable hypertension. *LPHL*. 2020; 16(2): 81-91.
22. Hypertension Association of Thailand, 2019 Available form: <http://www.thaihypertension.org/information.html> Accessed on date 7 Sep 2022.
23. Charoenwongsa, K., Wirojratana, v., Wattanakitkrileart, D. The Effect of a Medication Adherence Promotion Program through the Line Application on Older Persons with Essential Hypertension. *Nursing Journal CMU*. 2022; 49(2); 313-325.

Original research

Citation:

ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์, ลภัสรดา หนู่มคำ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2566;1(2):14-24.

ผู้สนับสนุนงาน:

ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์;

Email: siriphan.ho@gmail.com

วันรับ: 1 มี.ค. 2566

วันแก้ไข: 19 มี.ค. 2566

วันตอบรับ: 20 เม.ย. 2566

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง

ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์¹, ลภัสรดา หนู่มคำ²

¹ ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต

บทคัดย่อ

บทนำ: อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดลำปางสูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศ โดยพบอัตราตาย 81.26 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2563 อัตราป่วยสูงเป็นอันดับ 1 ของเขตบริการสุขภาพที่ 1 และสูงกว่าภาพรวมของประเทศไทย อำเภอเมืองพบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดในปี พ.ศ. 2561 มีอัตราป่วยมากถึงร้อยละ 10.37 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง โดยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ จำนวน 138 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 5 ตอน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ปัจจัยนำ 3) ปัจจัยเอื้อ 4) ปัจจัยเสริม และ 5) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.1 อายุเฉลี่ย 62.1±8.9 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 81.2 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 53.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.1 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 4,889.1±4247.3 บาท ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 8.4±5.6 ปี พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 80.4 (Mean=46.6, SD = 4.7) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ คือ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ($r=0.186$) ทักษะการเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ($r=0.188$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($r=-0.182$) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($r=0.256$) 2) ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข ($r=0.345$) และ 3) ปัจจัยเสริม คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ($r=0.207$)

สรุปผล: ความรู้ ทักษะ ความเชื่อด้านสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสนับสนุนความรู้และทักษะเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหลากหลายช่องทาง โดยเฉพาะผ่านกระบวนการ 3 หมอ และการเสริมพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง

Original research

Citation:

Siriphan Homkaenchan, Lapatrada Numkham. Factors Related to Stroke Prevention Behaviors in People with Hypertension in Kluaymoung Public Health Service Center, Khelang Nakhon Municipality, Lampang Province. Journal of Public Health Research and Innovation. 2023;1(2):14-24.

Correspondence to

Siriphan Homkaenchan;
Email: siriphan.ho@gmail.com

Received: 1 Mar 2023

Revised: 19 Mar 2023

Accepted: 20 Apr 2023

Factors Related to Stroke Prevention Behaviors in People with Hypertension in Kluaymoung Public Health Service Center, Khelang Nakhon Municipality, Lampang Province

Siriphan Homkaenchan¹, Lapatrada Numkham²

¹ Kluaymoung Public Health Service Center, Khelang Nakhon Municipality, Lampang Province

² Faculty of Nursing, Rattana Bandit University

Abstract

Background: The mortality rate from stroke in Lampang Province is the second highest in the country, with a death rate of 81.26 per 100,000 population in the year 2020. Muang district found the highest morbidity rate of stroke in 2018, with 10.37%. The aimed of study were to describe the prevention behaviors of stroke and factors related to preventive behaviors of stroke among hypertensive patients in Kluaymoung Public Health Service Center, Khelang Nakhon Municipality, Lampang Province.

Methods: A cross-sectional analytical research was used. The sample was hypertensive patients in Kluaymoung Public Health Service Center, Khelang Nakhon Municipality, Lampang Province. The data were collected from 138 people with hypertension by systematic random sampling method. Data were collected using interview questionnaire, consist of 5 parts: 1) personal data 2) predisposing factors 3) reinforcing factors 4) enabling factors and 5) stroke prevention behavior, between October to December 2022. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, and Spearman rank order correlation.

Results: Most of the sample were female with 55.1%, average age at 62.1±8.9 years, marital status with 81.2%, self-employed with 53.6%. Most of the level of education was elementary school education with 68.1%, average family income at 4,889.1± 4247.3 baht. The average year of hypertension was 8.40±5.60years. The results revealed that stroke prevention behaviors had moderate level 80.4%. Factors related to stroke prevention behaviors were 1) predisposing factors; knowledge (r=0.186), attitude (r=0.188), and perceived severity (r=-0.182) and perceived benefits (r=0.256) 2) enabling factors; accessibility to health care service (r=0.345) and 3) reinforcing factors; receiving information about stroke (r=0.207) with statistical significance at p-value<0.05.

Conclusions: knowledge, attitude, health beliefs, accessibility to health care service and receiving information about stroke were related to stroke prevention behaviors in people with hypertension. Therefore, the hypertensive caregivers should be more coached about supporting knowledge and skills and the hypertensive patient groups should receive well information about cerebrovascular disease through a variety of channels. Especially through the process of 3 doctors and empowered for further self-care.

Keywords: Prevention behaviors, hypertension, stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดจากภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมอง ถูกทำลาย การทำงานของสมองหยุดชะงัก¹ อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดลำปางสูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศ โดยพบอัตราตาย 81.26 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ.2563 อัตราป่วยสูงเป็นอันดับ 1 ของเขตบริการสุขภาพที่ 1 และสูงกว่าภาพรวมของประเทศไทย อำเภอเมืองพบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดในปี พ.ศ. 2561 มีอัตราป่วยมากถึงร้อยละ 10.37² สาเหตุที่นำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มากเกินไป การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การรับประทานผักผลไม้ไม่เพียงพอ การมีกิจกรรมทางกายน้อยหรือขาดการออกกำลังกาย ประกอบกับการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด³ กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเบื้องต้น จากการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในคนไทย (Thai CV risk score) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 369 ราย ของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วง พบว่า มีภาวะเสี่ยงสูง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 8.67 เสี่ยงสูงมาก จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 4.07 และเสี่ยงสูงอันตราย จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 6.50⁴

การดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แม้ว่าโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นโรคที่ส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิต แต่สามารถป้องกันได้ด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายเป็นประจำ การงดดื่มสุราและสูบบุหรี่ การรับประทานยาต่อเนื่อง และมาตรวจตามนัด⁵ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้

ความรุนแรงของการเป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค และการได้รับการสนับสนุนข้อมูลโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิดรวมถึง ความเชื่อ ด้านสุขภาพที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรค⁶

เบเกอร์⁷ เสนอว่า การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ ตลอดจนมีแรงจูงใจด้านสุขภาพและมีปัจจัยอื่นๆ ร่วม คือ ปัจจัยด้านประชากร ด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะคิด และการได้รับสนับสนุนจากบุคคล ที่จะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น⁸ แม้ว่าจะมีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มโรค แต่การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ที่ยังไม่ได้ศึกษา อีกทั้งสถานการณ์ยังพบผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมาก แนวโน้มการเกิดโรค และความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้น การศึกษารังนี้มามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ร่วมกับ PRECEDE framework⁹ เป็นกรอบในการศึกษาโดยนำเฉพาะขั้นตอนการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ปัจจัยหลักคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมเป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

วิธีการศึกษา

การศึกษารังนี้มเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (A Cross-sectional Analytical Research) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2565

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จาก 3 ชุมชน จำนวน 369 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) ตามบัญชีรายชื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power, Statistical test: Correlation Bivariate normal model version 3.1.9.2¹⁰ โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) เท่ากับ 0.95 ความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 ค่า Effect Size ขนาดกลาง เท่ากับ 0.3 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 115 คน เพื่อป้องกันการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20¹¹ ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้นเท่ากับ 138 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือของนพดล คำภีร์¹² ที่ศึกษาความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอมะเทะ จังหวัดลำปาง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ 0.73 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.80 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0.72 และประยุกต์ใช้เครื่องมือของกษมา เสงี่ยม¹³ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีค่าความเชื่อมั่น KR-20 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเท่ากับ 0.84 ด้านการรับรู้ความรุนแรงเท่ากับ 0.65 ด้านการรับรู้ประโยชน์เท่ากับ 0.81 การรับรู้อุปสรรคเท่ากับ 0.82

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือสำหรับการศึกษา นี้ได้รับการประเมินความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน หลังจากผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 0.96 (scale-level CVI/Ave) และดำเนินการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 30 คน ในพื้นที่ที่มีลักษณะภูมิศาสตร์ ประเพณีวัฒนธรรม การดำรงชีวิตคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยใช้สูตร

Kuder Richardson 20 (KR-20) และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เป็นดังนี้ การทดสอบแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของ Kuder Richardson 20 เท่ากับ 0.927 ซึ่งมีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.4-0.7 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.94 แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ประวัติการเจ็บป่วยของญาติสายตรงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความ (Open End)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ วัดเป็น ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ ระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน การแบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้ต่ำ ปานกลาง สูง แบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ของ Bloom¹⁴ ดังนี้ ระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 0-59.99 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79.99 และระดับสูงคะแนนร้อยละ 80-100

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ทัศนคติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อความด้านบวก 5 ข้อ ข้อความด้านลบ 5 ข้อ วัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน ส่วนข้อความเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม โดยเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 คะแนน และระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1. การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ 3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ข้อ 4. การรับรู้อุปสรรค

ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 33 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อความ ด้านบวก 23 ข้อ ข้อความด้านลบ 10 ข้อ วัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน ไม่แน่ใจ เท่ากับ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 คะแนน และระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00 คะแนน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข จำนวน 2 ข้อ วัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เป็นประจำ เท่ากับ 3 คะแนน บางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน ไม่เคย เท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 คะแนน และระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00 คะแนน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม แบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล ข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว ญาติ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้านการให้ความช่วยเหลือ การรับฟังปัญหา และการให้ความรู้คำแนะนำการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 7 ข้อ มีระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เป็นประจำ เท่ากับ 3 คะแนน บางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน ไม่เคย เท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 คะแนน และระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา และการตรวจตามนัด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งพฤติกรรมด้านบวกและด้านลบ วัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 คะแนน และระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00 คะแนน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่ศาลาเอนกประสงค์ประจำหมู่บ้านประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งรายละเอียดการเก็บรักษาความลับในส่วนของคุณลักษณะส่วนตัว ส่วนการรายงานผลการศึกษาก็จะเป็นเพียงข้อมูลวิเคราะห์โดยรวมเท่านั้น และจะไม่มีการระบุชื่อ ข้อมูลในแบบสัมภาษณ์จะเก็บไว้เป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และข้อมูลจะถูกทำลายโดยผู้วิจัยเมื่อเสร็จสิ้นการศึกษา

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลวันเสาร์และวันอาทิตย์ เก็บข้อมูลช่วงเวลาเช้า วันละประมาณ 15 ราย วันจันทร์ถึงวันศุกร์ จะเก็บข้อมูล ช่วงเวลาเย็น วันละประมาณ 9 ราย โดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วง

3. เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมการศึกษาในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจก่อนทำการเก็บข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ตอบแบบสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาเฉลี่ยในการตอบแบบสัมภาษณ์ 25-30 นาที

5. ตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และรวบรวมแบบสัมภาษณ์ไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E2565-100 วันที่ 30 กันยายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด-ต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Spearman Rank Correlation

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 138 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.1 อายุเฉลี่ย 62.1 ± 8.9 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.2 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 53.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.1 รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 21.0 รายได้เฉลี่ย $4,889.1 \pm 4,247.3$ บาท ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1-5 ปี ร้อยละ 38.4 ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 8.4 ± 5.6 ปี ประวัติการสูบบุหรี่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 76.1 และประวัติ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่ดื่มร้อยละ 51.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=138)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	62	44.9
หญิง	76	55.1
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 50	15	10.9
51 – 59	29	21.0
60 - 69	69	50.0
70 ปีขึ้นไป	25	18.1
Mean (SD): Min-Max	62.1 (8.9): 35-82	
สถานภาพสมรส		
โสด	8	5.8
คู่	112	81.2
หม้าย/หย่า/แยก	18	13.0
อาชีพ		
เกษตรกร	38	27.5
รับจ้าง	74	53.6
ค้าขาย	16	11.6
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	0.7
แม่บ้าน / พ่อบ้าน / ไม่ได้	9	6.5
ประกอบอาชีพ		

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=138)(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	23	16.7
ประถมศึกษา	94	68.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	6.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	4.3
/ปวช.		
อนุปริญญา/ปวส	1	0.7
ปริญญาตรี	5	3.6
รายได้ของครอบครัว		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	99	71.7
5,000 – 10,000 บาท	29	21.0
10,001 ขึ้นไป	10	7.2
Mean (SD): Min-Max	4,889.1 (4,247.3): 1,500-20,000	
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี)		
1- 5	53	38.4
6 - 10	41	29.7
11 - 15	26	18.8
16 ปีขึ้นไป	18	13.0
Mean (SD): Min-Max	8.4 (5.6): 1-24	
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	105	76.1
สูบบุหรี่	8	5.8
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	25	18.1
ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่ม	71	51.4
ดื่มอยู่	66	47.8
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	1	0.7

เมื่อพิจารณาปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูงร้อยละ 42.0 ทักษะการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.2 และความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงร้อยละ 74.6 ปัจจัยเอื้อการเข้าถึงการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข อยู่ในระดับสูงร้อยละ 84.8 ปัจจัยเสริมการได้รับสนับสนุนจากบุคคลอยู่ในระดับสูงร้อยละ 73.9 และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูงร้อยละ 47.1 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.4 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n=138)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ (คน)
ปัจจัยนำ		
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง		
ต่ำ (คะแนนไม่เกินร้อยละ 59)	36	26.1
ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79)	44	31.9
สูง (คะแนนร้อยละ 80-100)	58	42.0
Mean (SD): Min-Max	7.0 (2.5): 0-10	
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง		
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50)	79	57.2
ดี (คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00)	59	42.8
Mean (SD): Min-Max	24.7 (2.9): 18-30	
ความเชื่อด้านสุขภาพ		
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50)	35	25.4
สูง (คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00)	103	74.6
Mean (SD): Min-Max	86.2 (7.3): 65-97	
ปัจจัยเอื้อ		
การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข		
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50)	8	5.8
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50)	13	9.4
สูง (คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00)	117	84.8

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n=138) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ (คน)
Mean (SD): Min-Max	5.6 (0.9): 2-6	
ปัจจัยเสริม		
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล		
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50)	2	1.4
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50)	34	24.6
สูง (คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00)	103	74.0
Mean (SD): Min-Max	18.9 (2.7): 7-21	
การได้รับข้อมูลข่าวสาร		
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50)	9	6.5
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50)	64	46.4
สูง (คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00)	65	47.1
Mean (SD): Min-Max	36.2 (6.4): 19-45	
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง		
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50)	111	80.4
สูง (คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00)	27	19.6
Mean (SD): Min-Max	46.6 (4.8): 32-59	

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ คือ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ($r = 0.186$) ทักษะการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($r = 0.188$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($r = -0.182$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($r = 0.256$) 2) ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข ($r = 0.345$) และ 3) ปัจจัยเสริม คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ($r = 0.207$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n=138)

ตัวแปร	Spearman rank order correlation (r)	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	-0.003	0.972
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว	0.088	0.304
ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	0.062	0.468
ปัจจัยนำ		
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	0.186	0.029*
ทัศนคติเกี่ยวกับการโรคหลอดเลือดสมอง	0.188	0.027*
ความเชื่อด้านสุขภาพ	0.075	0.384
- การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	0.162	0.058
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	-0.182	0.033*
- การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.256	0.002*
- การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	-0.008	0.925
ปัจจัยเอื้อ		
การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข	0.345	<0.001*
ปัจจัยเสริม	0.173	0.043*
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล	0.045	0.602
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	0.207	0.015*

*Significant (p < 0.05)

อภิปรายผล

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 80.4 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 46.6 ± 4.8 คะแนนใกล้เคียงกับการศึกษาของไพฑูรย์ วุฒิโส และอณัญญา ลาลูน¹⁵ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 65.9 ต่างจากการศึกษาของพิชามญช์ คำแพร่ดี และอดิศักดิ์ สัตย์ธรรม⁶ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 49.2 ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นมีผลต่อพฤติกรรมการรวมกลุ่มทำให้เพิ่มโอกาสในการ

ได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้มากขึ้น

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และประวัติการเจ็บป่วยของญาติสายตรงเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของไพฑูรย์ วุฒิโส และอณัญญา ลาลูน¹⁵ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งชายและหญิงต่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ และเป็น กลุ่มผู้สูงอายุ อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อความเชื่อและประสบการณ์การดูแลตนเองที่ส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรม

แตกต่างกัน การศึกษาของนิรัชชา จ้อยชูและคณะ¹⁶ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก เช่นเดียวกับแนวคิดของโอเร็ม¹⁷ กล่าวไว้ว่า อายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ ทั้งนี้อายุจัดเป็นปัจจัยด้านประชากรที่มีผลต่อแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรม อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามากส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อกระบวนการรับรู้ จนทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางที่เหมาะสม

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.186$, $r=0.188$ และ $r=0.256$ ตามลำดับ $p < 0.05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของไพฑูรย์ วุฒิส และอนัญญาลาลุน¹⁵ อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับความรู้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองผ่านสื่อหลากหลายช่องทางอย่างสม่ำเสมอทำให้เกิดการเรียนรู้จนสามารถจดจำการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ อธิบายได้ว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะที่ดี จึงเกิดความตระหนักและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดี การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.182$, $p < 0.05$) สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ¹⁷ ที่กล่าวว่า ความเชื่อที่บุคคลประเมินความรุนแรงของการเกิดโรคความผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ว่าทำให้เกิดความพิการ จึงทำให้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค เช่นเดียวกับการรับรู้ประโยชน์ ที่บุคคลเชื่อว่าหากปฏิบัติพฤติกรรมได้ดีจะช่วยให้ปลอดภัยจากโรคหลอดเลือดสมอง แต่หากการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงจนนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ความยากลำบาก

และใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือการกระทบต่อฐานะทางสังคม ผลกระทบต่อหน้าที่การงาน การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา โมมาลาและพิสุทธิ คงข้า¹⁸ และประไพศรี คงหาสุข และคณะ¹⁹

ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.345$, $p < 0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่รับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร ซึ่งเป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชนเอื้ออำนวยต่อการไปรับการรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขได้ง่าย และสะดวก

ปัจจัยเสริม การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.207$, $p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของพิชามญช์ คำแพร่ดีและอดิศักดิ์ สัตย์ธรรม⁶ ทั้งนี้อาจเนื่องจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วงเป็นบุคลากรที่ถ่ายโอนภารกิจมาสังกัดเทศบาลเมืองเขลางค์นคร ถือเป็นบุคลากรที่ใหม่ที่มาพร้อมการถ่ายโอนภารกิจ ประกอบกับสถานการณ์โควิด-19 เริ่มคลี่คลาย ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มีการแนะนำประชาสัมพันธ์แนวทางการดำเนินงาน การให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแลสุขภาพทั้งในคลินิกโรคเรื้อรัง และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการได้รับสนับสนุนข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ โดยเฉพาะสื่อบุคคล จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Melak และคณะ⁸ เกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่พบว่า ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจะอยู่ในระดับสูงได้เกิดจากการได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ที่เพียงพอและเข้าถึงได้ง่าย

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการ ควรมีการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ญาติผู้ดูแลในเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคอันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป รวมทั้งการเพิ่มช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่หลากหลาย โดยเฉพาะผ่านกระบวนการ 3 หมอ และการเสริมพลังอำนาจกลุ่ม (Group Empowerment) ให้แก่กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลสุขภาพตนเอง

ด้านการศึกษาวิจัย สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความช่วยเหลือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณอาสาสมัครวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Bumrungrad hospital. Stroke. [cited 2022 Feb 21]. Available from: <https://www.bumrungrad.com/th/conditions/stroke>
2. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Non-communicable disease information number and death rate with 5 non-communicable diseases (year 2017 - 2021). [cited 2023 Jan 18]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission3>
3. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guidelines for improving the operation of quality NCD clinics (diabetes and hypertension) in the health promoting hospital. Nonthaburi: Department of Disease Control. 2015.
4. Health Data Center Lampang Provincial Public Health Office. Information to respond to the Service Plan of Non Communication Disease Branches (NCD DM,HT,CVD). [cited 2022 May 20]. Available from: https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/admin/exchange_list.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
5. Suangpho P. Prevention of recurrent stroke in the elderly. North-Eastern Thai Journal of neuroscience. 13(2):2019;56-67. (in Thai)
6. Kaparedee P and Sattum A. Factors related to stroke prevention behavior in hypertensive patients Thammasat University Hospital. Thammasat Medical Journal. 2016; 16(1):66-78. (in Thai)
7. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. Thorofare, NJ: Charles B Slack; 1974.
8. Melak A et al. Knowledge, Prevention Practice and Associated Factors of Stroke Among Hypertensive and Diabetic Patients – A Systematic Review. Risk Manag Health Policy. 2021;14:3295-3310. doi: 10.2147/RMHP.S324960
9. Green L and Krueter M. Health Promotion Planning An Education Approach (3 ed.) Toronto: Mayfield Publishing Company; 1999.
10. Faul F Erdfelder E Lang A G & Buchner A. G*Power3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007;39(2);175-191.
11. Ruangchaithaweesuk K, Wongpiriyayotha A, Wongpanarak N. Factors Predicting Stroke Prevention Behaviors in Patients at Risk of Stroke. Thai Red Cross Nursing Journal. 2020;14(1):213-225. (in Thai)
12. Kompilo N. Knowledge, attitude and risk behaviors of Stroke among people with hypertension in Maetha Hospital Maetha district, lampang province.

- Thesis of Master of Public Health,Thammasat University, Pathum Thani; 2016. (in Thai)
13. Chiangtong, K. Relationships between the health belief model warning signs perception and management of stroke behavior in the risk group of stroke Doi Saket distric, Chiangmai province. Thesis of Master of Public Health,Chiangmai University, Chiangmai; 2011. (in Thai)
 14. Bloom B.S. *Taxonomy of education objective: Handbook I cognitive domain*. New York ; David; 1971.
 15. Vutiso P and Lalun A. Factors Influencing Stroke Prevention Behavior in Patients with Chronic Disease. *Journal of Thai Stroke Society*. 2022;21(3):5-18. (in Thai)
 16. Joychoo N, Pinyopaskul W, Charoenkitkarn V. Relationships among Age, Perceived Benefits of Health Behaviors, Perceived Barriers of Health Behaviors and Health Behaviors in Patients with Ischemic Stroke. *Rama Nursing Journal*. 2014;20(2):236-248. (in Thai)
 17. Orem D E. *Nursing: concepts of practice* (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book; 1991.
 18. Momala K and Kongkarm P. Factors Affecting to Stroke Prevention Behaviors of Chronic Disease Patients at Bankao Health Promoting Hospital, Photharam District, Ratchaburi Province. *HCU Journal of Health Science*. 2020;24(2):172-185. (in Thai)
 19. Konghasook P, Rattanaagreethakulet S, Junprasert S. Factors Influencing Preventive Behaviors for Cerebrovascular Disease among People with Chronic Disease in Chon Buri. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. 2020;31(2):28-40. (in Thai)

Original research

Citation:

วินัส วัยวัฒนะ, ดารณี คุระศรี.
การศึกษาย้อนหลังเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการได้รับโภชนศึกษา. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2566;1(2):25-33.

การศึกษาย้อนหลังเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการได้รับโภชนศึกษา

วินัส วัยวัฒนะ¹, ดารณี คุระศรี¹

¹ กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากการอุดตันของไขมันในหลอดเลือด สาเหตุสำคัญเกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การได้รับโภชนศึกษาจะช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะโภชนาการ ปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารร่วมกับภาวะโภชนาการ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังให้โภชนศึกษา

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการได้รับโภชนศึกษา

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบย้อนหลังโดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในช่วงระหว่าง มกราคม-ธันวาคม พ.ศ.2564 ที่มีข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ และได้เข้ารับการปรึกษากับนักโภชนาการ โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในการคัดเลือกข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 33 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย และ 2) แบบบันทึกข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติ paired t-test

ผลการศึกษา: หลังการให้โภชนศึกษาในผู้ป่วย พบว่า ระดับ Total cholesterol ($p=0.004$) ระดับ Low density lipoprotein-cholesterol (LDL- cholesterol) ($p<0.001$) และระดับน้ำตาลในเลือด ($p=0.047$) ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) หลังได้รับโภชนศึกษา เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโภชนศึกษา

สรุปผล: การให้โภชนศึกษามีผลให้ภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถช่วยลดโอกาสการเกิดโรคที่รุนแรง จึงสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้

คำสำคัญ: โภชนศึกษา ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้สนับสนุนประสานงาน:

วินัส วัยวัฒนะ;

Email: venusno21@gmail.com

วันรับ: 21 มี.ค. 2566

วันแก้ไข: 15 เม.ย. 2566

วันตอบรับ: 21 เม.ย. 2566

Original research

Citation:

Venus Waiwattana, Daranee Khurasri. The Comparison Of Nutritional Status In Patients With Coronary Heart Disease Before And After Receiving Nutrition Education: A Retrospective study. Journal of Public Health Research and Innovation. 2023;1(2):25-33.

Correspondence to

Venus Waiwattana;
Email: venusno21@gmail.com

Received: 21 Mar 2023

Revised: 15 Apr 2023

Accepted: 21 Apr 2023

The Comparison Of Nutritional Status In Patients With Coronary Heart Disease Before And After Receiving Nutrition Education: A Retrospective study

Venus Waiwattana¹, Daranee Khurasri¹

¹ Nutrition Department, Suratthani Hospital

Abstract

Introduction: Coronary artery disease is caused by plaque buildup in the wall of the arteries that supply blood to the heart. The main cause is from improper eating. Nutrition education will promote behavioral change to optimal nutritional status. There is currently no study on food consuming behavior in combination with nutritional status in coronary artery disease patients before and after nutrition education in Thailand.

Objective: This study aimed to compare nutritional status and food consumption behavior in coronary artery disease patients before and after nutrition education.

Method: This retrospective study used data from medical records of 33 patients with coronary artery disease who had outpatient care at Suratthani Hospital's cardiology clinic between January and December 2021 and were sent for nutrition education after abnormal laboratory test results. A two-part questionnaire was employed for data collection. Part-one was a retrospective data recording form from medical records that covered patient characteristic as well as clinical features. Part-two consisted of a food consumption behavior assessment. Data was analyzed using descriptive analysis and the paired t-test.

Result: After receiving nutrition education, patients exhibited substantial decreases in total cholesterol ($p=0.004$), LDL-cholesterol ($p<0.001$), and blood sugar levels ($p=0.047$) as well as a significant improvement in food consumption behavior with an increase in the average score ($p=<0.001$).

Conclusion: In patients with coronary artery disease, the nutrition education can improve food consumption behavior and nutritional status, which can help lower the risk of developing severe disease. As a result, a nutrition education can be utilized to promote health in individuals with coronary artery disease.

Keywords: nutrition education, nutritional status, food consumption behavior, coronary arteries disease patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) เป็นโรคหัวใจที่พบได้บ่อยที่สุดและเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการตายและการสูญเสียสุขภาพทั่วโลก¹ จากรายงานของ American Heart Association มีการประเมินทั่วโลกว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (IHD) จำนวน 244.1 ล้านคน ซึ่งมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปราว 20.1 ล้านคน และในปี 2563 มีรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 382,820 คน ซึ่งประมาณ 2 ใน 10 ของผู้เสียชีวิตเกิดขึ้นในผู้ใหญ่ที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี² สำหรับประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณ 78,254 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 160.28 รายต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิต ในปี 2563 เท่ากับ 32.57 ต่อแสนประชากร³

โรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงหัวใจเกิดการตีบแคบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้สาเหตุการเกิดโรคพบได้หลายสาเหตุ แบ่งเป็นสาเหตุที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น กรรมพันธุ์ อายุที่มากขึ้น และสาเหตุที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือด ภาวะน้ำหนักเกิน การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น สำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการรักษาด้วยยา การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน การใส่สายสวนขยายหลอดเลือด การขยายหลอดเลือด เช่น การตัดคราบไขมันออก การขยายหลอดเลือดด้วยแสงเลเซอร์ เป็นต้น แต่ผู้ป่วยก็ยังมีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจซ้ำได้อีก⁴ นอกจากนี้ การปรับเปลี่ยนวิถีการใช้ชีวิตและการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การให้ความรู้ด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด ทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในคุณภาพชีวิต จึงเป็นรากฐานที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ⁵⁻⁶ โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับพฤติกรรมอาหารที่เหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรงและการกลับมาเป็นซ้ำของโรคได้ รวมถึงความรู้

เรื่องการบริโภคอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว และการเข้าถึงแหล่งอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ⁷ การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง และการรับประทานอาหาร/ขนมที่ปรุงด้วยกะทิ ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของระดับคอเลสเตอรอล และเพิ่มการสะสมของไขมันในเลือด⁸ เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือด⁹⁻¹⁰ โดยทุกๆ ร้อยละ 2 ของแคลอรีที่บริโภคจากไขมันทรานส์มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูงขึ้นร้อยละ 23¹¹ ในขณะที่การบริโภคผัก และผลไม้จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ¹² ซึ่งมีการศึกษาที่ได้สนับสนุนการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้คนมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีและสามารถลดความเสี่ยงของโรคได้¹³⁻¹⁴

การให้โภชนศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านอาหาร และการให้โภชนาการอาหารที่เหมาะสม ส่งผลให้ค่าพลังงานที่ได้รับต่อวัน น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกายลดลง¹⁵ และระดับคอเลสเตอรอลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาที่ระบุว่า เมื่อให้โภชนศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยมีความรู้มากกว่าก่อนให้โภชนศึกษา และผู้ป่วยมีทัศนคติในด้านการบริโภคอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ โดยในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับการให้โภชนศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่ จะเป็นการศึกษาพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว แต่ยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารร่วมกับภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งถือเป็นหนึ่งในดัชนีที่บ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพของบุคคล ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด ประกอบด้วย Total cholesterol, Triglyceride, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol และระดับน้ำตาลในเลือด Fasting plasma glucose รวมถึงการให้โภชนศึกษาที่ผ่านมา จะเน้นการกำหนดอาหารเป็นรายบุคคล แต่ยังไม่มีการนำข้อมูลการให้โภชนศึกษาที่ผ่านมาทำการวิเคราะห์และประเมินผลเนื่องจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยกลุ่มงานโภชนศาสตร์ได้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพให้การดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการควบคุมอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะโภชนาการ การให้โภชนศึกษาได้มุ่งเน้นให้

คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้อาหารเพื่อรักษาและบรรเทาอาการของโรค ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการให้โภชนศึกษา เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาการให้โภชนศึกษาสำหรับผู้ป่วย และใช้เป็นแนวทางการพัฒนาและส่งเสริมการป้องกันและควบคุมโรคต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการได้รับโภชนศึกษา
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการและคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการได้รับโภชนศึกษา

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งก่อนและหลังการได้รับโภชนศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในช่วงระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม พ.ศ.2564

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม พ.ศ.2564
3. มีค่าข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติได้แก่ มีระดับ Total cholesterol (TC) สูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ/หรือมีระดับ Triglyceride (TG) สูงกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ/หรือมีระดับ Low density lipoprotein-cholesterol (LDL-C) สูงกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ/หรือมีระดับ Fasting plasma glucose (FPG) สูงกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

เกณฑ์การคัดออก

1. ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลภาวะโภชนาการ และแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ครบถ้วน
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะทางการแพทย์ใดๆ ซึ่งส่งผลต่อความอยากอาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

การคำนวณขนาดตัวอย่างและการป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Chow SC. และคณะ¹⁸ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังได้รับโภชนศึกษา ดังนี้

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}\right)^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

กำหนดให้; n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ = อำนาจการทดสอบที่ 80% เท่ากับ 0.842

σ (Standard deviation) = ค่าความแปรปรวนของค่า Total cholesterol เท่ากับ 49.5

Δ (Delta) = ค่าเฉลี่ยของผลต่างค่า Total cholesterol ระหว่างก่อนและหลังที่ได้รับ โภชนศึกษา เท่ากับ 25.6 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

โดยค่าเฉลี่ยของผลต่างค่า Total cholesterol มาจากค่าเฉลี่ยของ Total cholesterol ก่อนที่ได้รับโภชนศึกษาซึ่งมีค่าเท่ากับ 151.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และค่าเฉลี่ยของ Total cholesterol หลังได้รับโภชนศึกษามีค่าเท่ากับ 177.1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ค่าความแปรปรวนและค่าเฉลี่ยของผลต่าง Total cholesterol ระหว่างก่อนและหลังที่ได้รับโภชนศึกษาอ้างอิงมาจากการศึกษาของ Maria Luisa Eliana Luisi. และคณะที่ประเมินประสิทธิภาพของการให้โภชนศึกษาในผู้ป่วยที่มารักษาศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ¹⁵

$$N = \frac{(1.96+0.842)^2(49.5)^2}{(25.5)^2} = 30$$

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้รวม 33 ราย

การสุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ในการคัดเลือกข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัย โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีระหว่างเดือนมกราคม - เดือนธันวาคม พ.ศ.2564 และมีค่าข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ ได้แก่ มีระดับ Total cholesterol (TC) สูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ/หรือมีระดับ Triglyceride (TG) สูงกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ/หรือมีระดับ Low density lipoprotein-cholesterol (LDL-C) สูงกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ/หรือมีระดับ Fasting plasma glucose (FPG) สูงกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูล (Data record form) ย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วนคือ 1) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัวอื่นๆ พลังงานและโปรตีนที่นักโภชนาการกำหนดให้ผู้ป่วยแต่ละราย ข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิต ซึ่งจะเก็บข้อมูลก่อนและหลังได้รับโภชนาการ และข้อมูลลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย โดยเป็นค่าข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งจะเก็บข้อมูลก่อนและหลังได้รับโภชนาการ ได้แก่ ระดับ Total cholesterol (TC) ในเลือด ระดับ Triglyceride (TG) ในเลือด ระดับ High density lipoprotein cholesterol (HDL-C) ในเลือด ระดับ Low density lipoprotein-cholesterol (LDL-C) ในเลือด และระดับ Fasting plasma glucose (FPG) ในเลือด

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะเก็บข้อมูลก่อนและหลังได้รับโภชนาการ มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อโดยปรับปรุงมาจากงานวิจัยของปณิชา พลพิณิจ และคณะ¹⁹ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติสัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง ปฏิบัติสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18 ถึง

90 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนนตามลำดับ การแปลความหมายคะแนนระดับการสนับสนุนหรือกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม²⁰ ดังนี้

มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป

มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60-80

มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคอยู่ในระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60

หมายเหตุ แบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย ทั้งก่อนและหลังการให้โภชนาการได้เก็บไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วยของกลุ่มงานโภชนาการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

กระบวนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยจะทำการสืบค้น และใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในช่วงระหว่างเดือนมกราคม - เดือนธันวาคม พ.ศ.2564 โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการให้โภชนาการ ซึ่งกระบวนการการให้โภชนาการ ประกอบด้วย กำหนดพลังงานและสารอาหารที่ควรได้รับต่อวัน (พลังงานและโปรตีน) ให้คำแนะนำ และความรู้เกี่ยวกับรายการอาหารแลกเปลี่ยนอาหารที่ควรบริโภคและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง จากนั้นนักโภชนาการทำการนัดติดตามผลในอีก 3 เดือน และทำการบันทึกภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม SPSS ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน ซึ่งสถิติที่ใช้มีดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัวอื่นๆ พลังงานที่ควรได้รับ และโปรตีนที่ควรได้รับ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูล สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จะใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างก่อนและหลังการ

ได้รับโภชนศึกษา ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ REC 66-0018 เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 33 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 69.70 มีอายุเฉลี่ย 57.15 ปี ส่วนใหญ่มีโรคเบาหวาน ร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ มีโรคอ้วนจำนวน 14 คน คิดเป็น ร้อยละ 42.42 และมีโรคไตร่วมด้วย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.06 การกำหนดพลังงานที่ควรได้รับเฉลี่ย 1,875.76 กิโลแคลอรี และโปรตีนที่ควรได้รับเฉลี่ย 81.45 กรัม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N=33)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	69.70
หญิง	10	30.30
อายุ, (SD), ปี	57.15 (8.92)	
โรคประจำตัวอื่นๆ		
โรคเบาหวาน		
ไม่มี	14	42.42
มี	19	57.58
โรคอ้วน		
ไม่มี	19	57.58
มี	14	42.42
โรคไต		
ไม่มี	31	93.94
มี	2	6.06
พลังงานที่ควรได้รับ, (SD), กิโลแคลอรี	1,875.76 (182.05)	
โปรตีนที่ควรได้รับ, (SD), กรัม	81.45 (19.38)	

จากการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 18 ข้อ มีคะแนนเต็ม 90 คะแนน ผู้วิจัยได้ทำการแบ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ พบว่า ก่อนการให้โภชนศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82 และระดับปานกลางจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 แต่หลังการให้โภชนศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับสูงจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 84.85 และระดับปานกลางจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 15.15 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการให้โภชนศึกษา (Mean=74.85, SD = 3.09) มากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนให้โภชนศึกษา (Mean=49.39, SD = 4.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

สำหรับการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า หลังการให้โภชนศึกษา Total cholesterol ($p=0.004$), LDL- cholesterol ($p < 0.001$) และ Fasting Plasma Glucose ($p=0.047$) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนน้ำหนัก ความดันโลหิต Systolic ความดันโลหิต Diastolic ค่าดัชนีมวลกาย Triglyceride และ HDL- cholesterol ก่อนและหลังการให้โภชนศึกษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการได้รับโภชนศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยและมีพลังงานที่ควรได้รับเฉลี่ย 1,875.76 กิโลแคลอรี และโปรตีนที่ควรได้รับเฉลี่ย 81.45 กรัม โดยหลังจากการให้โภชนศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีค่า Total cholesterol, LDL- cholesterol และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโภชนศึกษา ($p=0.004$, $p < 0.001$ และ $p=0.047$ ตามลำดับ) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการให้โภชนศึกษาเป็นรายบุคคลที่มีการซักประวัติผู้ป่วย ทำให้ทราบถึงประวัติพฤติกรรมการบริโภค

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้โภชนศึกษา

ระดับพฤติกรรม	ก่อนให้โภชนศึกษา	หลังให้โภชนศึกษา	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับสูง (มากกว่า 72 คะแนน)	0 (0.0)	28 (84.85)	-
ระดับปานกลาง (54 - 72 คะแนน)	6 (18.18)	5 (15.15)	-
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 54 คะแนน)	27 (81.82)	0 (0.0)	-
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	49.39 (4.75)	74.85 (3.09)	<0.001*

*ระดับนัยสำคัญ <0.05

ตารางที่ 3 ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้โภชนศึกษา

ภาวะโภชนาการ	ก่อนให้โภชนศึกษา	หลังให้โภชนศึกษา	p-value
	$\bar{x}$ (SD)	$\bar{x}$ (SD)	
น้ำหนัก (Kg)	72.76 (15.76)	70.97 (12.69)	0.138
ความดันโลหิต Systolic (mmHg)	131.18 (16.79)	134.82 (16.75)	0.198
ความดันโลหิต Diastolic (mmHg)	79.52 (11.02)	79.00 (10.47)	0.752
ค่าดัชนีมวลกาย (Kg/m ²)	26.47 (4.65)	25.84 (3.61)	0.142
Total cholesterol (mg./dL)	195.58 (68.70)	172.21 (55.57)	0.004*
Triglyceride (mg./dL)	166.61 (127.73)	152.64 (79.97)	0.399
HDL- cholesterol (mg./dL)	42.42 (8.81)	43.30 (7.99)	0.487
LDL- cholesterol (mg./dL)	120.52 (53.09)	98.42 (51.93)	<0.001*
Fasting Plasma Glucose (mg./dL)	155.12 (81.22)	135.88 (53.80)	0.047*

*ระดับนัยสำคัญ <0.05

อาหาร และนักโภชนาการได้มีการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโดยละเอียด เพื่อค้นหาปัญหาด้านโภชนาการ รวมถึงมีการกำหนดพลังงานและสารอาหารที่ควรได้รับต่อวัน เพื่อรักษาภาวะโภชนาการให้อยู่ในเกณฑ์ โดยกำหนดจากอายุ เพศ กิจกรรมทางกาย เป้าหมายของน้ำหนักตัว และภาวะเจ็บป่วย รวมถึงการให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับรายการอาหาร แลกเปลี่ยน อาหารที่ควรบริโภค และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ดีกับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Dos Santos H และคณะ¹⁶ ที่แสดงให้เห็นว่าการให้โภชนศึกษาช่วยให้ระดับ Total cholesterol ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ไตรกลีเซอไรด์ และระดับ HDL- cholesterol มีค่าดีขึ้นหลังได้รับโภชนศึกษา แต่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบ

ระหว่างก่อนและหลังได้รับโภชนศึกษา อาจเนื่องมาจากการได้รับโภชนการศึกษาและการติดตามผลในระยะสั้นเพียง 10 สัปดาห์

สำหรับผลการศึกษาและการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยก่อนได้รับโภชนศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำถึงร้อยละ 81.82 แต่หลังการให้โภชนศึกษาผู้ป่วยทุกรายมีระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นซึ่งไม่พบผู้ป่วยรายใดที่มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในระดับต่ำและเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจะเห็นได้ว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการได้รับโภชนศึกษา ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติพร วิจิตรงษ์ และคณะ¹⁷ ที่พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมโภชนศึกษามีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนอยู่ในระดับสูงมากกว่าก่อนได้รับโภชนศึกษาร้อยละ 80 และการศึกษาของ

Maria Luisa และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเปรียบเทียบกับ การดูแลตามปกติ โดยที่ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับ การบริโภคอาหารที่เหมาะสมและการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับการกระตุ้นโดยให้ความรู้รายบุคคลจากนักกำหนดอาหารที่ 6 เดือน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า เมื่อสิ้นสุดการทดลองที่ 12 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าภาวะโภชนาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ค่าโปรตีนทั้งหมด ไชมันท์ทั้งหมด คาร์โบไฮเดรต และแอลกอฮอล์ รวมถึงน้ำหนักลดลง ซึ่งการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการรายบุคคลเป็นการสร้างมาตรฐานของโปรแกรมการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพในการลดปริมาณพลังงานและค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งอาจลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ

การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่า การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ และการให้ความรู้ทางโภชนาการ ส่งเสริมการปรับปรุงการรับรู้ความสามารถตนเอง รูปแบบพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองเป็นผลให้ระดับไขมันในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ อีกทั้งรูปแบบของการให้โภชนาการเป็นรายบุคคลยังทำให้นักโภชนาการให้ข้อมูลที่ เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยสามารถให้คำปรึกษา คำแนะนำในส่วนที่ผู้ป่วยสงสัย หรือตอบข้อซักถามได้อย่างถูกต้อง

สรุปผล

การให้โภชนาการ ประกอบด้วย กำหนดพลังงานและสารอาหารที่ควรได้รับต่อวัน (พลังงานและโปรตีน) รวมถึงการให้คำแนะนำและความรู้รายบุคคลเกี่ยวกับรายการอาหาร แลกเปลี่ยน อาหารที่ควรบริโภคและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง มีประสิทธิภาพช่วยผู้ป่วยเกิดการรับรู้เกิดพฤติกรรมที่ดีต่อตนเอง และส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับ Total cholesterol ระดับน้ำตาลในเลือด และ LDL- cholesterol ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับ ก่อนได้รับโภชนาการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การให้โภชนาการช่วยให้อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ดีขึ้นและมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น รวมถึงอาจช่วยลดโอกาสการเกิดโรคที่รุนแรงได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. นำการให้โภชนาการมาเป็นแนวปฏิบัติที่หน่วยส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้
2. ควรเพิ่มระยะเวลาของการให้โภชนาการและติดตามผล เพื่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารจะมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อควบคุมตัวแปรที่อาจมีผลต่อการรักษาและลดอคติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย และพยาบาลคลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่ให้การปรึกษาคำแนะนำในการเก็บข้อมูล ตลอดจนเจ้าของเอกสารและงานวิจัยทุกท่าน ที่ผู้วิจัยได้นำมาเป็นแหล่งอ้างอิงของข้อมูลในการเป็นฐานของการศึกษาและข้อมูลเสริมในครั้ง นี้ จนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Ralapanawa U, Sivakanesan R. Epidemiology and the Magnitude of Coronary Artery Disease and Acute Coronary Syndrome: A Narrative Review. J Epidemiol Glob Health. 2021; 11(2): 169-77.
2. Tsao CW, Aday AW, Almarazooq ZI, Alonso A, Beaton AZ, Bittencourt MS, et al. Heart disease and stroke statistics—2022 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2022; 145(8): e153-e639.
3. Department of Disease Control. Situation of Coronary Artery Disease (CAD) in 2018. 2018. Available at: <https://ddc.moph.go.th/doi/news.php?news=10811>. Accessed on 25 December 2022.
4. Ignatavicius DD, Workman ML, Rebar C. Medical-Surgical Nursing-E-Book: Concepts for Interprofessional Collaborative Care: Elsevier Health Sciences; 2017.

5. Arnold SV, Bhatt DL, Barsness GW, Beatty AL, Deedwania PC, Inzucchi SE, et al. Clinical Management of Stable Coronary Artery Disease in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2020; 141(19): e779-e806.
6. Safabakhsh L, Jahantigh M, Nosratzahi S, Navabi S. The Effect of Health Promoting Programs on Patient's Life Style After Coronary Artery Bypass Graft-Hospitalized in Shiraz Hospitals. *Glob J Health Sci*. 2015; 8(5): 154-9.
7. Panarat Srichaya, Pachanut Nunthaitaweekul, Aungsuroch Y. Predicting Factors of Dietary Behaviors in Patients with Coronary Artery Disease. *Royal Thai Navy Medical*. 2019; 45(3): 527-43. (in Thai)
8. Chueybudha S. Factors Affected to Risk of Cardiovascular Disease Among People aged over 35 year old in Nong Bua subdistrict, Ban Fang District, Khon Kaen. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*. 2015: 547-60. (in Thai)
9. Wilson PW, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel WB. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation*. 1998; 97(18): 1837-47.
10. Howard BV, Ruotolo G, Robbins DC. Obesity and dyslipidemia. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2003; 32(4): 855-67.
11. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart disease and stroke statistics--2015 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2015; 131(4): e29-322.
12. Khatun T, Maqbool D, Ara F, Sarker MR, Anwar KS, Hoque A. Dietary habits of patients with coronary artery disease in a tertiary-care hospital of Bangladesh: a case-controlled study. *J Health Popul Nutr*. 2021; 40(1): 1-6.
13. Eshah NF, Bond AE, Froelicher ES. The Effects of a Cardiovascular Disease Prevention Program on Knowledge and Adoption of a Heart Healthy Lifestyle in Jordanian Working Adults. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2010; 9(4): 244-53.
14. Brown JC, Gerhardt TE, Kwon E. Risk Factors For Coronary Artery Disease. *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
15. Luisi MLE, Biffi B, Gheri CF, Sarli E, Rafanelli E, Graziano E, et al. Efficacy of a nutritional education program to improve diet in patients attending a cardiac rehabilitation program: outcomes of a one-year follow-up. *Intern Emerg Med*. 2015; 10(6): 671-6.
16. Dos Santos H, Beeson WL, Segovia-Siapco G, Koranda B, Jehi T. Effects of nutrition education on cardio-metabolic outcomes: A randomised clinical trial. *Health Educ J*. 2020; 79(4): 458-70.
17. Wichitthongchai C, Lowirakorn S. Effect of Nutritional Education in Patients After Coronary Artery Bypass Graft Surgery at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. *Srinagarind Medical Journal*. 2013; 28(2): 220-8. (in Thai)
18. Chow SC, Shao J, Wang H, Lokhnygina Y. Sample size calculations in clinical research: CRC press; 2017.
19. Ponpinij. P, Deenan. A, Wiseso. W. Factor Analysis of the Eating Behavior Questionnaire in Patient with Coronary Artery Disease. *JFONUBUU*. 2020; 28(2): 40-51. (in Thai)
20. Bloom RS. Stating educational objectives in behavioral terms. *Nursing Forum*. 1975; 14(1): 30-42.

Original research

Citation:

รัตติกานต์ สีและ, ชนกนันท์ งามแก้ว,
 ดุษณีย์ สุวรรณคง, ชำนาญ ชินสีห์.
 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการ
 ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของ
 ผู้ปกครอง ตำบลไสหระ อำเภอนาง
 จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิจัย
 และนวัตกรรมทางสาธารณสุข.
 2566;1(2):34-42.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของผู้ปกครอง ตำบลไสหระ อำเภอนาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

รัตติกานต์ สีและ¹, ชนกนันท์ งามแก้ว¹, ดุษณีย์ สุวรรณคง¹, ชำนาญ ชินสีห์²

¹ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

² สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

บทคัดย่อ

บทนำ: ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ปกครอง เพื่อเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กตามแนวทางการส่งเสริมและประเมินพัฒนาการตามวัย เนื่องจากการประเมินพัฒนาการที่ถูกต้องทันเวลาส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาในการกระตุ้นพัฒนาการให้เหมาะสมต่อวัยได้อย่างต่อเนื่องวัตถุประสงค์การศึกษานี้เพื่อศึกษา 1) การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และ 2) ความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคลกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ในผู้ปกครอง 120 คน ตำบลไสหระ จังหวัดนครศรีธรรมราช รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล และพฤติกรรม การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน

ผลการศึกษา: ค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ระดับมาก (Mean = 2.98, S.D. = 1.28) การรับรู้อุปสรรคระดับน้อย (Mean = 1.23, S.D. = 0.59) การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคลระดับมาก (Mean = 1.62, S.D. = 0.90; Mean = 2.96, S.D. = 0.18) พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.60, S.D. = 0.49) การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($p < 0.001$)

สรุปผล: การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญสถิติ

คำสำคัญ: การส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัย ผู้ปกครอง

ผู้สนับสนุนประสานงาน:

ดุษณีย์ สุวรรณคง;

Email: dsuwankhong@
 yahoo.com

วันรับ: 9 เม.ย. 2566

วันแก้ไข: 22 เม.ย. 2566

วันตอบรับ: 23 เม.ย. 2566

Original research

Citation:

Rattikarn Seelae, Chanoknan Ramkaew, Dusanee Suwankhong, Chamnan Chinnasee. Abstract: Factors associating with promoting early childhood development behaviour among guardians in Saira Subdistrict, Chawang district, Nakhon Si Thammarat province. Journal of Public Health Research and Innovation. 2023;1(2):34-42.

Correspondence to

Dusanee Suwankhong;
Email: dsuwankhong@yahoo.com

Received: 9 Apr 2023

Revised: 22 Apr 2023

Accepted: 23 Apr 2023

Factors associating with promoting early childhood development behavior among guardians in Saira subdistrict, Chawang district, Nakhon Si Thammarat province

Rattikarn Seelae¹, Chanoknan Ramkaew¹, Dusanee Suwankhong¹, Chamnan Chinnasee²

¹ Department of Public Health, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Thailand

² Department of Sports Science, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Thailand

Abstract:

Background: Understanding about development of early childhood is necessary for guardians as this helps them to have more awareness of child development according to promoting and evaluating child development guideline. The early child assessment results in solving problem suited their age and stimulate their development continually. This study aimed to investigate 1) perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, interpersonal influence and promoting behaviors for early childhood development and 2) the association between these factors with promoting early childhood development among guardians.

Methods: This analytical cross-sectional study was carried out among 120 guardians in Sai Ra subdistrict, Nakhon Si Thammarat province. The data were collected using questionnaires: personal information, perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, interpersonal influence and promoting behaviors for early childhood development. The data were analyzed by descriptive and inferential statistics.

Results: The mean of perceived benefits was high level (Mean=2.98, S.D.=1.28) whereas perceived barriers was low level (Mean=1.23, S.D.=0.59). Perceived self-efficacy and interpersonal influence were high level (Mean=1.62, S.D.=0.90; Mean=2.96, S.D.=0.18, respectively). However, behaviors promoting early childhood development was medium level (Mean= 1.60, S.D.=0.49). Perceived barriers and perceived self-efficacy showed significantly related to behaviors promoting early childhood development among guardians ($p<0.001$).

Conclusions: Perceived barriers and perceived self-efficacy showed significantly associated with promoting behaviors toward early childhood development.

Keywords: promoting behavior, early childhood development, guardians

บทนำ

จากนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนาระดับปฐมวัย พ.ศ.2550 - 2559 ได้ให้ความสำคัญเด็กปฐมวัยและเยาวชนซึ่งเป็นวัยที่มีความคิดสร้างสรรค์เปี่ยมด้วยความสามารถ และมีศักยภาพเป็นอนาคตของชาติ เด็กปฐมวัยเป็นทรัพยากรที่มีความคุ้มค่าในการลงทุนให้การส่งเสริมพัฒนาการในทุกด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา และพัฒนาการด้านการใช้ภาษา พัฒนาการดังกล่าวล้วนมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตต่อการเรียนรู้ด้านสมองและสติปัญญาและด้านร่างกาย ซึ่งมีผลต่อพัฒนาการด้านร่างกาย สติปัญญาบุคลิกภาพและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย การเห็นความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นวัยที่สร้างรากฐานของมนุษย์ เนื่องจากช่วงวัยอายุดังกล่าวมีพัฒนาการด้านสมองสติปัญญาและพัฒนาการด้านร่างกาย ที่มีการเจริญเติบโตไปอย่างรวดเร็วที่สุดในชีวิต หากเด็กปฐมวัยไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการให้เหมาะสมกับวัยส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาเป็นภาระต่อครอบครัว สังคมและประเทศในระยะยาว¹

จากการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 โดยกรมอนามัยกำหนดตัวชี้วัดเด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยเพื่อให้เด็กปฐมวัยตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ได้รับการประเมินภาวะการเจริญเติบโตจากการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) จากผลการดำเนินงานไตรมาส 1 พบว่าเด็กปฐมวัยได้รับการประเมินภาวะการเจริญเติบโตจากการชั่งน้ำหนัก วัดความสูงร้อยละ 78.10 และไม่ได้รับการประเมินมากถึงร้อยละ 21.90 และผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุ specialpp เขตสุขภาพที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช อำเภอดำปำ ตำบลไสหรำ ปีงบประมาณ 2564 มีการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 35.81 พบส่งสัยล่าช้าร้อยละ 42.68 ติดตามได้ร้อยละ 22.68 และข้อมูลจาก PPA64 มีการคัดกรองพัฒนาการเด็ก 9 18 30 และ 42 เดือน พบส่งสัยล่าช้าได้รับการส่งเสริมกระตุ้น แก่ไขและติดตามภายใน 30 วัน

ไม่น้อยร้อยละ 60 พบว่าในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง มีจำนวนเด็กกลุ่มดังกล่าวจำนวน 33 คน ในจำนวนดังกล่าวมารับการคัดกรองเพียง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 ซึ่งไม่ไปตามเป้าหมายที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชได้กำหนดเป้าหมายไว้ คือไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 สาเหตุส่วนใหญ่มาจากครอบครัวขาดความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและมีไม่มีเวลาในการเลี้ยงดู ทำให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูจาก ปู่ ย่า ตา ยาย เนื่องจากผู้ปกครองจะต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ละเลยต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ต่อเนื่อง โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นฝ่ายดูแลการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผู้ปกครองบางส่วนไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กตามแนวทางการส่งเสริมและประเมินพัฒนาการตามวัย ส่งผลให้มีความล่าช้าต่อการประเมินติดตามเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กและรับทราบปัญหาในการกระตุ้นพัฒนาการให้เหมาะสมต่อวัยอย่างต่อเนื่อง²

การทบทวนวรรณกรรม พบว่าพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะความสามารถในระดับสูง และช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาจำนวนเด็กปฐมวัยในประเทศไทยที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ามีแนวโน้มจำนวนที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุส่วนใหญ่ บิดามารดาและผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ขาดการรับรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในออบรบเลี้ยงดู ตอบสนองความต้องการต่อเด็กปฐมวัยได้เพียงพอ และมีทัศนคติความเชื่อไว้ว่าเด็กสามารถเติบโตด้วยตนเองได้ และเด็กบางส่วนไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือผู้ปกครองเนื่องจากการหย่าร้างต้องอาศัยอยู่กับ ปู่ ย่า ตา ยาย ที่มีอายุต่างกับเด็กปฐมวัยมาก และขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ซึ่งส่งผลกระทบในทางลบที่เป็นสาเหตุทำให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้าเพิ่มจำนวนมากขึ้นและปัญหาอื่นๆ เช่น การติดต่อสื่อสารโทรศัพท์ระหว่างพ่อแม่กับผู้ปกครองเด็กปฐมวัย และเด็กบางคนติดโทรศัพท์มือถือ ซึ่งปัญหาดังกล่าวจะส่งผลกระทบให้เกิดเป็นภาระต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ แต่พัฒนาการเด็กดังกล่าวสามารถมีวิธีแก้ไขและควบคุมได้ หากผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กปฐมวัยให้ความสำคัญพึงปฏิบัติตามเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขได้ให้คำแนะนำแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย³⁻⁵

เนื่องจากการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นพันธกิจที่ต้องให้ความสำคัญยิ่งเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว ทั้งยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวในพื้นที่นี้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของผู้ปกครอง ตำบลไสหระ อำเภอดง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับบุคลากร ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขในการส่งเสริมให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญและร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กมากยิ่งขึ้น ทั้งกระตุ้นให้พ่อแม่และผู้ปกครองในตำบลไสหระ อำเภอดง จังหวัดนครราชสีมา เกิดความตระหนักในการพาเด็กมารับบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่องและให้ความสำคัญในการแสดงเป็นบทบาทของพ่อแม่และผู้ปกครองต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างเหมาะสมเพื่อเป็นแนวทางให้กับพ่อแม่และผู้ปกครองในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้เหมาะสมต่อวัยและลดจำนวนพัฒนาการเด็กล่าช้าในระยะยาว

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (analytical cross sectional study) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ตำบลไสหระ อำเภอดง จังหวัดนครราชสีมาจำนวน 120 คน คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจงโดยมีเกณฑ์การคัดเลือก 1) ผู้ปกครองที่มีเด็กอายุระหว่าง 0-5 ปี 2) เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก 3) มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชดง จังหวัดนครราชสีมา เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2) ย้ายบ้านออกจากพื้นที่การวิจัยในระหว่างดำเนินการวิจัย 3) ถอนตัวออกในระหว่างการดำเนินการวิจัย การคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Krejcie & Morgan⁶ มีการคัดเลือกตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก และจากอาสาสมัครที่ผ่านเกณฑ์ดังกล่าวมีการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) การศึกษาผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยทักษิณ (COA No. TSU 2021_225 REC No. 0459) ลงวันที่ 28 ธันวาคม 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาจากเอกสาร ตำราและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 15 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง 10 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคล ต่อพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มี 5 ระดับคือเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามทั้งหมดได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (content validity) ด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็ก 3 ท่าน วิเคราะห์ได้ค่า IOC 0.67 และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาจริงจำนวน 30 คน มีค่าระดับความเชื่อมั่น 0.75

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ และร้อยละ และวิเคราะห์ระดับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรม ด้วยค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรม ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (pearson product moment correlation)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็น เพศหญิง (ร้อยละ 94.2) มีอายุอยู่ระหว่าง 21-40 ปี (ร้อยละ 59.2) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 44.2) สำเร็จระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 24.2, 24.2) ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 45.0) มีรายได้ 40,001- 50,000 บาท (ร้อยละ 30.0) น้ำหนักแรกคลอด 2,500 -3,500 กรัม (ร้อยละ 37.)5 มีการเจริญเติบโตสมส่วน ร้อยละ 62.5 บุตรเป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.7) และได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ ร้อยละ 95.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
(n=120)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	5.8
หญิง	113	94.2
อายุ (ปี)		
< 20	8	6.7
21-40	71	59.2
41-60	31	25.8
> 60	10	8.3
Mean=3.35, S.D.=0.75, Min-Max=13-84		
สถานภาพสมรส		
โสด	1	0.8
คู่	109	90.7
แยกกันอยู่/หม้าย	10	8.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	22	18.3
มัธยมศึกษา	58	48.3
อนุปริญญา/ปวส.	14	11.7
ปริญญาตรีขึ้นไป	26	21.7
อาชีพ		
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	12	10.0
ค้าขาย/ประกอบ	21	17.5
ธุรกิจส่วนตัว		
เกษตรกร	54	45.0
รับจ้างทั่วไป	18	15.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15	12.5
รายได้ (บาท)		
น้อยกว่า 10,000	15	12.5
10,001-20,000	26	21.7
20,001-30,000	13	10.8
30,001-40,000	20	16.7
มากกว่า 40,001	46	38.3
Mean=3.55, S.D.= 1.59, Min-Max= 8,000-60,000		

ตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองระดับมาก (Mean=2.983, S.D.=1.285) การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับน้อย (Mean=1.233, S.D.=0.590) การรับรู้ความสามารถระดับน้อย (Mean=1.625, S.D.=0.908) มีอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับมาก (Mean=2.966, S.D.=0.180) พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=1.608, S.D.=0.490)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถ อิทธิพลระหว่างบุคคลและพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (n=120)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้ประโยชน์		
มาก (55.01-75.0 คะแนน)	118	98.3
ปานกลาง (35.01-55.0 คะแนน)	2	1.7
Mean = 2.983, S.D.=1.285		
การรับรู้อุปสรรค		
มาก (55.01-75.0 คะแนน)	10	8.3
ปานกลาง (35.01-55.0 คะแนน)	8	6.7
น้อย (15.0-35.0 คะแนน)	102	85.0
Mean=1.233, S.D. =0.590		
การรับรู้ความสามารถของตนเอง		
มาก (36.67-50.00 คะแนน)	35	29.1
ปานกลาง (23.34-36.66 คะแนน)	5	4.2
น้อย (10.00-23.33 คะแนน)	80	66.7
Mean=1.625, S.D.=0.908.		
อิทธิพลระหว่างบุคคล		
มาก (36.67-50.00 คะแนน)	116	96.7
ปานกลาง (23.34-36.66 คะแนน)	4	3.3
Mean=2.966, S.D.=0.180		
พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย		
ปานกลาง (35.01-55.0 คะแนน)	73	60.8
น้อย (15.0-35.0 คะแนน)	47	39.2
Mean=1.608, S.D. =0.490		

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคอุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคล กับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (n=120)

ตัวแปร	พฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย			
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์	ทิศทางความสัมพันธ์
การรับรู้ประโยชน์	0.023	0.800	ระดับต่ำ	บวก
การรับรู้อุปสรรค	0.326	<0.001	ระดับต่ำ	บวก
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.375	<0.001	ระดับต่ำ	บวก
อิทธิพลระหว่างบุคคล	-0.790	0.389	ระดับต่ำ	ลบ

จากตารางที่ 3 พบว่าการรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนการรับรู้ประโยชน์ และอิทธิพลระหว่างบุคคล พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองอยู่ในระดับมาก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องจากผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีเวลาจัดกิจกรรมหรือร่วมกิจกรรมประจำวันที่เหมาะสมร่วมกับเด็ก จากสถานการณ์เศรษฐกิจในปัจจุบันทำให้ผู้ปกครองต้องออกไปทำงานนอกบ้านหรือทำงานต่างจังหวัด ส่งผลให้เปลี่ยนผู้ดูแลบุตรบ่อยครั้งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มองว่าการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นเรื่องที่มีความยุ่งยากต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และสังคมปัจจุบันผู้ปกครองสามารถมีช่องทางในการเข้าถึงสื่อต่างๆได้มากขึ้น เช่น คู่มือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก กรมอนามัย การเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ได้จากการคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สื่อมวลชน ข่าวสารจากอินเทอร์เน็ต ซึ่งข้อมูลดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างสามารถศึกษาเองได้ซึ่งจะทำให้มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้ดียิ่งขึ้นการศึกษาของ ภควดี นนทพันธ์⁷ พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลหลักมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง เนื่องจากผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์เป็นมารดาของเด็ก ซึ่งมักได้รับการส่งเสริม

พัฒนาการเด็กปฐมวัยตั้งแต่ระยะที่ฝากครรภ์ และการมารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างต่อเนื่อง

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งไม่สอดคล้องกับแบบจำลองแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh, and Parsons⁸ หากบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีแนวโน้มสูงที่จะเริ่มหรือทำต่อเนื่องในพฤติกรรมนั้นๆ ถ้ารับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพ จากการศึกษาของ ภควดี นนทพันธ์⁷ รับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับต่ำ เนื่องจากว่าผู้เลี้ยงดูเด็กได้รับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กจากบุคลากรสาธารณสุขว่าจะมีผลดีต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งมีสอดคล้องกับแบบจำลองแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh, and Parsons⁸ หากบุคคลรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมก็จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น จากการศึกษาของปรัชญาพร อิศาระ⁹ การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นรวมทั้งความคาดหวังถึงผลลัพธ์ของการกระทำซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรม

การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองอยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องจากผู้ปกครองจะมีการรับรู้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแต่การส่งเสริมเป็นเรื่องที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน

ซึ่งหากผู้ปกครองเล็งเห็นความสำคัญต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย และมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การสนับสนุนเรื่องพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากการศึกษาของ รรณณ แสงแก้ว¹⁰ พบว่าหากผู้ปกครองมีการรับรู้ความสามารถของตนได้มากจะส่งผลทำให้เกิดความเชื่อมั่นที่จะนำไปสู่พฤติกรรมของการปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการได้มากขึ้น และจากการศึกษาของ กษิรา โพรมมาต¹¹ พบว่า ผู้รับผิดชอบงานเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ไม่ค่อยแน่ใจว่าหน่วยงานของตนเองสามารถจัดสถานที่ทดสอบพัฒนาการเด็กแยกเป็นสัดส่วนและไม่มีเสียงรบกวนได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน เพราะสภาพบริบทแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน และบางพื้นที่ยังมีเครื่องมือ คู่มือ อุปกรณ์การประเมินพัฒนาการเด็กไม่ครบถ้วนตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด

จากการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งสอดคล้องกับแบบจำลองแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh, and Parsons⁸ ที่กล่าวว่า การตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการจัดการให้สำเร็จการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณสมบัติทักษะ ซึ่งมีความสอดคล้องกับทฤษฎี Bandura¹² ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองแล้วจะมีความมั่นใจและพยายามปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าสอดคล้องกับงานของอรุณศรี กัณวเศรษฐ¹³ การพัฒนาศักยภาพของคนไปจุดสูงสุดนั้นต้องผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆเรียนรู้ให้เกิดความสามารถใหม่ๆ ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะและความสามารถนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมในการดูแลเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ

อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับระดับมากซึ่งมีทิศทางความสัมพันธ์ในทางลบจากการศึกษาของ สกาวรัตน์ เทพรักษ¹⁴ พบว่าอาจเนื่องจากการที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า มีอิทธิพลมาจากการผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นปู่ย่าตายาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ พบว่าเลี้ยงดูของพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็กที่บ้านหมายถึงปู่ย่าตายายเนื่องจากเด็กบางส่วนขาดโอกาสไม่ได้รับการฝึกหัดให้ทำกิจกรรมต่างๆ และพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ชนบท ได้รับคำแนะนำเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเมื่อเข้ารับบริการฝากครรภ์ คลินิก

สุขภาพเด็กดี และตรวจคัดกรองพัฒนาการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คอยดูแลครัวเรือน สอดคล้องกับการศึกษาของ ลาวัลย์ ทาวิทะ พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น และมาลี เอื้ออำนวย¹⁵ ที่พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .216, p < .05$) แสดงว่าการสนับสนุนของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการของผู้ดูแลหลักจากการศึกษาของ สุพรรณิ สุ่มเล็ก ที่ชี้ให้เห็นความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง บุคลากรและชุมชน โดยจะต้องมีการประสานงานกับผู้ปกครอง และชุมชนในการประเมินและร่วมส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการเด็กและการเห็น ความสำคัญของการพัฒนาเด็กซึ่งเป็นลูกหลานของคนใน ชุมชนและสอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบ การสร้างเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน โดยครอบครัวและ ชุมชนมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การสร้างความร่วมมือของครอบครัว องค์กรดูแล สุขภาพเด็ก โดยให้ความรู้แก่ครอบครัว เสริมสร้างความเข้มแข็งให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านและให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อิทธิพลระหว่างบุคคลไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากการศึกษาพบว่าไม่มีความสอดคล้องกับแบบจำลองแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh, and Parsons⁸ จากการศึกษพบว่ายังไม่มีการวิจัยที่สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

พฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากผู้ปกครองไม่มีเวลาในจัดกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้เหมาะสมตามวัยของพัฒนาการเด็กซึ่งมีความสอดคล้องการศึกษาของนุสรา โชติชัย¹⁶ เมื่อมารดาออกไปทำงานนอกบ้านส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติพันธกิจของครอบครัวในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และจากการศึกษาพบว่าผู้ปกครองมีระดับการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและยังไม่เข้าใจในเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ถูกต้องและให้ความสำคัญการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยใน

ระดับที่ค่อนข้างน้อยเนื่องจากยังไม่เห็นความผิดปกติของ พัฒนาการเด็กที่ชัดเจนหรือผลกระทบที่อาจจะตามมาภายหลัง หากเด็กมีพัฒนาการเด็กไม่สมวัยจากศึกษาของพบว่ามีความ สอดคล้องกับการศึกษาของปรัชญาพร ธิสาระ⁹ ระดับการศึกษา ผู้ปกครองที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจะมีค่าศัพทมากกว่า เด็กที่พ่อแม่ไม่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา 2-3 เท่า และ มีความสอดคล้องการศึกษาของ สกาวรัตน์ เทพรักษ์¹⁴ พบว่า มารดาที่มีความรู้การปฏิบัติด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ตามโปรแกรมที่เหมาะสมจะช่วยให้พัฒนาการของเด็กที่ ล่าช้ากลับเข้าสู่ภาวะปกติได้เนื่องจาก พ่อแม่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ที่อยู่ใกล้ชิดติดกับลูกมากที่สุด และจากการศึกษาของ ประดับ ศรีหมื่นไวย¹⁷ พบว่าพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อน วัยเรียน อาจเกิดมาจากผู้ดูแลเด็กมีบทบาทหน้าที่ในการจัดกิจกรรมประจำวันเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กและการเรียนรู้ของ เด็กตามวัย ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ได้ปฏิบัติบ่อยๆและคุ้นเคย ทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินงานส่งเสริม พัฒนาการตามวัยดังนี้

1. สนับสนุนสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีการติดตาม เฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพื่อกระตุ้น ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยให้มาตามนัดในการตรวจวัดพัฒนาการ และรับวัคซีนตามช่วงอายุ
2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวให้ความสนใจต่อเรื่องพัฒนาการเด็กปฐมวัยตลอดจนพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน เพื่อให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการที่สมวัย
3. จัดกิจกรรมศึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก ปฐมวัยต่อผู้ปกครอง ในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ผู้ปกครองรับรู้ถึง ประโยชน์และข้อดีของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งถัดไป

ควรดำเนินการวิจัย แบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ ผู้ปกครองและฝ่ายที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญและได้มีส่วนร่วม ออกแบบกิจกรรมสำหรับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยใน ชุมชน ป้องกันปัญหาพัฒนาการล่าช้าที่อาจส่งผลกระทบต่อ สุขภาพและการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอบขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคลากรทาง สุขภาพในพื้นที่สำหรับการสนับสนุนและทำให้การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Choomai T. Growth and development of preschool child. Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal. 2016;1(2):18-33. (In Thai)
2. Nakhon Si Thammarat Public Health Office. (2021). Early child development report of Nakhon Si Thammarat province year 2021. [Online]. <https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/> (April 6, 2022).
3. Chawaphanth, S. Surveillance and promotion of early childhood development using andragogy. J Nurs Sci. 2018;36(3):4-17. (In Thai)
4. Kongchum N, Somkhaoyai T, Chanchum S. (2563). Development of parent's participation in Enhancing early Childhood development in Thailand4.0 at ChildDevelopment centers Under KhaoPhang Krai Subdistrict Administration Organization,Nakhos Si ThammaratProvince Journal of MCU Ubon Review. 2020;5(2): 229-41.(In Thai)
5. Machara S, Kokphai P, Kansin S, Suparatanagool S, Sangsuwan D. Knowledge and language development promoting behaviors of Care givers and language development for 2-5-year-old children at child development centers in subdistrict municipality,Udon Thani province RHPC9 Journal. 2021;15(38):574-87. (In Thai)
6. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.

7. Nontapan P. Factors related to behaviors promoting preschooler development among child care providers, Songkhla province JPCN. 2018;1(3):10-22. (In Thai)
8. Pender N J, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 6th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 2011.
9. Thisara P, Ponmark J, Seekhao P, Busayarat Sinlapawitthayathon B. Predictive factors of parental behaviors on promoting early childhood development in Phayao province. J. Nurs. Care. 2017;35(2):169-75. (In Thai)
10. Saengkaew R, Poogpan J, Kamenkan K, Maspromrat W. Factors predicting behaviors of caregivers in promoting early childhood development. TRC Nurs J. 2020;14(2):152-64. (In Thai)
11. Poramat K, Intraprasong B, Sattayasomboon Y, Sillabutr J. Factors Related to the Effectiveness of Developmental Surveillance and Promotion of Children from Birth to 5 years in a Tambon Health Promoting Hospital of Public Health Service Provider Region 5. J Public Health. 2017;47(3), 301-313. (In Thai)
12. Bandura. A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol. Rev. 1997; 84(2):191-215.
13. Kanwaseat A, Chaiphibalsarisdi P, Crua-Chottikul. Effect of participation in supporting language development program towards knowledge and self-efficacy of pre-school care giver. Vajira Med J. 2017;20(1):40-53. (In Thai)
14. Tapruk S, Mukdakaseam P, Seubnuch J, Jaturapornpoem J. The study of caregivers and community participation about childcare factors to promotion of child growth and development on the regional health promotion centers 4 and 5. RHPC9. 2017;11(25): 21-41. (In Thai)
15. Thawitha L, Klunklin P, Klunklin M. Preterm infant development promoting behaviors among primary caregivers and related factors. J. Nurs. 2016; 43(4):12-22. (In Thai)
16. Chotchai N. Family mission of raising child aged 1-3 years old among mothers working in factories. [Master Thesis in Nursing]. KhonKean University; 2007. (In Thai)
17. Srimuenwai P, Auemaneekul N, Lapvongwatana P, Paowatana A. The effects of teacher development program for child development among preschool children in child care centers. J Public Health. 2017;31(2):128-44. (In Thai)

Original research

Citation:

บุษกร สังข์สุวรรณ, นนทกร แก้วสุวรรณ, ภัททิยา ลายทิพย์, กัญญารัตน์ ยอดแสน, วิชชาดา สิมลา. ภาวะอ้วนที่ส่งผลต่อระดับธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์และทารก. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2566;1(2):43-49.

ภาวะอ้วนที่ส่งผลต่อระดับธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์และทารก

บุษกร สังข์สุวรรณ¹, นนทกร แก้วสุวรรณ², ภัททิยา ลายทิพย์³, กัญญารัตน์ ยอดแสน³, วิชชาดา สิมลา³

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัษฎา จังหวัดตรัง

² เทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง

³ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ยังคงเป็นปัญหาทางสุขภาพที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายของมารดาและทารก ซึ่งภาวะอ้วนนั้นเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคโลหิตจาง และสามารถพบได้บ่อยในประเทศไทย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาภาวะอ้วนในหญิงตั้งครรภ์ต่อปริมาณธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์และทารก และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอ้วนในหญิงตั้งครรภ์กับปริมาณธาตุเหล็กในทารก

วิธีการศึกษา: โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากฐานข้อมูล PubMed, Scopus, Science Direct ในปี พ.ศ.2557- 2561 โดยใช้คำค้นที่เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนและทารก ตัวบ่งชี้ที่แสดงถึงปริมาณธาตุเหล็กในเลือด

ผลการศึกษา: หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนพบค่ามัธยฐานของ Hepcidin 11.2 ng/mL ค่า Ferritin 28.9 ug/L ค่า Serum transferrin receptor (sTfR) 18.4 mg/L และในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่อ้วนพบค่ามัธยฐานของ Hepcidin 7.03 ng/mL ค่า Ferritin 19.8 ug/L ค่า Serum transferrin receptor (sTfR) 13.2 mg/L ในทารกที่แม่มีภาวะอ้วน พบว่าค่ามัธยฐานของ Ferritin 134.2 ug/L และทารกที่แม่ที่ไม่อ้วน พบว่า ค่ามัธยฐานของ Ferritin 165.5 ug/L นอกจากนี้ยังพบว่า BMI และ Hepcidin ในมารดามีความสัมพันธ์กับปริมาณธาตุเหล็กในเลือด และปริมาณ Hepcidin ในมารดามีความสัมพันธ์กับระดับธาตุเหล็กในทารก

สรุปผลและข้อเสนอแนะ: ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนจำเป็นต้องได้รับธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น โดยการให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ควบคุมน้ำหนักและการรับประทานอาหาร

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน ฮอริโมนเฮปซิดิน โปรตีน C-reactive ตัวรับเซรั่มทรานเฟอร์ริน ระดับเฟอร์ริติน

ผู้สนับสนุนประสาน:

บุษกร สังข์สุวรรณ;

Email: butz2540@hotmail.com

วันรับ: 12 เม.ย. 2566

วันแก้ไข: 28 เม.ย. 2566

วันตอบรับ: 29 เม.ย. 2566

Original research

The impact of maternal obesity on iron status and neonatal ferritin

Citation:

Butsakorn Sungsuwan,
Nonthakorn Kaewsuwan,
Phattiya laytip, kanyarat
Yodsen, Witchada Simla. The
impact of maternal obesity on
iron status and neonatal ferritin.
Journal of Public Health
Research and Innovation.
2023;1(2):43-49.

Butsakorn Sungsuwan¹, Nonthakorn Kaewsuwan², Phattiya laytip³, kanyarat Yodsen³,
Witchada Simla³

¹ Ratsada district public health office, Trang province

² Kohnangkam subdistrict municipality, Pakphayun district Phatthalung province

³ Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University

Abstract

Background: anemia in pregnant women still remains as one of the major health problems that it affects on mothers and their child. The most common cause of anemia is a lack of iron. Moreover, a chronic inflammation such as overweight and obesity is one cause of anemia. Both of causes of anemia including lack of iron and obesity can be found in Thailand. The aim of this study was to identify the effect of obesity on iron status among pregnant women and infants and to examine the association of obesity and iron status in both mother and infant.

Methods: A literature review was searched from Pubmed, Scopus, and Science Direct, in the years 2014 -2018, with keyword of pregnant women with obesity and infants, indications of iron status.

Results: There is suggestive evidence that the obesity pregnant had more Hepcidin than non-obese women, which 11.2 ng/ml and 7.03 ng/ml, respectively. While, iron status among obesity pregnant such as ferritin (28.9 ug/L) and serum transferrin receptor (18.4 mg/L) had lower Hepcidin than non-obese women, ferritin (19.8 ug/L) and serum transferrin receptor (13.2 mg/L). Furthermore, Ferritin level among infants who born from obesity pregnant was lower than infants who born from non-obese, 134.2 ug/L and 165.5 ug/L, respectively. In addition, the association of maternal BMI and Hepcidin levels were correlated with blood iron concentration and maternal Hepcidin levels were correlated with iron status in infants.

Conclusion and Suggestion: The obesity pregnant should be improve iron status by taking iron supplements and concern about weight control and eating behavior.

Keywords: obesity pregnant, hepcidin, C-reactive protein, Serum Transferrin Receptor, Ferritin

Correspondence to

Butsakorn Sungsuwan;
Email: butz2540@hotmail.com

Received: 12 Apr 2023

Revised: 28 Apr 2023

Accepted: 29 Apr 2023

บทนำ

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก พบว่าภาวะโลหิตจางเป็นสาเหตุโดยตรงอันดับที่ 2 ในการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ และภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเป็นหนึ่งในสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ เกือบร้อยละ 80 ในภาวะโลหิตจางทั้งหมด จากสถานการณ์ความชุกของโรคโลหิตจางของหญิงตั้งครรภ์ ใน 94 ประเทศทั่วโลกมีความชุกของโรคโลหิตจางอยู่ที่ร้อยละ 83.2 ซึ่งในทวีปเอเชียมีความชุกของโรคโลหิตจางอยู่ที่ร้อยละ 89.5 และ ในประเทศไทยมีความชุกของโรคโลหิตจางอยู่ที่ร้อยละ 20.0-39.9 โดยพบว่าประเทศไทยมีความชุกของโรคโลหิตจางอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยนั้นยังคงมีความเสี่ยงที่เป็นโรคโลหิตจาง¹ ในปี พ.ศ. 2556-2560 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 20.43, 17.91, 17.46, 17.38, 17.31 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีจำนวนลดลงเล็กน้อย² แต่ยังคงเกินกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าไม่ควรมีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางเกิน ร้อยละ 15

ปริมาณสารอาหารที่แนะนำในแต่ละวันสำหรับธาตุเหล็กของสตรีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์และสตรีที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นจาก 18 mg/วัน เป็น 27 mg/วัน ตามลำดับ โดยมาตรฐานการบริโภค ธาตุเหล็กในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เฉลี่ยประมาณ 15 mg/วัน ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ เพศหญิงอายุ 19-50 ปีได้รับธาตุเหล็กประมาณ 1 ใน 3 ของปริมาณที่ควรได้รับประจำวัน ซึ่งได้รับเพียงร้อยละ 31.5 และ 37.2 ของปริมาณธาตุเหล็กที่ควรได้รับประจำช่วงอายุ 19-30 ปี และ 31-50 ปี ตามลำดับ³ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายให้หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กวันละ 60 มิลลิกรัมเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับธาตุเหล็กเพียงพอ⁴

การเกิดภาวะขาดธาตุเหล็กจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายของมารดาและทารกทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ได้แก่ โรคโลหิตจาง ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อและสมองลดลง มีการติดเชื้อได้ง่าย การเสียชีวิตของมารดา ในเด็กจะมีการเจริญเติบโตของร่างกายและการพัฒนาของระบบประสาทช้าลง รวมถึงเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ทาง

สังคมของหญิงตั้งครรภ์⁵ ซึ่งภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์อาจเกิดจากหลายสาเหตุ ประมาณร้อยละ 50 ของโรคโลหิตจางเกิดจากการขาดธาตุเหล็ก การขาดธาตุอาหารเสริม เช่น โฟเลต, riboflavin, วิตามิน A และ B12 การติดเชื้อทั้งแบบเรื้อรังและแบบเฉียบพลัน เช่น โรคมาลาเรีย โรคมาเรียม โรคควีนโรคและเอชไอวี ความผิดปกติของการสังเคราะห์ฮีโมโกลบิน และภาวะอ้วน

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน หมายถึง การสะสมไขมันที่ผิดปกติหรือมากเกินไปซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ การวัดความอ้วนมักใช้ดัชนีมวลกาย (BMI) คนที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 ขึ้นไปถือว่าเป็นโรคอ้วน บุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 25 ถือว่ามีน้ำหนักเกิน⁶ จากสถานการณ์ความชุกของภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 25 กก/ม²) ในปี พ.ศ.2557 ถึงปี พ.ศ.2561 ในประเทศไทย พบว่าความชุกของภาวะอ้วนมีจำนวนร้อยละ 26.38 ร้อยละ 30.79 ร้อยละ 32.52 ร้อยละ 32.84 และร้อยละ 32.91 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าจำนวนประชากรที่มีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁶ ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนนั้นถือได้ว่าเป็นภาวะอักเสบแบบเรื้อรัง โดยพบว่า ภาวะอ้วนนั้นจะทำให้มีการหลั่งของฮอร์โมน Hecpudin ซึ่งสามารถส่งผลต่อการดูดซึมธาตุเหล็กได้

กลไกการควบคุมสมดุลธาตุเหล็กในร่างกายนั้น ถูกควบคุมด้วยฮอร์โมนที่ชื่อว่า Hecpudin ฮอร์โมนนี้มีการสังเคราะห์ที่ตับ การทำงานของฮอร์โมน Hecpudin จะสูงขึ้นเมื่อระดับธาตุเหล็กในกระแสเลือดและเนื้อเยื่อมีปริมาณสูงโดยเฉพาะในผู้ที่เกิดการอักเสบหรือติดเชื้อ ฮอร์โมน Hecpudin สามารถถูกยับยั้งการสร้างได้เมื่อร่างกายอยู่ในภาวะขาดธาตุเหล็กหรือเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ในผู้ที่มีภาวะขาดธาตุเหล็ก ฮอร์โมนจะถูกกดการสร้างเพื่อให้ร่างกายสามารถดูดซึมธาตุเหล็กได้มาก ปริมาณธาตุเหล็กที่ร่างกายสะสมไว้สามารถบ่งบอกได้ถึงความรุนแรงของภาวะขาดธาตุเหล็กจากการสูญเสียเลือดในปริมาณมาก หรือภาวะที่ร่างกายไม่สามารถดูดซึมธาตุเหล็กได้อย่างปกติ⁷

ระดับธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์นั้น นอกจากจะขึ้นอยู่กับปริมาณการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กแล้วยังขึ้นอยู่กับภาวะอ้วน ซึ่งทำให้เกิดการแสดงออกของ Hecpudin เป็นการอักเสบระดับอ่อนๆ อย่างเรื้อรัง โรคอ้วนทำให้ระดับ IL-6 และ IL-1 เพิ่มขึ้นซึ่งทำให้ Hecpudin เพิ่มขึ้น การแสดงออก

ของ hemojuvelin ในเนื้อเยื่อไขมันของผู้ที่มีภาวะอ้วนและแสดงให้เห็นถึง Hepcidin ตรงข้ามกับในระหว่างการตั้งครรภ์ปกติ Hepcidin จะถูกเก็บไว้ในระดับต่ำสุดเพื่อเพิ่มการถ่ายโอนธาตุเหล็กให้ทารกในครรภ์ ในช่วงสุดท้ายของการตั้งครรภ์ และช่วงแรกการถ่ายโอนเหล็กสู่ทารกในครรภ์ มีผลต่อการพัฒนาการทางระบบประสาทตลอดชีวิตและไม่สามารถย้อนกลับได้นอกจากนี้การขาดธาตุเหล็กของมารดาสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ที่ไม่เต็มที่ และทำให้ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย⁸ แนวทางในการเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็กหรือการเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์มักปฏิบัติในรูปแบบเดียวกัน โดยกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มหญิงครรภ์ตามมาตรการดังนี้ การเสริมธาตุเหล็ก ด้วยยาเม็ดวิตามินรวม และ การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก⁵ แต่ยังไม่มีความชัดเจนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีคำถามว่าผลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนจะทำให้ระดับของธาตุเหล็กในมารดาและทารกแตกต่างกันหรือไม่ ดังนั้นวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาภาวะอ้วนในหญิงตั้งครรภ์ต่อปริมาณธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์และทารก ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอ้วนในหญิงตั้งครรภ์กับปริมาณธาตุเหล็กในทารก พร้อมทั้งหาแนวทางในการเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็กหรือการเสริมธาตุเหล็กในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน

วิธีการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษาว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนจะส่งผลให้ปริมาณธาตุเหล็กลดลงทั้งในมารดาและทารก โดยค้นหางานวิจัยจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus, Science Direct การศึกษาตั้งแต่ปี ค.ศ.2014-2018 โดยใช้คำค้นที่เป็น keywords ในรูปแบบเดียวกันทั้งหมด ดังนี้ Obesity pregnancy, Obesity pregnant, Iron status, Hb Ferritin, Transferrin, Newborn, Infant, Neonatal, Iron deficiency AND Hepcidin ในงานวิจัยที่สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลเนื้อหาฉบับเต็ม และการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุอยู่ในช่วง 18 - 45 ปี ซึ่งพบงานวิจัยที่สามารถนำมาใช้เพื่อสกัดข้อมูลทั้งหมด 11 งานวิจัย

ผลการศึกษา

ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนพบค่ามัธยฐานของ Hepcidin 11.2 ng/mL (min-max=1.0-26.0) ค่า Ferritin 28.9 ug/L (min-max= 26.1-31.6) ค่า Serum transferrin receptor 18.4 (min-max=2.5-26.0) และในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่อ้วน พบค่ามัธยฐานของ Hepcidin 7.03 ng/mL (min-max=1-18) ค่า Ferritin 19.8 ug/L (min-max = 5.4-34.2) และ ค่า Serum transferrin receptor 13.2 (min-max= 6.0-20.0) ในทารกที่แม่มีภาวะอ้วน พบว่าค่ามัธยฐานของ Ferritin 134.2 ug/L (min-max = 130.7-137.7) และทารกที่แม่ที่ไม่อ้วน พบว่า ค่ามัธยฐานของ Ferritin 165.5 ug/L (min-max = 162.8-168.2) BMI และ Hepcidin ในมารดามีความสัมพันธ์กับปริมาณธาตุเหล็กในเลือด และปริมาณ Hepcidin ในมารดามีความสัมพันธ์กับระดับธาตุเหล็กในทารก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Hepcidin ควบคุมการหลั่งธาตุเหล็กเข้าสู่พลาสมาโดยเฟอโรพอร์ติน (Fpn) เป็นตัวควบคุมเฮปซิดิน ทำให้เกิดการย่อยสลายของเฟอโรพอร์ตินเมื่อระดับธาตุเหล็กในร่างกายสูงขึ้น มีการอักเสบหรือติดเชื้อ การผลิตเฮปซิดินในตับจะเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การแสดงออกของเฟอโรพอร์ตินลดลง นอกจากนี้ความเข้มข้นของเฮปซิดินยังส่งผลต่อการดูดซึมธาตุเหล็กอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการให้ธาตุเหล็กเป็นสิ่งสำคัญในการตั้งครรภ์ทั้งในมารดาและทารก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการประเมินความเข้มข้นของเฮปซิดินในการตั้งครรภ์⁷

การเติบโตและการพัฒนาของทารกขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของธาตุเหล็กของมารดาระหว่างตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มีความต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นเพื่อสนับสนุนพัฒนาการของทารก การดูดซึมธาตุเหล็กจะเพิ่มขึ้นควบคู่ไปกับการใช้ประโยชน์จากธาตุเหล็ก ภาวะขาดธาตุเหล็กในมารดาเป็นสาเหตุสำคัญของความผิดปกติของมารดา การคลอดก่อนกำหนด และส่งผลต่อระบบประสาทของทารกในวัยเด็กและระยะยาว ระดับ ferritin ในซีรัมที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความต้านทานต่ออินซูลินที่เพิ่มขึ้นและความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในสตรีที่เป็นโรคอ้วน โรคอ้วนกับภาวะขาดธาตุเหล็กเป็นผลจากการอักเสบในการสังเคราะห์ธาตุเหล็ก IL-6 ซึ่งได้รับการกระตุ้นให้การแสดงออก Hepcidin ซึ่งควบคุมการดูดซึมธาตุเหล็กในลำไส้และการหลั่งของเหล็กในช่องท้อง⁹

โรคอ้วนทำให้ระดับ IL-6 และ IL-1 เพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้เฮปซิตินเพิ่มขึ้นเป็นการอักเสบระดับอ่อนๆ อย่างเรื้อรังตรงข้ามกับในระหว่างตั้งครรภ์เฮปซิตินจะถูกเก็บในระดับต่ำสุดเพื่อเพิ่มการถ่ายโอน ธาตุเหล็กให้ทารกในช่วงสุดท้ายของการตั้งครรภ์ และช่วงแรกเกิดทารกจะมีพัฒนาการอย่างรวดเร็ว การถ่ายโอนเหล็กมีผลต่อพัฒนาการทางระบบประสาทตลอดชีวิตและไม่สามารถย้อนกลับได้ นอกจากนี้การขาดธาตุเหล็กของมารดาสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ น้ำหนักตัว และความสูงที่ไม่ดีในช่วงวัยเด็ก⁸ ปัญหาแหล่งสะสมเหล็กต่ำพบได้บ่อยในผู้หญิงอ้วน เมื่อสิ้นสุดการตั้งครรภ์ระดับ Heparin (ng ml⁻¹) ในผู้หญิงอ้วนจะมีค่าสูงกว่าผู้หญิงปกติระดับ heparin ของแม่มีความสัมพันธ์กับระดับเหล็กของแม่และทารกแรกเกิด ระดับ mRNA และโปรตีนของ transferrin receptor ของรก (pTFR1) มีค่าผกผันกับค่าเหล็กของมารดาสำหรับ mRNA และผู้หญิงทุกคน ระดับ serum transferrin receptor (sTFR) ระดับ Ferritin mRNA มีความสัมพันธ์กับผู้หญิงที่มีน้ำหนักเกินกับค่า heparin เท่านั้นโดยไม่คำนึงถึง BMI¹¹⁻¹³ นอกจากนี้โรคอ้วนในระหว่างตั้งครรภ์และการเพิ่มของน้ำหนักที่มากเกินไปเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นตัวแปรต่อการขาดธาตุเหล็กในทารกแรกเกิด

ซึ่งในหลายประเทศการให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กช่วยลดความเสี่ยงในการเป็นโรคโลหิตจางจากมารดาและเพิ่มโอกาสในการอยู่รอดของทารกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการขาดธาตุเหล็ก โดยหลังจากการให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กปริมาณของ heparin กับ Ferritin ซึ่งสองตัวนี้เป็นตัวสะท้อนปริมาณธาตุเหล็กที่อยู่ในเลือดของมารดา ถึงแม้ว่าจะให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กแต่ปัญหาการขาดธาตุเหล็กในมารดาก็ยังคงมีอยู่¹⁴

สรุปผล และอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นเพื่อรายงานผลของโรคอ้วนในหญิงตั้งครรภ์ต่อระดับ Heparin และการถ่ายโอนธาตุเหล็กจากมารดาสู่ทารกในประเทศไทย พบว่าทารกแรกเกิดที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนมีความคล้ายคลึงกับทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดธาตุเหล็ก นอกจากนี้การศึกษานี้ยังสนับสนุนความคิดที่ว่าอาการอักเสบที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนส่งผลต่อการถ่ายโอนธาตุเหล็ก ซึ่งไม่ใช่ผู้หญิงอ้วนทุกคนที่จะมีน้ำหนัก

ที่มากเกินไปขณะตั้งครรภ์ จึงใช้ดัชนีมวลกายเป็นตัวชี้วัดความอ้วน แต่องค์ประกอบของร่างกาย สัดส่วนไขมันและข้อมูลการบริโภคอาหารเสริมและสารยับยั้งเพื่อลดการดูดซึมธาตุเหล็กเป็นข้อมูลเพิ่มเติม ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในแถบทวีปเอเชีย

จากผลการศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับการดูดซึมธาตุเหล็ก ซึ่ง Heparin เป็นตัวควบคุมการหลั่งของธาตุเหล็กในร่างกาย เมื่อระดับธาตุเหล็กในร่างกายสูงขึ้นหรือ มีการอักเสบ ติดเชื้อ หมายความว่าความรุนแรงของภาวะอ้วน การผลิต Heparin ในตับเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลต่อการดูดซึมธาตุเหล็กที่ลดลง ดังนั้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนมีการดูดซึมธาตุเหล็กที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของมารดาและทารกในครรภ์ จึงจำเป็นต้องมีการเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของมารดาและทารกในครรภ์ โดยวิธีการให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก¹⁴ แต่ทั้งนี้การแทรกแซงวิถีชีวิตที่มุ่งเน้นเฉพาะในการตั้งครรภ์ค่อนข้างสั้นและมีอุปสรรคในการแทรกแซงช่วงตั้งครรภ์ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสรีรร่างกาย สถานการณ์ทางการเงิน ความสัมพันธ์และสถานการณ์ทางสังคม และรู้สึกว่าผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพให้ความสำคัญกับเรื่องน้ำหนักและคำแนะนำที่ได้รับเกี่ยวกับโรคอ้วนในระหว่างตั้งครรภ์มักจะคลุมเครือหรือไม่สอดคล้องกัน จึงเกิดการพัฒนากลยุทธ์การป้องกันโรคอ้วนในมารดาโดยเชื่อมโยงระหว่างสิ่งแวดล้อมด้านต่างๆ และระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม จำเป็นต้องมีแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสร้างพฤติกรรมในเชิงบวกสามารถคงไว้ได้ในระยะยาว มีการรวมเทคนิคเครื่องการตลาดเพื่อสังคมเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ในสหรัฐอเมริกาและควรมีการดูแลกับผู้เชี่ยวชาญสุขภาพด้านต่างๆ รวมถึงความร่วมมือของมารดาเองด้วยตลอด การลดน้ำหนักช่วยลดความเสี่ยงที่ตามมาสำหรับน้ำหนักที่เพิ่มมากเกินไป อย่างไรก็ตามครึ่งหนึ่งของการตั้งครรภ์ทั้งหมดไม่ได้วางแผนไว้ซึ่งกลยุทธ์จะประสบความสำเร็จได้ต้องเริ่มจากการวางแผนก่อนตั้งครรภ์¹⁵ จึงแนวทางการวางแผนตั้งครรภ์ในอีก 2 ปีข้างหน้าโดยการจัดการน้ำหนักทำโดยการวางแผนผ่านโทรศัพท์และสื่ออิเล็กทรอนิกส์การแนะนำการกินอาหารให้น้อยลงและกระตุ้นการออกกำลังกาย กำหนดกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ บุคคลตระหนักถึงการมีส่วนร่วม

สามารถนับแคลอรีได้ รับประทานอาหารได้ตามสัดส่วนที่กำหนด เพิ่มการออกกำลังกาย และทำการบันทึกน้ำหนักอาหาร และการออกกำลังกาย ผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจะดูแลผลการบันทึกหากผลไม่เป็นไปตามเป้าหมายจะทำการกระตุ้นโดยใช้การโทร นัดเจอ ช่วยวางแผนการเริ่มออกกำลังกายและการรับประทานอาหารในแต่ละสัปดาห์ เพื่อจัดตารางวางแผนให้กับหญิงที่มีภาวะอ้วนที่วางแผนจะตั้งครรภ์ในช่วงเวลา 6 เดือนแรกและทุกๆ 18 เดือน ซึ่งวิธีนี้มีความเป็นไปได้สูงที่จะเข้ากันได้กับวิถีชีวิตของหญิงวัยเจริญพันธุ์ นอกจากนี้การจัดการน้ำหนักทางโทรศัพท์ที่น่าสนใจสำหรับผู้หญิงที่มีบ้านอยู่ห่างจากคลินิกที่ให้บริการและในผู้หญิงที่มีปัญหาเรื่องการเดินทาง ผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเป็นทีมวิจัยซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพระดับต้นแบบหรือนักโภชนาการที่ลงทะเบียนซึ่งมีประสบการณ์ด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก¹⁶

การวางแผนควบคุมน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ และการควบคุมน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นแนวทางที่ช่วยเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนซึ่งจะสามารถทำให้เพียงพอต่อความต้องการของมารดาและทารก

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. THE GLOBAL PREVALENCE OF ANAEMIA IN 2011. Switzerland: Department of Nutrition for Health and Development World Health Organization; 2015.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ 2561 [cited 2018 15 ตุลาคม]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report>.
- วรารณ เสถียรนพเก้า, วิชัย เอกพลากร, และคณะ. รายงานสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย สำนวนสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2554.
- สุปราณี แจ่มบำรุง, ประไพศรี ศิริจักรวาลม, และคณะ. ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ.2546. กรุงเทพฯ.
- นภาพรณ วิริยะอุตสาหกุล. คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. ความชุกของภาวะอ้วน(BMI ≥ 25 กก/ม² และหรือภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวเกิน ชาย 90 ซม. หญิง 80 ซม.) 2561 [cited 2561 15 ตุลาคม]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th>.
- Koenig MD, Tussing-Humphreys L, Day J, Cadwell B, Nemeth E. Hepcidin and iron homeostasis during pregnancy. *Nutrients*. 2014;6(8):3062-83.
- Dao MC, Sen S, Iyer C, Klebenov D, Meydani SN. Obesity during pregnancy and fetal iron status: is Hepcidin the link? *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*. 2013;33(3):177-81.
- Flynn AC, Begum S, White SL, Dalrymple K, Gill C, Alwan NA, et al. Relationships between Maternal Obesity and Maternal and Neonatal Iron Status. 2018;10(8).
- Tussing-Humphreys L, Pusatcioglu C, Nemeth E, Braunschweig C. Rethinking iron regulation and assessment in iron deficiency, anemia of chronic disease, and obesity: introducing hepcidin. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2012;112(3):391-400.
- Garcia-Valdes L, Campoy C, Hayes H, Florido J, Rusanova I, Miranda MT, et al. The impact of maternal obesity on iron status, placental transferrin receptor expression and hepcidin expression in human pregnancy. *International journal of obesity* (2005). 2015;39(4):571-8.
- Ko PC, Huang SY, Hsieh CH, Hsu MI, Hsu CS. Serum ferritin levels and polycystic ovary syndrome in obese and nonobese women. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*. 2015;54(4):403-7.

13. Phillips AK, Roy SC, Lundberg R, Guilbert TW, Auger AP, Blohowiak SE, et al. Neonatal iron status is impaired by maternal obesity and excessive weight gain during pregnancy. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*. 2014;34(7):513-8.
14. Abioye AI, Aboud S, Premji Z, Etheredge AJ, Gunaratna NS, Sudfeld CR, et al. Iron Supplementation Affects Hematologic Biomarker Concentrations and Pregnancy Outcomes among Iron-Deficient Tanzanian Women. *The Journal of nutrition*. 2016;146(6):1162-71.
15. Hill B, McPhie S, Moran LJ, Harrison P, Huang TTK, Teede H, et al. Lifestyle intervention to prevent obesity during pregnancy: Implications and recommendations for research and implementation. *Midwifery*. 2017;49:13-8.
16. LeBlanc ES, Vesco KK, Funk KL, Karanja N, Smith N, Stevens VJ. Prepare, a randomized trial to promote and evaluate weight loss among overweight and obese women planning pregnancy: Study design and rationale. *Contemporary clinical trials*. 2016;49:174-80



วารสารวิจัย และนวัตกรรมทางสาธารณสุข

Journal of Public Health Research and Innovation

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา
มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง
222 หมู่ 2 ต.บ้านพร้าว อ.ป่าพะยอม จ.พัทลุง 93210