

ประสิทธิผลของรูปแบบการลดความเสี่ยงโรคหัวใจ และหลอดเลือด ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองขุ่น อำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท

รวิชชัย แท้ประยูร*

บทคัดย่อ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตาย ๑ ใน ๓ อันดับแรกตลอดมาทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยและจังหวัดชัยนาท. การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังดำเนินการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองขุ่น อำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท. กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองขุ่น อายุ ๓๕-๖๐ ปี ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ๑๒๕ คน, ใช้แบบสัมภาษณ์เก็บข้อมูลก่อนดำเนินการในเดือนมีนาคม ๒๕๔๘ และหลังดำเนินการในเดือนกันยายน ๒๕๔๘. สถิติที่ใช้ประกอบด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, สถิติอนุमान ได้แก่การทดสอบทีจับคู่ และการวิเคราะห์การถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ. การวิจัยพบว่าก่อนและหลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงดันเลือดและดัชนีมวลกายปกติ; ผู้ชายมีความเสี่ยงทางสุขภาพระดับต่ำ และผู้หญิงมีความเสี่ยงทางสุขภาพระดับสูง. ก่อนดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับต่ำ; หลังดำเนินการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง. ด้านความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยที่ศึกษาทุกตัวซึ่งประกอบด้วยสภาพร่างกาย (แรงดันเลือด, ดัชนีมวลกาย), ความเสี่ยงทางสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลังดำเนินการมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p < 0.05$), และพบว่าปัจจัยที่สามารถนำไปใช้พยากรณ์ในการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมีเพียงปัจจัยเดียว คือ ดัชนีมวลกายที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p = 0.002$) ซึ่งทำนายผลได้ถูกต้องร้อยละ ๑๕.๓.

จากผลการวิจัยได้ข้อเสนอแนะคือควรดำเนินงานด้านดัชนีมวลกายเพื่อลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยทุกหน่วยสถานบริการของรัฐต้องเร่งรัดงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดให้เป็นรูปธรรม ตามนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข คือการสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ.

คำสำคัญ: รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ, ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

Abstract

Effectiveness of Cardiovascular Risk Reduction Model of Nongkhon Primary Care Unit, Amphur Watsing, Chai Nat Province
Tawatchai Taeprayoon*

*Watsing Hospital, Chai Nat Province

Cardiovascular diseases are among the three most important causes of death worldwide, including in Thailand and in Chai Nat Province. This one-group prepost test design of quasi-experimental research was conducted in order to study the effectiveness of

*โรงพยาบาลวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท



the cardiovascular risk reduction model of Nongkhon Primary Care Unit, Amphur Watsing, Chai Nat Province. The study sample included 129 residents aged 35 to 60 years, living in the vicinity under the responsibility of the Nongkhon Primary Care Unit; they were selected by simple random sampling. Data were collected using questionnaires, i.e., the pre-test data were collected in the month of March 2006 and post-data in September 2006. The statistical analyses were descriptive, such as percentage, arithmetic mean and standard deviation, and analytic statistics by paired t-test and multiple regression. The results revealed that pre- and post-data disclosed that all samples had normal blood pressure and body mass index. Men had a low health risk, while women had a high health risk. Pre-test data denoted a low level of self-care practice for prevention of cardiovascular risks and post-test data had a medium level. All parameters, i.e., blood pressure, body mass index, health risks and the practice of self-care for reducing cardiovascular risks both pre- and post-data, yielded significant correlations at a p-value of <0.05; the body mass index was the sole factor that could predict cardiovascular risk reduction (p value 0.002) in 19.3 percent of the cases. In the opinion of the researcher, advice should be provided on the use of these research measures, but be especially emphatic about the body mass index for cardiovascular risk reduction, which every health service center must heed for the prevention of cardiovascular diseases in order to comply with the policy of the Ministry of Public Health.

Key words: cardiovascular risk reduction model, cardiovascular diseases

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสุขภาพที่วงการสาธารณสุขทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้วต่างให้ความสนใจอย่างมาก เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรโลกในระดับต้น ๆ และอุบัติการณ์โรคมียุทธศาสตร์เพิ่มขึ้น^(๑,๒). ในประเทศสหรัฐอเมริกา พ.ศ. ๒๕๓๙ พบอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดปีละ ๑.๑ ล้านคน และมีความชุกสูงถึง ๑๒๐ ต่อประชากรแสนคน^(๓) ซึ่งถือว่าสูงมาก.

สำหรับสถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย มีอัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นอันดับหนึ่ง และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี จากอัตรา ๖๒.๙ ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. ๒๕๓๘ เป็น ๙๖.๘ และ ๘๕.๖ ใน พ.ศ. ๒๕๔๐ และ ๒๕๔๑ ตามลำดับ. แม้ว่าอัตราการตายใน พ.ศ. ๒๕๔๑ ลดลงแต่ก็ยังสูงกว่าอัตราเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๘ ที่กำหนดไว้ไม่เกิน ๕๐ ต่อประชากรแสนคน. จากการเจ็บป่วยสาเหตุการตายจากใบมรณบัตรของจังหวัดชัยนาท ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ พบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากร (อัตรา ๙๓.๑๒ ต่อประชากรแสนคน) โดยมีโรคความดันโลหิตสูง

และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอันดับที่ ๒ คือมีอัตรา ๗๕.๒๖ ต่อประชากรแสนคน^(๔).

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ พบบ่อยในผู้ใหญ่วัยทำงาน เพราะคนวัยนี้มีพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่, ภาวะเครียด, การขาดการออกกำลังกาย. ประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ ประจวบกับในช่วงระยะเวลา ๑๐ ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงจากระบบเกษตรกรรมสู่ระบบอุตสาหกรรม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตที่ปรับเปลี่ยนและแข่งขันมากขึ้น ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ถือว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคดังกล่าว ทำให้พบโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๑๑.๓, โรคเบาหวานร้อยละ ๒.๓, การสูบบุหรี่ร้อยละ ๒๐.๖ และภาวะน้ำหนักตัวมากเกินไปมาตรฐานจนถึงภาวะอ้วนร้อยละ ๒๐.๘. นอกจากนี้ยังมีความเครียดจากการแข่งขันในสังคมที่สูงกว่าสมัยก่อนอีกด้วย^(๕).

ภาวะเจ็บป่วยดังกล่าวได้ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ ทำให้ขาดรายได้ ในขณะที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มในการบำบัดรักษา รวมถึงค่าใช้จ่ายในการใช้

เทคนิคพิเศษที่ทันสมัยในการวินิจฉัยและรักษาโรค ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ^(๖). เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมที่สามารถปรับแก้ได้ เช่น การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, การสูบบุหรี่, ภาวะอ้วน, การไม่ออกกำลังกาย และความเครียด โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงการเกิดโรค และพฤติกรรมไม่ถูกต้องที่เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิต. สาเหตุการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีหลายปัจจัย บางปัจจัยจะเอื้อให้เกิดปัจจัยอื่น และบางปัจจัยก็เป็นปัจจัยร่วมซึ่งกันและกัน. ส่วนใหญ่เป็นโรคในกลุ่มวัยแรงงาน ทำให้ต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร. กระบวนการเกิดโรคใช้เวลานาน บางรายไม่ทราบอาการมาก่อนเป็นเหตุให้เสียชีวิตกะทันหันหรือหัวใจล้มเหลวก่อนมาถึงโรงพยาบาล.

โรงพยาบาลวัดสิงห์เป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขของสถานบริการในเครือข่ายบริการวัดสิงห์ - หนองมะโมง และมีความตระหนักต่อปัญหาดังกล่าว และผู้วิจัยเห็นความสำคัญจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองขุน อำเภอ วัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท ในการลดภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่คาดว่าจะส่งผลต่อการลดอัตราการป่วย / อัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนลดภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือด. วัตถุประสงค์หลักของการศึกษาคือจัดระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองความสัมพันธ์ระหว่างสภาพร่างกายและการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดภาวะเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลังดำเนินการ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถนำไปใช้พยากรณ์ในการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยศูนย์สุขภาพชุมชนหนองขุน อำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท.

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองและแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังดำเนินการ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการลด

ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ในประชาชนของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลหนองขุน อำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายในประชาชนที่อาศัยในเขตความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนหนองขุน อำเภอวัดสิงห์ จังหวัดชัยนาท จำนวน ๑๒๙ คน อายุ ๓๕-๖๐ ปี. ลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ เพศ, การศึกษา, อาชีพ, สถานภาพสมรส, รายได้ และความเพียงพอรายได้, และสิทธิในการรักษาพยาบาล. ข้อมูลการเจ็บป่วยได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง, โรคประจำตัว และการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว, การตรวจร่างกายวัดแรงดันเลือด, ค่าน้ำตาลในเลือดและความเสี่ยงทางสุขภาพ. ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการได้รับข้อมูลข่าวสาร. การไปใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขได้แก่ การตรวจร่างกายประจำปี การวัดความดันโลหิต และการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด.

มาตรการที่ใช้ดำเนินการ คือ “๑ ต้อง ๔ ไม่” (๑ ต้อง ได้แก่ต้องออกกำลังกาย; ๔ ไม่ ได้แก่ไม่กินอาหารหวาน มัน เค็ม, ไม่เครียด, ไม่อ้วน, ไม่สูบบุหรี่และดื่มเหล้า). เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการลดภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในสตรีอายุ ๓๕-๕๔ ปี เขตเทศบาลเมืองจังหวัดระยอง. ข้อมูลก่อนดำเนินการเก็บในเดือนมีนาคม ๒๕๔๙, และหลังดำเนินการเก็บในเดือนกันยายน ๒๕๔๙. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป, ข้อมูลการเจ็บป่วย และข้อมูลปัจจัยเสี่ยง หากค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, และสถิติอนุมานได้แก่การหาความสัมพันธ์ระหว่างภาพรวมปัจจัยเสี่ยง และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้สถิติการทดสอบที่จับคู่ และประสิทธิผลของรูปแบบการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยการวิเคราะห์การถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับค่าที่ ๐.๐๕.



ผลการศึกษา

ประชากรตัวอย่างเป็นหญิง ร้อยละ ๖๒.๘, จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ ๗๖.๗, มีอาชีพหลักเกษตรกรรม ร้อยละ ๖๒.๐, สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ ๘๔.๕, มีรายได้เดือนละ ๒,๕๐๑-๔,๐๐๐ บาท, ร้อยละ ๔๓.๔ มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ ๕,๒๐๙ บาท, ร้อยละ ๔๙.๖ มีรายได้ไม่เพียงพอต้องกู้ยืม, ร้อยละ ๘๕.๓ ใช้บัตรทองในการรักษาพยาบาล, ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามการวินิจฉัยของแพทย์ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ ๙๘.๔, ความดันโลหิตสูงร้อยละ ๗๕.๒, เบาหวานร้อยละ ๙๕.๓, โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ ๑๐๐.๐ อัมพาต / อัมพฤกษ์ร้อยละ ๙๗.๗, ไขมันในเลือดสูงร้อยละ ๙๗.๗, ไม่เป็นโรคอื่น ๆ ร้อยละ ๑๐๐, ไม่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ไนเกรนร้อยละ ๘๗.๖, ปวดศีรษะร้อยละ ๔๑.๙, เครียดร้อยละ ๕๕.๐, ภาวะแพ้อาหารร้อยละ ๕๖.๖, ริดสีดวงทวารร้อยละ ๘๕.๓, และบุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติการเจ็บป่วยต่าง ๆ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ ๙๖.๙, ความดันโลหิตสูงร้อยละ ๗๔.๔, เบาหวาน ร้อยละ ๙๓.๐, โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ ๙๖.๑ อัมพาต / อัมพฤกษ์ร้อยละ ๙๒.๒, ไขมันในเลือดสูงร้อยละ ๙๘.๔.

ก่อนดำเนินการพบว่าประชากรตัวอย่างร้อยละ ๖๗.๔ ไม่เคยสูบบุหรี่, บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวร้อยละ ๗๑.๓ ไม่มีใครสูบบุหรี่, พฤติกรรมด้านดื่มสุราร้อยละ ๔๙.๖, ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด และโรคเบาหวาน ร้อยละ ๕๔.๗ และ ๕๓.๕, แต่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๕๒.๗ โดยได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โทรทัศน์ และหอกระจายข่าว ร้อยละ ๕๔.๓, ๔๐.๓ และ ๓๓.๓ ตามลำดับ. ประชากรตัวอย่างร้อยละ ๘๔.๕ มีระดับแรงดันเลือดปกติ (<๑๔๐ / <๙๐ มม.ปรอท), ร้อยละ ๖๒.๘ มีดัชนีมวลกายปกติ.

หลังดำเนินการพบว่าร้อยละ ๖๗.๔ ไม่เคยสูบบุหรี่เลย และบุคคลในครอบครัวร้อยละ ๗๒.๑ ไม่มีใครสูบบุหรี่เลย, ร้อยละ ๒๕.๖ ดื่มสุรา, ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานร้อยละ

๗๐.๕, ๗๖.๐ และ ๗๐.๕ โดยได้รับข้อมูลข่าวสารจากญาติเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ ๗๙.๑, ๗๗.๕ และ ๗๒.๙ ตามลำดับ, มีระดับแรงดันเลือดเกณฑ์ปกติ (<๑๔๐ / <๙๐ มม.ปรอท) ร้อยละ ๙๓, และมีดัชนีมวลกายระดับปกติ ร้อยละ ๖๖.๗.

ด้านความเสี่ยงทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการ ผู้ชายร้อยละ ๓๕.๗ มีความเสี่ยงต่ำ และร้อยละ ๑.๕ มีความเสี่ยงสูง; ผู้หญิงร้อยละ ๔๘.๘ มีความเสี่ยงสูง และร้อยละ ๑๔ มีความเสี่ยงต่ำ และมีค่าเฉลี่ยความเสี่ยงทางสุขภาพ = ๐.๘๕ ไม่เคยตรวจร่างกายประจำปี ร้อยละ ๕๘.๙ โดยตรวจร่างกายที่สถานอนามัย โรงพยาบาลวัดสิงห์ และคลินิกเอกชน / โรงพยาบาลชัยนาท ร้อยละ ๓๗.๗, ๒๘.๓ และ ๑๓.๒ ตามลำดับ. สถานที่ตรวจรักษาเป็นประจำเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่สถานอนามัย โรงพยาบาลวัดสิงห์ และคลินิกเอกชน ร้อยละ ๕๗.๒, ๒๕.๖ และ ๑๔.๐ ตามลำดับ. ร้อยละ ๙๐.๗ เคยวัดแรงดันเลือด คือ วัดปีละ ๑-๒ ครั้ง ร้อยละ ๓๕.๙, เดือนละครั้ง ร้อยละ ๓๓.๓. แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขวินิจฉัยว่าไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๖๔.๔. สถานที่วัดความดันโลหิตเป็นประจำที่โรงพยาบาลวัดสิงห์สถานอนามัย และโรงพยาบาลชัยนาทร้อยละ ๕๓.๐, ๔๐.๒ และ ๖ ตามลำดับ. ร้อยละ ๙๓.๘ ไม่เคยตรวจหาน้ำตาลในเลือด, แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขวินิจฉัยว่าไม่เป็นโรคเบาหวานร้อยละ ๘๗.๕. สถานที่ตรวจหาน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้ายที่สถานอนามัย โรงพยาบาลวัดสิงห์ และโรงพยาบาลชัยนาท / คลินิกเอกชนร้อยละ ๕๐.๐, ๒๕.๐ และ ๑๒.๕ ตามลำดับ.

หลังดำเนินการ ผู้ชายมีความเสี่ยงต่ำร้อยละ ๓๖.๔ มีความเสี่ยงสูงร้อยละ ๐.๘ แต่ผู้หญิงมีความเสี่ยงสูงร้อยละ ๔๔.๒ มีความเสี่ยงต่ำร้อยละ ๑๘.๖. เคยตรวจร่างกายประจำปี ร้อยละ ๖๐.๕ โดยตรวจร่างกายที่สถานอนามัย โรงพยาบาลวัดสิงห์ และคลินิกเอกชนร้อยละ ๕๓.๘, ๒๑.๘ และ ๑๐.๓ ตามลำดับ. สถานที่ตรวจรักษาเป็นประจำเมื่อเจ็บป่วยที่สถานอนามัย โรงพยาบาลวัดสิงห์ และคลินิกเอกชน ร้อยละ ๕๔.๓, ๒๗.๑ และ ๙.๓ ตามลำดับ. ทุกคน (ร้อยละ ๑๐๐) เคยวัดแรงดันเลือด โดยวัดเดือนละครั้ง ร้อยละ ๓๘.๘, ปีละ ๑-๒

ครึ่งร้อยละ ๓๒.๕. แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขวินิจฉัยว่าไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๗๒.๙. สถานที่วัดแรงดันเลือดเป็นประจำที่โรงพยาบาลวัดสิงห์ สถานีอนามัย และ โรงพยาบาลชัยนาท ร้อยละ ๕๒.๗, ๔๐.๓ และ ๖.๒ ตามลำดับ. ร้อยละ ๙๗.๗ เคยตรวจหาน้ำตาลในเลือด และร้อยละ ๙๓.๖ ไม่รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขวินิจฉัยว่าไม่เป็นโรคเบาหวาน. สถานที่ตรวจหาน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้ายที่สถานีอนามัย โรงพยาบาลวัดสิงห์ และโรงพยาบาลชัยนาท ร้อยละ ๗๒.๖, ๑๕.๙ และ ๔.๗ ตามลำดับ.

ก่อนดำเนินการมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นประจำ โดยการพยายามควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับปกติ และการนอนหลับสนิทในเวลากลางคืนอย่างเพียงพอร้อยละ ๕๕.๘ และ ๕๔.๓ ตามลำดับ. ส่วนการไม่ปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ การกินอาหารที่มีเนื้อมัน, การกินอาหารที่มีไขมันมาก, การกินอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง และการกินขนมหวานหรือผลไม้ที่มีรสหวานจัด ร้อยละ ๗๖.๗ และ ๗๕.๒ ตามลำดับ.

การตรวจร่างกายประจำปี และการกินผักหรือผลไม้ที่มีรสหวานไม่จัด ร้อยละ ๗๑.๓, ๖๑.๒ และ ๕๗.๔ ตามลำดับ.

หลังดำเนินการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นประจำ โดยการพยายามควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับปกติ, การกินอาหารที่มีเนื้อมัน, และการตรวจร่างกายประจำปี ร้อยละ ๗๗.๕ และ ๗๒.๑ ตามลำดับ. ส่วนการไม่ปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ การกินอาหารที่มีไขมันมาก, การกินอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง และการกินขนมหวานหรือผลไม้ที่มีรสหวานจัด ร้อยละ ๗๖.๗ และ ๗๕.๒ ตามลำดับ.

สภาวะร่างกายได้แก่ แรงดันเลือดเฉลี่ยสทอลิกไดแอสทอลิก, ดัชนีมวลกาย, ความเสี่ยงทางสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลังดำเนินการมีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ ๑ กลุ่มตัวอย่าง ๑๒๕ คน จำแนกตามระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลังดำเนินการ

ระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
สูง	๐	๐	๕๑	๓๕.๕
ปานกลาง	๕	๓.๐	๗๓	๕๘.๓
ต่ำ	๑๒๐	๙๓.๐	๑	๐.๘

ก่อนดำเนินการ ค่าสุด ๖ - สูงสุด ๑๘, ค่าเฉลี่ย ๑๒.๔๒ ± ๒.๒๔
 หลังดำเนินการ ค่าสุด ๑๕ - สูงสุด ๒๕, ค่าเฉลี่ย ๑๕.๕๖ ± ๒.๑๕

ตารางที่ ๒ ประสิทธิภาพของรูปแบบการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังดำเนินการ

ปัจจัยที่ศึกษา	B	S.E.	Beta	t	Sig	R ²
คงที่	๐.๕๓๘	๐.๐๖๖	-	๘.๑๓๘	< ๐.๐๐๑	๑๕.๓
แรงดันเลือดเฉลี่ยสทอลิก	๘.๕๕๖	๐.๐๐๑	๐.๒๒๒	๑.๗๐๐	๐.๐๙๒	
แรงดันเลือดไดแอสทอลิก	๓.๑๗๓	๐.๐๐๑	๐.๐๐๔	๐.๐๓๔	๐.๙๗๓	
ดัชนีมวลกาย	๕.๕๕๘	๐.๐๐๒	๐.๒๗๘	๓.๒๔๕	๐.๐๐๒	
การดูแลสุขภาพตนเอง	๓.๖๕๓	๐.๐๐๒	๐.๑๒๒	๑.๕๐๒	๐.๑๓๖	



อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี ๐.๐๕) โดยพบว่าหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยของแรงดันเลือด systolic และไดแอสทอลิค, ดัชนีมวลกาย และความเสี่ยงทางสุขภาพ น้อยกว่าก่อนดำเนินการ ส่วนการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ (ตารางที่ ๑).

ประสิทธิผลของรูปแบบการลดความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าปัจจัยที่สามารถนำไปใช้พยากรณ์ในการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมีเพียงปัจจัยเดียว คือ ดัชนีมวลกาย ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่าพี ๐.๐๐๒ ซึ่งทำนายผลได้ถูกต้องร้อยละ ๑๙.๓ ดังแสดงในตารางที่ ๒.

วิจารณ์

การศึกษาระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าก่อนดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับต่ำ และหลังดำเนินการมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ ๑.

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะร่างกายกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าทุกปัจจัยที่ศึกษาก่อนและหลังดำเนินการมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าหลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ยของสภาพร่างกายน้อยกว่าก่อนดำเนินการ ส่วนการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ ๑ และ ๒. จากผลการศึกษาทั้ง ๒ ข้อนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของกนกพร หมูพยัคฆ์^(๗), ชนาพร หวียม^(๘), ถนอมขวัญ คำปาน^(๙), รัจจา ศรีสุเทพ^(๑๐) และลินจง โปธิบาล^(๑๑).

ปัจจัยที่สามารถนำไปใช้พยากรณ์ในการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ ดัชนีมวลกายซึ่งทำนายผลได้ถูกต้องร้อยละ ๑๙.๓. ข้อมูลนี้แตกต่างจากผลการศึกษาของสุดา วิไลเลิศ^(๑๒) และจุฑามาศ จันทร^(๑๓). ผู้วิจัยมีความเห็นว่าน่าจะเกิดจากลักษณะกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน.

จากผลการศึกษารูปได้ว่า การป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ที่การส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไป แต่เนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมามุ่งเน้นที่การบริการรักษาพยาบาลและการดูแลในคลินิก ประกอบกับการจัดสรรงบประมาณที่ไม่สมดุลระหว่างการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาล. โดยที่การควบคุมการเกิดโรคให้ได้ผลจะต้องปรับแนวคิดในการจัดสรรงบประมาณเพื่อส่งเสริมสุขภาพและกลวิธีดำเนินการควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดการป่วย^(๑๔). นอกจากนี้ เนื่องจากค่าดัชนีมวลกายเป็นอัตราส่วนของส่วนสูงและน้ำหนักซึ่งมีช่วงของน้ำหนักและเกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพดี แทนที่จะคิดจากน้ำหนักเพียงอย่างเดียว ต้องระลึกว่าคนที่มีความอ้วนมาก เช่น ผู้ที่เป็นนักกีฬาหรือนักวิ่งตั้งครุเมื่อไปวัดค่าดัชนีมวลกายจะมีความถูกต้องน้อยลงเมื่ออ่านค่าดัชนีมวลกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพ.

กิตติกรรมประกาศ

นายแพทย์ศิริชัย ลิ้มสกุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยนาทได้ให้คำแนะนำ สนับสนุนตลอดการทำวิจัย. คุณสุกัญญา เนตศาสตร์ และคุณสุจิตรา อุยถาวรยิ่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาทได้ช่วยตรวจสอบและแนะนำแก้ไขงานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น.

เอกสารอ้างอิง

1. Fleury J. The application of motivational theory to cardiovascular risks reduction. J Nursing Scholaship 1992;4:229-38.
2. Czar ML, Engler MM. Perceived learning needs of patients with coronary artery disease using a questionnaire assessment tool. Heart Lung 1997;26:109-17.
3. American Heart Association Statistic[online].1996. Available from: URL:www.hyperlink http://gmhrt.org/statistics/04.coronary.html

๔. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. รายงานประจำปี ๒๕๔๘ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยนาท; ๒๕๔๘.
๕. อมรัตน์ โพธิ์พรรค. โรคหัวใจและภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจ. วารสารวิชาการระดับ ๒๕๔๐;๕(๒):๔๗-๘.
๖. Bennet ST. Perceived threats of individuals recovering from myocardial infarction. Heart Lung 1992;21:322-6.
๗. กนกพร หมูพยัคฆ์. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยกลางคนอายุ ๔๐-๕๕ ปี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๓๖.
๘. ชนาพร หวียม. ผลการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายเพื่อลดระดับความดันโลหิตสูง และระดับโคเลสเตอรอลของผู้หญิงสูงอายุ. วารสารเพื่อนสุขภาพ ๒๕๔๐;๕(๒):๔๗.
๙. ถนนอมขวัญ คำปาน. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการลดภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจในสตรี อายุระหว่าง ๓๕-๕๔ ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๓๕.
๑๐. รังจา ศรีสุเทพ. ภาวะการตายและปัจจัยวิถีชีวิตที่เป็นตัวกำหนดการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด: กรณีศึกษาจังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาประชากรศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๔๒.
๑๑. ลินจง โปธิบาล. ความชุกของปัจจัยเสี่ยง ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ภาวะเสี่ยงการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุไทย. พยาบาลสาร ๒๕๓๘;๒๒:๑-๑๑.
๑๒. สุดา วิลเล็ค. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. พยาบาลสาร ๒๕๓๘;๒๒:๔๒-๘.
๑๓. จุฑามาศ จันทร์. ลักษณะทางประชากร ลักษณะการทำงาน ความเครียด การกำกับตนเอง และความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของเจ้าหน้าที่พยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๔๓.
๑๔. Spencer HC. Perspectives of public health and prevention. Am J Med Sci 1995;310(Suppl 1):83-5.