

การใช้กระบวนการกลุ่มในการป้องกันภาวะเสี่ยง โรคหัวใจและหลอดเลือด ในกลุ่มข้าราชการอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย

ปิยะ ศิริลักษณ์*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการปรับพฤติกรรมด้วยกระบวนการกลุ่มในการป้องกันภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. ประชากรที่ศึกษาเป็นข้าราชการในเขตอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน ๓๕ คนโดยมีการรวมตัวดำเนินกิจกรรมรักษาสุขภาพแบบสมัครใจเป็นกลุ่มย่อย ๓๐ กลุ่ม มีโครงสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่มที่แน่นชัด และมีแผนการดำเนินกิจกรรมโดยมีการให้ความรู้และดูแล กลุ่มอย่างต่อเนื่องผ่านพี่เลี้ยง และมีเวทีให้ความรู้และแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่ม. ได้ทำการศึกษาในช่วงวันที่ ๑ มิถุนายน ถึง ๑ ตุลาคม ๒๕๔๙ เป็นเวลา ๔ เดือน. วิเคราะห์ข้อมูลผลการศึกษาด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและสุขภาพ ความรู้และประสิทธิผลในการลดปัจจัยเสี่ยง ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test.

การศึกษาพบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มข้าราชการหลังเข้าร่วมโครงการดีขึ้น. จากการตอบแบบสอบถามพบว่าการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมัน/ติดหนัง บ่อยครั้งหรือทุกวัน ลดลงจากร้อยละ ๑๒.๕๖ และ ๒.๕๓ เป็นร้อยละ ๕.๕๐ และ ๒.๖๒, บริโภคอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ บ่อยครั้งหรือทุกวัน ลดลงจากร้อยละ ๔.๒๐ และ ๔.๒๐ เป็นร้อยละ ๑.๘๔ และ ๐.๒๖, บริโภคไขมันแดงและผลิตภัณฑ์จากไขมันบ่อยครั้งหรือทุกวัน ลดลงจากร้อยละ ๒๑.๑๘ และ ๒.๓๓ เป็นร้อยละ ๑๔.๐๒ และ ๑.๕๙, บริโภคผักบ่อยครั้งหรือทุกวัน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๘.๑๔ และ ๑.๕๖ เป็นร้อยละ ๓๙.๐๗ และ ๓๖.๖๖, บริโภคผลไม้สดบ่อยครั้งหรือทุกวัน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔๑.๒๔ และ ๒๑.๑๓ เป็นร้อยละ ๓๗.๑๗ และ ๒๖.๘๖ ตามลำดับ.

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าหลังเข้าร่วมโครงการสมาชิกกลุ่มมีพฤติกรรมออกกำลังกายสม่ำเสมอในเดือนที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๑.๓ เป็นร้อยละ ๔๐.๗, มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ในเดือนที่ผ่านมาลดลงจากร้อยละ ๑๑.๖๕ เป็นร้อยละ ๘.๖, และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในเดือนที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๕๖.๕ เป็นร้อยละ ๖๘.๑.

ด้านความรู้ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและปัจจัยเสี่ยงหลังเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕.

ในด้านปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าค่าเส้นรอบเอวเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโครงการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการ. ค่าแรงดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิก รวมทั้งค่าโคเลสเตอรอล และค่าไตรกลีเซอไรด์หลังเข้าร่วมโครงการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕. สรุปได้ว่ารูปแบบกระบวนการกลุ่มที่ดำเนินการได้ผล

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ค่อนข้างดีในการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มข้าราชการอำเภอคีรีมาศ. ผลการศึกษานี้อาจพัฒนาและประยุกต์ใช้สำหรับข้าราชการในพื้นที่อื่นได้ต่อไป.

คำสำคัญ: ภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด, กระบวนการกลุ่ม, รูปแบบการปรับพฤติกรรม, จังหวัดสุโขทัย

Abstract **Introducing Group Activities for Preventing Cardiovascular Disease Risk Factors among Civil Servants in Khirimat District, Sukhothai Province**
Piya Sirilak

Provincial Public Health Office, Sukhothai Province

This action research was aimed at studying a behavior-adaptation model through a group process for cardiovascular disease prevention. The sample population comprised 395 civil servants in Khirimat district of Sukhothai Province, who voluntarily participated in the research; they were divided into 30 sub-groups. All groups had an explicitly defined structure and relationship, including group activities. Knowledge and support staff were provided continuously by the hospital. In addition, the subjects also exchanged group experiences regarding their activities. The research was conducted during the period June 1 to October 1, 2006. Data on the knowledge gained on health behavior and health status improvement were collected. The data were compared and analyzed by using a simple statistical method, such as percentage, mean, and standard deviation, and then tested for significance by using the paired t-test.

The results revealed an improvement in eating behavior among the sample population. The questionnaire results showed that frequent or daily consumption of meat or pork with fat decreased respectively from 12.56 percent and 2.53 percent to 5.50 percent and 2.62 percent, frequent or daily consumption of giblets decreased respectively from 4.20 percent and 4.20 percent to 1.84 percent and 2.06 percent, that of consuming egg yolk and egg products decreased respectively from 21.19 percent and 2.33 percent to 14.02 percent and 1.59 percent, frequent or daily consumption of vegetables increased from 8.14 percent and 1.57 percent to 39.07 percent and 36.76 percent and frequent or daily consumption of fruits increased respectively from 41.24 percent and 21.13 percent to 37.17 percent and 28.86 percent.

At the end of the research it was found that the sample population exercised regularly. They had increased their level of exercise from 31.3 percent to 40.7 percent, reduced their cigarette smoking from 11.65 percent to 8.6 percent. In measuring those who stopped consuming alcohol, the change was in the opposite direction, i.e., from 57.5 percent to 68.1 percent. Knowledge about cardiovascular risk factors was tested for statistical significance, and the difference was found at $p < 0.05$. Other risk factors, such as waist circumference, systolic and diastolic blood pressure, serum cholesterol and triglyceride levels, were reduced significantly at $p < 0.05$.

In conclusion, the group activities undertaken as part of the research improved the knowledge and health behavior, with regard to cardiovascular risk prevention, of Khirimat civil servants as the sample population. We recommend that the behavior adaptation model can be applied and developed for civil servants in other areas.

Key words: cardiovascular risk factors, group process, behavior adaptation model

ภูมิหลังและเหตุผล

ในปัจจุบันพบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรทั่วโลก^(๑) นอกจากเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญแล้วยังนำมาซึ่งการสูญเสียความสามารถ

ซึ่งส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง^(๒).

จากข้อมูลของ WHO (World Health Organization)^(๓) พ.ศ. ๒๕๔๕ พบว่ามากกว่าร้อยละ ๕๐ ของการตายและการสูญเสียความสามารถ เกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่ง



เท่ากับจำนวนประชากรที่เสียชีวิตมากกว่า ๑๒ ล้านคนต่อปี และคาดการณ์ว่า ใน พ.ศ. ๒๕๕๕ โรคหัวใจและหลอดเลือด จะเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประเทศกำลังพัฒนา.

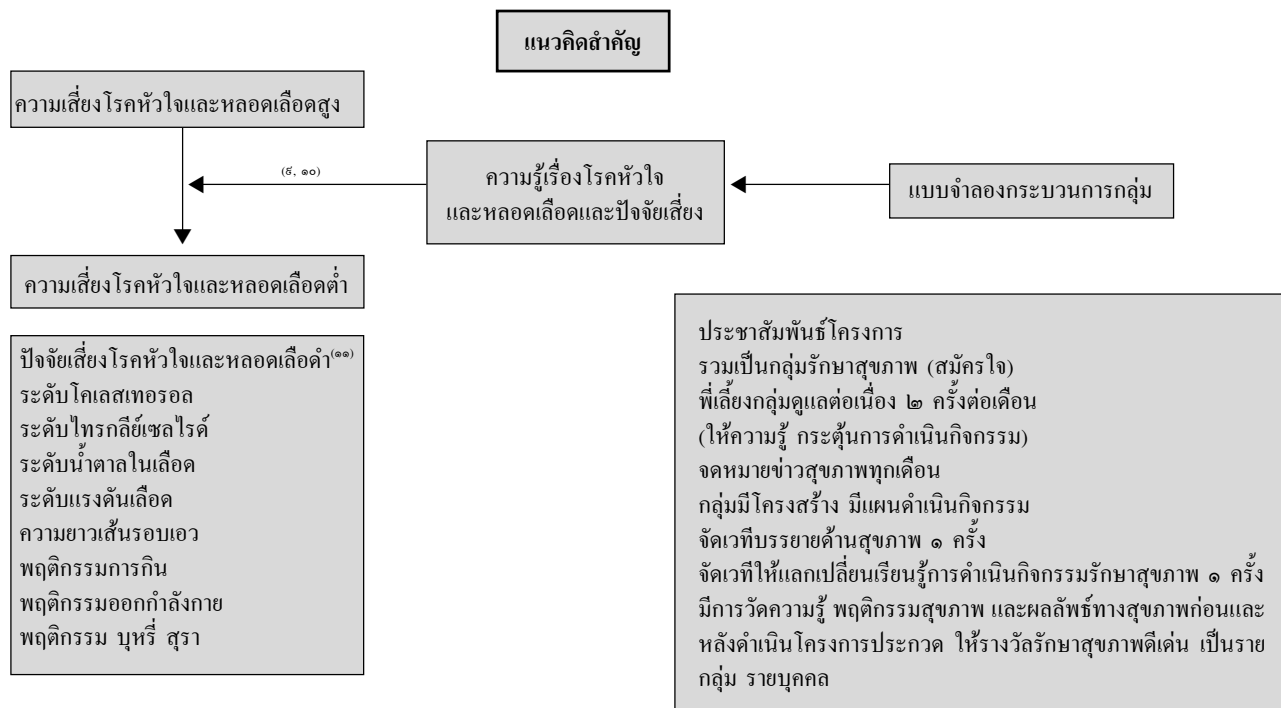
สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด. ข้อมูลใน พ.ศ. ๒๕๓๗-๒๕๔๕^(๔) จากสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประชากรไทยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน.

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง, ภาวะอ้วน, ลงพุง, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง^(๕) ทั้งนี้ปัจจัยเสี่ยงข้างต้นสามารถปรับเปลี่ยนและควบคุมได้โดยการปรับพฤติกรรมส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ การลดน้ำหนัก, การควบคุมอาหาร, การออกกำลังกาย, การงดการสูบบุหรี่ ซึ่งจะทำให้โอกาสในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงได้^(๖). แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งเป็นอุปนิสัยหรือความเคยชินของมนุษย์เป็นเรื่องที่ทำได้ยากด้วยตนเอง กระบวนการกลุ่มซึ่งอิทธิพลของกลุ่มจะช่วยให้สมาชิก

กลุ่มยอมรับการปรับเปลี่ยนและ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมได้^(๗).

สำหรับสถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด ในอำเภอคีรีมาศ ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ พบอัตราป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ๓๑๗.๘๕ ต่อประชากรแสนคน^(๘) (ประชากรอำเภอคีรีมาศมีประมาณ ๕๖,๐๐๐ คน) และจากการที่ข้าราชการเข้ารับการตรวจสุขภาพตามสิทธิ พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะภาวะไขมันในเลือดสูงพบมากที่สุดถึงร้อยละ ๓๘.๗^(๘) ซึ่งแสดงถึงความเสี่ยงการเกิดโรค. การทำโครงการนี้จึงเป็นการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มข้าราชการ รวมทั้งกลุ่มข้าราชการสามารถที่จะเป็นตัวอย่งในแง่การขยายผลสู่กลุ่มประชากรอื่นได้ง่าย.

การดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการปรับพฤติกรรมด้วยกระบวนการกลุ่มในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของข้าราชการในเขตอำเภอคีรีมาศ.



รูปที่ ๑ แนวคิดในการทำการศึกษ

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีประชากรศึกษา คือ ข้าราชการในเขตพื้นที่อำเภอศรีมหาศ ๓๙๕ คน เป็นชาย ๑๖๒ คน (ร้อยละ ๔๑) หญิง ๒๓๓ คน (ร้อยละ ๕๙), อายุเฉลี่ย ๔๑.๗ ปี, ร้อยละ ๖๖.๖ มีสถานภาพสมรส, ร้อยละ ๖๓.๘ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี. ดำเนินการศึกษาในช่วงเวลา ตั้งแต่ ๑ มิถุนายน ถึง ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ เป็นเวลา ๔ เดือนเต็ม. กลุ่มข้าราชการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ. การดำเนินงานให้ข้าราชการที่เข้าร่วมโครงการแบ่งเป็นกลุ่มตามโรงเรียนแต่ละโรงเรียน เป็นข้าราชการครู ๒๐ กลุ่ม ๒๒๙ คน (ร้อยละ ๕๘), กลุ่มสถานีอนามัย กลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เป็นข้าราชการสาธารณสุข ๘ กลุ่ม ๑๒๙ คน (ร้อยละ ๓๒.๖๕), และกลุ่มตำรวจเป็นข้าราชการตำรวจ ๒ กลุ่ม ๓๗ คน (ร้อยละ ๙.๔). ลักษณะการดำเนินงานโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม ดังต่อไปนี้

๑. ออกประชาสัมพันธ์โครงการให้กลุ่มข้าราชการเห็นความสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค.
๒. รับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการเป็นกลุ่มได้ประชากรศึกษาดังกล่าวข้างต้น.
๓. กำหนดความสัมพันธ์ในกลุ่มที่แน่ชัด มีการวางแผนการดำเนินกิจกรรม.
๔. จัดผู้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในแต่ละกลุ่ม.
๕. ประเมินสภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ การตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและปัจจัยเสี่ยง, แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ, วัดค่าดัชนีมวลกาย, วัดรอบเอว, วัดแรงดันเลือด, เจาะเลือดตรวจระดับไขมัน (โคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์) และระดับน้ำตาลในเลือด (เฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า ๓๕ ปีขึ้นไป) เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นก่อนการดำเนินงาน.
๖. พี่เลี้ยงในแต่ละกลุ่มออกให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด, การบริโภคอาหาร, การออกกำลังกาย, การงดบุหรี่และสุรา, และให้คำปรึกษาแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ

และกระตุ้นให้ดำเนินกิจกรรม โดยออกไปตรวจเยี่ยมกลุ่มเดือนละ ๒ ครั้ง.

๗. จัดบรรยายทางวิชาการเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการออกกำลังกาย และให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีผลต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ๑ ครั้ง.

๘. จัดเวทีให้กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินกิจกรรมรักษาสุขภาพ ๑ ครั้ง.

๙. ประเมินผลการศึกษาหลังสิ้นสุดโครงการฯ โดยการตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและปัจจัยเสี่ยง, แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ, วัดค่าดัชนีมวลกาย, วัดรอบเอว, วัดแรงดันเลือด, เจาะเลือดตรวจระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์และระดับน้ำตาลในเลือด เฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า ๓๕ ปีขึ้นไป.

๑๐. การวัดแรงดันเลือดให้ผู้ถูกวัดพักในท่าสบายอย่างน้อย ๕ นาที ใช้มาตรแรงดันเลือดที่ผ่านการตรวจเทียบแล้ว บันทึกผลเป็นแรงดันลิ้นโลหิต และไดเอสโทลิต ผลเป็นมิลลิเมตรปรอท, วัดโดยพยาบาล และกำหนดให้พยาบาลคนเดิมเป็นผู้วัดแรงดันเลือดก่อนและหลังดำเนินโครงการ.

๑๑. การวัดรอบเอว ให้ผู้ถูกวัดอยู่ในท่ายืน ใช้สายวัดรอบเอวส่วนที่แคบที่สุดของลำตัว ตรงกึ่งกลางระหว่างขอบกระดูกซี่โครงซี่ล่างสุดกับปุ่มกระดูกสะโพกด้านหน้า, หน่วยเป็นเซนติเมตร. วัดโดยพยาบาลและกำหนดให้พยาบาลคนเดิมเป็นผู้วัดรอบเอวก่อนและหลังดำเนินโครงการ.

๑๒. ใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดและปัจจัยเสี่ยงกำหนดขึ้นเอง และทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (ข้าราชการ) ในอำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน ๓๐ คน แล้ววิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ (ค่า reliability) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา, กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน ๐.๐๕ ได้ค่าความน่าเชื่อถือทั้งฉบับ เท่ากับ ๐.๘๕.

๑๓. ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ประยุกต์มาจากแผนงานการพัฒนาสถาบันการศึกษาสาธารณสุข ให้เป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ (สอศ.) พ.ศ. ๒๕๔๘^(๑๒).



การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test.

ผลการศึกษา

สมาชิกกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการมีทั้งสิ้น ๓๙๕ คน ๓๐ กลุ่ม เป็นชาย ๑๖๒ คน (ร้อยละ ๔๑), หญิง ๒๓๓ คน (ร้อยละ ๕๙), อายุเฉลี่ย ๔๑.๗ ปี. สำหรับปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวพบโรคภูมิแพ้มากที่สุด (ร้อยละ ๒๒.๓) ในกลุ่มนี้ กินยาร้อยละ ๔.๓, รองลงมาได้แก่แผลในกระเพาะอาหาร ร้อยละ ๑๗.๒, เลือดมีไขมันมากเกินไป ร้อยละ ๑๕.๙, และแรงดันเลือดสูงร้อยละ ๙.๙ ในกลุ่มนี้มีผู้กินยาร้อยละ ๔.๑ ๔.๓ และ ๗.๓ ตามลำดับ.

ตอนที่ ๑ พฤติกรรมสุขภาพ

ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่าการกินอาหารที่ส่งเสริมปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดด้น้อยลง, และการกินอาหารที่ส่งเสริมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น.

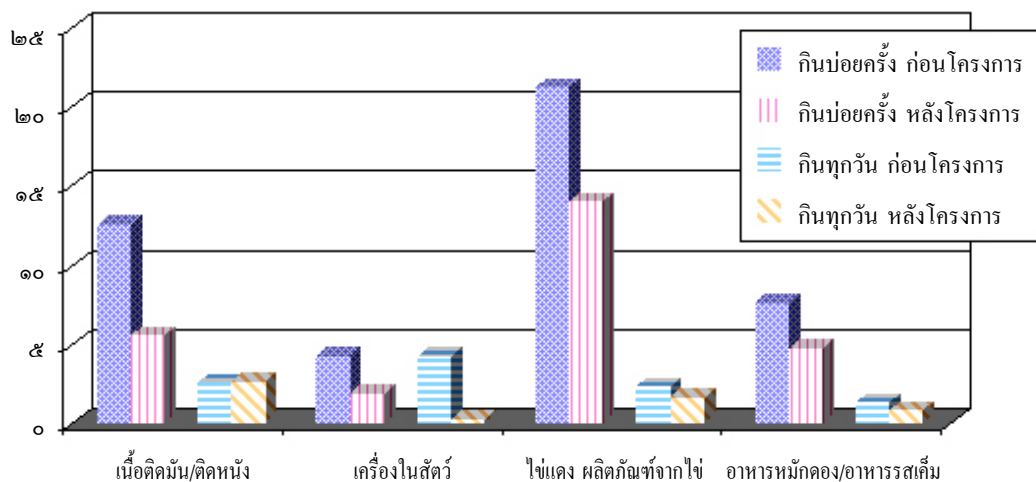
ในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายก่อนเข้าร่วมโครงการ สมาชิกกลุ่มมีการออกกำลังกายบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ ๕๐.๘๙ และหลังเข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๑.๓ เป็นร้อยละ ๔๐.๗ และมีพฤติกรรมการไม่ได้ออกกำลังกายลดลงจากร้อยละ ๑๗.๘ เป็นร้อยละ ๘.๔. ในด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อนเข้าโครงการสมาชิกกลุ่มมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ตารางที่ ๑ โรคประจำตัวของประชากรศึกษา

โรค / ภาวะ	จำนวนผู้ตอบ	จำนวนผู้ป่วย	อัตราป่วย (ร้อยละ)	กินยา (จำนวน)	กินยา (ร้อยละ)
ความดันโลหิตสูง	๓๕๕	๓๕	๙.๕	๒๕	๗.๓
เบาหวาน	๓๕๕	๑๘	๕.๖	๑๔	๓.๕
โรคหัวใจและหลอดเลือด	๓๕๕	๑๐	๒.๕	๒	๐.๕
ภูมิแพ้	๓๕๕	๘๘	๒๒.๓	๑๗	๔.๓
ไมเกรน	๓๕๕	๓๒	๘.๑	๑๑	๒.๘
โรคกระเพาะอาหาร	๓๕๕	๖๘	๑๙.๒	๑๖	๔.๑
ไขมันสูง	๓๕๕	๖๓	๑๕.๕	๑๗	๔.๓

ตารางที่ ๒ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ประเภทอาหาร	กินบ่อยครั้ง (ร้อยละ)		กินทุกวัน (ร้อยละ)	
	ก่อนโครงการ	หลังโครงการ	ก่อนโครงการ	หลังโครงการ
เนื้อมัน/ติดหนัง	๑๒.๕๖	๕.๕	๒.๕๓	๒.๖๒
เครื่องในสัตว์	๔.๒	๑.๘๔	๔.๒	๐.๒๖
ไข่แดง ผลิตภัณฑ์จากไข่	๒๑.๑๕	๑๔.๐๒	๒.๓๓	๑.๕๕
อาหารหมักดอง/อาหารรสเค็ม	๗.๕๗	๔.๗๒	๑.๓๑	๐.๗๕



รูปที่ ๒ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งเสริมปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ตารางที่ ๓ พฤติกรรมการบริโภคอาหารอาหารที่ส่งเสริมการป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ประเภทอาหาร	กินบ่อยครั้ง (ร้อยละ)		กินทุกวัน (ร้อยละ)	
	ก่อนโครงการ	หลังโครงการ	ก่อนโครงการ	หลังโครงการ
ผัก	๘.๑๔	๓๕.๐๗	๑.๕๗	๓๖.๗๖
ผลไม้สด	๔๑.๒๔	๓๗.๑๗	๒๑.๑๓	๒๖.๘๖

ร้อยละ ๑๑.๖๕ และหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่าสมาชิกกลุ่มสูบบุหรี่ลดลงเป็นร้อยละ ๘.๖. ในส่วนของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าก่อนเข้าโครงการสมาชิกกลุ่มที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ ๕๗.๔๗ และหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่าสมาชิกกลุ่มที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๖๘.๑๐.

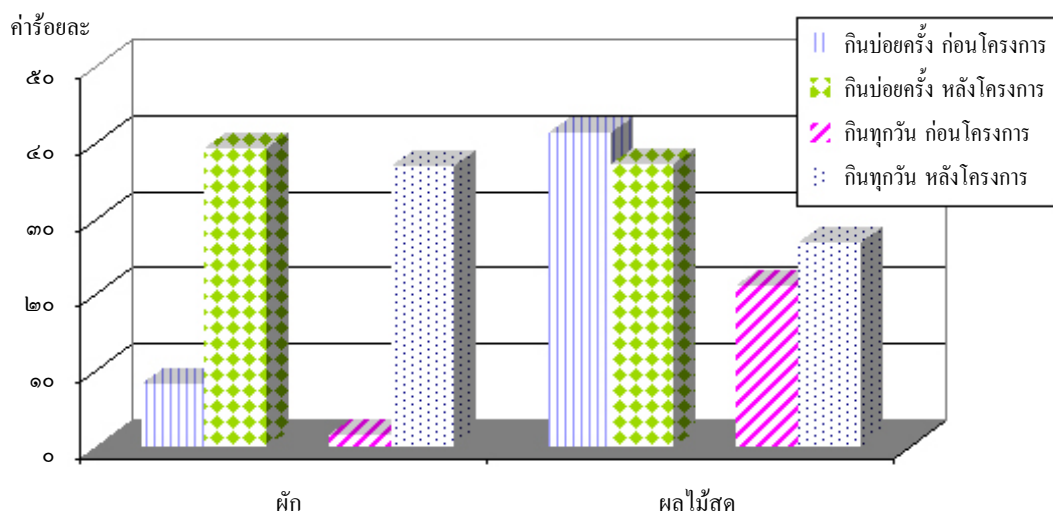
ตอนที่ ๒ ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดกับปัจจัยเสี่ยงของสมาชิกกลุ่ม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและ

ปัจจัยเสี่ยงก่อนเข้าร่วมโครงการเท่ากับ ๓๙.๑๙ (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๔.๖๕๐) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและปัจจัยเสี่ยงหลังเข้าร่วมโครงการ ๔๓.๒๕ (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๔.๖๗๐). เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่าง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและปัจจัยเสี่ยงของสมาชิกกลุ่มก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับค่าที่ <math>< 0.0001</math>.

ตอนที่ ๓ ประสิทธิภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

เส้นรอบเอวเฉลี่ยของสมาชิกกลุ่มก่อนเข้าร่วมโครงการ



รูปที่ ๓ พฤติกรรมการบริโภคอาหารอาหารที่ส่งเสริมการป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตารางที่ ๔ พฤติกรรมการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรม	ก่อนเข้าโครงการ		หลังเข้าโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑. การออกกำลังกาย (ในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมา)				
ไม่ได้ออกกำลังกายเลย	๓๐	๑๓.๘๑	๓๓	๘.๔๐
ออกกำลังกายบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ	๒๐๐	๕๐.๘๕	๒๐๐	๕๐.๘๕
ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	๑๒๓	๓๑.๓๐	๑๖๐	๔๐.๗๕
รวม	๓๕๓	๑๐๐	๓๕๓	๑๐๐
๒. การสูบบุหรี่ (ในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมา)				
ไม่ได้สูบบุหรี่	๓๔๕	๘๘.๓๕	๓๖๑	๙๑.๓๕
สูบบุหรี่	๔๖	๑๑.๖๕	๓๔	๘.๖๕
รวม	๓๙๑	๑๐๐	๓๙๕	๑๐๐
๓. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมา)				
ไม่ดื่ม	๒๒๓	๕๗.๔๓	๒๖๕	๖๘.๑๐
ดื่มเป็นครั้งคราว	๑๓๑	๓๓.๑๖	๙๘	๒๔.๘๑
ดื่มเป็นประจำ	๓๗	๙.๓๙	๓๒	๘.๐๙
รวม	๓๙๑	๑๐๐	๓๙๕	๑๐๐

ตารางที่ ๕ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด กับปัจจัยเสี่ยงของสมาชิกกลุ่ม

	จำนวน(คน)	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	Df	ค่าพี
ก่อน	๓๖๑	๓๕.๑๕	๔.๖๕๐	-๓๓.๒๖๐	๓๖๐	๐.๐๐๐
หลัง	๓๖๑	๔๓.๒๔๕	๔.๖๓๐			

ตารางที่ ๖ คะแนนความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด กับปัจจัยเสี่ยง

คะแนนความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพิ่มขึ้น	๓๕๕	๙๘.๓๔
น้อยลง	๑	๐.๒๗
คงเดิม	๕	๑.๓๕
รวม	๓๖๑	

ตารางที่ ๗ ค่าเส้นรอบเอวเฉลี่ยของสมาชิกกลุ่ม

	จำนวน(คน)	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	df	ค่าพี
ก่อน	๓๕๕	๗๕.๒๕	๑๘.๐๓๓	๑.๗๘๓	๓๕๔	๐.๐๓๗๕
หลัง	๓๕๕	๗๒.๕๕	๑๘.๖๘๐			

ตารางที่ ๘ เปรียบเทียบค่าแรงดันเลือดซิสโตลิกและไดแอสโตลิกเฉลี่ยของสมาชิกกลุ่ม

	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	df	ค่าพี
แรงดันซิสโตลิก						
ก่อน	๓๕๕	๑๑๓.๓๖	๒๓.๔๕๓	๒.๕๑๖	๓๕๔	๐.๐๐๖
หลัง	๓๕๕	๑๐๘.๕๔	๒๖.๕๑๗			
แรงดันไดแอสโตลิก						
ก่อน	๓๕๕	๗๑.๔๓	๑๓.๕๔๐	๓.๕๑๒	๓๕๔	๐.๐๐๑
หลัง	๓๕๕	๖๗.๕๗	๑๗.๐๖๕			

เท่ากับ ๗๕.๒๕ เซนติเมตร (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑๘.๐๓๓) และหลังเข้าร่วมโครงการเท่ากับ ๗๒.๕๕ เซนติเมตร (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑๘.๖๘๐). เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างพบว่าค่าเส้นรอบเอวเฉลี่ยของสมาชิกกลุ่ม ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับค่าพี = ๐.๐๓๗๕.

ค่าแรงดันเลือดซิสโตลิกเฉลี่ยของสมาชิกกลุ่มก่อนเข้าร่วมโครงการเท่ากับ ๑๑๓.๓๖ มิลลิเมตรปรอท (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = ๒๓.๔๕๓) และหลังเข้าร่วมโครงการเท่ากับ ๑๐๘.๕๔ มิลลิเมตรปรอท (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = ๒๖.๕๑๗). เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่าง พบว่า ค่าแรงดันเลือดซิสโตลิกเฉลี่ยของสมาชิกกลุ่มก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับค่าพี = ๐.๐๐๖.

เมื่อเปรียบเทียบค่าแรงดันเลือดไดแอสโตลิกเฉลี่ยของสมาชิกกลุ่มก่อนเข้าร่วมโครงการเท่ากับ ๗๑.๔๓ มิลลิเมตร

ตารางที่ ๘ ความยาวเส้นรอบเอวก่อนและหลังโครงการ

เส้นรอบเอว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพิ่มขึ้น	๑๖๖	๔๒.๐๓
ลดลง	๒๐๕	๕๑.๕๐
คงเดิม	๒๔	๖.๐๘
รวม	๓๙๕	



ปรอท (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = ๑๓.๙๔๐) และหลังเข้าร่วมโครงการเท่ากับ ๖๗.๙๗ มิลลิเมตรปรอท (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = ๑๗.๐๖๕). เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่าง พบว่าค่าแรงดันเลือดไดแอสโทลิกเฉลี่ยของสมาชิกกลุ่มก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $P < 0.001$.

ตารางที่ ๑๐ ค่าแรงดันเลือดซิสโตลิก ก่อนและหลังโครงการ

แรงดันซิสโตลิก	จำนวน	ร้อยละ
เพิ่มขึ้น	๑๔๕	๓๖.๗๑
ลดลง	๑๘๐	๔๕.๕๗
คงเดิม	๗๐	๑๗.๗๒
รวม	๓๙๕	

ตารางที่ ๑๑ ค่าแรงดันเลือดไดแอสโทลิก ก่อนและหลังโครงการ

แรงดันไดแอสโทลิก	จำนวน	ร้อยละ
เพิ่มขึ้น	๑๓๖	๓๔.๔
ลดลง	๑๗๔	๔๔.๑
คงเดิม	๘๕	๒๑.๕
รวม	๓๙๕	

ร่วมโครงการลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $P < 0.001$.

เมื่อเปรียบเทียบค่าโคเลสเตอรอลเฉลี่ยของสมาชิกกลุ่มพบว่าก่อนเข้าร่วมโครงการเท่ากับ ๒๒๑.๕๕ (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = ๔๐.๐๑๐) และหลังเข้าร่วมโครงการเท่ากับ ๒๐๔.๔๐ (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = ๓๗.๓๑๗). เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่าง พบว่าค่าโคเลสเตอรอลเฉลี่ยของสมาชิกกลุ่มก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $P < 0.001$.

เมื่อเปรียบเทียบค่าไตรกลีเซอไรด์เฉลี่ยของสมาชิกกลุ่มพบว่าก่อนเข้าร่วมโครงการเท่ากับ ๑๔๕.๖๗ (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = ๑๔๐.๒๑๔) และหลังเข้าร่วมโครงการเท่ากับ ๑๒๗.๗๒ (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = ๙๗.๒๒๙). เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่าง พบว่าค่าไตรกลีเซอไรด์เฉลี่ยของสมาชิกกลุ่มก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $P < 0.001$.

วิจารณ์

การป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต้องลดปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ลดน้ำหนัก, ลดระดับไขมันในเลือด, ลดแรงดันเลือดทั้งซิสโตลิกและไดแอสโทลิก, ลดการสูบบุหรี่^(๑๓). การที่จะลดปัจจัยเหล่านี้ได้ต้องปรับพฤติกรรมด้านความรู้

ตารางที่ ๑๒ ค่าโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ของสมาชิกกลุ่ม*

	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	mu	df	ค่าพี
โคเลสเตอรอล						
ก่อน	๒๒๒	๒๒๑.๕๕	๔๐.๐๑๐	๑๒.๘๕๕	๒๒๑	๐.๐๐๐
หลัง	๒๒๒	๒๐๔.๔๐	๓๗.๓๑๗			
ไตรกลีเซอไรด์						
ก่อน	๒๒๒	๑๔๕.๖๗	๑๔๐.๒๑๔	๔.๓๘๕	๒๒๑	๐.๐๐๐
หลัง	๒๒๒	๑๒๗.๗๒	๙๗.๒๒๙			

*สมาชิกกลุ่มที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป

ตารางที่ ๑๓ ค่าโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ ก่อนและหลังโครงการ

	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค่า โคเลสเตอรอล		
เพิ่มขึ้น	๒๕	๓๔.๔๓
ลดลง	๑๕๐	๔๔.๐๕
คงเดิม	๓	๒๑.๕๒
ค่า ไตรกลีเซอไรด์		
เพิ่มขึ้น	๗๕	๓๕.๕๕
ลดลง	๑๔๑	๖๓.๕๑
คงเดิม	๒	๐.๕๐
รวม	๒๒๒	

การควบคุมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย^(๑๔) ซึ่งในประเทศไทยยังไม่เคยมีการศึกษาโดยการปรับวิถีชีวิต แบบเป็นกลุ่มที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง. ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผลการเข้าร่วมกลุ่มโดยสมัครใจ กลุ่มมีความสัมพันธ์ที่แน่นชัด มีแผนการดำเนินกิจกรรม มีการให้ความรู้และคำแนะนำในการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และงดบุหรี่ สุรา กลุ่มมีการรวมตัวเพื่อดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการศึกษา, มีเวทีให้ความรู้และแลกเปลี่ยนการดำเนินกิจกรรมระหว่างกลุ่ม มีผลทำให้สมาชิกกลุ่มมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ซึ่งพบว่าในเรื่องพฤติกรรมด้านบริโภคอาหาร มีการกินอาหารที่เป็นประโยชน์ และลดความเสี่ยงต่อโรค หัวใจและหลอดเลือด เช่น กินผักและผลไม้เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่ทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน/ติดหนัง เครื่องในสัตว์ ไข่แดง/ผลิตภัณฑ์จากไข่ ลดลงจากก่อนเข้าโครงการ, มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น, สูบบุหรี่ลดลง, พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง, และพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดรวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, ค่าเส้นรอบเอว

ค่าแรงดันเลือด, ระดับไขมันในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ; ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่ใช่ผู้ป่วยเบาหวาน ค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปรกติอยู่แล้วจึงเห็นผลไม่ชัด.

ผลการศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่อาจบอกได้ว่ากลุ่มที่เข้ากระบวนการกลุ่มกับที่ไม่เข้ากระบวนการจะมีผลการวัดค่าทางสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่. การศึกษานี้ยังไม่มี การควบคุมความแตกต่างในปัจจัยอื่นของประชากรที่ศึกษา ที่อาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น อายุ ระดับการศึกษา. นอกจากนี้วิธีดำเนินการได้ทำในกลุ่มข้าราชการซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความรู้ และการดำเนินการมีลักษณะเป็นการดำเนินงานช่วงสั้นมีการลงติดตามการดำเนินกิจกรรมบ่อยครั้ง อาจมีผลต่อความตื่นตัว และทำให้เกิดกิจกรรมรักษาสุขภาพมาก ผลของการวัดตัวแปรทางสุขภาพต่าง ๆ จึงออกมาค่อนข้างดี และการประเมินผลก็ดำเนินการในช่วงระยะสั้นภายหลังจากการดำเนินการ โดยยังไม่ได้ติดตามในระยะยาวว่าประสิทธิผลของการดำเนินการมีความยั่งยืนมากน้อยเพียงใด. อีกประเด็นหนึ่งคือ พฤติกรรมทางสุขภาพ (เช่น การกินอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นได้ ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นข้อมูลบอกเล่า ไม่อาจเชื่อมั่นได้เต็มที่. สิ่งที่การศึกษานี้สามารถบอกได้คือการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพนั้นเมื่อมีการดำเนินการเป็นกลุ่ม และมีการดำเนินการที่ชัดเจนน่าจะทำให้ผลดีต่อการปรับพฤติกรรมมากกว่าการดำเนินการเป็นรายบุคคล. ข้อดีของการศึกษาในครั้งนี้คือมีรูปแบบที่ชัดเจนและสามารถปฏิบัติได้จริง. ในอนาคตอาจมีการพัฒนารูปแบบต่อไปและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนได้.

กิตติกรรมประกาศ

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศิริมาศทุกคน ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน และการเก็บข้อมูล. คุณ รุ่ง วงศ์วัฒน์ ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย



และหน่วยราชการในเขตอำเภอคีรีมาศที่สนับสนุนและอนุญาตให้ข้าราชการในสังกัดเข้าร่วมโครงการฯ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการนี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. World Health Organization, 2004. The world health report 2004 - changing history, "Annex Table 2: Deaths by cause, sex and mortality stratum in WHO regions, estimates for 2002".
๒. Fact sheet on Cardiovascular Health. [online]. 2003 Oct. Available from: URL:<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTDISABILITY/0,contentMDK:2020820~menuPK:418901~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:282699,00.html>. Accessed April 2006.
๓. Puska P, Mendis S, Porter DD. Cardiovascular disease (CVD). WHO 2003 : 1-2.
๔. อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ. อัตราตายและอัตราตายปรับฐานต่อประชากรแสนคน ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๓๗ - ๒๕๔๕. สำนักโรคระบาดวิทยากรมควบคุมโรค ๒๕๔๕. หน้า ๑-๑๔.
๕. WHO CVD-Risk management package for low-and medium resource setting. WHO 2002. p. 1-38.
๖. Grundy SM, Hansen B, Smith SC. Clinical management of metabolic syndrome. Report of the National Heart, Lung and Blood Institutes/American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institutes/American Diabetes Association Conference on scientific issues to management. Circulation 2004; 109 : 551-6.
๗. สุริย์ จันทรมโนลี. วิธีการทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: เจริญวิทยการพิมพ์. ๒๕๒๗.
๘. ฝ่ายแผนงานโรงพยาบาลคีรีมาศ, สุโขทัย. รายงานประจำปี ๒๕๒๘. สุโขทัย: โรงพยาบาลคีรีมาศ; ๒๕๒๘.
๙. Kenkel DS. Health behavior, health knowledge, and schooling. J Political Econ 1991; 99:287-305.
๑๐. Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JA, Taylor CB, Haskell WL, Williams PT, et al. Effects of communitywide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five-City Project. JAMA 1990; 18:264, 359-65.
๑๑. Nebraska Department of Health&Human Services. Risk factor for VD.[online].2001. Available from:URL:<http://www.hhs.state.ne.us/hew/hpe/cvh/docs/ch4riskfactors.pdf>. Accessed April 2006.
๑๒. ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, รุ่ง วงศ์วัฒน์. พฤติกรรมการสร้างสุขภาพของบุคลากรและนิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; ๒๕๔๘.
๑๓. Joint World Health Organization/International Society of Hypertension. 1991 Guidelines for the prevention of hypertension and associated cardiovascular disease. Joint World Health Organization/International Society of Hypertension Meeting. J Hypertension 1992; 10:97-9.
๑๔. กรกฏ เจริญสุข. การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลชลบุรี. วิทยานิพนธ์เพื่อปริญญาโทบัณฑิตการศึกษ (เทคโนโลยีทางการศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๔๓.