



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ มกราคม – มิถุนายน ๒๕๕๗ Vol. 1 No. 1 January – June 2014 ISSN 2408-0934

บทความวิชาการ

- † โภชนาการระหว่างตั้งครรภ์
- † บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง
- † การดูแลแบบผสมผสานของผู้เป็นเบาหวาน
- † แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

บทความวิจัย

- † ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ในโรงพยาบาล กระทู้แม่บ้าน จังหวัดสมุทรสาคร
- † พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนวัยทำงานในจังหวัดนครปฐม
- † ผลลัพธ์ของการบำบัดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ตำบลคลองมะเดื่อ อำเภอกระทู้แม่บ้าน จังหวัดสมุทรสาคร
- † พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรัง ในเขตตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
College of Nursing Christian University of Thailand



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ มกราคม - มิถุนายน ๒๕๕๗ Vol.1 No.1 January - June 2014 ISSN 2408-0934

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสเตียน

กองบรรณาธิการ ที่ปรึกษา :

| | |
|-----------------------------------|------------------|
| ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร.สมจิต | หนูเจริญกุล |
| ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทร์จิรา | วงษ์ชมทอง |
| รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ | ทิพย์ระนันท์ |
| อาจารย์ ดร. เสาวนีย์ | กานต์เดชาภิรักษ์ |
| อาจารย์ ดร. พรทิพย์ | กวิณสุพร |

บรรณาธิการ : รองศาสตราจารย์ สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์

กองบรรณาธิการ

| | | |
|---|---------------|-----------------------------------|
| ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม | โอทกานนท์ | มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต |
| ศาสตราจารย์ ดร. รุจา | ภูไพบูลย์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร | จิรวรรณกุล | ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| ศาสตราจารย์ ดร. วิภาดา | คุณาวิกติกุล | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| ศาสตราจารย์ ดร. วิธนา | จีระแพทย์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| รองศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์ | จินตนาดีลก | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| รองศาสตราจารย์ เพ็ญจันทร์ ส. | โมไนยพงศ์ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| รองศาสตราจารย์ ดร. ลักษณะนา | อินทร์กลับ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พันเอกหญิงนงพิมล | นิมิตรอานันท์ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล | ช่างไม้ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ผลงานวิชาการและรายงานการค้นคว้าวิจัยด้านพยาบาลศาสตร์
2. เผยแพร่ข่าวสารของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการทั้งภายในและนอกมหาวิทยาลัย

ขอบเขต

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน รับผิดชอบตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการประเภทบทความวิชาการ (Academic articles) บทความวิจัย (Research articles) ในสาขาพยาบาลศาสตร์และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาขาวิทยาศาสตร์ และสาขาสาธารณสุขศาสตร์ เป็นต้น บทความที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์วารสารอื่น บทความทุกเรื่องที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการ กองบรรณาธิการ และผ่านการประเมินแบบ Double - blind peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง

กำหนดการออกวารสาร : ราย 6 เดือน

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

สถานที่ติดต่อ : ฝ่ายเลขานุการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (นางธัญญรัตน์ ทวานแท้)

144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

โทรศัพท์ : 0-3422-9480 ต่อ 3101-2 โทรสาร 0-3422-9499

e-mail : nursejournal@christian.ac.th

จัดรูปเล่ม - ออกแบบปก : กลุ่มงานออกแบบ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

พิมพ์ที่ : บริษัท จามจุรีโปรดักส์ จำกัด 26 ซอยพระราม 2 ที่ 83 ถนนพระราม 2 แขวงแสมดำ

เขตบางขุนเทียน กรุงเทพฯ 10150

โทรศัพท์-โทรสาร 02-415-8320-1



**ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความทางวิชาการ
(Peer Reviewer)**

- | | | |
|--|--------------|-----------------------|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา | ประจุศิลป์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต | แสงชาติ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี | ศรีมรกต | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร. ร้อยตำรวจเอกหญิง ยุพิน | อังสุโรจน์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน | เกษมกิจวัฒนา | วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ |
| 6. รองศาสตราจารย์ ดร. สมพร กันทรดุษฎี | เตรียมชัยศรี | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินทร | กัลมพากร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. รองศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี | อัศดรวิเศษ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จินตนา | อาจสันเทียะ | วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ |
| 10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นารีรัตน์ | จิตรมนตรี | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนี | นามจันทรา | มหาวิทยาลัยรังสิต |
| 12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ | ภิญโญภาสกุล | มหาวิทยาลัยมหิดล |
- 
- 

บทบรรณาธิการ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้เปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมาครบ 30 ปี ในปีนี้ พ.ศ.2557 โดยดำเนินการตามภารกิจหลักของการเป็นสถาบันอุดมศึกษาทางการพยาบาล 4 ประการ คือ การผลิตบัณฑิต การวิจัย การให้บริการแก่สังคม และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมมาอย่างต่อเนื่อง การต่อยอดภารกิจหลักในการพัฒนาองค์กรของคณะฯ ให้มีความก้าวหน้าทางด้านวิชาการ มีการศึกษา ค้นคว้า วิจัย และมีการสร้างนวัตกรรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านการเรียนการสอน การปฏิบัติการพยาบาล และการบริหารการพยาบาลที่โดดเด่นและเป็นผู้นำในการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาลให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย และชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์จึงจัดทำวารสารฉบับปฐมฤกษ์ ในโอกาสครบรอบ 30 ปี คณะพยาบาลศาสตร์ โดยใช้ชื่อวารสารว่า วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Journal of Nursing Science Christian University of Thailand) เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ การเผยแพร่และแลกเปลี่ยน ความรู้และประสบการณ์แก่บุคลากรในวิชาชีพพยาบาลทุกระดับทั้งในสถานศึกษา ในชุมชน และสถานบริการ การพยาบาล โดยวารสารฉบับนี้เป็นปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พ.ศ.2557 มีเนื้อหาสาระที่หลากหลายเพื่อให้ท่านได้ เลือกรสตามความสนใจ เริ่มด้วยบทความวิชาการเรื่อง โภชนาการระหว่างตั้งครรภ์ บทบาทของอาสาสมัคร สาธารณสุข (อสม.) กับการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การดูแลแบบผสมผสานของ ผู้เป็นเบาหวาน และแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูง ติดตามด้วยบทความวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลกระทู้แบน จังหวัดสมุทรสาคร พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนวัย ทำงานในจังหวัดนครปฐม ผลลัพธ์ของการบำบัดอาการปวดเข้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ และ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรัง

ขอเชิญชวนทุกท่านสมัครเป็นสมาชิกวารสารและส่งผลงานทางวิชาการตีพิมพ์ในวารสาร พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน โดยมีคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับในท้ายเล่มของวารสารฉบับนี้ ขอให้ ท่านอ่านคำแนะนำและตรวจทานต้นฉบับอย่างครบถ้วนเพื่อให้ต้นฉบับได้รับการแก้ไขเพียงส่วนน้อยและ ได้รับการตีพิมพ์อย่างรวดเร็ว

ขอขอบคุณเพื่อนสมาชิกร่วมวิชาชีพและผู้อ่านทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและสนใจส่งบทความวิชาการ และงานวิจัยเผยแพร่ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

รองศาสตราจารย์ สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์
บรรณาธิการ

สารบัญ

บทบรรณาธิการ

Editor's Message

- ♦ โภชนาการระหว่างตั้งครรภ์ รุ่งอรุณ พุ่มเจริญ 1
Nutrition During Pregnancy Rungaroon Pumcharoen
-
- ♦ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับการส่งเสริมสุขภาพ ภาคินี สุขสถาพรเลิศ 13
สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง Prasinee Suksatapornlarte
The Roles of Village Health Volunteers of Health
Promotion for the Older Adult with Hypertension
-
- ♦ การดูแลแบบผสมผสานของผู้เป็นเบาหวาน ชินตา เตชะวิจิตรจรัส 20
Complementary Care of Diabetes Chinta Tachavijitjaru
Mellitus Patient
-
- ♦ แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน สมศักดิ์ ฉันทนารมณ 36
กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง Samsak Chanthanarom
The Behavioral Modification Approach
in a Risk Group with Diabetes Mellitus
and Hypertension
-
- ♦ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้า เกษรวิ ละม้ายสกุล 48
ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน Gasrawee Lamaisakul
จังหวัดสมุทรสาคร
Delayed Factors of Pregnant Women in
Making Use of Antenatal Care Services
at Kratumbaen Hospital in Samut Sakhon Province
-
- ♦ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของประชาชนวัยทำงาน จุฑามาศ เวชพานิช 63
ในจังหวัดนครปฐม Chuthamas Wechpanich
Food Consumption Behavior of Working - Age
People in Nakhon Pathom Province
-

◆ ผลลัพธ์ของการบำบัดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กฤษฎากมล ชื่นอ้อม 75
ชนิตปฐมภูมิ ตำบลคลองมะเดื่อ อำเภอกระทุ่มแบน Kitsadakamon Chuen - im
จังหวัดสมุทรสาคร
Effectiveness Pain Management Program of Primary
Knee Osteoarthritis in the Elderly People at
Klongmadar Sub-district, Krathum Bean District in
Samut Sakhon Province

◆ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรัง ผศ. สุปราณี แต่งวงษ์ 87
ในเขตตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม Asst.Prof. Supranee Tangwong
จังหวัดนครปฐม
Health Promotion Behaviors Among Persons
with a Chronic Disease in Don Yai Hom
Sub-District, Meung District, Nakhon Pathom Province



โภชนาการระหว่างตั้งครรภ์

Nutrition During Pregnancy

รุ่งอรุณ พุ่มเจริญ*

บทคัดย่อ

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่มีความสำคัญกับร่างกายของมนุษย์มากที่สุด เนื่องจากมนุษย์ต้องนำอาหารเข้าสู่ร่างกายเป็นประจำทุกวัน ร่างกายของมนุษย์จัดว่าเป็นทรัพย์สินสมบัติที่มีค่ามากที่สุดที่ต้องธำรงรักษาไว้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อ่นั้นต้องเริ่มตั้งแต่การพัฒนาของตัวอ่อนในครรภ์มารดา วัยทารก

กระทั่งวัยเด็ก และได้รับอิทธิพลจากบุคคลในครอบครัว ผู้ที่เลี้ยงดูหล่อหลอมมา ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและกระแสสังคม ภาวะตั้งครรภ์จัดเป็นช่วงวิกฤติของสตรีเพศเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสรีรวิทยาและจิตสังคม ภาวะโภชนาการระหว่างตั้งครรภ์ที่ดีส่งผลให้บรรลุพัฒนากิจที่สำคัญของครอบครัว

Abstract

Food is one of four factors that are the most important to the human body because human need to take the food into the body on a daily life basis. The human body is considered the most precious treasures to be maintained. Good dietary habits start from embryo development in mother's womb, babyhood

till childhood and are influenced by family caregivers, environment and society. Pregnancy is a crisis period of women due to physiological and psychological changes. Good nutritional status during pregnancy contributes to achieving major developmental tasks of the family.

* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

บทนำ

ปัจจัยสี่ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพของมนุษย์ ได้แก่ อาหาร ยา วัคซีนโรค เครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัย ซึ่งอาหารเป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องรับเข้าสู่ร่างกายเป็นประจำทุกวัน ยา วัคซีนโรคมนุษย์ก็นำเข้าสู่ร่างกายเช่นกันและจะใช้ต่อเมื่อร่างกายมีการเจ็บป่วยเท่านั้น เมื่อสุขสบายดีก็ไม่ต้องมีความจำเป็นต้องใช้ เครื่องนุ่งห่มมนุษย์จัดเป็นเครื่องห่อหุ้มร่างกายและเป็นอาภรณ์ประดับภายนอกขณะเดียวกัน มนุษย์มีได้นำเครื่องนุ่งห่มเข้าสู่ร่างกายที่อยู่อาศัยมนุษย์ใช้เป็นสถานที่ที่ทำให้เราอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัยและเป็นแหล่งพำนักพักพิงที่ทำให้เรารู้สึกอบอุ่นมั่นคง มีได้นำเข้าสู่ร่างกาย เมื่อพิจารณาในแง่ดังกล่าวแล้วดังนั้นสิ่งใดๆ ก็ตามที่มนุษย์นำเข้าสู่ร่างกายจัดเป็นสิ่งที่ต้องพึงตระหนักและระมัดระวังในการใช้ให้มากที่สุด ดังนั้นอาหารจึงจัดเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดต่อร่างกายของมนุษย์ ร่างกายของมนุษย์จัดว่าเป็นทรัพย์สินสมบัติที่มีค่ายิ่งกว่าสิ่งใดๆ และต้องดำรงไว้ให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่มนุษย์จะพึงกระทำได้

มนุษย์เรานั้นได้รับอาหารนับตั้งแต่วันแรกที่มีการปฏิสนธิในครรภ์มารดาจนกระทั่งวันสุดท้ายของการมีชีวิต ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับอาหารจึงมีความน่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง อาหารมีความสำคัญต่อพัฒนาการของมนุษย์ทุกช่วงอายุ นับตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาลมอดประมาณ 70-80% ซึ่งมีการพัฒนาไปแล้วจนคลอดออกมาเป็นวัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยผู้สูงอายุ และวัยชราภาพ ความต้องการสารอาหารของร่างกายมนุษย์จะมีความแตกต่างกันไปตามความเหมาะสมของสภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงไปซึ่งนำมหัสจรรย์ยิ่งนัก ร่างกายของมนุษย์จำเป็นต้องได้รับสารอาหารเพื่อนำมาเผาผลาญเป็นพลังงานให้ร่างกายสามารถมีพลังในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ในแต่ละวันดังนั้น ร่างกายของมนุษย์จำเป็นต้องได้รับอาหารเป็นประจำทุกวัน วันละ 3 มื้อหลักและอาจมีมื้อย่อยอีกขึ้นกับความแตกต่างของแต่ละวัย ดังนั้นเมื่อร่างกายได้รับอาหารที่ดีมีประโยชน์ร่างกายจะแข็งแรงสมบูรณ์ ห่างไกลจากความเจ็บป่วยมีพลัง

กำลังที่จะสู้โลกและโรคภัยต่างๆต่อไป แต่ถ้าร่างกายได้รับอาหารที่ไม่ดีและไม่ถูกต้องก็จะเกิดความผิดปกติของร่างกายได้ โดยอาจเกิดได้ 3 ประการคือ 1. กินไม่พอและกินไม่ถูกต้องคือกินไม่เหมาะสมกับน้ำหนักตัว ขนาดของร่างกาย ช่วงวัยอายุรวมทั้งกิจกรรมของตน 2. โภชนาการเกินคือการกินมากเกินไปและกินไม่ถูกต้องส่วน 3. การกินอาหารสกปรกหรือมีสารพิษอันตรายผสม (ทรงศักดิ์ ศรีอนุชาต,2536)

Paracelsus (1493-1541, อ้างถึงในแก้ว กังสดาลอำไพ, 2537 : 1) ซึ่งได้ชื่อว่าเป็นบิดาแห่งพิษวิทยากล่าวไว้ว่า “All substances are poison ; there is none which is not a poison. The right dose differentiates a poison and a remedy.” วิชาพิษวิทยาศึกษาถึงผลที่ไม่พึงประสงค์ของสารเคมีต่อสิ่งมีชีวิตเมื่อพิจารณาสารเคมีใดๆ ก็ตามจะพบว่าไม่มีทั้งคุณและโทษ เช่นเกลือแกงถ้าร่างกายได้รับในปริมาณที่พอเหมาะจะเกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ถ้าได้รับมากเกินไปทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตได้ หรือพฤติกรรมกินอาหารไม่ถูกต้องตามสัดส่วนที่ร่างกายควรได้รับก็ทำให้เกิดโทษต่อร่างกายได้เช่นกัน ดังคำกล่าว ว่า “กินอะไรก็จะได้อะไรเช่นนั้น” หรือ “You are what you eat” ดังเช่นกินอาหารที่มีไขมันสูงมากๆ ก่อให้เกิดโรคอ้วน โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจตามมา พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความชอบเฉพาะตัวที่ถูกสร้างสมจากการเลี้ยงดูในครอบครัว สิ่งแวดล้อม และกระแสสังคม

ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย (กัลยา กิจบุญชู ,2551)

1. กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ ให้หลากหลายและหมั่นดูแลน้ำหนักตัว เลือกรับประทานอาหารให้หมุนเวียน เพื่อให้ได้สารอาหารครบถ้วน เหนือกว่าน้ำหนักตัวที่เหมาะสมใช้ค่าดัชนีมวลกาย หรือ BMI (Body mass index) เป็นตัวชี้วัด

2. กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ปริมาณที่แนะนำในแต่ละวัน

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน) ๒๕๕๗

คือ ข้าว-แป้ง 6-11 ทัพพี ควรบริโภคข้าวซ้อมมือเพราะ ได้วิตามิน แร่ธาตุ ตลอดจนใยอาหาร สำหรับอาหารที่ทำจากแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน หรือขนมปังรับประทานเป็นบางมื้อ ระวังอย่าบริโภคมากกว่าที่ร่างกายต้องการ เพราะแป้งจะเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมตามส่วนต่างๆ ของร่างกายให้อ้วนได้

3. กินพืชผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ ผักและผลไม้เป็นแหล่งของเกลือแร่ วิตามินและเส้นใยอาหาร

4. กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ปลาเป็นแหล่งของโปรตีนที่ดี ย่อยง่าย ไขมันต่ำ มีฟอสฟอรัสสูง ปลาทะเล มีสารไอโอดีน ปลาทะเลน้ำลึกมีกรดโอเมก้า 3 ไข่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงให้โปรตีนครบถ้วน ถั่วเมล็ดแห้งเช่น ถั่วลิสง ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วแดง ถั่วดำ ผลิตภัณฑ์จากถั่วเมล็ดแห้งได้แก่ เต้าหู้ เต้าเจี้ยว นมถั่วเหลือง เป็นแหล่งของโปรตีน

5. ดื่มน้ำให้เหมาะสมตามวัย เช่นนม โยเกิร์ต ซึ่งประกอบด้วยแคลเซียมและฟอสฟอรัส ช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง แคลเซียมที่พอเพียงช่วยป้องกันปัญหาโรคกระดูกพรุน ความดันโลหิตสูงและมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผู้สูงอายุควรเลือกดื่มนมพร่องมันเนย ควรดื่มนมวันละ 1-2 แก้วและออกกำลังกายเป็นประจำ ทำให้สุขภาพแข็งแรง

6. กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร ถ้ากินไขมันน้อยไปจะได้รับพลังงานและกรดไขมันจำเป็นไม่เพียงพอ ถ้ากินไขมันมากเกินไปเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน

7. หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด ในแต่ละวัน ไม่ควรบริโภคน้ำตาลมากกว่า 3 ช้อนโต๊ะ อาหารรสหวานจัด น้ำอัดลม ลูกอมเป็นอาหารที่ให้แต่พลังงานแต่ไม่ให้คุณค่าทางโภชนาการ การบริโภคน้ำตาลมากเกินไปร่างกายเกิดการสร้างไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น สำหรับอาหารเค็มจัด เช่น อาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง ผงชูรสต่างๆ ผงฟู น้ำปลา เครื่องปรุงรสต่างๆ ประกอบด้วยเกลือโซเดียมส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง

8. กินอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน ควรเลือกอาหารที่สด ใหม่ สะอาด ผลิตจากแหล่งที่เชื่อถือได้ ควรเลือกอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เลือกผักที่ปลอดสารพิษ

9. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากเป็นโทษต่อร่างกายโดยเฉพาะถ้าบริโภคในปริมาณมากเกินไป

อาหารคืออะไร? สารอาหารคืออะไร? และโภชนาการคืออะไร?

อาหาร (Food) หมายถึง สิ่งใดก็ตามที่รับเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นการดื่ม การกินหรือการฉีด แล้วเกิดประโยชน์ต่อร่างกาย โดยให้สารอาหารอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2532)

สารอาหาร (Nutrient) คือสารเคมีที่อยู่ในอาหาร แบ่งออกเป็น 6 ประเภท คือ คาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน เกลือแร่ วิตามินและน้ำ ซึ่งสารอาหารแต่ละประเภทมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. ให้พลังงานและความร้อน ซึ่งจำเป็นสำหรับการทำงานของอวัยวะภายในร่างกาย เช่น การหายใจ การสูบฉีดโลหิต การย่อยอาหาร และการทำกิจกรรมต่างๆ ของร่างกายเช่นการวิ่ง การกระโดด การเล่น
2. ช่วยบำรุงหล่อเลี้ยงให้ร่างกายเจริญเติบโต ช่วยซ่อมแซมอวัยวะต่างๆ ที่สึกหรอ
3. ช่วยควบคุมปฏิกิริยาเคมีต่างๆ ในร่างกาย และการทำงานของอวัยวะทุกส่วน
4. ช่วยในการต้านทานและป้องกันโรค ทำให้ร่างกายแข็งแรง

ภาวะโภชนาการ (Nutritional status) แสดงถึงระดับที่ร่างกายจำเป็นต้องได้รับสารอาหารเพื่อนำมาใช้ในด้านสรีระอย่างเพียงพอ (วินัส ลิฬหกุล, 2545) โภชนาการมีผลโดยตรงต่อการสร้างเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต และพัฒนาการทางสมอง โภชนาการที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาประเทศ

พลังงาน (Energy) เป็นแรงหรือพลังที่ทำให้ร่างกายสามารถทำกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิต

การครองธาตุหรือกระบวนการทางเคมี (Chemical process) ต่างๆที่เกิดขึ้นในร่างกาย อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงเริ่มต้นจากอาหารที่ถูกย่อยและดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย โดยร่างกายจะมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางเคมีหลายอย่าง รูปแบบของพลังงานที่ร่างกายใช้ทำงาน ได้แก่ พลังงานไฟฟ้า (Electrical energy) สำหรับการทำงานของสมองและประสาท พลังงานกล (Mechanical energy) สำหรับการหดตัวของกล้ามเนื้อ พลังงานความร้อน (Thermal energy) สำหรับควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย และพลังงานเคมี (Chemical energy) สำหรับการสังเคราะห์สารประกอบขึ้นมาใหม่

ความต้องการพลังงานทั้งหมด (Total energy requirement) เพื่อให้สมดุลกับพลังงานที่ใช้ไป (Energy expenditure) ในการคงสภาพของน้ำหนักตัวประกอบด้วยพลังงานที่ใช้สำหรับการครองธาตุพื้นฐาน หรือพลังงานที่ใช้สำหรับทำกิจกรรม ผู้ที่เป็นโรคอ้วนแสดงว่ามีความไม่สมดุลของพลังงานเกิดขึ้น โดยพลังงานที่ได้รับจากอาหารมากกว่าพลังงานที่ใช้ ส่วนผู้ที่ผอม แสดงว่า มีความไม่สมดุลของพลังงานเนื่องจากพลังงานที่ได้รับจากอาหารน้อยกว่าพลังงานที่ใช้ วิธีการประเมินความสมดุลของพลังงานที่ได้รับ และพลังงานที่ใช้อย่างมีประสิทธิภาพ คือการเฝ้าระวังน้ำหนักตัวและชนิดอาหารที่บริโภค

การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ดัชนีมวลกาย (Body mass index หรือ BMI) เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง เนื่องจาก เป็นการประเมินมวลของร่างกายทั้งหมด ที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันของร่างกายสูงสุด ซึ่งคำนวณได้จาก น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (เมตร) ยกกำลังสอง

$$\text{สูตร BMI} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1995:WHO, 2000) ได้ให้นิยามของความอ้วนและผอมของผู้ใหญ่ไว้ดังนี้

ผอมหรือน้ำหนักน้อย หมายถึง BMI ที่น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

น้ำหนักปกติ หมายถึง BMI ระหว่าง 18.5-24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

น้ำหนักเกินหมายถึง BMI ระหว่าง 25-29.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

อ้วนหมายถึง BMI ตั้งแต่ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ขึ้นไป

ร่างกายของมนุษย์มีการเจริญเติบโตขึ้นทุกวัน ความต้องการสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายก็มีความผันแปรไปตามสภาพร่างกายเช่นกัน ดังเช่นในช่วงชีวิตของสตรีเพศเมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ภาวะการตั้งครรภ์เป็นช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากที่สุด (อนุวัฒน์ สุตตันตวิบูลย์, 2544) กอปรด้วยการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา กายวิภาค ชีวเคมีและด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเริ่มตั้งแต่มีการปฏิสนธิเกิดขึ้น จนกระทั่งสิ้นสุดการคลอดส่งผลให้ร่างกายมีความต้องการสารอาหารเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยานั้นมีประโยชน์ต่อการทำนุบำรุงให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตตามปกติขณะเดียวกันร่างกายของมารดาแข็งแรงสมบูรณ์สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอด สามารถ เข้าสู่ระยะคลอดได้อย่างปลอดภัย ระยะหลังคลอดร่างกายสามารถฟื้นฟูได้อย่างรวดเร็วและสามารถเลี้ยงดูทารกน้อยได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้ครอบครัวมีความสุข

มีข้อสรุปจากการศึกษาว่าภาวะโภชนาการที่ดีจะมีผลบวกต่อการคลอด โดยเฉพาะน้ำหนักทารกแรกเกิดและอัตราการตายของทารก การเพิ่มน้ำหนักตัวของมารดาเป็นการสะท้อนถึงการได้สารอาหารที่เพียงพอ การประเมินภาวะโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์กระทำได้โดยการประเมิน ดัชนีมวลกาย (Body mass index หรือ BMI) โดยใช้น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์มาคำนวณ

เพื่อให้ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์คือน้ำหนักทารกแรกเกิดได้มาตรฐานคือ ไม่น้อยกว่า 2,500 กรัม น้ำหนักที่ควรเพิ่มของสตรีขณะตั้งครรภ์ควรจะเป็นดังนี้ (Institute of Medicine, 2010)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ <18.5 กก.
/ตรม. ควรเพิ่มน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ 12.5-18 กก.

ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ 18.5 - 24.99 กก./ตรม. ควรเพิ่มน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ 11.5-16 กก.

ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ 25-29.99 กก.
/ตรม. ควรเพิ่มน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ 7-11.5 กก.

ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ 30 กก.
/ตรม. ควรเพิ่มน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ 5-9 กก.

น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของมารดาระหว่างตั้งครรภ์ เป็นดัชนีสำคัญในการชี้วัดถึงการเจริญเติบโตของทารก ในครรภ์และสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ ดังนั้น การบันทึกและเปรียบเทียบน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจึงมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น (วิทยา ธิฐาพันธ์, 2557) ประเสริฐ คันสนีย์วิทย์กุล และคณะ ได้ทำการศึกษา ในคนไทยพบว่า

ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ <18.5 กก.
/ตรม. ควรเพิ่มน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ 10-18 กก.

ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ 18.5 - 24.99 กก./ตรม. ควรเพิ่มน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ 8-16 กก.

ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ 25-29.99 กก.
/ตรม. ควรเพิ่มน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ 6-14 กก.

ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ 30 กก.
/ตรม. ควรเพิ่มน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ 4-8 กก.

ภาวะโภชนาการที่ดีเริ่มต้นตั้งแต่วัยเด็ก แต่ในความเป็นจริงพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีค่าดัชนีมวลกาย ก่อนตั้งครรภ์มีตั้งแต่ ต่ำกว่าปกติ ปกติและ มากเกิน ปกติโดยเฉพาะในยุคโลกาภิวัตน์นี้มีความหลากหลาย ของภาวะโภชนาการมากทีเดียว การทำให้สตรีตั้งครรภ์ ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะโภชนาการของตนเอง เป็นสิ่งที่สำคัญมาก เราไม่สามารถย้อนเวลากลับไปได้ จะทำอะไรเมื่อพบว่าขณะตั้งครรภ์สตรีผู้นั้นมีดัชนีมวล กายเกิน หรือต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ การให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติอย่างถูกวิธีในเรื่องการให้ความสำคัญ สำคัญกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น การรับประทานอาหารที่

เหมาะสมสำหรับคุณแม่ที่ตั้งครรภ์และมีค่าดัชนีมวลกาย เกิน หรือต่ำกว่าเกณฑ์ปกติเป็นสิ่งที่ต้องเน้นย้ำให้ ผู้ปฏิบัติเข้าใจและสามารถแก้ไขได้ด้วยตนเองเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากการ อธิบายให้เข้าใจถึงน้ำหนักที่ควรเพิ่มตลอดระยะเวลาการ ตั้งครรภ์ให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจแล้ว ต้องสอนให้สามารถ คำนวณน้ำหนักที่ควรเพิ่มในแต่ละสัปดาห์ในไตรมาสที่สอง และไตรมาสที่สาม (โดยปกติ ไตรมาสที่หนึ่ง น้ำหนัก จะเพิ่มประมาณ 1-2 กิโลกรัมเท่านั้น เนื่องจากสตรี ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ทำให้ รับประทานอาหารได้น้อย กอปรกับทารกในครรภ์ยัง เล็กมาก) เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามก็จะ สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติอีกทั้งทารกใน ครรภ์มีการเจริญเติบโตขึ้นตามลำดับ การแบ่งไตร มาสกระทำได้นี้ ไตรมาสที่หนึ่งคือช่วงอายุครรภ์ 0-13 สัปดาห์ ไตรมาสที่สองคือ อายุครรภ์ 14-26 สัปดาห์ และไตรมาสที่สามคืออายุครรภ์ 27 สัปดาห์ จนครบกำหนดคลอดคือประมาณ 40 สัปดาห์ ดังนั้น การเริ่มใส่ใจและบันทึกน้ำหนักจะกระทำในช่วงนี้ โดย มีหลักเกณฑ์ดังนี้ (Lowder et al, 2010)

ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ <18.5 กก.
/ตรม. ควรเพิ่มน้ำหนักสัปดาห์ละ 0.7 กก.

ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ 18.5 - 24.99 กก./ตรม. ควรเพิ่มน้ำหนักสัปดาห์ละ 0.5 กก.

ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ 25-29.99 กก./ตรม. ควรเพิ่มน้ำหนักสัปดาห์ละ 0.3 กก.

ซึ่งสตรีตั้งครรภ์สามารถชั่งน้ำหนักและประเมินความ เหมาะสมของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นได้ด้วยตนเองโดยบันทึก ลงในสมุดฝากครรภ์และใช้เกณฑ์การพิจารณาดังกล่าว นอกจากนี้การเลือกรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ต่อร่างกายเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพื่อบำรุง ร่างกายของมารดา และทารกในครรภ์ให้แข็งแรง สมบูรณ์ ความต้องการพลังงานและสารอาหารต่อวันใน ระยะก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์เป็นดังนี้

| สารอาหาร | ก่อนการตั้งครรภ์ | ระยะตั้งครรภ์ |
|---------------|------------------|---------------|
| พลังงาน | 2,200 Kcal | 2,500 Kcal |
| โปรตีน | 60 g | 80 g |
| วิตามินเอ | 700 ug | 770 ug |
| วิตามินซี | 75 mg | 85 mg |
| วิตามิน บี 1 | 1.1 mg | 1.5 mg |
| วิตามิน บี 2 | 1.1 mg | 1.4 mg |
| วิตามิน บี 3 | 14 mg | 18 mg |
| วิตามิน บี 6 | 1.3mg | 1.9 mg |
| วิตามิน บี 12 | 2.4 mg | 2.6 mg |
| โฟเลต | 400 ug | 600 ug |
| แคลเซียม | 800 mg | 1,200 mg |
| ไอโอดีน | 150 ug | 220 ug |
| เหล็ก | 18 mg | 27 mg |
| แมกนีเซียม | 310 mg | 350 mg |
| สังกะสี | 8 mg | 11 mg |
| น้ำ | 6-8 แก้ว | 8 แก้ว |

(Nutritional requirements during pregnancy)

1. พลังงาน (Energy) ที่เพิ่มขึ้น สตรีตั้งครรภ์ต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นวันละ 300 กิโลแคลอรีต่อวันเพื่อใช้ในการทำงานของอวัยวะของแม่ เช่นเพิ่มอัตราการหายใจ เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ และเพิ่มอัตราการกรองที่ไต รวมถึงมีการเสริมสร้างอวัยวะต่างๆ ของทารก (ศิริพงศ์ สวัสดิ์มงคล, 2544) สารอาหารที่ให้พลังงานได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมัน ซึ่งได้จาก เนื้อสัตว์ นม ไข่ ข้าว ถั่วเมล็ดแห้ง อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ อาหารรสหวานจัด เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง น้ำอัดลม รวมถึงอาหารที่มีไขมันสูงเนื่องจากย่อยยาก เนื่องจากระยะตั้งครรภ์ระบบทางเดินอาหารจะมีการเปลี่ยนแปลงเช่น ถ้าไส้จะมีการเคลื่อนไหว (Peristalsis) ลดลง ภาวะอาหาร

จะมีการหลังการลดลงอันเป็นอิทธิพลของฮอร์โมนที่สร้างจากรก คือ โปรเจสเตอโรน มีผลให้ย่อยได้ช้าและนานขึ้น ดังนั้นควรรับประทานอาหารแต่พอดี รับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง และควรเลือกชนิดอาหารที่ย่อยง่ายเช่น ไข่ ปลา ควรหลีกเลี่ยงเนื้อหมู หมูสามชั้น กะทิ นอกจากนี้การได้รับพลังงานมากเกินไปทำให้น้ำหนักเพิ่มมากเกินไป เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ได้เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน

2. โปรตีน (Protein) สตรีตั้งครรภ์ต้องได้รับโปรตีน เพิ่มขึ้น 20 กรัมต่อวันเพื่อนำไปเสริมสร้างเนื้อเยื่อของมารดาเอง เช่นกล้ามเนื้อมดลูกที่ขยายขนาดเพิ่มขึ้น และเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมดลูกเพื่อให้ทารกในครรภ์สามารถอยู่ได้จนครบกำหนด

คลอต (ประมาณ 40 สัปดาห์) เสริมสร้างเนื้อเยื่อที่
 เต็มและมีการ สร้างน้ำนม เมื่อคลอตมารดาสามารถ
 ให้นมบุตรได้ทันที นอกจากนี้ยังสร้างน้ำเลือดและเม็ด
 เลือดเพิ่มขึ้น สร้างอวัยวะของตัวอ่อนที่อยู่ในครรภ์ให้
 ครบสมบูรณ์และอวัยวะเหล่านี้สามารถทำงานได้ทันที
 เมื่อทารกคลอด โปรตีนควรได้รับจากอาหารที่มาจาก
 สัตว์ 2 ใน 3 ของโปรตีนที่ได้รับทั้งหมด (เสาวนีย์
 จักรพิทักษ์, 2532) เนื่องจากเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพ
 ดีได้รับกรดอะมิโนที่จำเป็นครบ โปรตีนทุกชนิดมี
 คาร์บอน ไฮโดรเจน ออกซิเจนและไนโตรเจนเป็นองค์
 ประกอบ โปรตีนแบ่งได้ 3 ชนิดได้แก่ Simple
 Proteins คือโปรตีนที่แตกตัวให้กรดอะมิโนเท่านั้น
 Compound protein คือโปรตีนที่มีสารอื่นอยู่ใน
 โมเลกุลด้วยเมื่อแตกตัวจะได้โปรตีนกับสารอื่นที่ไม่ใช่
 โปรตีน เช่น ฮีโมโกลบิน เมื่อแตกตัวจะได้ ฮีม และ
 โปรตีนกลอบิน และ Derived protein คือโปรตีน
 ที่ได้จากการเปลี่ยนแปลงหรือการแตกตัวของ Simple
 protein โดยความร้อนหรือขบวนการอื่นๆ เช่น
 เบปโติน โพลีเปปไทด์ สำหรับ กรดอะมิโน (Amino
 acids) คือหน่วยย่อยที่สุดที่ประกอบกันขึ้นในโมเลกุล
 ของโปรตีน แบ่งตามหลักโภชนาการได้ 2 ประเภท คือ
 กรดอะมิโนที่จำเป็นต่อร่างกาย (Essential amino
 acids) เป็นกรดอะมิโนที่ร่างกายไม่สามารถสังเคราะห์
 เองได้ จำเป็นต้องได้รับจากอาหารเท่านั้น มี 10 ชนิด
 ได้แก่ อาร์จินีน (Arginine) ฮิสติดีน (Histidine)
 ไอโซลูซีน (Isoleucine) ลูซีน (Leucine) ไลซีน
 (Lysine) เมธิโอนีน (Methionine) เบนซิลาลานีน
 (Phenylalanine) ทรีโอนีน (Threonine)
 ทริปโตเฟน (Tryptophan) และเวลีน (Valine) และ
 กรดอะมิโนที่ไม่จำเป็นต่อร่างกาย (Nonessential
 Amino acids) เป็นกรดอะมิโนที่ร่างกายสามารถ
 สังเคราะห์เองได้ในปริมาณที่เพียงพอับความต้องการ
 ของร่างกาย เช่น กลูตามิก แอซิด (Glutamic
 acid) ไกลซีน (Glycine) ฯลฯ คุณค่าทางโภชนาการ
 ของโปรตีน (Biological value หรือ B.V.)
 หมายถึง ค่าที่บอกว่าการร่างกายดูดซึมและใช้โปรตีนได้

ดีเพียงใด ค่าที่สูงยังมีประสิทธิภาพการดูดซึมและการ
 ใช้โปรตีนได้ดี สามารถแบ่งโปรตีนตามคุณค่าทาง
 โภชนาการได้ 2 ประเภท คือ โปรตีนประเภทสมบูรณ์
 ได้แก่ โปรตีนในนมมารดา ถือว่าเมื่อได้รับโปรตีนจาก
 นมมารดาแล้วสามารถนำไปสร้างเนื้อเยื่อได้ร้อยละ 100
 สำหรับไข่ทั้งฟองจัดว่าเป็นโปรตีนมาตรฐานเพื่อ
 เปรียบเทียบกับอาหารอื่น (Reference Protein)
 มีค่า B.V. 94-96 โปรตีนจากพืชที่มีคุณค่าทางชีววิทยา
 สูงที่สุดและโปรตีนประเภทไม่สมบูรณ์ใกล้เคียงเนื้อสัตว์
 คือถั่วเหลือง หมายถึงโปรตีนที่มีกรดอะมิโนที่จำเป็น
 ต่อร่างกายไม่ครบทุกตัว หรือมีครบแต่ปริมาณต่ำ ได้แก่
 โปรตีนจากพืช ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์จึงควรรับประทาน
 ไข่ทุกวันเพื่อให้ได้รับโปรตีนประเภทสมบูรณ์
 นอกจากนี้ยังหาซื้อได้ง่าย ราคาไม่แพง สามารถนำมา
 ดัดแปลงทำเมนูได้หลากหลาย

3. แคลเซียม (Calcium) ระยะตั้งครรภ์
 ร่างกายสตรีตั้งครรภ์ต้องการแคลเซียมเพื่อนำมา
 ใช้ในการสร้างกระดูกและฟันของทารก (พวงน้อย
 สาครรัตนกุลและคณะ, 2550) ซึ่งถ้าสตรีตั้งครรภ์ได้
 รับแคลเซียมไม่เพียงพอ ทารกในครรภ์ก็จะดึง
 แคลเซียมที่สะสมในกระดูกมารดาไปใช้ ส่งผลให้มารดา
 มีภาวะกระดูกพรุนได้ในเวลาต่อมา สตรีตั้งครรภ์ควร
 ได้รับแคลเซียมเพิ่ม 400 มิลลิกรัมต่อวัน โดยแหล่ง
 ของแคลเซียมที่ดีที่สุดคือ นมและผลิตภัณฑ์จากนม ปลา
 เล็กปลาน้อย งาดำ งาขาว กุ้งแห้ง การขาดแคลเซียม
 ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความ
 ดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นตะคริวได้ง่าย
 ส่วนทารกมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค Osteomalacia
 และฟันอาจจะขึ้นช้าและไม่แข็งแรงเท่าที่ควร สำหรับสตรี
 ที่มีพฤติกรรมการดื่มนมเป็นประจำอยู่แล้วก็จะมีปัญหา
 ใดๆ แต่ก็ยังพบว่าสตรีบางคนที่ไม่คุ้นกับการดื่มนม
 ซึ่งต้องหาแหล่งทดแทนต่อไป สตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหา
 แพทย์จะพิจารณาเสริมแคลเซียมชนิดเม็ดให้
 รับประทาน

4. เหล็ก (Iron) สตรีตั้งครรภ์ต้องการเหล็ก
 เพิ่มขึ้นเนื่องจากระยะตั้งครรภ์ร่างกายของสตรีตั้งครรภ์
 จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระบบเลือดอย่าง

ชัดเจน โดยจะมีการเพิ่มปริมาณเลือดร้อยละ 50-55 และมีการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นร้อยละ 30-33 (วินิต พัวประดิษฐ์, 2533) ในการตั้งครรภ์ปกติจนครบกำหนด สตรีตั้งครรภ์ต้องการธาตุเหล็กประมาณ 1,000 มิลลิกรัม โดย 300 มิลลิกรัมสำหรับทารกและ 200 มิลลิกรัมสำหรับรกจากการศึกษาพบว่าทารกในครรภ์สามารถสร้างเม็ดเลือดแดงจากตับได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 6 สัปดาห์ซึ่งต้องได้รับธาตุเหล็กจากมารดานั่นเอง ส่วนอีก 500 มิลลิกรัมใช้สำหรับการสร้างเม็ดเลือดแดงของมารดา ความต้องการธาตุเหล็กของมารดาจะมีมากในช่วงครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ โดยต้องการ 6-7 มิลลิกรัมต่อวัน การสะสมธาตุเหล็กในร่างกายมีน้อยมากดังนั้นต้องได้รับจากอาหาร การขาดธาตุเหล็กส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีภาวะซีด ซึ่งสามารถวินิจฉัยได้โดยดูค่า ฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริต ถ้าพบว่าฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร หรือค่าฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 33 ถือว่ามีภาวะซีด (ลือชา นวรัตน์, 2536) ภาวะซีดส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ทำให้ทารกมีขนาดเล็กกว่าปกติ ส่วนมารดาจะพบว่าระยะตั้งครรภ์ร่างกายอ่อนเพลียง่าย มีอาการหน้ามืดเป็นลม ไม่แข็งแรง ติดเชื้อง่าย ระยะคลอดจะไม่สามารถเบ่งคลอดได้เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลว ระยะหลังคลอดจะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อสูงขึ้น อย่างไรก็ตามปริมาณธาตุเหล็กที่มีในอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ ปกติเหล็กที่อยู่ในพืชผักร่างกายสามารถดูดซึมได้เพียงร้อยละ 2-10 เหล็กที่อยู่ในเนื้อสัตว์ร่างกายสามารถดูดซึมได้ร้อยละ 10-30 ในทางปฏิบัติสตรีตั้งครรภ์จะได้รับยาที่มีธาตุเหล็กเสริมให้รับประทานทุกราย เช่น Ferrous sulphate, Ferrous fumarate ซึ่งมี Elemental iron ร้อยละ 30 และ 33 ตามลำดับ ซึ่งจะเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายขณะตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามต้องระมัดระวังในการรับประทานยาธาตุเหล็กด้วยเช่น ถ้ารับประทานพร้อมนมหรือยาลดกรดจะทำให้ร่างกายลดการดูดซึมธาตุเหล็กได้ ควรหลีกเลี่ยงให้ห่างกันอย่างน้อย 2 ชั่วโมง นอกจากนี้ตัวของยาที่มีธาตุเหล็ก

มีผลข้างเคียงคืออาจทำให้คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ถ้ามีอาการดังกล่าวให้รับประทานก่อนนอน

5. ไอโอดีน (Iodine) ภาวะขาดสารไอโอดีนมีผลต่อการเจริญเติบโตของสมองตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2536) ในระยะตั้งครรภ์ต่อมธัยรอยด์ของสตรีตั้งครรภ์จะโตขึ้นเล็กน้อย มีการเพิ่มการสร้าง Thyroxin-binding globulin มากจากอิทธิพลของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่สร้างจากรก และที่สำคัญร่างกายมีการขับไอโอดีนออกทางปัสสาวะ นอกจากนี้ยังสูญเสียไปกับทารกและรก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่สตรีตั้งครรภ์ต้องได้รับไอโอดีนเพิ่มขึ้นจากเดิม โดยต้องได้รับวันละ 220 ไมโครกรัม ซึ่งในทางปฏิบัติคือได้รับจากอาหารเช่นการบริโภคเกลือไอโอดีน วันละ 1 ช้อนชาโดยใช้ในการประกอบอาหารหรือการรับประทานอาหารที่เป็นแหล่งของไอโอดีนเช่นอาหารทะเลต่างๆ ผลจากการขาดไอโอดีนทำให้มารดาเป็นโรคคอหอยพอก และทารกมีรูปร่างเล็กแกร็น ปัญญาอ่อน หูหนวก เป็นใบ้ ที่เรียกว่าโรคเอ๋อ ซึ่งเป็นความพิการแต่กำเนิดอย่างถาวร นอกจากนี้บางรายมีกล้ามเนื้อผิดปกติจนถึงขั้นเดินไม่ได้หรือกล้ามเนื้อเกร็งและมีท่าเดินที่ผิดปกติ ทั้งนี้เพราะไอโอดีนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของธัยรอยด์ฮอร์โมน ซึ่งควบคุมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของสมอง

6. โฟเลท (Folate) ระยะตั้งครรภ์สตรีตั้งครรภ์มีความต้องการโฟเลทเพิ่มขึ้นวันละ 200 ไมโครกรัมบทบาทของโฟเลทคือเป็นโคเอนไซม์ในการสังเคราะห์กรดนิวคลีอิก การขาดโฟเลท ทำให้การเจริญเติบโตของเซลล์และการแบ่งเซลล์บกพร่อง มีการศึกษาพบว่า การขาดโฟเลททำให้ทารกมีความพิการแต่กำเนิดของหลอดประสาท (Neural tube) เช่น Spina bifida, Hydrocephalus และ Anencephaly (Smithells, 1980) นอกจากนี้โฟเลทยังจำเป็นในการสร้างเม็ดเลือดแดง แหล่งอาหารที่ให้โฟเลทคือผักใบเขียว ผลไม้ ถั่วต่างๆ

7. วิตามินซี (Ascorbic acid) สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับวิตามินซีเพิ่มเป็นวันละ 85 มิลลิกรัม

มีการศึกษาที่พบว่า การขาดวิตามินซีเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะพิษแห่งครรภ์ (Preeclampsia) และน้ำเดินก่อนกำหนด (Casanueva et.al, 1991) ความสำคัญของวิตามินซีมี 2 ประการคือ วิตามินซีช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซีดสตรีตั้งครรภ์ควรรับประทานยาธาตุเหล็กพร้อมอาหารที่เป็นแหล่งของวิตามินซี เช่น ส้ม มะนาว ฝรั่ง มะขามป้อม มะขาม หรือผลไม้รสเปรี้ยวนอกจากนี้วิตามินซียังช่วยเสริมสร้างเส้นใยคอลลาเจนให้แข็งแรงขึ้นช่วยป้องกันปัญหาเลือดออกตามไรฟันได้ดี

8. วิตามินบี 6 (Pyridoxin) ระยะตั้งครรภ์ ร่างกายมีความต้องการเพิ่มขึ้นจาก 1.3 มิลลิกรัมต่อวัน เป็น 1.9 มิลลิกรัมต่อวัน ประโยชน์ที่สำคัญคือ ช่วยลดอาการแพ้ท้อง และช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง แหล่งอาหารคือ ธัญพืช ข้าว ข้าว ฝรั่ง ไข่สด เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ นอกจากนี้เบคทีเรียในลำไส้สามารถสังเคราะห์วิตามินบี 6 ได้

9. วิตามินบี 12 (Cobalamin) สตรีตั้งครรภ์ ต้องการเพิ่มขึ้นจากเดิมก่อนตั้งครรภ์จาก 2.4 มิลลิกรัมต่อวัน เป็น 2.6 มิลลิกรัมต่อวัน เพื่อช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง และการสังเคราะห์โปรตีน แหล่งอาหารคือ เนื้อสัตว์ ปลา ไข่ นม ธัญพืช

10. สังกะสี (Zinc) เป็นองค์ประกอบในเอนไซม์หลายชนิด ดังนั้นจึงมีความสำคัญต่อการเจริญของเนื้อเยื่อทุกชนิด สังกะสีในพลาสมาจะลดลงตามลำดับและต่ำสุดในไตรมาสสาม การขาดจะมีอาการแสดงเช่น ตัวเตี้ย ผิวหนังหยาบ ตับและม้ามโต สตรีตั้งครรภ์ที่ขาดสังกะสีทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้า มดลูกหดรั้งไม่ดีในระยะหลังคลอดทำให้ตกเลือด ติดเชื้อในโพรงมดลูก (ศิริพงศ์ สวัสดิ์มิ่งคล, 2544) ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ควรได้รับเพิ่มจากเดิมก่อนตั้งครรภ์จาก 8 มิลลิกรัมต่อวัน เป็น 11 มิลลิกรัมต่อวัน แหล่งอาหารของสังกะสีคือ หอย เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์

11. วิตามินบี 1 (Thiamin) สตรีตั้งครรภ์ ต้องการเพิ่มขึ้นจากเดิมก่อนตั้งครรภ์จาก 1.1 มิลลิกรัม

ต่อวัน เป็น 1.5 มิลลิกรัมต่อวัน ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเผาผลาญอาหารพวกคาร์โบไฮเดรต ช่วยในการทำงานของระบบหายใจ ระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด และระบบทางเดินอาหาร แหล่งอาหารคือ เนื้อหมู ตับ ถั่วเมล็ดแห้ง ไข่แดง ถ้าขาดทำให้เกิดชาตามมือตามเท้า อ่อนเพลีย อารมณ์หงุดหงิด เสร้าซึม โกรธและกลัว น้ำหนักลด ถ้าขาดมากทำให้อาหารไม่ย่อย ท้องผูก ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ไม่มีแรง ตะคริวที่กล้ามเนื้อ ขาชา ชาที่เท้า มีอาการปวดแสบปวดร้อน ปลายประสาทอักเสบ

12. วิตามินบี 2 (Riboflavin) สตรีตั้งครรภ์ ต้องการเพิ่มขึ้นจากเดิมก่อนตั้งครรภ์จาก 1.1 มิลลิกรัมต่อวัน เป็น 1.4 กรัมต่อวัน ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเผาผลาญอาหารพวกคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย ภาวะร่างกายขาดทำให้เกิดการบวมแดงของเนื้อเยื่อริมฝีปาก มีแผลแตกที่มุมปาก นอกจากนี้ ทำให้เกิดอาการปวดตา เมื่อยตา คันและปวดแสบปวดร้อน ทนต่อแสงสว่างไม่ได้ แหล่งอาหารคือ เนื้อสัตว์ นม ผักใบเขียว

13. วิตามินบี 3 (Niacin) สตรีตั้งครรภ์ ต้องการเพิ่มขึ้นจากเดิมก่อนตั้งครรภ์จาก 14 มิลลิกรัมต่อวัน เป็น 18 มิลลิกรัมต่อวัน ถ้าขาดทำให้เกิด pellagra คือมีอาการที่ผิวหนัง ระบบย่อยอาหาร ระบบประสาทและอาการทางจิต แหล่งอาหารคือ เนื้อหมู วัว เบ็ด ไก่ ปลา ถั่วลิสง เนยถั่ว

14. วิตามินเอ (Vitamin A) สตรีตั้งครรภ์ ต้องการเพิ่มขึ้นจากเดิมก่อนตั้งครรภ์จาก 700 ไมโครกรัมต่อวัน เป็น 770 ไมโครกรัมต่อวัน

15. แมกนีเซียม (Magnesium) สตรีตั้งครรภ์ ต้องการเพิ่มขึ้นจากเดิมก่อนตั้งครรภ์จาก 310 มิลลิกรัมต่อวัน เป็น 350 มิลลิกรัมต่อวัน

ปัจจัยด้านโภชนาการอื่น ๆ ที่มีผลต่อการตั้งครรภ์

1. แอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่อทารกในครรภ์ที่เรียกว่า Fetal alcoholic syndrome เป็นกลุ่ม

อาการที่ประกอบด้วย การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์และหลังคลอดช้า พัฒนาการช้า สมองเล็ก มีความผิดปกติของไขว้หน้า กระโหลกศีรษะและกระดูกข้อต่อแขนขา ผลของแอลกอฮอล์ที่เกิดกับทารกเป็นชนิดถาวร ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภท

2. คาเฟอีน พบในเครื่องดื่มในชีวิตประจำวัน เช่น น้ำอัดลม ชา กาแฟ ช็อคโกแลต โดยเฉลี่ยมีการบริโภควันละ 100-150 มิลลิกรัม คาเฟอีนมีผลกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง และมีผลอยู่ในกระแสเลือดได้นานในระยะตั้งครรภ์ สามารถส่งผ่านทางรกจากมารดาไปสู่ทารกได้ ดังนั้นจึงมีผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจทารก ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ ควรงดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

3. ยาสูบ สตรีตั้งครรภ์ควรงดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่ซึ่งจะมีผลทำให้หลอดเลือดมีการหดตัวการขนส่งอาหารและอากาศจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ลดลง ทารกแรกเกิดจะมีขนาดเล็กกว่าปกติ

แนวทางการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์

กินอาหารให้ครบ 5 หมู่เพิ่มปริมาณให้มากขึ้น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555) หมูคาร์โบไฮเดรต ข้าวสลับกับอาหารประเภทแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ปริมาณที่แนะนำคือ ข้าว-แป้ง วันละประมาณ 9 ทัพพี มื้อละ 3 ทัพพี ข้าวควรเป็นข้าวกล้อง ขนมปังควรเป็นโฮลวีต

หมูโปรตีนได้แก่เนื้อสัตว์ต่างๆ เช่น เนื้อไก่ ตับ เนื้อหมู ปลาหู ปลาเล็กปลาน้อย หอย ปลาต่างๆ รวมถึงถั่ว เช่น ถั่วแดง ถั่วเขียว และเต้าหู้ ให้รับประทานวันละ 12 ช้อนโต๊ะ และไข่ วันละ 1 ฟอง สำหรับนมให้ดื่มทุกวัน วันละ 3 ถ้วย

หมูไขมัน มักได้จากเนื้อสัตว์และแนะนำให้ใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร โดยให้得天วันละ 5 ช้อนชาเพียงพอ

หมูเกลือแร่และวิตามินควรได้รับการรับประทานผักและผลไม้ สำหรับผักให้รับประทาน วันละ

6 ทัพพี โดยเฉพาะผักใบเขียวเข้ม เช่น ตำลึง และผักที่มีสีเหลืองเช่นฟักทอง ควรเลือกที่เป็นผักปลอดสารพิษหรือผ่านการกำจัดยาฆ่าแมลงออกก่อนนำมาบริโภคโดยเฉพาะถ้ารับประทานเป็นผักสด ส่วนผลไม้ให้รับประทาน วันละ 6 ส่วน ควรรับประทานผลไม้ตามฤดูกาลและให้หลากหลายชนิดหมุนเวียนไป

น้ำดื่มให้ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว หรือ วันละ 2,000 มล.

ตัวอย่าง อาหารสำหรับสตรีตั้งครรภ์ ใน 1 วัน

อาหารเช้า

ข้าวสวย 3 ทัพพี
แกงจืดวันเส้นหมูสับ 1 ถ้วย
ผัดผักนึ่ง 2 ทัพพี
ลัมปรด 12 ชิ้น

อาหารว่าง

นมสด 1 ถ้วย
ขนมปัง โฮลวีต 1 แผ่น

อาหารกลางวัน

ก๋วยเตี๋ยวดำหัวทะเล 1 จาน
ผัดผักคะน้า 1 จาน
แกงเหมาเนื้อสด 1 ถ้วย
ลัม 2 ผล

อาหารว่าง

นมสด 1 ถ้วย
ขนมปังแซนวิชทูน่า 1 คู่

อาหารเย็น

ข้าวสวย 2 ทัพพี
แกงส้มปลาช่อน 1 ถ้วย
ผัดผักรวมมิตร 2 ทัพพี
ไข่เจียว 1 ฟอง
ฝรั่ง 1 ผล

อาหารว่าง

นมสด 1 ถ้วย
มะละกอ 12 ชิ้น

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน) ๒๕๕๗

สรุป

อาหารจัดเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดต่อร่างกายของมนุษย์ มนุษย์ทุกคนจะได้รับอาหารนับตั้งแต่วันแรกที่มีการปฏิสนธิในครรภ์มารดาจนกระทั่งวันสุดท้ายของการมีชีวิต ภาวะโภชนาการ แสดงถึงระดับที่ร่างกายจำเป็นต้องได้รับสารอาหารเพื่อนำมาใช้ในด้านสรีระอย่างเพียงพอ ภาวะการตั้งครรภ์เป็นช่วงการปรับตัวด้านสุขภาพที่สำคัญช่วงหนึ่งของเพศหญิงเนื่องจากเป็นช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากที่สุด ทั้งด้าน

สรีรวิทยา กายวิภาค ชีวเคมีและด้านจิตใจ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของมารดาระหว่างตั้งครรภ์เป็นดัชนีสำคัญในการชี้วัดถึงการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์และสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ ดังนั้นการบันทึกและเปรียบเทียบน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง แนวทางการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ คือ กินอาหารให้ครบ 5 หมู่เพิ่มปริมาณอาหารแต่ละหมู่ให้มากขึ้นและหมั่นเปรียบเทียบน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

- กัลยา กิจบุญชู และ สุนาฏ เตชางาม. (2551). *อาหารตามหลักโภชนาการแผนปัจจุบัน*. ใน ตำราวิชาการอาหารเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- แก้ว กังสดาลอำไพ. (2537). *พิษวิทยา : หลักการเบื้องต้นประยุกต์อาหารและโภชนาการ*. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ทรงศักดิ์ ศรีอนุชาต. (2536). *การปนเปื้อนของอาหาร : การประเมินความเสี่ยงอันตรายและการป้องกันในอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ที.พี.จำกัด.
- พวงน้อย สาครรัตนกุล และ จันทิมา ชนบดี. (2550). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์*. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ป. สัมพันธ์พาณิชย์.
- รัชตะ รัชตะนาวิน. (2536). *ผลกระทบของภาวะขาดสารไอโอดีนต่อหญิงตั้งครรภ์ เด็กและวัยรุ่น*. ใน อาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ที.พี.จำกัด.
- ลือชา นวรัตน์. (2536). *การปนเปื้อนของอาหาร:การประเมินความเสี่ยงอันตรายและการป้องกัน*. ใน อาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ที.พี.จำกัด.
- วิทยา ธิฐาพันธ์. (2557). *ผลกระทบของดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์*. ใน สูตินรีเวชทันสมัย. กรุงเทพมหานคร : บริษัทพี.เอ.ลิวิ่ง จำกัด.
- วินิต พัวประดิษฐ์ และ วิชัย อติชาตการ. (2533). *โรคเลือดระหว่างตั้งครรภ์*. ใน การบริหารครรภ์เสี่ยงสูง. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- วินัส ลิฬหกุล. (2545). *โภชนศาสตร์ทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บริษัทบุญศิริการพิมพ์จำกัด.
- ศิริพงศ์ สวัสดิ์มงคล. (2544). *โภชนาการขณะตั้งครรภ์*. ใน ตำราเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. กรุงเทพมหานคร : บริษัทยูเนียนครีเอชั่น.
- เสาวนีย์ จักรพิทักษ์. (2532). *หลักโภชนาการปัจจุบัน*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชจำกัด.

- อนุวัฒน์ สุทัศน์วิบูลย์. (2544). การปรับตัวของมารดาขณะตั้งครรภ์. ใน ตำราเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. กรุงเทพมหานคร : บริษัทยูเนียนครีเอชั่น.
- Casanuelle E, Maqanal L, Pfeffer F, Baeze A. . (1991). "Incidence of premature rupture of membrane in pregnancy women with low leukocyte levels of vitamin C". *Eur J Clin Nutr.* (54) : 401-405.
- Institute of Medicine [IOM]. (2010). *Nutrition during pregnancy*. Part I : Weight gain. Part II : Nutrient supplements. Washington, DC National Academy Press.
- Lowdermilk, Perry and Cashion. (2010). *Maternity Nursing*. 8th ed : Mosby Elsevier
- Sansaneewithayakul P, Titapant V, Ruangvutilert P, Sutantawibul A, Phatihattakorn C, Wataganara T, et al. (2014). "Relation between gestational weight gain and pregnancy outcomes". *J Obstet Gynecol Inves* 2014.
- Smithells RW. (1980). "Possible prevention of neural tube defects by periconceptional vitamin supplementation. *Lancet* (1) : 339-340.
- WHO. (1995). *Physical status : the use and interpretation of anthropometry*. Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series 854) Geneva.
- WHO. (2000). *Obesity : prevention and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894) Geneva.
- WHO. (2000). Western Pacific Region, International Association for the Study of Obesity. International Task Force. *The Asia- Pacific perspective : redefining obesity and its treatment*. Sydney, Australia, Health Communication Australia.



**บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับการสร้างเสริมสุขภาพ
สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง**
**The Roles of Village Health Volunteers of Health Promotion
for the Older Adult with Hypertension**

ภาคินี สุขสถาพรเลิศ*

บทคัดย่อ

ปัจจุบันแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น เนื่องจากการพัฒนาทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ทันสมัยทำให้ประชากรมีอายุขัยยืนยาวขึ้น และพบว่าผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง (Non Communicable Disease) จากพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงกลุ่มนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและชีวภาพ การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในทิศทางที่ลดลงประกอบกับการเปลี่ยนแปลงฐานะทาง

เศรษฐกิจ และสังคม ทำให้ความรุนแรงของโรคมากขึ้น โรคเฉพาะในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไต และอื่นๆ งานด้านสาธารณสุข จึงได้มีการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง เพื่อที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้มีความปลอดภัยจากโรค

Abstract

Now a number of the elderly tends to increase because medical development and advanced public health that causes their longer life expectancy. It is found that the elderly with chronic NCD(Non Communicable Disease) consumer behavior is incorrect. They however, face degenerative change of physical

function changing of economic and social condition. Lend to increase severity disease. Severity particularly in patients with hypertension. This may be caused by complications of diabetes, obesity, cardiovascular disease, kidney disease and other public health problems. This paper focused on

* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

promoting health and how to care of hypertensive by health volunteers

elderly people with hypertension. To be safe from disease.

บทนำ

การสร้างเสริมสุขภาพผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เน้นการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ เนื่องจากความเป็นผู้สูงอายุ โดยธรรมชาติแล้วก็จะมีการทำงานของร่างกายเสื่อมลงไปเรื่อย ๆ ซึ่งสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยที่เกิดจากพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ประกอบกับฐานะทางด้านเศรษฐกิจ รายได้ และการเจ็บป่วยอย่างอื่น เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง จะนำภัยเงียบมาสู่ผู้สูงอายุ เช่น อาจเกิดภาวะเส้นเลือดแตกในสมอง ซึ่งจะเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ครอบครัวมีปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ผลกดทับข้อติดแข็ง ความผิดปกติในการกลืนอาหารทำให้เกิดการสำลักอาหาร งานบริการทางด้านสาธารณสุขได้สังเกตเห็นผลเสียที่จะเกิดขึ้น โดยส่งเสริมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขเพราะบุคคลากรเหล่านี้อยู่ในชุมชนมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด มีภาระความรับผิดชอบ ประชาชน 10 หลังคาเรือนต่ออสม. 1 คน สามารถจะปฏิบัติงานได้สะดวก และมีการติดตามผลได้อย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้สูงอายุ มีความปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิต

วัยสูงอายุ หรือ วัยชรา คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาจมีความแตกต่างกันไปเมื่อพิจารณาจากแง่มุมต่างๆ อาทิ ทางชีววิทยา ประชากรศาสตร์ การจ้างงาน และทางสังคมวิทยา ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งประเทศสูงกว่าประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเข้าสู่ผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของมนุษย์นั้นเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่คลอดออกมาจากครรภ์ของมารดา และเป็น

กระบวนการที่สืบเนื่องต่อกันไปจนกระทั่งถึงแก่กรรม ซึ่งครอบคลุมไปตั้งแต่การเจริญเติบโตและมีการเสื่อมถอยลงโดยจะมีการเปลี่ยนแปลงไปที่ละน้อยๆ และในทิศทางของการเสื่อมลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งในแต่ละคนไม่เท่ากัน โดยสามารถแบ่งการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ออกได้ 3 ด้าน ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ประกอบไปด้วย

1.1 มีการสูญเสียจำนวนเซลล์ในร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สมรรถภาพในการซ่อมแซมของร่างกายจะค่อยๆ เสื่อมลง ทำให้ร่างกายมีการสูญเสียเซลล์จำนวนมาก ซึ่งมีผลต่อขนาด และการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เช่น เซลล์สมอง ไต หัวใจ กระดูก กล้ามเนื้อลาย เนื่องจากเซลล์เหล่านี้ไม่สามารถสร้างใหม่ได้ เซลล์สมองจะถูกทำลายไปร้อยละ 18-20 เมื่อมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ในด้านกลับกันช่องว่างในเนื้อสมองจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ส่วนประกอบของสมองเปลี่ยนแปลงไปมีปริมาณลิพิดและพอสฟอไลพิดน้อยลง แต่มีโคเลสเตอรอลมากขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดในสมองน้อยลง เส้นเลือดในสมองมีขนาดเล็กลง เส้นเลือดมีการตีบแข็งและขรุขระมาก มีแรงต้านในเส้นเลือดมาก สมองได้รับอาหารและออกซิเจนน้อยลง สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการทำงานของสมอง เช่นการรับรู้ การมองเห็นภาพ การได้กลิ่น และความจำ การทำงานของไต พบว่ามีการสูญเสียเซลล์ทำหน้าที่ ร้อยละ 0.6 ต่อปี เป็นผลทำให้ไตทำงานลดลงร้อยละ 40-60 เมื่อมีอายุ 75 ปี จากการที่อัตราการเต้นของหัวใจลดลงทำให้เลือดผ่านไตลดลงร้อยละ 50 เป็นผลทำให้สมรรถภาพการกรองของเสียลดลงเช่นกัน (อบเชย วงศ์ทอง, 2546: 126)

1.2 การเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญอาหาร อัตราการเผาผลาญอาหารพื้นฐานลดลงประมาณร้อยละ 2 ทุกๆ 10 ปี จากการที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรมแต่ละวันค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่มักไม่ค่อยเคลื่อนไหว ทำให้

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน) ๒๕๕๗

ความต้องการพลังงานลดลง การสังเคราะห์วิตามินดี ที่ผิวหนัง ผู้สูงอายุจะสังเคราะห์ได้น้อยลง ผู้สูงอายุมีการดูดซึมแคลเซียมได้น้อยลง (อำนวยการพร ชมชาญ , 2546 : 250)

1.3 การเปลี่ยนแปลงของระบบย่อยอาหาร การบีบตัวกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กลดลง ปริมาณเบปซินลดลง ความเป็นกรดลดลง ทำให้ดูดซึมแคลเซียม เหล็ก ลดลง การหลั่งน้ำย่อยน้อยลง การรับรสอาหารน้อยลง ประกอบกับความอยากอาหารน้อยลง (อบเชย วงศ์ทอง, 2546 : 127)

1.4 การทำงานของระบบประสาทน้อยลง การมองเห็น การรับรส เลือดลม ตาฝ้า ความอยากอาหารน้อยลง (พวงชมพู หงษ์ทอง, 2549 : 231-232)

2. สภาวะทางด้านจิตใจ

ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อย ที่มีอาชีพการงานที่สูง เวลาเกษียณจะสูญเสียทั้งด้านความมีอำนาจ การเงิน ความสัมพันธ์ ที่คนอื่นให้ความสำคัญ จะมีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะปัจจุบันลักษณะครอบครัวเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว ทำให้ต้องอยู่ตามลำพัง ต้องทำทุกอย่างเองหมด ไม่มีใครให้ความสนใจแม้แต่สุขภาพ ไม่สนใจเรื่องอาหาร ยา และมีความเครียดเพราะทำให้บุตรหลานต้องลำบาก มีอาการก้าวร้าวในบางครั้ง (วิไลวรรณทองเจริญ, 2543 : 119-120)

3. ภาวะทางด้านเศรษฐกิจ

ผู้สูงอายุจะมีรายได้จากรัฐบาล เดือนละ 600-700 บาท ไม่เพียงพอในค่าใช้จ่ายแต่ละเดือน อาจจะต้องหางานที่ต้องการความชำนาญเฉพาะ เช่น การทำงานประดิษฐ์ การทำงานที่บ้านซึ่งจะมีอัตราจ้างจำนวนน้อย ถ้าผู้สูงอายุมีภาระในการเลี้ยงดูบุตรหลาน มีค่าใช้จ่ายภายในบ้านที่ค่อนข้างสูงต้องทำงานหนัก ร่างกายมีการจะเสื่อมโทรมมากขึ้น จะพบโรคเรื้อรังตามมา

โรคที่พบมากในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะเป็นโรคสืบเนื่องจากวัย รุน วัยผู้ใหญ่ จนมาถึงผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะพบว่า ผู้สูงอายุจะเป็นโรคอ้วน เบาหวาน หัวใจ ไต และทุกโรคจะมีภาวะความดันโลหิตสูงเข้ามาเกี่ยวข้อง

ภาวะความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง เป็นภาวะของระดับความดันเลือดที่กระทำต่อผนังหลอดเลือดประกอบด้วย 2 ค่า คือ ตัวบน/ตัวล่าง ถ้ามากกว่า 140/90 มม.ปรอท โดยการประเมินจากการวัดความดันโลหิตต่างครั้งต่างวาระกัน ถือว่าควรได้รับการดูแลและติดตามการรักษาจากแพทย์ การแบ่งเกรดความรุนแรงของโรคพิจารณาตามเกณฑ์พื้นฐานสะดวกต่อนำไปใช้ คือ การพิจารณาตามระดับความดันขณะหัวใจบีบตัว (ค่าตัวบน) และขณะหัวใจคลายตัว (ค่าตัวล่าง) ดังนี้ (WHO-ISH, 2003:ESH & ESC,2007)

ระดับปกติ (normal) < 130 และ < 85 มม.ปรอท

ระดับค่อนข้างสูง (High normal) 130-139 หรือ 85-89 มม.ปรอท

ระดับสูง เกรด 1 (mild) 140-159 หรือ 90-99 มม.ปรอท

ระดับสูง เกรด 2 (moderate) 160-179 หรือ 100-109 มม.ปรอท

ระดับสูง เกรด 3 (Severe) > 180 หรือ >110 มม.ปรอท

ระดับสูงเฉพาะตัวบน > 140 และ < 90 มม.ปรอท **ซึ่งมักพบในผู้สูงอายุ**

* สรุป คือ ปกติ 120/80 และ 130/85 มีภาวะเสี่ยง และถ้า 140/90 มม.ปรอทขึ้นไปเป็นความดันโลหิตสูง โดยดูทั้งค่าตัวบนและตัวล่างตัวใดตัวหนึ่งที่เกิดเกินเกณฑ์ก็ถือว่าเป็น

นอกจากนี้ความรุนแรงควรพิจารณาจากการทำลายต่ออวัยวะเป้าหมายต่างๆ ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้ตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการพิเศษอย่างอื่นประกอบ หากระดับความดันเกิน130/85 มม.ปรอท ถือว่าเสี่ยงที่จะมีภาวะความดันโลหิตสูงได้

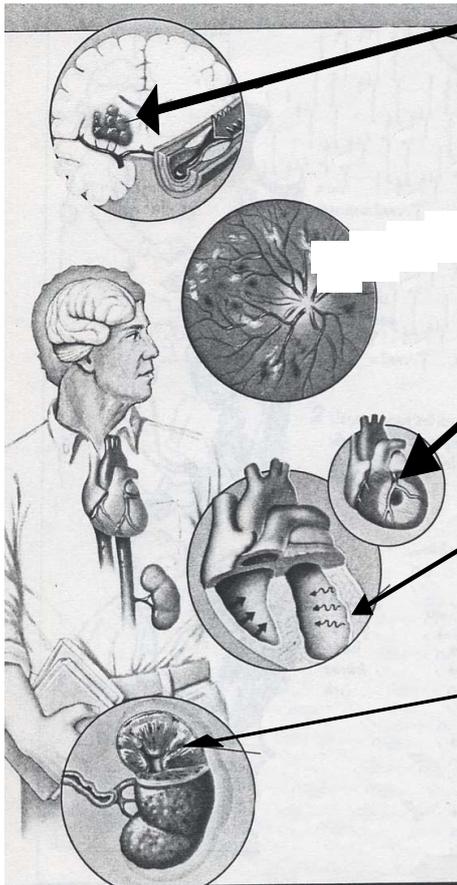
สาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขึ้นได้

มากกว่า 97 เปอร์เซ็นต์ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ที่ทราบแน่ชัด เช่น พันธุกรรม มีเนื้องอกที่ไต

โรคของหลอดเลือดบางชนิด เป็นต้น ปัจจุบันมีงานวิจัย และหลายรายงานที่บ่งชี้ว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคได้จากการมีรูปแบบการดำเนินชีวิตไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารไขมันอิ่มตัวสูง อาหารเค็ม สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากเกินไป พักผ่อนไม่พอ ไม่ออกกำลังกาย และมีภาวะเครียด เป็นต้น นอกจากนี้การมีไขมันเกาะผนังหลอดเลือดและผนังที่หนาขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ก็เป็นสาเหตุอันหนึ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก

อาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูง

บางครั้งไม่มีอาการและที่พบมาก คือ มักมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยโดยเฉพาะหลังตื่นนอน มีเลือดกำเดาไหล ตาพร่ามัว บวมตามร่างกาย เป็นต้น



ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง

ส่วนใหญ่ไม่ปรากฏอาการ จนกระทั่งได้ทำลายต่อระบบหลอดเลือดและอวัยวะเป้าหมายที่สำคัญของร่างกาย เช่น เช่น หัวใจห้องล่างซ้ายโต จนกระทั่งหัวใจวายได้ หลอดเลือดแดงฝอยที่ไปเลี้ยงลูกตามีการตีบทั่วไปทำให้ตาพร่ามัวถึงขั้นบอดได้ ภาวะสมองขาดเลือด เป็นอัมพาตแขน ขาไม่มีแรงได้ และผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่า 190 มก.ต่อดล. ผู้ที่เป็นเบาหวาน โรคหัวใจหรือโรคไตหรือเคยมีภาวะสมองขาดเลือด จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นซึ่งภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงแสดงได้ดังนี้

1. ภาวะสมองขาดเลือด (Stroke) จะเกิดขึ้นเมื่อหลอดเลือดแดงในสมองเกิดการอุดตัน เมื่อขาดเลือดจะทำให้ขาดทั้งออกซิเจนและสารอาหารที่เลือดนำมาเนื้อเยื่อสมองจะตาย ซึ่งจะทำให้ผู้เป็นมีอาการสูญเสียการทำงานของอวัยวะที่ถูกควบคุมด้วยสมองส่วนนั้น ภาวะสมองขาดเลือดยังอาจเกิดจากการที่ความดันเลือดสูงมากจนทำให้หลอดเลือดในสมองแตก
2. ตาบอด หรือการมองเห็นลดลงกว่าปกติ จะเกิดขึ้นเมื่อหลอดเลือดเล็กๆ ในส่วนหลังของลูกตาดกเกิดตีบแคบ แตก หรืออุดตันทำให้เกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อของตาที่อยู่รอบๆ
3. หัวใจวาย จะเกิดเมื่อหลอดเลือดแดงของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการอุดตัน ทำให้บางส่วนของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการ "ขาดสารอาหาร" และตายไป ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง
4. หัวใจล้มเหลว เป็นผลมาจากการที่หัวใจทำงานหนักมากเกินไปเป็นเวลานานเพื่อที่จะพยายามสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายให้เพียงพอ หัวใจจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่คล้ายหนึ่งอย่างที่ใช้งานมากเกินไปและค่อยๆ เสียความยืดหยุ่นในที่สุดหัวใจจะมีขนาดโตขึ้น
5. ไตวาย เกิดขึ้นเมื่อหลอดเลือดเล็กๆ ในไตเกิดอุดตัน ทำให้ไตหดตัวเล็กลงและรูปร่างเปลี่ยนไป ไตจะไม่สามารถทำหน้าที่ขจัดของเสียออกจากร่างกายได้อีกต่อไป เมื่อความรุนแรงของภาวะไตวายเพิ่มขึ้น ของเสียที่เป็นพิษต่อร่างกายก็จะสะสมเพิ่มขึ้นด้วยซ้ำๆ โรคของไตและความดันโลหิตสูงยังเป็นผลมาจากการที่หลอดเลือดแดงของไตมีการตีบแคบ ทำให้เลือดไหลผ่านได้ลดลง

รูปภาพที่ 1 แสดงการเกิดภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะของร่างกาย

ที่มา : Biggs, E. J., Consigliore T. C., Nichols, J., 1989

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน) ๒๕๕๗

วิธีการป้องกันและการดูแลตนเองจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าเมื่ออายุมากขึ้นโอกาสที่จะมีภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น เพราะฉะนั้นนอกจากจะมีการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันสุขภาพของผู้สูงอายุที่เกิดจากความเสื่อมตามวัยโดยทั่วไปแล้ว ผู้สูงอายุหรือบุคคลทั่วไปสามารถจะต่อสู้กับโรคเรื้อรังโดยการป้องกันตนเองและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีสมวัยดังนี้

วิธีที่ 1 แบบไม่ใช้ยา

เป็นวิธีที่ประหยัดค้ำค่าและสามารถกระทำได้ดีถ้าหากมีความรู้และมีกำลังใจที่เข้มแข็ง ได้แก่ การปรับรูปแบบของกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันให้เป็นไปในทางส่งเสริมสุขภาพ พอสังเขป ได้แก่

1) การลดน้ำหนักที่ถูกต้อง

ในผู้ที่มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ม²) โดยเฉพาะผู้ที่มีลักษณะอ้วนแบบลงพุง (ความยาวรอบเอวต่อความยาวรอบสะโพกมากกว่าหนึ่ง) ซึ่งเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ จากงานวิจัยหลายฉบับพบว่า การควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกายจะช่วยได้มาก

2) ไม่รับประทานเค็มหรือจำกัดเกลือโซเดียม

ซึ่งนอกจากมีในเครื่องปรุงทุกชนิดแล้ว เช่น ซอส น้ำปลา ซีอิ๊ว ยังพบในอาหารหลายประเภท เช่น อาหารหมักดอง ของแห้งที่เข้าเกลือ เครื่องกระป๋อง อาหารสำเร็จรูปที่ซื้อมารับประทานจึงไม่ควรเติมเครื่องปรุงที่มีโซเดียมอีก โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการบวม นอกจากนี้ อาหารมันหรือมีกะทิมากก็ควรหลีกเลี่ยง ควรประกอบอาหารโดยวิธีนี้ ต้ม ตุ่น แทนการผัดหรือทอด

3) ออกกำลังกายให้พอเหมาะ

คือ การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนแบบต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ไม่รุนแรง แข่งขัน ไม่ออกแรงเบ่ง ยก ผลักดัน มักปฏิบัติในเวลาเดียวกันที่พอเหมาะ 20-30 นาที/วัน หรือออกแบบสะสม เช่น การเดิน การเดินเร็ว รำมวยจีน การบริหารที่เหมาะสม เป็นต้น ซึ่งมีงานวิจัยหลายงานที่พบว่า การออกกำลังกายและการลดน้ำหนักช่วยลดระดับความดันโลหิตได้

4) งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม ลดกาแฟ ชาและงดสูบบุหรี่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ ทำให้ระดับความดันเพิ่มมากขึ้น

5) พักผ่อนและผ่อนคลายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อาจใช้วิธีการทำสมาธิปฏิบัติสมาธิ การบริหารลมหายใจ มองโลกในแง่ดีอย่างมีสติ เพราะความเครียดนอกจากทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นแล้วหากเป็นบ่อยครั้ง และเป็นเวลานานเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น ไม่อดนอนพักผ่อนให้เพียงพอ

วิธีที่ 2 แบบใช้ยาในการช่วยรักษา

ถ้าท่านปฏิบัติรูปแบบการดำเนินชีวิตตามที่กล่าวมาแล้ว ยังไม่สามารถรักษาระดับความดันให้อยู่ในระดับที่ต้องการได้ (140/90 มม.ปรอท) แพทย์มักจะเริ่มให้ยาที่ดีและเหมาะสมกับแต่ละบุคคล คือ อาจเริ่มยาหนึ่งชนิดก่อน หรือเพิ่มชนิดมากขึ้นตามความรุนแรง เนื่องจากพยายามหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนของโรคและผลข้างเคียงของยา ซึ่งการปรับพฤติกรรมที่กล่าวมาแล้วก็ยังคงต้องกระทำควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา ถ้าปฏิบัติได้ดี แพทย์อาจจะลดขนาดยาลงได้ (ห้ามลดหรือปรับยาก่อนได้รับความเห็นชอบของแพทย์)

หน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ปัจจุบันเป็นเรื่องไม่ยากเกินไปที่ผู้ดูแลในครอบครัวหรืออาสาสมัครสาธารณสุข จะประเมินและดูแลติดตามสุขภาพผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพราะได้ทั้งบุญและเป็นการกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ ซึ่งมักจะเป็นบิดา มารดา ตา ยายหรือญาติ เป็นต้น ดังนั้นควรมีความเข้าใจต่อหลักการประเมินและดูแลสุขภาพดังนี้

1) การประเมินปัญหา โดยการซักถาม

- ประวัติครอบครัว เช่น พันธุกรรมการเป็นโรคเดียวกัน และสอบถามอาการ เช่น ปวดศีรษะ

บริเวณท้ายทอยตอนต้นนอนตอนเช้า ตาพร่ามัว ปวดกล้ามเนื้อ เลือดกำเดาไหล แขน ขาอ่อนแรง เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เป็นต้น

- ประวัติรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง เช่น การรับประทานเค็ม มัน มีกะทิ การไม่ออกกำลังกาย มีความเครียดวิตกกังวล มากเกินไป เป็นต้น

- ประวัติการรับประทานยา เช่น ชนิดยา การขาดยา การหยิบบายผิด หรือ การรับประทานยาเกินขนาด ผลข้างเคียงของยา เช่น ง่วงนอน ปัสสาวะบ่อย หรือถ้ารับประทานยาเกินขนาดอาจมีอาการวิงเวียนศีรษะหน้ามืดเป็นลม เป็นต้น

- การสังเกตลักษณะร่างกาย เช่น อาการบวมบริเวณปลายมือปลายเท้า บริเวณหน้าตา การมองเห็นภาพลดลง เป็นต้น

- ตรวจวัดระดับความดันโลหิตที่ถูกต้องเทคนิควิธีการ เช่น หากเป็นการวัดด้วยเครื่องดิจิตอลจะเหมาะสมสำหรับประชาชนที่วัดด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งถ้าวัดแบบปรอทที่ใช้ตามโรงพยาบาลต้องใช้ผู้มีความชำนาญ และฝึกการวัดอย่างดี ดังนั้นถ้าท่านเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถนำแนวทางในการวัดอย่างง่ายดังนี้

(1) ผู้ถูกวัดอยู่ในท่าที่ผ่อนคลาย นั่งพักก่อนวัดอย่างน้อย 5 นาที (หากดื่มกาแฟหรือสูบบุหรี่มาควรพัก ครึ่งชั่วโมง)

(2) พันผ้ารอบแขนโดยพันผ้าเหนือข้อศอก ประมาณ 2-3 นิ้วมือ สอดนิ้วมือได้ 1 นิ้ว พัน bladder ที่มีสายยางอยู่บนเส้นเลือดหน้าแขน

(3) ถ้าพบครั้งแรกให้วัดแขนทั้งสองข้างซ้ายขวา เช่น ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเบาหวาน และถือว่าค่าของแขนข้างที่สูงกว่าเป็นเกณฑ์ หรือในรายที่มีอาการหน้ามืดเวลาลุกขึ้นยืน ควรวัดทำขึ้นด้วยโดยเปรียบเทียบเมื่อขึ้นแล้ววัดทันทีกับหลังยืนนานอีก 1 นาที ถ้าค่าระดับความดันตัวบนในการวัดทำขึ้นทันทีต่างกับทำหนึ่งเกิน 20 มม.ปรอท ต้องแนะนำการระมัดระวังการเกิดอันตรายจากการเปลี่ยนแปลงระดับความดัน

โลหิตอย่างรวดเร็วเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถควรเปลี่ยนอย่างช้าๆ และระมัดระวังอาการหน้ามืดเป็นลม

(4) ควรวัด 2 ครั้งห่างกัน 2-3 นาที เพื่อหาค่าเฉลี่ยเนื่องจากระดับความดันโลหิตของคนเราแต่ละครั้งจะไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับอิริยาบถ ความรู้สึกอารมณ์ ถ้าวัด 2 ครั้งค่าที่วัดต่างกันเกิน 5 มม.ปรอท ควรวัดครั้งที่ 3 นำค่าที่ต่างกันไม่เกิน 5 มม.ปรอทมาหาค่าเฉลี่ย

(5) ขณะวัดผู้ถูกวัดไม่พูดคุย และค่าที่แท้จริงควรวัดตอนต้นนอนตอนเช้า แต่ถ้ามีอาการผิดปกติก็สามารถประเมินได้ทันทีทุกเวลา และแปลผลตามเกณฑ์ที่กล่าวมาข้างต้น เช่น ถ้า มา BP>130/85 เริ่มสูง ถ้า BP >140/90 สงสัยมีความดันโลหิตสูง หรือในผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่แล้วไม่ควรเกิน 140/90 มม.ปรอท

(6) นำเครื่องวัดดิจิตอลที่บ้านมาเปรียบเทียบกับ การวัดด้วยเครื่องที่โรงพยาบาลได้ถ้าเกิดความแตกต่างระหว่างการวัดจากที่มสุขภาพ หรือค่าที่วัดได้ไม่สัมพันธ์กับอาการและความรุนแรงที่เป็นอยู่

นอกจากนี้ อสม.ควรมีความรู้ในการประเมินการเต้นของหัวใจหรือชีพจรประกอบเพื่อช่วยในการพิจารณาอาการผู้ป่วย ซึ่งนิยมจับที่ตำแหน่งเส้นเลือดแดง เช่น ไม่ใช้นิ้วหัวแม่มือแต่ใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางจับบริเวณข้อมือหรือข้อพับแขนนับเต็มเวลา 1 นาที ในกรณีที่วัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตดิจิตอลจะมีตัวเลขบอกอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ด้วยการแปลผลผู้มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปจนถึงวัยผู้สูงอายุ อัตราปกติประมาณ 60 -100 ครั้ง/นาที ค่าเฉลี่ย 72 - 80 ครั้ง/นาที ถ้าเต้นช้ากว่า 60 ครั้ง/นาทีหรือเต้นเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที ในขณะพัก แสดงว่าอัตราการเต้นหัวใจอาจผิดปกติ

2) การตั้งเป้าหมายและวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เช่น แนะนำหลักการปฏิบัติการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพดังที่กล่าวมาแล้ว ลดความเครียดและวิตกกังวล นอนพักผ่อน ในกรณีผู้สูงอายุอาจหยิบบายผิดหรือหลงลืมทำให้รับประทานยา 2 ครั้ง

ควรจัดยาแยกประเภทและแยกเวลาเขียนตัวหนังสือ
โตๆ อ่านได้ชัดเจน หากอยู่บ้านเพียงลำพังควรมี
โทรศัพท์หรือฝากญาติข้างบ้าน เป็นต้น

3) การส่งต่อ ถ้าพิจารณาแล้วเห็นว่ารุนแรง
เกินความสามารถของท่าน ควรนำส่งโรงพยาบาล
พบแพทย์ พยาบาล

ดังนั้นหากท่านเป็นผู้มีรูปแบบในการดำเนิน
ชีวิตแบบสร้างเสริมสุขภาพตามที่กล่าวมาและการมี
ความรู้และเข้าใจต่อการประเมินและการดูแลสุขภาพ
ของคนในครอบครัว เช่น ญาติผู้สูงอายุ หรือประชาชน
ก็จะลดความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง ท่านจะได้รับ
บุญอันเป็นผลแห่งความสบายใจในการช่วยเหลือ
ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง

สรุป

การมีชีวิตอยู่ยืนยาวเพียงอย่างเดียวไม่ใช่สิ่ง
ที่มนุษย์ต้องการ แต่มนุษย์ต้องการมีชีวิตที่ปลอดภัย
จากโรค และมีคุณภาพ หรือถ้าเป็นโรคอยู่ก็สามารถ
จะควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ การส่งเสริม
ให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีความรู้ในการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจาก อสม.
จะอยู่ในชุมชนมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ มีการติดตาม
เยี่ยมตรวจวัดความดันโลหิต สามารถประเมินความผิด
ปกติจากการวัดความดันโลหิต มีการเข้าใจในการให้
สุขศึกษาเรื่องอาหาร ยา และการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรค
ความดันโลหิตสูง มีการพยาบาลเบื้องต้นเมื่อพบว่า
ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูง และมีการส่งต่อให้เจ้าหน้าที่
อย่างทันเหตุการณ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความปลอดภัยจาก
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

บรรณานุกรม

- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2550). 2007 Guidelines ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง. สาขาวิชาความดัน
โลหิตสูง ภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
พงษชมพู หงส์ชัย. (2549). โภชนศาสตร์ครอบครัว. อุดรธานี : คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏ พระนครศรีอยุธยา.
มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553). สถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร
บริษัท ทีดีจีพี จำกัด.
วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2543). การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร :
รุ่งเรืองธรรม.
สำนักพัฒนาวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง
ในเวชปฏิบัติทั่วไปและแนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.
กรุงเทพมหานคร. เวชสาร.
ศิริพันธ์ ถาวรทิววงศ์. (2543). ประชากรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย
รามคำแหง.
อบเชย วงศ์ทอง. (2546). โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัย
เกษตรศาสตร์.
ESH & ESC. (2007). 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension
The Force for the Management of Arterial Hypertension (ESH) and of The
European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension*. 25 : 1105-1187.

การดูแลแบบผสมผสานของผู้เป็นเบาหวาน Complementary Care of Diabetes Mellitus Patient

ชินตา เตชะวิจิตรจากร*

บทคัดย่อ

การดูแลแบบผสมผสานนับเป็นทางเลือกอย่างหนึ่งสำหรับผู้เป็นเบาหวานในการดูแลตนเอง เนื่องจากเป็นการดูแลที่กระทำต่อร่างกายแบบไม่รุนแรง สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมและบริบทของชุมชน อีกทั้งเป็นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นอีกด้วย นอกจากนี้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานยังสอดคล้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวาน ได้แก่ การปรับปรุงพฤติกรรมประจำวันด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ในด้านการรับประทานอาหารนั้นพบว่าอาหารแมคโครไบโอติกส์ อาหารชีวจิต อาหารมังสวิรัต และ

อาหารไทย สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สำหรับสมุนไพรนั้นมีหลายชนิดที่ใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แก่ ชะพลู ตำลึง บอระเพ็ด ว่านหางจระเข้ มะระขี้นก และอบเชย รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ โยคะ ฤๅษีดัดตน และซึ๊ง ส่วนการจัดการความเครียด นั้นพบว่า สุคนธ์บำบัด การนวด การกดจุด การฝึกสมาธิ สามารถลดความเครียดได้ซึ่งจะส่งผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้นการดูแลแบบผสมผสานจึงเป็นทางเลือกที่ควรได้รับการส่งเสริมสำหรับผู้เป็นเบาหวานในการควบคุมโรคและจัดการอาการของโรคเบาหวาน

Abstract

Complementary care is one of good choices for Diabetes Mellitus patients with self-care because its models are not invasive and are compatible with community life style, culture and context. Moreover, the complementary care models are able to

respond to the three main principles which are life style modification on eating, exercise and stress management to control blood sugar level.

In term of eating, macrobiotic food, organic food, vegetarian and Thai food are the good ones to control blood

* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

sugar. In addition, Thai herbs that are Aloe, Bitter melon, the Cinnamon, Wild betel leaf bush, Ivy gourd, Tinospora crispa are choices to manage blood sugar level. Yoga, Qi Gong and contorted hermit are the complementary care models in term of exercise. On the aspect of stress

management, aromatherapy, massage ,acupuncture and meditation can reduce stress very well that finally affects on the reduction of blood sugar level. Therefore, the complementary care for Diabetes Mellitus patients should be promoted as the alternative care.

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญทั่วโลก ในปัจจุบันจากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกใน พ.ศ.2555 ขององค์การอนามัยโลกพบว่าใน 10 ของประชาชนวัยผู้ใหญ่เป็นโรคเบาหวาน (สถาบันและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2556)ในปัจจุบันพบว่ามีผู้เป็นโรคเบาหวานทั่วโลก 371 ล้านคนและคาดว่าจะ ใน พ.ศ. 2573 จะมีผู้เป็นเบาหวานถึง 500 ล้านคน ([http://www.idf.org/worlddiabetes day.](http://www.idf.org/worlddiabetesday)) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่าการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ใน พ.ศ. 2546-2547 พบว่า อัตราความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.3 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 4.4 ใน พ.ศ. 2539 (ยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม,2549) และเพิ่มเป็นร้อยละ 6.9 ใน พ.ศ. 2551-2552 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2556) นอกจากนี้ยังพบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 7,749 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 22 คน คิดเป็นอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานทั้งหมด 12.06 ต่อแสนประชากร ([http://www.idf.org/worlddiabetes day](http://www.idf.org/worlddiabetesday))

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึมทำให้ร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลกลูโคสในกระแสเลือดได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาทั้งภาวะแทรกซ้อนอย่างเรื้อรังได้แก่ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้า ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพ ความเครียดและความผาสุกของ

ผู้เป็นเบาหวาน ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนอย่างเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและสูง ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ จากข้อมูลการรักษาผู้เป็นเบาหวานพบว่า ผู้เป็นเบาหวานเข้ารับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดไม่ได้มีถึงร้อยละ 37.00 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2556) ดังนั้นเบาหวานจึงจัดเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการรักษาอย่างยาวนานต่อเนื่องตลอดชีวิต อาการเป็นๆ หายๆ คาดการณ์ไม่ได้ว่าอาการจะบรรเทาหรือทรุดหนัก (ประชาธิป กะทา,2551 อ้างใน วรวรรณ จันทวีเมือง, 2554) ดังนั้นผู้ป่วยและญาติจึงเกิดความท้อแท้และกังวลใจเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่สิ้นสุดและหันกลับมาหาการแพทย์พื้นบ้านในชุมชนพร้อมๆ กับการรักษาด้วยการแพทย์สมัยใหม่ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2551 อ้างใน วรวรรณ จันทวีเมือง, 2554) ทั้งนี้เนื่องจากในชุมชนแต่ละแห่งมีได้ว่างเปล่า แต่มีทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า ตลอดจนภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ไหลเวียนอยู่ในชีวิตประจำวัน มีแบบแผนการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพที่สังคมสืบทอดกันมา ซึ่งมีความเกี่ยวพันอย่างแนบแน่นกับสังคมและวัฒนธรรมทางท้องถิ่น อีกทั้งชุมชนยังมีหมอพื้นบ้าน หมอสมุนไพรอีกด้วย ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคเบาหวาน และการดูแลแบบผสมผสานของผู้เป็นเบาหวาน ซึ่งจัดเป็นการแพทย์พื้นฐานในชุมชนที่สอดคล้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นและวิถีชีวิตของชุมชนเพื่อเป็นทางเลือกของผู้เป็นเบาหวานในการดูแลสุขภาพตนเองในควบคุมโรคและจัดการอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน หมายถึง กลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอันเป็นผลมาจากความบกพร่องของการหลั่งฮอร์โมนอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่าง เกิดความผิดปกติในเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน (สารัช สุทรโยธิน, 2555:10)

ประเภทของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานจำแนกได้เป็น 4 ประเภทดังต่อไปนี้

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes Mellitus) หมายถึง โรคเบาหวานที่มีความบกพร่องในการผลิตฮอร์โมนอินซูลิน เกิดจากการทำลาย β -cell of Islet cells of Langerhans ในตับอ่อนจากกระบวนการต่อต้านตนเอง (Immune mediated) และส่วนน้อยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด (Idiopathic) ส่งผลให้ร่างกายขาดฮอร์โมนอินซูลินหรือผลิตฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยมาก อาการมักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง

2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากการที่เนื้อเยื่อของร่างกายดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin resistance) และความบกพร่องในการทำหน้าที่ของ β -cell ทำให้การผลิตฮอร์โมนอินซูลินลดลง ในประเทศไทยพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้เป็นเบาหวาน (นงนุช, 2555:3) อาการมักไม่รุนแรง ค่อยเป็นค่อยไป

3. โรคเบาหวานที่มีสาเหตุหลากหลาย (Other specific types) หมายถึง โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจากภาวะอื่นๆ ที่หลากหลาย เช่น โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน เช่น ตับอ่อนอักเสบ โรคเบาหวานที่เกิดจากการได้รับยา เช่น Congenital rubella cytomegalovirus เป็นต้น

4. โรคเบาหวานจากการตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus/GDM) เป็นโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์

อาการของโรคเบาหวาน

อาการของผู้เป็นเบาหวานที่พบบ่อยดังต่อไปนี้

1. ปัสสาวะบ่อย (Polyuria) ปกติคนเราจะปัสสาวะตอนกลางคืนประมาณ 1-2 ครั้งเท่านั้น ผู้เป็นเบาหวานจะมีอาการปัสสาวะบ่อยและมีปัสสาวะปริมาณมากโดยเฉพาะเวลากลางคืน จะปัสสาวะมากกว่า 2 ครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าปกติจนเกินขีดจำกัดที่ไตจะรับได้ (ปกติประมาณ 180 mg %) ร่างกายจะขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะ ทำให้แรงดัน Osmotic ของปัสสาวะสูงขึ้น Renal tubule ดูดน้ำกลับสู่ร่างกายไม่ได้ ดังนั้นผู้เป็นเบาหวานจึงถ่ายปัสสาวะบ่อยและมากกว่าปกติ

2. ทิวน้ำบ่อยและดื่มมาก (Polydipsia) เนื่องจากผู้เป็นเบาหวานเสียน้ำมากเพราะปัสสาวะบ่อยและมากจึงทำให้ร่างกายขาดน้ำศูนย์ควบคุมการกระหายน้ำ (Thirst center) ถูกกระตุ้น จึงต้องดื่มทิวน้ำบ่อยและมาก

3. น้ำหนักลด (Weight loss) อ่อนเพลีย (Fatigue) ผู้เป็นเบาหวานไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปเผาผลาญเป็นพลังงานได้ จึงจำเป็นต้องนำเอาโปรตีนและไขมันซึ่งสะสมในเนื้อเยื่อมาใช้เผาผลาญเป็นพลังงานแทน จึงทำให้ผู้เป็นเบาหวานน้ำหนักตัวลดและรู้สึกอ่อนเพลีย

4. ทิวน้ำบ่อยและรับประทานอาหาร (Polyphagia) เนื่องจากร่างกายของผู้เป็นเบาหวานขาดพลังงานเพราะไม่สามารถนำน้ำตาลมาใช้ได้อย่างปกติ จึงทำให้รู้สึกหิวบ่อยและรับประทานอาหาร

นอกจากนี้ผู้เป็นเบาหวานยังอาจมีอาการอื่นๆ ได้ดังต่อไปนี้

1. ชาปลายมือปลายเท้า ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เยื่อบุเซลล์ของผนังหลอดเลือดฝอยบริเวณปลายมือปลายเท้าหนาตัวขึ้น ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงบริเวณปลายมือปลายเท้าไม่ได้ประกอบกับปลอกทุ่มไมอีลินของเส้นประสาทเสื่อม ทำให้การนำกระแสประสาทถูกรบกวนจึงเป็นผลให้ผู้เป็นเบาหวานมีอาการชาบริเวณปลายมือปลายเท้า

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน) ๒๕๕๗

2. ค้นตามผิวหนังและอวัยวะเพศ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้เป็นเบาหวานทำให้เกิดโรคปลายประสาทของระบบประสาทอัตโนมัติอีกเสบ (Autonomic neuropathy) จึงทำให้ผิวหนังแห้งและแตกได้ง่ายขึ้น ผู้เป็นเบาหวานจึงเกิดอาการคัน

3. ผลพลอยจาก ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เยื่อเนื้อเยื่อมีความชุ่มชื้นมากขึ้นเหมาะแก่การเจริญเติบโตของเชื้อโรคประกอบกับเซลล์ของผนังเลือดฝอยบริเวณปลายมือปลายเท้าหนาตัวขึ้น หลอดเลือดฝอยบางเส้นเลือดอาจไม่สามารถไหลเวียนผ่านไปได้อีกทั้งภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้ความสามารถในการทำงานของเม็ดเลือดขาวชนิด Leukocyte ในการต่อสู้กับแบคทีเรียลดลง จึงเป็นปัจจัยร่วมกันที่ทำให้ผู้เป็นเบาหวานเป็นแผลและหายยาก

การควบคุมโรคเบาหวาน

การควบคุมโรคเบาหวานสามารถทำได้โดยการแนะนำให้ผู้เป็นเบาหวานใช้ชีวิตประจำวันให้เหมาะสมโดยการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน (Lifestyle modification) ดังต่อไปนี้

1. การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผู้เป็นเบาหวานสามารถรับประทานอาหารได้ทุกหมวด เช่นเดียวกับคนปกติ สำหรับอาหารในหมวดคาร์โบไฮเดรตนั้นควรรับประทาน 6-11 ส่วนต่อวัน ปริมาณที่รับประทานขึ้นกับอายุ น้ำหนักตัวและกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่ผู้เป็นเบาหวานเลือกรับประทานควรเป็นประเภทที่มีใยอาหาร เช่นข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือหรือขนมปังที่ทำจากแป้งไม่ขัดสีที่มีใยอาหาร ส่วนน้ำตาลม เยลลี่ ไม่ควรรับประทานเลย สำหรับผลไม้ควรหลีกเลี่ยงที่มีรสหวานจัด เช่น ลำไย เงาะ ทุเรียน ผลไม้เชื่อม ผลไม้แช่อิ่ม ผลไม้ที่มีเครื่องจิ้ม เช่น มะม่วงน้ำปลาหวาน ผู้เป็นเบาหวานสามารถรับประทานผลไม้หลังมื้ออาหารได้ทุกมื้อ แต่ควรเลือกรับประทานผลไม้ 1 ชนิดต่อมื้อเท่านั้นมื้อละ 2-3 ส่วน (เพชรรุ้ง เศรษฐกิจิตจจารุ, 2554 : 25-26) นอกจากนี้ผู้เป็นเบาหวานยังสามารถรับประทานผักใบ

ได้ทุกชนิดและควรรับประทาน 3-5 ส่วนต่อวัน สำหรับผักที่เป็นหัวและรากเช่น หัวไชเท้า เผือก มันนั้นมีแป้งมาก ค่า Glycemic Index สูงไม่ควรรับประทาน ส่วนโปรตีนนั้นผู้เป็นเบาหวานควรเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เช่น ปลาและเต้าหู้ไม่ควรรับประทานหนังสัตว์ ควรเลือกนมพร่องมันเนยหรือโยเกิร์ตธรรมชาติ สารอาหารประเภทไขมันที่ผู้เป็นเบาหวานรับประทานได้นั้น ได้แก่ น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วลิสง น้ำมันปาล์มโอเลอิน หลีกเลียงอาหารทอด เนย กะทิ

2. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่ดีและเหมาะสมสำหรับผู้เป็นเบาหวานควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิค เช่น เดินเร็ว วิ่ง ปั่นจักรยาน และการออกกำลังกายชนิดเพิ่มความต้านทานของกล้ามเนื้อแบบสู้แรงต้าน (Resistance exercise) เช่น การใช้ยางยืดออกกำลังกาย การยกน้ำหนัก ผู้เป็นเบาหวานควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ครั้งละ 20-45 นาที ด้วยความถี่อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์และไม่ควรเว้นช่วงห่างเกิน 2 วันนับจากครั้งก่อน

3. การจัดการความเครียด ความเครียดมีผลกระทบต่อระบบต่อมไร้ท่อและสรีรวิทยาของการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือด การจัดการความเครียดจึงเป็นเทคนิคเฉพาะตนที่ผู้เป็นเบาหวานใช้ในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรค ถ้าเป็นความเครียดในชีวิตประจำวัน ผู้เป็นเบาหวานสามารถใช้การผ่อนคลายในชีวิตประจำวันที่ตนเองชอบจัดการกับความเครียดได้ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง หาดคนปรับทุกข์ เป็นต้น สำหรับความเครียดในระดับปานกลางและรุนแรง ผู้เป็นเบาหวานจำเป็นต้องมีวิธีการที่ซับซ้อนในการจัดการ เช่น การกอดจุด การนวด การเดินจงกรม เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบผสมผสาน

การดูแลแบบผสมผสาน มีชื่อเรียกได้หลายอย่าง เช่น การแพทย์ทางเลือก (Alternative medicine), การแพทย์แบบผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก (Complementary and alternative

medicine : CAM) หรือการแพทย์แผนโบราณ ประเพณี (Traditional medicine) เป็นต้น ซึ่งคำต่างๆเหล่านี้เป็นคำที่บัญญัติขึ้นมาเพื่อใช้เรียก การแพทย์แผนอื่นๆ นอกเหนือจากการแพทย์แผน ปัจจุบัน ซึ่งอาจเรียกแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแหล่งที่มา ความนิยมและลักษณะการปฏิบัติ (คณะเภสัชศาสตร์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2546 อ้างใน ทัศนีย์ ศรีญาณลักษณ์, 2554)

ความหมาย

การดูแลแบบผสมผสาน หมายถึง การนำวิธี ดูแลสุขภาพหรือวิธีปฏิบัติอื่นๆ นอกเหนือจากการแพทย์ ปัจจุบันมาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการรักษา ส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพให้ครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ให้เกิดความ สมดุลโดยวิธีการดังกล่าวต้องเป็นไปในลักษณะไม่ กระทำต่อร่างกายอย่างรุนแรงหรือไม่ใช้เภสัชภัณฑ์ที่เป็น สารเคมี มีความสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิตและ วัฒนธรรม

ประเภทของการดูแลแบบผสมผสาน

การดูแลแบบผสมผสานแบ่งออกเป็น 5 ประเภทตามศูนย์การแพทย์แบบผสมผสานและการ แพทย์ทางเลือกแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (ทัศนีย์ ศรีญาณลักษณ์, 2554) ดังต่อไปนี้

1. ระบบการแพทย์ทางเลือก (Alternative medical systems) เป็นศาสตร์ที่มีรากฐาน จากการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เป็นระบบ ครอบคลุมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติที่ถ่ายทอดกันมา ได้แก่ โยคะ ฤๅษีดัดตน

2. การปรับสภาพจิตใจและกาย (Mind-body interventions) เป็นศาสตร์ที่ให้ความสัมพันธ์ระหว่าง จิตใจและกาย โดยเชื่อว่าจะส่งผลไปยังการทำงานของ ร่างกายและช่วยบำบัดอาการต่างๆ ได้แก่ การทำสมาธิ สูดนธบำบัด

3. การบำบัดเชิงชีววิทยา (Biologically-based therapies) เป็นศาสตร์ที่ใช้ธรรมชาติในการบำบัด รักษา ได้แก่ ชีวจิต อาหารและสมุนไพร

4. ทัตถการและกายบำบัด (Manipulative and body-based therapies) เป็นศาสตร์ที่ใช้ การสัมผัสหรือใช้มือแทนเครื่องมือในการวินิจฉัยและ บำบัดรักษาโรค โดยเชื่อว่าโรคต่างๆเกิดจากภาวะเสีย สมดุลของโครงสร้าง ได้แก่ การนวด การกดจุด

5. พลังงานบำบัด (Energy therapies) เป็นการรักษาที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าคนเรามี พลังงานไหลเวียนเชื่อมโยงกันอยู่ตลอดเวลา การบกพร่องของพลังนำมาสู่โรคหรือความผิดปกติของ ภาวะต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ชีกง

การดูแลแบบผสมผสานในผู้เป็นเบาหวาน

การดูแลแบบผสมผสานของผู้เป็นเบาหวาน นั้นสามารถทำได้ด้วยตนเองด้วยวิธีการหลายรูปแบบ โดยมีเป้าหมายดังต่อไปนี้

1. ลดระดับน้ำตาลกลูโคสในหลอดเลือด
2. ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนของผู้เป็น เบาหวาน
3. ฟื้นฟูเซลล์ภายในตับอ่อนและฮอร์โมน อินซูลินให้สามารถทำงานได้ตามปกติ

รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานที่ตอบสนอง ต่อหัวใจหลักของการดูแลผู้เป็นเบาหวานซึ่งได้แก่ การ ปรับพฤติกรรมตนเองด้านการรับประทานอาหาร การ ออกกำลังกายและการจัดการความเครียดมีดังต่อไปนี้

1. การรับประทานอาหาร

จากแนวคิดของการแพทย์ทางเลือกที่ว่า อาหารเป็นยา ดังนั้นอาหารจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้เป็น เบาหวานต้องให้ความสนใจควบคู่ไปกับการรักษา สอดคล้องกับงานวิจัยของซินตา เตชะวิจิตรจารุ (2557) ที่พบว่า รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานที่ผู้เป็นเบาหวาน เลือกใช้มากที่สุดในการจัดการอาการคือ อาหารและ สมุนไพร รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในด้านอาหาร สำหรับผู้เป็นเบาหวานมีดังต่อไปนี้

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน) ๒๕๕๗

1. อาหารเมคโครไบโอติกส์ อาหารต้องปลอดสารพิษและมาจากธรรมชาติ เป็นวัตถุดิบจากพืชและเครื่องปรุงรสจากธรรมชาติ เช่น ข้าวกล้อง สาหร่ายทะเล ผัก กะปิเจ เกลือทะเล เป็นต้น อุปกรณ์ที่ใช้ในครัวต้องปราศจากสารเคมี เป็นวัสดุธรรมชาติ เช่น เชียงไม้ หม้อดิน ไม้ไผ่สตุ้งเคราะห้ เช่น พลาสติก ลังกะลี พลังงานที่ใช้ในการปรุงอาหารต้องไม่ใช่พลังงานไฟฟ้าหรือใช้แต่น้อย ควรใช้พลังงานจากแก๊สหรือถ่าน วิธีการกินแบบเมคโครไบโอติกส์ ต้องเคี้ยวอาหารนาน และช้า เคี้ยวละเอียด ไม่รับประทานอาหารก่อนเข้านอนอย่างน้อย 3 ชั่วโมง ก่อนเวลานอนไม่ดื่มน้ำเย็น และดื่มน้ำในปริมาณเล็กน้อยเมื่อกระหายน้ำเท่านั้น ตัวอย่างอาหารเมคโครไบโอติกส์ เช่น ยำสาหร่าย ปลาหนึ่งสมุนไพโร ข้าวกล้องผัด เป็นต้น จากงานวิจัยของเนริสา วงศ์เลิศประยูร (สรนิต ศิลธรรม และคณะ, 2557) พบว่าการรับประทานข้าวกล้องในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้การเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าการรับประทานข้าวขาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ItoY และคณะที่ทำการศึกษาในคนญี่ปุ่นที่มีสุขภาพดีและพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดในช่วง 120 นาที หลังจากรับประทานข้าวกล้องมีค่าต่ำกว่าการบริโภคข้าวขาวที่มีปริมาณเท่ากัน (สรนิต ศิลธรรม และคณะ, 2557 : 216)

2. อาหารชีวจิต เน้นหลักการใช้ธรรมชาติในการบำบัดและรักษาโรค ดังนั้นอาหารในแนวชีวจิตจึงเป็นผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง อาหารประเภทเนื้อสัตว์รับประทานได้สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เช่น เนื้อปลา เนื้อไก่ ปรุงแต่งรสชาติอาหารน้อย ผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง ช่วยดูดซับไขมัน ทำให้สามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อเนื้อเยื่อลดการต้านทานฤทธิ์ของฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้ฮอร์โมนอินซูลินทำงานได้อย่างว่องไวขึ้น จึงทำให้ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดลดลง

3. อาหารมังสวิรัต เน้นการรับประทานผักผลไม้และธัญพืช ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ทุกชนิด สารอาหารประเภทโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและไขมัน จึง

ได้จากธัญพืชชนิดต่างๆ ตลอดจนผักและผลไม้หลากชนิด อาหารมังสวิรัตี่เหล่านี้ล้วนมีกากใยสูงช่วยดูดซับน้ำตาลและไขมันได้ ดังนั้นจึงเป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้เป็นเบาหวานซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Barnard และคณะพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ที่ได้รับอาหารมังสวิรัตินี้ดีกว่า (ไม่มีเนื้อสัตว์ นม ไข่) ที่มีไขมันต่ำมีค่า HbA1C ลดลง 1.23 points ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับอาหารตามที่สมาคมโรคเบาหวานอเมริกา (American Diabetes Association) รับรอง มีค่า HbA1C ลดลงเพียง 0.38 points (P=0.01) น้ำหนักร่างกายในกลุ่มทดลองลดลง 6.5 กก. ส่วนในกลุ่มควบคุมน้ำหนักลดลง 3.1 กก. และการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับระดับ HbA1C อีกด้วย (r=0.51,n=57,p<0.0001) (<http://www.healthcarethai.com/โรคเบาหวาน.3>)

4. อาหารไทย เป็นอาหารตามภูมิปัญญาท้องถิ่น สำหรับผู้เป็นเบาหวานควรเลือกรับประทานอาหารไทยที่มีไขมันต่ำ เส้นใยสูง ผัก-ผลไม้ที่มีแป้งน้อย หลีกเลี่ยงการรับประทานผักหัว ควรรับประทานผักใบ เช่นเมนูอาหารที่มีไก่ ปลา เป็นต้นปรุงรสหวานโดยใช้ความหวานจากพืชผักและผลไม้แทน เช่น สับปะรด

5. สมุนไพร การใช้สมุนไพรในการรักษาและดูแลสุขภาพกำลังเป็นที่นิยมอย่างแพร่หลาย สมุนไพรบางชนิดเป็นส่วนประกอบของอาหารที่เรารับประทานในชีวิตประจำวัน เช่น ตำลึง ชะพลู สะเดา เป็นต้น นอกจากนี้ยังหาได้ในท้องถิ่นและราคาไม่แพงอีกด้วย ดังนั้นการรับประทานสมุนไพรจึงจัดเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพของผู้เป็นเบาหวาน พืชสมุนไพรที่ใช้ลดระดับน้ำตาลในเลือดมีหลายชนิด แต่ในที่นี้จะกล่าวถึงสมุนไพร 7 ชนิด ได้แก่ชะพลู ตำลึง บอระเพ็ด ว่านหางจระเข้ มะระขี้นก อบเชย ที่มีผลการวิจัยรับรองดังต่อไปนี้

5.1 ชะพลู จากงานวิจัยของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ใน พ.ศ. 2532 ที่พบว่าน้ำชะพลูซึ่งได้

จากการต้มชะพลูทั้งต้นสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดของกระต่ายที่เป็นเบาหวานได้สอดคล้องกับงานวิจัยของมหาวิทยาลัยมหิดลใน พ.ศ. 2549 ที่พบว่าสารสกัดในชะพลูสามารถลดระดับน้ำตาลของหนูกลุ่มที่เป็นเบาหวานได้ ซึ่งมีฤทธิ์เหมือนกับยาแผนปัจจุบันคือไกลเบนคลาไมด์ (เพชรรุ่ง เดชบุญญาจิตต์, 2554 : 60)

วิธีใช้ ใช้ชะพลูสดทั้ง 5 จำนวน 7 ต้นล้างน้ำให้สะอาด ใส่ น้ำพอกท่วมต้น ต้มให้เดือดชั้กพักต้มเหมือนน้ำชา ต้องเปลี่ยนชะพลูใหม่ทุกวันๆที่ต้ม

5.2 ตำลึง ในตำลึงพบว่ามีสารสำคัญคือ น้ำย่อยแป้ง (Amylase) ฮอโรโมนและอัลคาลอยด์ มีกรดอะมิโน (Amino acid) หลายชนิด และ β -sitosterol ในผลตำลึงพบสารคิวเคอร์ บิตาซิน บี (Cucurbitacin B) มีสาร Pectin ซึ่งเป็นสารสำคัญในการลดน้ำตาลในเลือด จากรายงานการวิจัยการทดลองทางคลินิก ในประเทศบังกลาเทศพบว่าผงแห้งแห้งของใบตำลึงวันละ 1.8 กรัม ร่วมกับการควบคุมอาหารสามารถลดค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting plasma glucose) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เพชรรุ่ง เดชบุญญาจิตต์, 2554 : 61) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (2546) ว่าตำลึงและโสมอเมริกันเป็นพืชที่มีข้อมูลสนับสนุนประสิทธิภาพด้านการลดน้ำตาลในเลือดที่ดีที่สุด (เพชรรุ่ง เชนบุญญาจิตต์, 2554 : 61)

วิธีใช้

1. นำใบแก่ของตำลึง 1 ถ้วย ปั่นรวมกับน้ำเย็น 2 ถ้วย กรองเอาแต่น้ำเย็นๆ ต้ม

2. นำผลดิบผ่านเมล็ดออก หั่นเป็นชิ้นเล็กๆ ผสมกับใบตำลึงตากแห้ง ต้มกับน้ำ เคี้ยวให้งวดรินเอาน้ำดื่ม (พิพัฒน์ รักรัชนี, 2551)

5.3 บอระเพ็ด จากงานวิจัยของ งามพ่องคงคาทิพย์ พบว่า แคปซูลบรจุบอระเพ็ดผงปริมาณ

500 มิลลิกรัมที่ให้อาสาสมัครที่มีแนวโน้มจะอ้วนลงพุงในตอนเช้าและเย็นเป็นเวลาต่อเนื่องกันสองเดือนสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ (เพชรรุ่ง เดชบุญญาจิตต์, 2554:60)

วิธีใช้

ใช้เถาแก่สดหรือต้นสด ครั้งละ 2 คืบครึ่ง (30-40 ครั้ง) ตำคั้นเอาน้ำดื่มหรือต้มกับน้ำโดยใช้ น้ำ 3 ส่วน ต้มให้เหลือ 1 ส่วน ดื่มวันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า-เย็นหรือเมื่อมีอาการ

5.4 ว่านหางจระเข้ สารสำคัญที่พบในการสกัดน้ำจากใบแห้ง ได้แก่ แอนธาควิโนน (Anthraquinone) บาร์บาโลอิน (Barbaloin) หรืออะโลอิน เอ (Aloin A) ในส่วนของเนื้อวุ้นพบโพลีแซคคาไรด์ กลูโคแมนแนน (Polysaccharide glucomannan) ไกลโคโปรตีน (Glycoprotein) สาร Barbaloin และโพลีแซคคาไรด์ ช่วยกระตุ้นตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้น จากรายงานการวิจัยในปี พ.ศ. 2538 พบว่าการให้น้ำวุ้นสดหรือยาเตรียม น้ำวุ้นทุกวัน จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของหนูที่เป็นเบาหวานลดลงตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Yongchaiyudh และคณะ (สิริชัยอดิศักดิ์วัฒนา, 2554: 120) พบว่าการให้น้ำคั้นว่านหางจระเข้ 1 ช้อนโต๊ะ 2 ครั้ง/วัน ในเวลา 6 สัปดาห์สามารถลดระดับน้ำตาลกลูโคสหลังอดอาหารและระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี ได้

วิธีใช้

ใช้เนื้อวุ้นสดขนาด 2x2 นิ้ว กินวันละ 3 ครั้ง ระหว่างมื้ออาหาร (จุไรรัตน์ เกิดดอนแฝก, 2548:143)

5.5 มะระขี้นก สารสำคัญที่พบได้แก่ชาร์แรนทิน (Charantin) ซึ่งช่วยกระตุ้นการทำงานของอินซูลินและลดการดูดซึมของน้ำตาลจากทางเดินอาหาร มีรายงานวิจัยใน ค.ศ. 2002 ที่ประเทศอินเดีย

พบว่าสารสกัดจากผลมะระสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดในสัตว์ทดลองได้ (เพชรรุ่ง เดชบุญญจิตต์, 2554 : 66)

วิธีใช้

1. ใบและผลดิบแคะเมลิสดอก ผานเป็นชิ้น ต้มกับน้ำเคี้ยวจนงวด รินเอาน้ำดื่ม

2. ผลดิบและใบมาปรุงอาหาร หรือรับประทานสดทุกวัน

5.6 อบเชย สารสำคัญที่พบซึ่งช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ กรดเฟอร์รูติก (Ferulic acid) ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์อัลฟา-กลูโคสเดสและกระตุ้นการทำงานของอินซูลินจากตับอ่อน เมทิลไฮดร็อกซีซาโคน โพลีเมอร์ออกฤทธิ์โดยการจับกับตัวรับของอินซูลินในเซลล์ไขมันซึ่งเพิ่มกระบวนการนำกลูโคสเข้าสู่ในเซลล์และเพิ่มกระบวนการสร้างไกลโคเจนสะสมในกล้ามเนื้อ เพิ่มความไวของอินซูลินต่อการตอบสนองกับตัวรับในเซลล์กล้ามเนื้อและในเซลล์ไขมัน ส่วนโปรแอนโธไซยานินยับยั้งกระบวนการเกิดไกลเคชันระหว่างน้ำตาลกลูโคสกับโปรตีน ซึ่งช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต หัวใจ และตา (สิริชัย อติศักดิ์วัฒนา, 2554 : 115) จากรายงานการวิจัยของ Akiler ในปีค.ศ. 2010 พบว่าการให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รับประทานอบเชยขนาด 2 กรัมต่อวันเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้ระดับของฮีโมโกลบิน เอ วัน ซึ่ลดลง (สิริชัย อติศักดิ์วัฒนา, 2554 : 120)

2. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายอย่างถูกต้องและเหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากในขณะที่ออกกำลังกายร่างกายจะเพิ่มประสิทธิภาพของอินซูลินต่อเนื้อเยื่อของร่างกาย โดยเฉพาะกล้ามเนื้อ กล่าวคือ เพิ่มประสิทธิภาพของตัวรับอินซูลินในเซลล์กล้ามเนื้อ (Insulin-responsive glucose transports : GLUT4) ทำให้มีการใช้พลังงานแบบแอโรบิคดีขึ้น นอกจากนี้ระดับจะสามารถตอบสนองต่ออินซูลินได้ดีขึ้นในขบวนการที่จะเปลี่ยนกลูโคสเป็นไกลโคเจนและลดการเปลี่ยน free fatty acid ออกมาเป็นกลูโคสในกระแสเลือด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้เป็นเบาหวาน ได้แก่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ใช้ออกซิเจนในขบวนการออกซิเดชัน เช่น การเดินเร็ว การวิ่ง รำมวยจีน เป็นต้น และต้องมีความหนักปานกลางถึงหนักมาก มีความต่อเนื่องนานเพียงพอและสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3-4 วัน ไม่เว้นเกินกว่า 2 วันนับจากครั้งก่อน นอกจากนี้การออกกำลังกายชนิดเพิ่มแรงต้านทานของกล้ามเนื้อแบบสู้แรงต้าน (Resistance exercise) ที่ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง เช่น การยืดเหยียดกายบริหาร เป็นต้น ก็สามารถเพิ่มความไวของอินซูลินและลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ (เพชรรุ่ง เดชบุญญจิตต์ 2554 : 39)

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ มีข้อเสนอแนะการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสำหรับผู้เป็นเบาหวาน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การออกกำลังกายแบบแอโรบิค

| เป้าหมาย | ระยะเวลาและความหนักของการออกกำลังกาย |
|--|--|
| - เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดน้ำหนัก และลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ-หลอดเลือด | ออกกำลังกายหนักปานกลาง 150 นาที/สัปดาห์ หรือ ออกกำลังกายหนักมาก 90 นาที/สัปดาห์ กระจายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ และไม่ได้ออกกำลังกายติดต่อกันเกิน 2 วัน |
| - เพื่อคงน้ำหนักที่ลดลงไว้ตลอดไป | ออกกำลังกายความหนักปานกลางถึงมาก 7 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยแนะนำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ อาจออกกำลังกายแบบ resistance 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ในทุกกล้ามเนื้อหลักโดยทำ 8-10 ครั้ง/ชุด วันละ 3 ชุด หรือ ออกกำลังกายแบบแอโรบิกร่วมกับแบบ resistance |

ที่มา : สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2554, หน้า 17

หมายเหตุ : การออกกำลังกายความหนักปานกลาง (Moderate physical activity) หมายถึง กิจกรรมการออกกำลังกายที่ใช้พลังงาน 3-6 แคลอรีต่อกิโลกรัมต่อนาทีหรือทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ โดยเฉลี่ย 90-120 ครั้ง/นาที การออกกำลังกายความหนักมาก (High physical activity) หมายถึงกิจกรรมการออกกำลังกายที่ใช้พลังงานมากกว่า 6 แคลอรีต่อกิโลกรัมต่อนาทีหรือทำให้อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 120 ครั้ง/นาที

รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในด้าน การออกกำลังกาย มีดังต่อไปนี้

1. โยคะ เป็นศาสตร์แขนงหนึ่งของอินเดียโบราณตามตำนานของชาวฮินดู เน้นการบริหารกายและจิต รักษาสมดุลชีวิต การฝึกโยคะทำให้ร่างกายแข็งแรง ใช้ในการบำบัดโรคและสร้างเสริมสุขภาพเนื่องจากท่าบริหารของโยคะนั้นมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้ออย่างช้าๆ ทำให้เกิดการสลายไกลโคเจนในกล้ามเนื้อเพื่อเผาผลาญกลายเป็นพลังงาน การฝึกโยคะอย่างต่อเนื่องทำให้ร่างกายนำกลูโคสเข้าสู่ขบวนการเมตาบอลิซึมเพื่อแปรเปลี่ยนเป็นพลังงาน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือด

ลดลง นอกจากนี้การฝึกโยคะทำให้ร่างกายสร้างฮอร์โมนเมลาโตนิน (Melatonin) เพิ่มขึ้น ลดการหลั่งซีโรโทนิน (Serotonin) ทำให้ต่อมไทรอยด์ทำงานได้สมดุล ส่งผลให้ไทรอยด์ฮอร์โมน (Thyroid hormone : T3, T4) ลดลง การสลายน้ำตาลจึงลดลงเช่นกัน การฝึกโยคะควรทำวันละครั้ง เป็นอย่างน้อยเป็นประจำทุกวัน เวลาที่เหมาะสมคือหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 2-3 ชั่วโมง (มณฑิพา ทรงพานิช, 2552:76) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัชนิกร ราชวัฒน์ (2550) เรื่องผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยโยคะต่อความเครียดและ

ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยโยคะมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ฤๅษีดัดตน เป็นการบริหารร่างกายที่เป็นภูมิปัญญาของไทยที่มีมาแต่โบราณ เป็นการปฏิบัติง่ายๆ ที่เน้นการเคลื่อนไหวของร่างกาย การหายใจเข้า-ออกช้าๆ และหมวดผสมผสานในบางท่า ซึ่งก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวอย่างเป็นธรรมชาติของแขน ขาและข้อต่อต่างๆ ทำให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น นอกจากนี้ ฤๅษีดัดตนยังเป็นกายบริหารแบบอนาโรบิค (Anarobic exercise) ที่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างช้าๆ (มณฑิพา ทรงพานิช, 2552) การบริหารร่างกายด้วยฤๅษีดัดตนเริ่มต้นด้วยการนั่งสมาธิและฝึกการหายใจที่ถูกต้องจากนั้นจึงเริ่มต้นการบริหาร ฤๅษีดัดตนทั้งหมด 14 ท่า การนั่งสมาธิและการฝึกการหายใจเป็นการลดความเครียด ทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติกและต่อมไร้ท่อที่จะหลั่งฮอร์โมนตอบสนองต่อภาวะเครียดทำงานลดลง จึงทำให้การสลายน้ำตาลลดลง (นงนุช โอบะ, 2555:191-194)

3. ชีกง หมายถึง การออกกำลังกายด้วยการกำหนดลมหายใจและฝึกจิตไว้ด้วยกัน เป็นศาสตร์ของจีนที่ถ่ายทอดมาแต่โบราณ การออกกำลังกายแบบชี่กงเป็นการผสมผสานระหว่างการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ไอโซเมตริก (Isometric) และไอโซโทนิค (Isotonic) เข้าไว้ด้วยกัน หลักปฏิบัติของชี่กงเน้นการเคลื่อนไหวเป็นวงกลม มีความนุ่มนวล ยืดหลักการยืดและขยายออกและความสงบนิ่งสมาธิและการผ่อนคลาย การหายใจแบบชี่กงเป็นวิธีการหายใจแบบผืนหายใจ (Reverse breathing หรือ Diaphragmatic breathing) ซึ่งเป็นการหายใจโดยใช้กระบังลมเป็นการกระตุ้นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 หรือเส้นประสาททวิกัส ทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงาน เพิ่มอัตราการเผาผลาญของร่างกายและเพิ่มการใช้พลังงาน นอกจากนี้สมาธิ ความสงบและการผ่อนคลายระหว่างการฝึกชี่กงจะช่วยลดความเครียดซึ่งทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในด้านการออกกำลังกายที่ประยุกต์ศิลปะ วัฒนธรรมของท้องถิ่นมาเป็นการออกกำลังกายชนิดใหม่ เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้เป็นเบาหวานในชุมชนออกกำลังกายมากขึ้น เนื่องจากเป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับวิถีของชุมชน อีกทั้งมีความสนุกสนาน เพลิดเพลิน ตลอดจนเห็นการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง เช่น การประยุกต์ระบำรองเง็ง ศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านดาระในภาคใต้ จำผ้าขาวม้า เป็นต้นมาเป็นการออกกำลังกายชนิดใหม่ที่สามารถกระตุ้นให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุทั้งสตรี ผู้สูงอายุและเยาวชนรวมถึงกลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ออกกำลังกายมากขึ้น อีกทั้งผู้นำศาสนาและสังคมก็ให้การยอมรับ ก่อให้เกิดศูนย์เครือข่ายการออกกำลังกายที่ยั่งยืนและมั่นคงในท้องถิ่น

3. การจัดการความเครียด

ความเครียดมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้เป็นเบาหวาน เนื่องจากความเครียดทำให้ร่างกายของผู้เป็นเบาหวานเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นดังต่อไปนี้

1. ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ความเครียดกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่ง Epinephrine และ Norepinephrine จากตับอ่อนและปลายประสาททำให้เกิดการสลายโปรตีน ไขมันและไกลโคเจนเป็นน้ำตาลมากขึ้น

2. ระบบต่อมไร้ท่อ ความเครียดกระตุ้นให้มีการหลั่ง ACTH (Adrenocorticotrophic hormone) และ Growth hormone มากขึ้น ทำให้เกิดการสลายน้ำตาลจากตับ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ดังนั้นผู้เป็นเบาหวานจึงต้องจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองให้ได้ เพื่อควบคุมโรคและจัดการอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น

ความเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลมีหลายระดับ ถ้าเป็นความเครียดที่เกิดในชีวิตประจำวันจัดเป็นความเครียดในระดับต่ำหรือระดับที่ 1 บุคคลก็สามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ซึ่งมีอยู่หลายวิธีที่ยืดถือ

ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน เช่น การมองในเชิงบวก การทำงานอดิเรกที่ตนชอบหรือสนใจ การหาคนปรับทุกข์ เป็นต้น แต่ถ้าบุคคลมีความเครียดระดับปานกลาง (ระดับที่ 2) หรือระดับรุนแรง (ระดับที่ 3) ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย ทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป จนทำให้เกิดโรคขึ้น บุคคลจำเป็นต้องมีการจัดการความเครียดในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งรูปแบบการดูแลแบบผสมผสานด้านการจัดการความเครียด มีดังต่อไปนี้

1. สูดน้อบำบัด (Aromatherapy) เป็นการใช้น้ำมันหอมระเหยจากธรรมชาติเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค โดยการสูดดมผ่านทางช่องจมูกและแปลเป็นสัญญาณไฟฟ้าเคมี ส่งผ่านไปยังสมองส่วนกลางหรือแทรกซึมผ่านทางผิวหนัง ทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดความสมดุล ผ่อนคลาย ลดความเครียด ผู้ได้รับการบำบัดด้วยสารสูดดมน้ำมันหอมระเหยโดยตรงผ่านการนวด การแช่ การประคบ และการอบก็ตาม โมเลกุลของน้ำมันหอมระเหยจะจับกับ Receptor บนเยื่อช่องจมูกและแปลเป็นสัญญาณระบบประสาทผ่านทางเส้นประสาทสมองคู่ที่หนึ่ง (Olfactory nerve) เข้าสู่สมองส่วน Limbic ซึ่งสมองส่วนนี้มี Amygdala และ Hippocampus ส่วน Amygdala จะทำให้เกิดความรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย ส่วนสมองส่วน Hippocampus จะมีหน้าที่ในด้านความจำ ดังนั้นการให้ผู้เป็นเบาหวานเลือกน้ำมันหอมระเหยกลิ่นที่ตนเองชอบ จะมีผลต่อสมองส่วน Limbic ให้ปล่อยสาร Endorphin ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย น้ำมันหอมระเหยที่ใช้ในการผ่อนคลาย คือ ลาเวนเดอร์ (Lavender) คาร์โมมายล์ (Chamomile) มะกรูด (Bergamot) กระดังงา (Ylangyling) มะลิ (Jasmine) กุหลาบมอญ (Rosacea) เจอราเนียม (Geranium) ซีดาร์วูด (Cedar wood) โรสวูด (Rosewood) สน (Pine needle) จากงานวิจัยกึ่งทดลองของดาร์ณี พฤกษ์สรนันทน์และคณะ (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดร่วมกับสูดน้อบำบัดต่อความวิตกกังวล

ก่อนและระหว่างผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรีพบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการทดลองกับ ก่อนผ่าตัด และระหว่างผ่าตัดมีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($F=47.79, P<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิไลลักษณ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา (2555) ที่ศึกษาเรื่อง “Effectiveness of aromatherapy massage on relaxation among patients in surgical intensive care unit of Bhumibol Adulyadej hospital, directorate of medical services พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการผ่อนคลายจากการทำสูดน้อบำบัดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยที่ค่าคะแนนเฉลี่ยการผ่อนคลายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง นอกจากนี้ค่าเฉลี่ยคะแนนการผ่อนคลายหลังจากการทำสูดน้อบำบัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยที่ค่าคะแนนเฉลี่ยการผ่อนคลายของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. การนวด (Massage) เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นของไทยที่มีแต่โบราณ ลักษณะการนวดไทย ประกอบด้วยการกด การคลึง การบีบ การดึง การบิด การทุบ การตัด การเหยียบ โดยใช้หลักการใช้แรงกระทำต่อส่วนของร่างกาย เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว มีความยืดหยุ่นลดอาการเจ็บปวด ก่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียดและความวิตกกังวล จากงานวิจัยของ วัณญภรณ์ คุณสมบัติ (2544) พบว่าโปรแกรมการนวดสัมผัสที่ใช้ในผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย สามารถทำให้กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กนกวรรณ บุญเสริม (2553) ที่ใช้นวัตกรรม การนวดคลายเครียดด้วยลูกเทนนิส พบว่าหลังการนวด กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดลดลงและรู้สึกสดชื่นขึ้น

3. การกดจุด (Acupressure) เป็นศาสตร์ทางการแพทย์โบราณของจีนที่มีพัฒนามาจากการ

ฝังเข็ม หมายถึงการกดสัมผัสด้วยนิ้วมือไม่ใช้ การนวดจุดจุดที่ใช้กดจะเป็นตำแหน่งเฉพาะที่มีความ สัมพันธ์กับอวัยวะหรือส่วนต่างๆของร่างกายซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เพิ่มความ กระปรี้กระเปร่าและความคลายเครียดได้ จุดที่ใช้ กดคลายเครียดมีอยู่ 7 จุดคือจุดใต้หัวคิ้ว จุดขอบกระดูก ท้ายทอยจุดบริเวณต้นคอ ป่าทั้งสองข้างด้านหน้าและ ด้านหลัง โดยกดซ้ำๆ ครั้งละ 3-5 ครั้ง จากงานวิจัย ของ ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ นิชโรจน์และวีรียา วิริยะวโรทัย (2557) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า มีระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี ระดับน้ำตาลในเลือดและแรงกดที่เท้าลดลงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับ กลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมการนวดเลียนแบบ (สรนิต ศีลธรรมและคณะ, 2557 : 257-280) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยมพร ศักดานุภาพและคณะ (2553) ที่ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อ ระดับน้ำตาลในเลือดและอาการชาของผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดกดจุด สะท้อนฝ่าเท้ามีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดหลัง นวดทันทีและหลังนวด 14 วันน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ ได้รับการนวดเลียนแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) นอกจากนี้กลุ่ม ทดลองยังมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดหลังนวด ทันทีและหลังนวด 14 วันน้อยกว่าก่อนนวดอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

4. การทำสมาธิ (Meditation) หมายถึง การฝึกจิตให้สงบ แน่วแน่ มั่นคง เป็นการฝึกรวมพลัง จิตและจัดระเบียบความคิดของตนเอง เพื่อให้จิตใจ สามารถทำงานได้ ในขณะที่ฝึกสมาธิสมองส่วนพรี ฟรอนทอลคอร์เท็กซ์ซีกซ้าย ซึ่งทำหน้าที่เป็นศูนย์ยับยั้ง การหลั่งสารต่างๆที่เกิดการรับรู้ทางอารมณ์เช่น ความ โกรธ ความกลัว ทำงานได้ดีขึ้น ดังนั้นผู้ฝึกสมาธิ จะสามารถควบคุมอารมณ์และจิตใจได้ การรับรู้ การคิด และความรู้สึกเป็นไปในทางบวก ระบบต่างๆ ของร่างกายเกิดการผ่อนคลาย นอกจากนี้ยังกระตุ้นให้

มีการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน (Endorphin) และซีโรโทนิน (Serotonin) เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความสุขและอารมณ์ ดี การทำสมาธิจึงใช้จัดการความเครียดได้ดี การ ทำสมาธิสอดแทรกอยู่ในหลักศาสนาเกือบทุกศาสนา สมาธิตามแนวพุทธศาสนาแบ่งได้เป็น วิปัสสนาสมาธิ ซึ่ง ก่อให้เกิดปัญญาและสมถะสมาธิ ซึ่งทำให้เกิดความ สงบนิ่ง ตามหลักศาสนาอิสลาม การทำละหมาดของชาว มุสลิมก็เป็นการทำสมาธิ ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกของ จีน ชีกง ไทเก๊ก ไทจิ ก็จัดเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของ การทำสมาธิเช่นกัน จากงานวิจัยแบบทดลองของสมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี พบว่า การปฏิบัติสมาธิออก กำลังกายประสาทสัมผัสด้วยวิธี Somporn Kantaradusadi Triamchatri technique 1 (SKT1) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถทำให้ค่า ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารเข้านลดลงอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง ของอัจฉรา แสนชัย ลินจง โปธิบาล และภาวดี นานาคิลป์ (2554) เรื่องผลของการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไท้ซึ่งต่อ ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ซึ่งทำในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับ บริการที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล นครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 60 ราย พบว่ากลุ่ม ทดลองที่ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวแบบไทยซึ่งมีระดับ ฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ปฏิบัติ สมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งกึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่าระดับฮีโมโกลบิน เอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังการ ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งมีค่าต่ำกว่าก่อนการ ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งกึ่งอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < 0.05$) และยังตรงกับ งานวิจัยเชิงกึ่ง ทดลองของดร. แมซึคาญจนา เตรียมธนาโชค (2555-2556) เรื่องการศึกษาการร้องในการอยู่กับปัจจุบัน ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลปักธงชัย จังหวัด นครราชสีมา โดยนำกลุ่มตัวอย่างไปเข้าค่าย 3 ครั้งแบ่ง เป็นค่ายที่ 1 เป็นค่ายพักแรม ค่ายที่ 2 และ 3 เป็นค่ายวันเดียว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Plasma Glucose : FPG) ลดลง มีเพียง 1 รายเท่านั้น

ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงในค่าที่ 1 และ 2 แต่ในค่าที่ 3 มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มขึ้นอย่างมากเนื่องจากเกิดภาวะ Beta cell failure ทั้งนี้แพทย์วิเคราะห์ว่าอาจเป็นผลจากกรรมพันธุ์จึงทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือด เปลี่ยนแปลงขึ้นลงอย่างรุนแรง (สรนิต ศิลธรรม และคณะ, 2557)

สรุป

หลักสำคัญในการควบคุมและจัดการอาการของโรคเบาหวาน ได้แก่ การปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด การดูแลแบบผสมผสาน จัดเป็นทางเลือกที่ดีในการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวาน เนื่องจากการดูแลที่ไม่กระทำรุนแรงต่อร่างกายสอดคล้องกับวัฒนธรรมและบริบทของชุมชน รูปแบบการดูแลผสมผสานมีหลายวิธีและสอดคล้องกับหัวใจหลักในการควบคุมและจัดการอาการของโรคเบาหวาน ได้แก่ ในด้านการรับประทานอาหาร ผู้เป็น

เบาหวานสามารถเลือกรับประทานอาหารเมดิเตอร์เรเนียน อาหารชีวจิตและอาหารมังสวิรัต ตลอดจนสมุนไพรที่ใช้ลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ชะพลู ตำลึง บอระเพ็ด ว่านหางจระเข้ มะระขี้นกและ อบเชย เพื่อควบคุมโรค ในด้านการออกกำลังกาย รูปแบบการดูแลผสมผสานที่ใช้ได้ผล ได้แก่ โยคะ ชี่กง ฤๅษีดัดตน ตลอดจนรูปแบบการออกกำลังกายที่ประยุกต์จากศิลปวัฒนธรรมในท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการออกกำลังกายอย่างยั่งยืนในชุมชน สำหรับด้านการจัดการความเครียดนั้น รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานมีหลายวิธีที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ สุนัขบำบัด การนวด การกดจุดและการทำสมาธิ ดังนั้น การดูแลแบบผสมผสานจึงเป็นทางเลือกของผู้เป็นเบาหวานที่ควรได้รับการส่งเสริม เนื่องจากเป็นวิธีการที่ประยุกต์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน อีกทั้งเป็นการส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาชาติในการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ บุญเสริม. (2553). การนวดผ่อนคลายเครียดด้วยลูกเทนนิส. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2557, จาก <http://www.skph.go.th/skph/images/คลังความรู้/งานวิจัยสุขภาพจิต/นวัตกรรมใหม่.pdf>.
- จุไรรัตน์ เกิดคอมแฝง. (2548). ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เซเว่นพรินติ้ง กรุ๊ป.
- ซินตา เตชะวิจิตรจารุ. (2557). การดูแลแบบผสมผสานของผู้เป็นเบาหวานในชุมชน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ดารานี พฤกษ์สรนันท์และคณะ. (2553). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดร่วมกับสุนัขบำบัด ต่อความวิตกกังวลก่อน และระหว่างผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก. โรงพยาบาลราชบุรี. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2557, จาก <http://www.cbh.moph.go.th/~nurse/nursechonburi/data/ดารานี.pdf>.
- นงนุช โอชะ. (2555). การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเบาหวาน โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. พิษณุโลก : ดาวเงินการพิมพ์.

- ทัศนีย์ ศรีญาณลักษณ์. (2554). การดูแลแบบผสมผสานตัวเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธานครินทร์.
เทพ หิมะทองคำและคณะ. (2552). ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร :
วิทย์พัฒนา.
- พิพัฒน์ รัชกิจเจริญ. (2551). 97 สมุนไพรใกล้ตัวเสริมสุขภาพและความงาม. กรุงเทพมหานคร :
พิมพ์ดีการพิมพ์.
- เพชรรุ่ง เดชบุญญจิตต์. (2554). การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน.
กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ.
- พนพัฒน์ ไตเจริญวานิช. (2551). การจัดบริการปฐมภูมิการดูแลโรคเบาหวานในพื้นที่พิเศษจังหวัด
ปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา สตูล. สงขลา : สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภาวนา กীরติยวงศ์. (2544). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล.
กรุงเทพมหานคร : บริษัทพี.เพรส จำกัด.
- มนทิพา ทรงพานิช. (2552). คู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบผสมผสานสำหรับประชาชน. นนทบุรี :
สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
- ไมตรี สุทธิจิตต์. (2554). อาหารมังสวิวัติและโรคเบาหวาน. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 กันยายน
2557, จาก <http://www.healthcarethai.com/> .
- ยมพร ตักदानุภาพ และคณะ. (2553). ผลของการรวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อระดับน้ำตาลในเลือดและ
อาการชาของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2557, จาก
<http://www.phhe.ph.mahidol.ac.th/journal/No114/4%20ยมพร.pdf>.
- เยาวรัตน์ ปราบรักษาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์. (2549). การสำรวจสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย
โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ.2546-2547. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2557,
จาก <http://kb.hsri.or.th/dspacedownloadpurpose?bitstreamUrl=bitstream%2Fhandle%2F11228%2F826%2FNHESIII.zip%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy>.
- รัชนิกร ราชวัฒน์. (2550). ผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยโยคะต่อความเครียดและระดับ
น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2557,
จาก http://www.202.28.199.3/tdc/browse.php?option=show&browse_type=titleid=212283&display=list_subject&q=%BC%D9%E9%BB%E8%C7%02.
- วรวรรณ จันทวีเมือง. (2554). การศึกษาการดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายใต้
บริบทของสังคม วัฒนธรรมท้องถิ่น. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2556, จาก
http://www.61.19.78.148/manage/ResearchDetail.php?Research_code=63.
- วรัญญภรณ์ คุณสมบัติ. (2544). ผลการฝึกสมาธิเนวพุทธและการล้มผ้าบำบัดต่อความเครียดของผู้ป่วย
เอ็ดส์ระยะสุดท้าย. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2557, จาก <http://www.thaisis.org/dctail.php?id:3097>.

- สถาบันและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). เอกสาร
ข้อมูล : สถานการณ์โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย.
กรุงเทพมหานคร : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554).
การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552.
กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข.
- สมาคมศิษย์ก่าพยาบาลรามาธิบดี กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวง
สาธารณสุข ชมรมพยาบาลการดูแลแบบผสมผสานและการบำบัดทางเลือกแห่งประเทศไทย.
(2553). ก้าวไปข้างหน้ากับการพยาบาลแบบผสมผสานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. หนังสือ
บทความทางวิชาการการประชุมเชิงปฏิบัติการ. กรุงเทพมหานคร. กระทรวงสาธารณสุข.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์และ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. (2554). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2554.
กรุงเทพมหานคร : ศรีเมืองการพิมพ์.
- สรนิต ศิลธรรมและคณะ. (2557). การแพทย์ผสมผสานและการสร้างเสริมสุขภาพหนังสือ
รวมบทความวิชาการ การประชุมวิชาการประจำปีศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่
2. นครปฐม : ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สารัช สุนทรโยธินและปฏิณัฐ บุรณทรัพย์ขจร. (2555). ตำราโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิริชัย อติศักดิ์วัฒนา. (2554). ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร : หจก.
บ้านหนังสือโกสินทร์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. (2556). [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่2
กรกฎาคม2557, จาก [http://www.thaincd.com/information.statistic/
noncommunicabledisease-data.php](http://www.thaincd.com/information.statistic/noncommunicabledisease-data.php).
- อัจฉรา แสนชัย ลินจง โปธิบาล และ ภารดี นานาคิลป์. (2553). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ
ด้วยสมากิเคลื่อนไหวซึ่งก่อดระดับน้ำตาลในเลือดและความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่
2. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 18 กรกฎาคม2557, จาก [http://www.digital_collect.lib.
buu.ac.th/dcms/files/50923811/Chapter2.pdf](http://www.digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/50923811/Chapter2.pdf).
- Joy. M. Black, Jane Hokanson Havres. (2009). *Clinical management of positive
outcomes*. 8thEdition. USA : Saunders, an imprint of Elsevier Inc.
- Smeltzer C. Suzanne, Bare. G. Brenda, Hinke h. Janica, Cheeven H. Kerry. (2008).
Textbook of Medical-Surgical Nursing. 7th Edition.USA : Lippincott
William&Wilkin.
- WDD 2013. (2013). *Protect our future*. [Online]. Retrieved on July 3, 2014, from
<http://www.idf.org/worlddiabetes day>.

Wilailuk Palakawong na Ayuthaya. (2555). "Effectiveness of aromatherapy massage on relaxation among patients in surgical intensive care unit of Bhumibol Adulyadej hospital, directorate of medical services". *Royal Thai Air Force Medical Gazette*. 58(2). 66-71.



แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
The Behavioral Modification Approach in a Risk Group
with Diabetes Mellitus and Hypertension.

สมศักดิ์ จันทนาภรณ์*
ดร. สุภารัตน์ ไชยเฉลิม**

บทคัดย่อ

แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมานักวิชาการทางสุขภาพเน้นการรณรงค์และจัดกิจกรรมพฤติกรรม 3 อ ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ หรือเรียกว่าเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) ตามแนวคิดของเพนเดอร์ แต่กลับพบว่าปัญหาสุขภาพในกลุ่มโรคเมตาบอลิกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุผลสำคัญที่ว่าพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ ที่พึงประสงค์ขาดความยั่งยืนและมีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบทสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นอิทธิพลภายนอกโดยที่บุคคลนั้นไม่สามารถควบคุมได้ แต่ตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมของเบนดูรา เชื่อว่าพฤติกรรมของคนจะปรับไปตามอิทธิพลทางจิตและสังคม ซึ่งเริ่มต้นด้วยการสร้างคุณลักษณะทางจิตให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) การควบคุมตนเอง (Self-control) และกำกับ

พฤติกรรมตนเอง (Self-regulation) โดยให้มีอิทธิพลเหนือปัจจัยภายนอกที่เป็นอุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จ ต้องอาศัยความเข้าใจและความร่วมมือของทั้งฝ่ายบุคลากรทางสุขภาพซึ่งเป็นผู้ให้บริการปรับพฤติกรรม และฝ่ายประชาชนกลุ่มเสี่ยงซึ่งเป็นผู้รับการปรับพฤติกรรม และสามารถตอบปัญหาการทำงานด้านปรับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้ 1) มีปัจจัยสำคัญอะไรที่ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประสบความสำเร็จ 2) ตัวแปรใดเป็นตัวสำคัญที่จะนำมาสู่การลดความอ้วนได้ 3) ค้นหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อเป็นต้นแบบให้กับรายบุคคลและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนได้นำไปใช้

* นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

** อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

Abstract

The health care personnel emphasis on the health behavioral modification campaign and define the activity by the name 3 behaviors, including diet, exercise and emotion that has always been known as a part of health promotion system, according of Pender Concept. The results found that health obstacles in the metabolic diseases have increased. The important reasons to believe in 3 desirable behaviors are unsustainable. Behavior Modification is influenced mainly by contextual social environment outside individual which is out of control. In contrasts to Bandura Concept, the human behaviors are influenced by psychological and social adaptation. The beginning of mental attributes of the person was strengthened with self-efficacy, self-control and

self-regulation. The influence of external factors acts as behavior barriers, which can't access the desirable target.

The success of health behavioral modification depends on the understanding and cooperation of the health staff who had responsibility in the health service and the risk group which is the recipient of the health behavior modification, including answering the question about health behavior as follow : 1) What are the key factors that lead to successful of behavioral modification 2) Which variables are important to bring to reduce obesity 3) Find out the guidelines for health behavior modification to be highly effective as a role model for individuals and organizations in both of public and private use.

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ใน พ.ศ. 2551 ประชากรกว่า 36 ล้านคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ ในจำนวนนี้ 9.10 ล้านคนอายุต่ำกว่า 60 ปี โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากอันดับแรก พบร้อยละ 48.00 รองลงมา คือมะเร็ง ร้อยละ 21.00 โรคเรื้อรังทางเดินหายใจ ร้อยละ 12.00 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 3.00 ตามลำดับ ส่วนภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อประมาณ 14.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22.00 ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สำนักระบาดวิทยา

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2546 เริ่มจากการเฝ้าระวังโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ โดยเป้าหมายหลักตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข 3 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด ต่อมาใน พ.ศ. 2549 ได้เพิ่มโรคในการเฝ้าระวังอีก 2 กลุ่มโรค คือ โรคหลอดเลือดสมองและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งโรคเหล่านี้ เป็นปัญหาสุขภาพลำดับต้นๆ ของประเทศและมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง (อมรา ทองหงส์, 2556 : 145)

ปัญหาสุขภาพของประชาชนในปัจจุบันอยู่ในความสนใจของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่องและมีทิศทางว่าจะเพิ่มขึ้นเพราะฐานความคิดหลักของสังคมเปลี่ยนไปจากเดิมที่เคยเชื่อว่า การพัฒนาทางเศรษฐกิจ

เป็นรากฐานของการพัฒนาในทุกด้าน มาเป็นการมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับทุนมนุษย์ โดยเฉพาะด้านการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้มีแนวโน้มนโยบายและงบประมาณด้านสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนมากขึ้น ทุกพื้นที่เร่งรัดรงค์โครงการลดอ้วนลดพุง แต่กลับพบว่าปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพด้าน 3 อ ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ในกลุ่มบุคคลช่วงอายุต่างๆ ยังมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2552 พบว่า กลุ่มเยาวชนและคนในวัยทำงานมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นจำนวนมาก เมื่อพิจารณาแยกในประเด็นการรับประทานอาหารเช้า พบว่า กลุ่มคนที่มีอายุช่วง 6 - 24 ปี รับประทานอาหารเช้าไขมันสูงมากถึงร้อยละ 20.00 รับประทานอาหารเช้าขนมกรุบกรอบที่ไม่มีสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายมากถึงร้อยละ 49.10 ดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำตาลและเครื่องดื่มที่มีรสหวานมากถึงร้อยละ 34.10 กลุ่มคนวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 25 - 59 ปี มักทำงานกลับบ้านดึกจึงรับประทานอาหารเช้ามากกว่า 3 มื้อ รับประทานแบบเร่งรีบและมื้อเย็นใกล้เวลานอน ซึ่งถือว่าไม่ถูกหลักโภชนาการมากถึงร้อยละ 8.40 ส่วนชนิดของอาหารมักนิยมรับประทานอาหารเช้าที่ปรุงด้วยน้ำมัน เช่น ผัด ทอดซึ่งเป็นกลุ่มอาหารที่เพิ่มปริมาณไขมันให้กับร่างกายมากถึงร้อยละ 48.50 นิยมรับประทานอาหารจานด่วนตามแบบตะวันตก หรือ Fast food มากถึงร้อยละ 85.80 จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ คนไทยกินน้ำตาลเฉลี่ย 16 ช้อนชาต่อวัน ในขณะที่โดยค่าเฉลี่ยทั่วโลกอยู่ที่ 11 ช้อนชาต่อวัน และคนไทยนิยมกินอาหารนอกบ้านโดยเฉลี่ย 13 มื้อต่อสัปดาห์ ซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นอกจากนี้ผลการสำรวจของ National health examination survey (การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ) ใน พ.ศ.2534 พ.ศ.2539 และ พ.ศ.2547 พบว่า คนไทยมีความเสี่ยงต่อโรคอ้วน

เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.00 เป็น 25.00 และ 34.00 ตามลำดับจึงทำให้ประชากรไทยในปัจจุบัน 12 ล้านคนหรือ 1 ใน 6 กลายเป็นโรคอ้วน นอกจากนี้พฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ของประชาชนพบว่า ประชาชนที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่มากถึง 10.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.20 ของประชาชนทั่วประเทศ และพฤติกรรมการออกกำลังกายในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ประชาชนที่มีอายุ 15 - 24 ปี ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 29.30 ซึ่งนับว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมด ทำให้ขาดความตระหนักเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย และยังมีความรู้สึกว่าการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมเฉพาะกลุ่มนักกีฬาและเยาวชนเพียงเท่านั้น เมื่อพิจารณาถึงปัญหาสถานการณ์โรคภัยต่างๆ ที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มบุคคลวัยต่างๆ พบว่าผลกระทบด้านสุขภาพที่มีสาเหตุหลักมาจากภาวะอ้วนมากที่สุด และเมื่อมองในประเด็นของโรคความดันโลหิตสูงพบว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ซึ่งคนที่มีความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้นทุก 10 มิลลิเมตรปรอท จะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 40.00 ส่วนคนในเมืองมีโอกาสที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่อยู่ในชนบท และพบว่าในกลุ่มคนโรคอ้วนมีความดันโลหิตสูงมากถึงร้อยละ 78.60 ที่ยังไม่ได้รับการตรวจรักษาและดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานยังพบมากในกลุ่มคนไทยทำให้แต่ละปีประเทศต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากสถิติในช่วงตั้งแต่ พ.ศ. 2538 จนถึง พ.ศ. 2551 พบว่า อัตราการตายโรคเบาหวานสูงขึ้นตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2551 พบอัตราการตายโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 12.30 ซึ่งนับได้ว่าอยู่ในอัตราส่วนที่ค่อนข้างสูง และสาเหตุสำคัญของเบาหวานชนิดที่ 2 มาจากโรคอ้วนในเด็ก (ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2551)

จากรายงานทางสุขภาพในรอบสิบปีที่ผ่านมาคนไทยมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารไม่ถูกต้องและออกกำลังกายน้อยลง อัตราคนเป็นโรคอ้วนมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น ที่สำคัญคือคนส่วนใหญ่ไม่ทราบตัวตนเองมีอาการของโรคเหล่านี้ หลายประเทศจึงตื่นตัวต่อการรับมืออย่างเร่งด่วน ให้เรื่องของสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด โดยต้องกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะมิใช่จำกัดอยู่แค่เป็นภาระของรัฐ หรือกระทรวงสาธารณสุขอีกต่อไป ทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ เอกชน นักวิชาการ และประชาชนร่วมเรียนรู้และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และสิ่งสำคัญที่สุดคือ การปลูกฝังมุมมองให้รับรู้ร่วมกันว่า “สุขภาพ” ไม่ใช่แค่เรื่องของความเจ็บป่วยทั้งของตนเอง และคนรอบตัวสุขภาพที่ดี จะต้องสร้างความสุขเชื่อมโยงถึงกัน คือ การช่วยเหลือเกื้อกูล และพึ่งพาอาศัยแบบองค์รวมของทุกคนในสังคม (อำพล จินดาวัฒนะ, 2551) ดังนั้นคนไทยต้องปฏิวัติ วิธีคิดและความเชื่อใหม่ว่า “สุขภาพคือ เรื่องของคนทุกคนไม่ใช่เพียงเรื่องของบุคลากรทางการแพทย์ หรือการเจ็บไข้ได้ป่วยตามความเข้าใจเดิมๆ แต่เป็นเรื่องของทุกคนที่ช่วยกันสร้างความเข้าใจและการปฏิบัติที่ถูกต้องด้วย “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” ซึ่งเป็นการปรับวิถีชีวิตด้านสุขภาพด้วยตนเองนั่นเอง ทั้งนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นเป็นการประยุกต์แนวคิดหลักการแห่งพฤติกรรมทางจิตวิทยาและหลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมเป็นรายบุคคล โดยเน้นที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ หรือวัดได้เป็นสำคัญ สุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง (Self-efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation) และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) อังคินันท์ อินทรกำแหงได้นำเสนอแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ด้วยหลัก PROMISE เพื่อเป็นแนวทางสำหรับใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้บุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ และได้แนะนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการสร้างชุดกิจกรรม

และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย

- 1) P : Positive reinforcement คือ หลักการเสริมแรงทางบวกให้แก่ผู้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ
- 2) R : Result base management คือ หลักการบริหารจัดการของผู้จัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของงาน
- 3) O : Optimism คือ ผู้จัดกิจกรรมและผู้รับการปรับพฤติกรรมมีมุมมองโลกในแง่ดี
- 4) M : Motivation คือ ผู้จัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้รับการปรับพฤติกรรมให้เริ่มต้นและดำเนินการต่อเนื่อง
- 5) I : Individual or Client center คือ ผู้จัดกิจกรรมต้องจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหลัก และ
- 6) Se : Self- esteems คือ หลักการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองให้ผู้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2552)

ในที่นี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นหมายถึง การประยุกต์หลักการเรียนรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรม โดยเน้นที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ หรือวัดได้เป็นสำคัญ โดยเน้นพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self หรือ 3 ด้านคือการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง (Self-efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation) และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care)

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนใหญ่เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีด้านสุขภาพแบบทฤษฎีเดียว เช่น ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) (Becker & Maiman, 1975) แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเองด้านสุขภาพ (Rotter, 1966) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) (Caplan, Robinson, & French, 1976) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior)

(Ajzen, 1991, 2002) ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender's health promotion model) (Pender, 2006) เป็นต้น

ผลวิจัยของ อริยา ทองกร (2550) ที่ได้สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากงานวิจัย 132 เรื่อง โดยวิเคราะห์อภิธานพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงาน รองลงมาเป็นผู้ป่วย นักเรียนนักศึกษาและผู้สูงอายุ ตามลำดับ ส่วนทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพที่นิยมใช้กันมากคือ Pender's health promotion model คิดเป็นร้อยละ 72.72 รองลงมาเป็นแนวคิด PRECEED-PROCEED Model คิดเป็นร้อยละ 27.27

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006 : 1 - 12) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดรู้อันประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา สังคม นอกจากนี้ การพัฒนาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่างๆ ที่เกิดจากการทดสอบแบบจำลองโดยการศึกษาดูตัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อยๆ ในแบบจำลองซึ่งได้ปรับปรุงใน ค.ศ. 2006 สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยและต่างประเทศ

จากสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปมากจึงเป็นตัวกำหนดให้สุขภาพมีการแปรเปลี่ยนสลับซับซ้อนมากขึ้น คณะนักวิชาการที่สนใจงานส่งเสริมสุขภาพ ได้ศึกษาค้นคว้าหาวิธีและรูปแบบใหม่ๆ มาจัดการกับตัวกำหนดต่างๆ เพื่อให้สุขภาพ

ดีให้นานที่สุดในชีวิตจนองค์การอนามัยโลกยอมรับแนวคิด และร่วมกันจัดการประชุมนานาชาติครั้งแรกที่ประเทศแคนาดา มีผู้เข้าร่วมประชุมจาก 38 ประเทศ ได้ประกาศ "กฎบัตรรออตตาวา" ให้ถือว่า เป็นคัมภีร์ของการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2529 และให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสภาวะอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคล จะต้องสามารถบ่งบอก และสามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงมีให้อยู่ในความรับผิดชอบของภาคสุขภาพ (Health sector) เท่านั้นและกฎบัตรรออตตาวา ได้สรุปให้มีกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการคือ 1) การให้การศึกษา และข้อมูลข่าวสารทางสาธารณสุข 2) การชี้แนะ (Advocate) ให้ปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมสิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และชีววิทยา ให้เป็นผลดี โดยการชี้แนะเพื่อสุขภาพ 3) การตลาดสังคม (Social marketing) นำหลักวิชาการตลาด มาประยุกต์ใช้ 4) การทำให้มีความสามารถ (Enable) ให้ประชาชนทั้งหมด มีความสามารถใช้ศักยภาพทางสุขภาพ (Health potential) ของตนเอง จนกว่าประชาชนจะสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ที่กำหนดสุขภาพของตนเองได้ 5) การไกล่เกลี่ย (Mediate) สิ่งที่ได้มาเพื่อสุขภาพที่ดี มิได้เกิดจากภาคสุขภาพแต่ฝ่ายเดียวเสมอไป แต่เกิดจากความต้องการของประชาชน ในฐานะปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน นักวิชาชีพ กลุ่มสังคม และบุคลากรทางสุขภาพ มีความรับผิดชอบสำคัญ ในการไกล่เกลี่ยระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ในสังคม เพื่อผลดีต่อสุขภาพ (हतัย ชิตานนท์, 2541) ต่อมาการประชุมนานาชาติอีกในหัวข้อเกี่ยวกับ "นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ" อีกหลายครั้ง พบว่า เป็นความล้มเหลวของหลายประเทศ ที่ประชาชนมีศักยภาพในการควบคุมตัว

กำหนดสุขภาพตนเองได้น้อยลง ภาครัฐจะสูญเสียอำนาจ เกียรติภูมิ และทรัพยากร โดยมีองค์กรเอกชน องค์กรไม่หวังผลกำไรภาคชุมชน เข้ามามีบทบาทมากขึ้น ดังนั้น งานส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่จึงเป็นงานที่สำคัญ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทยกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในศตวรรษหน้า ซึ่งจำเป็นต้องมี “ผู้เล่น” ใหม่ที่สำคัญคือ ภาคประชาชน และการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยกลยุทธ์ใหม่และวิธีการใหม่ จะต้องร่วมมือร่วมใจกัน เพื่อให้เกิดพลังอันเข้มแข็ง ในงานส่งเสริมสุขภาพของประชาชน

แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองหรือบุคคลอื่นเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก การสร้างสุขภาพที่ดีอย่างแท้จริงนั้นจำเป็นต้องอาศัยกลยุทธ์ แนวคิดทฤษฎีด้านพฤติกรรม และมีการประยุกต์ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อใช้องค์ความรู้จากทฤษฎีเป็นแนวทางปรับเปลี่ยนแปลงเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหาทางพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดแนวคิดเชิงระบบ โดยแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการประยุกต์แนวคิดทางจิตวิทยาตามทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change theory) และการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) เข้าไว้ด้วยกัน ทั้งนี้แนวคิดทางจิตวิทยาการปรับพฤติกรรมนั้นมีมิคูลัส (Mikulas, 1978:9-12) ได้กำหนดคุณสมบัติของกระบวนการปรับพฤติกรรมไว้ 5 ประการ ได้แก่ 1.) การปรับพฤติกรรมไม่เน้นที่อดีต (Ahistorical) แต่จะให้ความสนใจพฤติกรรมของบุคคล ณ ที่นี้และขณะนี้ (Here and now) เป็นสำคัญ คือ สนใจว่าปัจจัยใดในขณะนั้นก่อให้เกิดและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในปัจจุบัน แต่ข้อมูลในอดีตจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับพฤติกรรม 2.) การปรับพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงการตีตราเพราะจะเป็นการทำลายบุคคล เช่น คนที่ถูกตีตราว่าเป็นคนอ้วนแล้วพฤติกรรมของเขาอาจเปลี่ยนแปลงไปอ้วนขึ้นก็ได้ 3.) การปรับพฤติกรรม

เป็นเรื่องเข้าใจได้สามารถอธิบายให้ผู้รับการปรับพฤติกรรมเข้าใจได้ง่ายโดยการให้เหตุผลและทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องได้ จะทำให้ได้รับความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องเหล่านั้นเป็นอย่างดี 4.) ความสัมพันธ์ระหว่างนักปรับพฤติกรรมกับผู้รับการปรับพฤติกรรมไม่จำเป็นต้องเป็นความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัวหรือเป็นรายบุคคล การปรับพฤติกรรมสามารถฝึกใครก็ตามเช่น ครู ผู้ปกครอง บุคลากร นิสิตนักศึกษาหรือผู้เกี่ยวข้องอื่นใด ให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความคิดเชิงบวกที่ต้องการพัฒนาและสามารถใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมไปปรับตนเองและผู้อื่นก็ได้ การปรับพฤติกรรมบางอย่างสามารถกระทำเป็นกลุ่มพร้อมกันได้ 5.) ในการปรับพฤติกรรมสามารถฝึกบุคคลให้ปรับพฤติกรรมของตนเองได้ เทคนิคที่ใช้ส่วนใหญ่ได้แก่ เทคนิคการควบคุมตนเอง (Self-control) การกำกับตนเอง (Self-regulation) ซึ่งเป็นวิธีการปรับพฤติกรรมที่ฝึกให้บุคคลกระทำการปรับพฤติกรรมตนเองได้ด้วยตัวเอง เป็นเทคนิคที่ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย แต่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก บุคคลสามารถเรียนรู้ ทักษะการควบคุมตนเองจากแหล่งต่างๆ ได้ เช่น จากผู้ใกล้ชิดจากนิตยสาร จากตำรา จากคลินิก จากโทรทัศน์ หรือจากการให้คำปรึกษาและการฝึก เป็นต้น

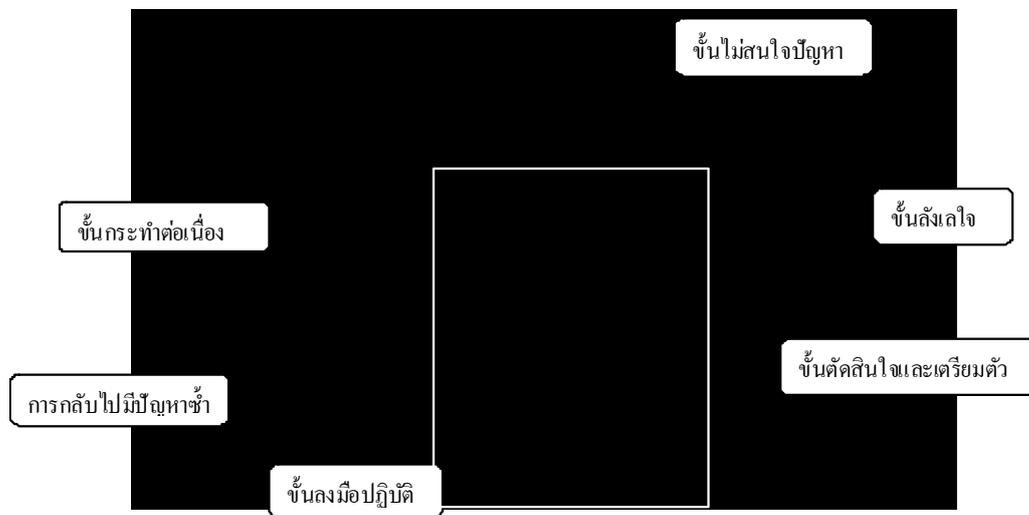
ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

โปรชาสกาและดิก्लीเมนเท่ (Prochaska & Diclemente, 1983) ได้พัฒนาทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model : TTM) ตั้งแต่ ค.ศ.1983 โดยมีโครงสร้างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็นหัวใจหลักในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องไม่ใช่เป็นเพียงเหตุการณ์หนึ่งๆ เท่านั้น ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากขั้นที่ไม่สนใจปัญหาไปจนถึงขั้นลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่ (ดาร์นี สืบจากดี, 2551)

การเปลี่ยนแปลงแบบนี้ Prochaska & Diclemente เรียกว่า ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stages of change)

เริ่มต้นจาก โปรชากาและ ดิคลีเมนเต ได้ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการศึกษาผู้ป่วยติดบุหรี่ และได้มีการประยุกต์ทฤษฎีดังกล่าวเพื่อให้คำปรึกษาแนะแนวเพื่อการเลิกบุหรี่

ซึ่งได้ผลสำเร็จเป็นอย่างดี ต่อมานักวิจัยจึงได้นำทฤษฎี Stage of change ไปประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมที่มีปัญหาอื่นๆ เช่น การติดแอลกอฮอล์ เป็นต้น หรือแม้แต่การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การฝึกสติ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นต้น (Horneffer-Ginter, 2008: 352)



รูปภาพแสดง Stages of change model by prochaska @ DiClemente

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ นับเป็นโครงสร้างหนึ่งของรูปแบบ ทรานส์ทีโอเรทิคอล (Transtheoretical model: TTM) ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้างที่สำคัญ 5 ประการ คือขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Processes of change) การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรม (Decision balance) ความมั่นใจในความสามารถของตัวเอง (Self-efficacy) และระดับความเคยชิน/ลึกลับใจ (Habit strength/temptation) (กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล, 2549: 24-26) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation)

เป็นขั้นที่บุคคลไม่รับรู้ไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน 2) ขั้นลังเลใจ (Contemplation) เป็นขั้นที่บุคคลมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้นี้ มีความตระหนักถึงข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่ก็ยังคงกังวลกับข้อเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเช่นกัน จึงยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงในทันที 3) ขั้นตัดสินใจเตรียมตัว (Preparation) เป็นขั้นที่บุคคลตั้งใจว่าจะลงมือปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเร็วๆ นี้ (ภายใน 1 เดือน) บางคนอาจวางแผนว่าจะทำอะไรบ้าง 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นที่บุคคลลงมือปฏิบัติ หรือกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกตามที่ได้อ้าง

เป้าหมายไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 4 - 6 เดือน 5) **ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance)** เป็นขั้นที่บุคคลกระทำพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องนานเกินกว่า 6 เดือน และมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ต่อไปเพิ่มขึ้น ระยะนี้ถือว่าเป็นการสร้างความมั่นคงของพฤติกรรม จนกลายเป็นนิสัยใหม่ และ 6) **การกลับไปมีปัญหาซ้ำ (Relapse)** การที่บุคคลนั้นถอยกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงอีก เป็นการปล่อยให้ตนเองมีภาวะอารมณ์จิตใจที่แปรปรวนโดยปกติ คนทั่วไปไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้อยู่ในระดับ Maintenance ได้สำเร็จตั้งแต่ครั้งแรกที่เริ่มลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่นการเลิกสูบบุหรี่มักต้องอาศัยความพยายามมากกว่า 3-4 ครั้งขึ้นไป กว่าจะสามารถเลิกบุหรี่ได้เด็ดขาดนานกว่า 6 เดือน แต่พบว่าส่วนมากร้อยละ 85 มักไม่มีการถอยกลับไปอยู่ในระดับไม่สนใจปัญหา และส่วนใหญ่ของการถอยกลับของระดับขั้น มักทำให้ผู้ปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ข้อคิดในการวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จในครั้งต่อไป (กนิษฐาพันธ์ศรีนิรมล, 2549)

การเสริมพลังอำนาจ

การกระตุ้นเร้าให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักในศักยภาพที่ตนมี และดึงศักยภาพนั้นออกมาใช้อย่างเต็มที่และเต็มใจ เพื่อปรับปรุงพัฒนาวิถีชีวิตวิธีการทำงาน ให้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งผลสำเร็จที่เกิดขึ้นนี้ จะมีความต่อเนื่องและยั่งยืน จำเป็นต้องมีการเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพให้เกิดขึ้น ซึ่ง สุรเกียรติ อาชานานภาพ ได้ให้ความหมาย การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ว่าหมายถึง การทำให้บุคคลที่ปฏิบัติงาน เกิดแรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) รวมทั้ง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่ามี การรับรู้ความสามารถของตนเองเพียงพอ (Self-efficacy) ที่จะทำงานนั้นจึงจะประสบความสำเร็จ การเสริมพลังอำนาจในชุมชน จึงเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคล โดยผู้นำหรือชุมชนจะถ่ายทอดอำนาจ ให้อิสระใน

การตัดสินใจและจัดหาทรัพยากรในการปฏิบัติงานให้ผูปฏิบัติ รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสามารถในการทำงานและแก้ปัญหาต่างๆ ใต้บรรลุผลสำเร็จของตนเองและชุมชน มีความสำคัญต่อองค์กรทั้งในระดับบุคคลผู้ปฏิบัติ ผู้นำ และสำหรับในระดับองค์กร ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในองค์กรคือระบบโครงสร้าง วัฒนธรรมในองค์กร ผู้บริหาร องค์กรบุคลากร ความสัมพันธ์ของคนในองค์กรและลักษณะงาน และในเชิงจิตวิทยา

การเสริมพลังอำนาจมีประโยชน์มากต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและสร้างพลังในการต่อสู้กับโรค และการเสริมพลังอำนาจในชุมชนเป็นการสร้างเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการรวมกลุ่มของผู้ที่มีปัญหาเหมือนกัน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ให้กำลังใจ ร่วมตัดสินใจหรือดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา จะทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันแก้ปัญหา และการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคคล จะทำให้เกิดการยอมรับและความรู้สึกที่ดีต่อกัน ซึ่งเป็นพลังมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติด้วยความตั้งใจอย่างสม่ำเสมอ จนกลายเป็นวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน และส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง

สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ความหมายของสัมพันธภาพ นักวิชาการให้ความหมายของสัมพันธภาพ (Relationship) แตกต่างกัน ความหมายพื้นฐานที่ให้ไว้โดยราชบัณฑิตยสถาน ให้ความหมายไว้ว่า สัมพันธภาพหมายถึงความผูกพัน ความเกี่ยวข้อง จากแนวคิดของซิคเกอร์ริง ที่เชื่อว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นเรื่องของความอดทนที่จะอยู่ร่วมกัน มนุษย์จะต้องรู้จักอดทนที่จะเก็บสัจชาติญาณในการต่อสู้ ต้านรนเพื่อเอาตัวรอดไว้ภายใต้จิตใจ โดยการหันมาให้ความช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลอื่นเพื่อเปลี่ยนแปลงรูปแบบการพึ่งพาจากการพึ่งพาแต่ตนเอง เป็นการพึ่งพาซึ่งกันและ

กัน การอดทนที่จะอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นนั้นเป็นความสามารถที่จะยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลได้มากขึ้น จนกระทั่งก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกันและกัน (ฟิลิทธิ ปทุมบาล, 2532) อธิบายถึงสัมพันธ์ภาพว่า เป็นลักษณะของความเกี่ยวข้องกันระหว่างบุคคล รวมทั้งความสัมพันธ์ทางสังคม อันจะนำมาซึ่งการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมต่อความคาดหวัง ความสัมพันธ์ทางอารมณ์ และการปรับตัวทางสังคม ทั้งนี้ต้องเคารพในสิทธิของบุคคลอื่นด้วย

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพ

จากการศึกษางานวิจัยที่ใช้ตัวแปรสัมพันธ์ภาพ (Relationship) ในระดับต่างๆ ไม่ว่าจะ เป็นในครอบครัวในกลุ่มเพื่อน และในกลุ่มผู้ร่วมงานพบว่า จะใช้ทฤษฎีสามมิติของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (FIRO: A Three Dimensional Theory of Interpersonal Behavior) (Schutz, 1958) ใช้อธิบายถึงพื้นฐานของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ซึ่งทฤษฎีนี้ได้อธิบายว่า ความต้องการของบุคคลในด้านความรู้สึกและการแสดงออกเชิงพฤติกรรมเป็นสิ่งที่สามารถอธิบายการแสดงออกของบุคคลได้ ในการเข้ากลุ่มของบุคคลเป็นเพราะแรงขับของ 3 เหตุผล วิลเลียม ชูทซ์ ได้แบ่งมิติของการเข้าไปมีความสัมพันธ์กับกลุ่มของบุคคลไว้ 3 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 การเข้ากลุ่ม (Inclusion) บุคคลในมิตินี้จะมีลักษณะชอบเข้ากลุ่ม ชอบไปงานเลี้ยงต่างๆ และชอบทำสิ่งต่างๆ ที่เป็นการเริ่มต้น เช่น การเริ่มสนทนากับคนแปลกหน้าก่อนร่วมชุมนุม ในกิจกรรมทางการเมือง ร่วมสังสรรค์ ในขณะที่บุคคลที่มีลักษณะตรงข้ามในมิตินี้ชอบที่จะอยู่คนเดียว มีความเป็นตัวของตัวเองสูง ไม่ต้องการที่จะเริ่มสนทนากับบุคคลอื่นก่อนและหลีกเลี่ยงงานต่างๆ ซึ่งความแตกต่างในมิตินี้ มีตั้งแต่ระดับ Over Social (มีความทุกข์เมื่ออยู่ลำพัง) ไปจนถึง Under Social (มีความทุกข์เมื่อมีคนอื่นปรากฏอยู่) มิติที่ 2 การควบคุม (Control) ลักษณะของบุคคลที่อยู่ในมิตินี้จะชอบการมีอำนาจควบคุม และอิทธิพล มีความสุขที่ได้รับมอบหมายให้ทำการดูแลผู้อื่นชอบที่จะเป็น

นายสั่ง หรือเป็นผู้ทำหน้าที่การตัดสินใจของกลุ่ม ในขณะที่บุคคลที่มีลักษณะตรงข้ามในมิตินี้จะไม่ชอบการควบคุมผู้อื่นหรือมีสภาพที่มีอำนาจอยู่เหนือผู้อื่น พอใจที่จะไม่ออกคำสั่งให้ใครทำอะไรตามคำสั่งของตน และพยายามทำทุกอย่างเพื่อค้นหาสภาพที่ไม่มี การบังคับ และรับผิดชอบใดๆ ดังนั้น บุคคลในมิตินี้มีตั้งแต่ระดับ Autocratic (รู้สึกทุกข์เมื่อไม่ได้ควบคุมผู้อื่น) ถึงระดับ Abdicates (รู้สึกเป็นทุกข์เมื่อต้องรับผิดชอบหรือควบคุมผู้อื่น) มิติที่ 3 รักใคร่ ผูกพัน (Affection) ลักษณะของบุคคลที่อยู่ในมิตินี้จะชอบการใกล้ชิดสนิทสนมกับบุคคลอื่นๆ แต่ไม่ต้องการเป็นฝ่ายเริ่มก่อน ในมิตินี้จึงเปลี่ยนมาใช้คำว่า Openness แทน ซึ่งคนที่อยู่ในมิตินี้จะมี ความพึงพอใจเมื่อได้รับความสัมพันธ์จากผู้อื่น ชอบที่จะมีคนมาทำความสนิทสนม คั่นเคียดด้วย ซึ่งคนที่ มีลักษณะตรงข้ามจะมีลักษณะของการหลีกเลี่ยงจากการเปิดเผยกับบุคคลอื่นๆ ก่อนข้างที่จะรักษาสัมพันธ์ภาพในระดับที่คุ้นเคยมากกว่า การสนิทสนม

บทสรุป

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในอดีตมุ่งเน้นในเรื่องการจัดกิจกรรมด้านพฤติกรรม แต่กลับพบว่าปัญหาสุขภาพในกลุ่มโรคเมตาบอลิกกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ ที่พึงประสงค์นั้นขาดความยั่งยืน ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบทสังคมสิ่งแวดล้อม โดยที่ไม่สามารถควบคุมได้ แต่ตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเบนดูรา เชื่อว่าพฤติกรรมของคนจะปรับเปลี่ยนไปตามอิทธิพลทางจิตและสังคม โดยเริ่มต้นด้วยการสร้างคุณลักษณะทางจิตของบุคคลให้มีความเข้มแข็ง ให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) และควบคุม (Self-control) กำกับ (Self-regulation) พฤติกรรมตนเองได้ ดังนั้นความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงขึ้นอยู่กับความเข้าใจและความร่วมมือของทั้งฝ่ายบุคลากรทางสุขภาพและฝ่ายประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยได้อธิบายสาเหตุการเกิดพฤติกรรมของบุคคลมาจาก 2 ประการ

คือ ตัวแปรทางจิต(พฤติกรรมภายใน เช่น อารมณ์ และเชาว์สุภาพ) และทางสังคม เช่น การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม สัมพันธภาพ ฯลฯ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง มีทฤษฎีที่นำมาใช้มากมายหลายทฤษฎี อาทิ เช่น ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกด้านสุขภาพ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน และทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ จนมีการคิดค้นหาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์แนวคิดทางจิตวิทยาตามทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเสริมพลัง

อำนาจ และการสร้างสัมพันธภาพเข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งการใช้ทฤษฎีด้านสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงระยะของความพร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคลซึ่งมีไม่เท่ากัน และต้องอาศัยแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เหมือนกัน บางคนอาจยังไม่สนใจปัญหาไม่เห็นความสำคัญที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง หรือบางคนสนใจแต่ยังลังเลใจอยู่ หรือบางคนอาจเริ่มเปลี่ยนแปลงแล้ว แต่ยังต้องการกำลังใจและแรงจูงใจภายนอกอยู่ มีฉะนั้นอาจจะยกเลิกไม่ทำพฤติกรรมนั้น ดังนั้นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีประสิทธิภาพ จึงมีประโยชน์และสามารถเป็นต้นแบบเพื่อนำไปใช้กับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนต่อไป

บรรณานุกรม

- กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล. (2549). ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การประยุกต์ใช้รูปแบบทราเนอโรเทคิเคิล. วิทยานิพนธ์ เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย. (2545). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพมหานคร. ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ดาร์นี สืบจากดี. (2551). *Stage of change* ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2551, จาก http://203.155.220.217/doh/deptd/Article/article_07.doc.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2541). รูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism Model) เพื่อการวิจัย สาเหตุของพฤติกรรม และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. วารสารทันตภิบาล. 10(2) : 105-108.
- พิสิทธิ์ ปทุมบาล. (2532). ผลของการการเข้ากลุ่มแบบ *Sensitiviti Training* ต่อการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพมหานคร. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. เอกสารอัดสำเนา.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์. (2551). การสุ่มสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย. กรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2551, จาก http://www.cps.chula.ac.th/html_th/pop_ase/pop_health/pop_health_053.html.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (Theories and Techniques in Behavior modification)*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2543). *สถานการณ์สุขภาพคนไทย การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543*. กรุงเทพมหานคร. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2547). *สถานการณ์สุขภาพคนไทย*. กรุงเทพมหานคร. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ 2551. "สุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ" *การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิดหลัก การและบทเรียนของไทย*. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน กรุงเทพฯ.
- ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2551). *อันดับโรคและภาวะโรค*. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2551. จาก http://www.thaincdinfo.com/index.php?option=com_content&task=view&id=30&Itemid=36.
- หทัย ชิตานนท์. (2541). *บรรยายเป็นปาฐกถา นำ ในการประชุมวิชาการประจำปีของทันตแพทยสมาคม ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ 17 กรกฎาคม 2541*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2551. จาก http://www.healthythaichn.com/product_646643_th.
- อมรา ทองหงษ์ กมลชนก เทพลีลา และ ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์. (2556). *รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2554*. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2556; 44: 145-152.
- อริยา ทองกร. (2550). *การศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการสังเคราะห์งานวิจัย โดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ*. ปริญญาานิพนธ์. วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพมหานคร. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2551). *ปฏิวัติมุมมองสุขภาพสู่สภาวะสังคมที่ดีกว่า*. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2551. จาก <http://www.naewna.com/news.asp?ID =86119>.
- อำพล จินดาวัฒน์, สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล. (2550) *การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.
- อริยา ทองกร. (2550). *การศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการสังเคราะห์งานวิจัย โดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ*. ปริญญาานิพนธ์. วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพมหานคร. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2551). *ปฏิวัติมุมมองสุขภาพสู่สภาวะสังคมที่ดีกว่า*. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2551. จาก <http://www.naewna.com/news.asp?ID =86119>.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2550). *การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและดัชนีวัดภาวะวิกฤตชีวิตสตรีไทย สมรสวัยกลางคนที่ทำงานนอกร้านในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*. 12(1) : 49-71.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง ทศนา ทองภักดี และ วรสรณ์ เนตรทิพย์. (2553). *ผลการจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร*. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*. 16(2) : 96-112.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2552). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE*. กรุงเทพมหานคร. สุขุมวิทการพิมพ์.
- Ajzen, Icek. (1991). *The Theory of Planned Behavior, Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

- Ajzen, Icek. (2002). *Constructing a TpB questionnaire: Conceptual and methodological considerations*. Retrieved June 11, 2009 from <http://www.unix.oit.umass.edu/izen/tpbrefs.html>.
- Arnold, B. H., & Feldman, D.C. (1980). *Organization behavior*. New York. McGraw - Hill.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social of cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Becker, M.H. & Maiman, LA. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations, *Medical Care*, 13(1),10-24.
- Caplan, R.D. & French. (1976). *Adhering to medical regimens : Pilot experiment in patient education and social support*. An arbores : University of Michigan health medical care recommendation. *Medical Care*, 13(1),1-12.
- Donnellon, A. (2006). *Leading teams*. Boston: Harvard Business School Press.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
- Horneffer-Ginter, K. (2008). Stage of change and possible selves : 2 Tools for promoting college health. *Journal of American College Health*, 56(4), 351-358.
- Kelly, C.W. (2008). Commitment to health theory. *Research and theory for nursing practice : An International Journal*, 22(2), 148-160.
- Mayer, J.D. & Salovey, P.(1997). "What is emotional intelligence" In P.Salovey & D.J.Sluyter(eds.), *Emotional Development and emotional intelligence*. New York :Basic Books.
- Mikulas, W. (1978). *Behavior modification*. New York : Harper& Row.
- Pender, N.J. (2006). *Health promotion in nursing practice*. 5th (ed). New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. 4th (ed). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Powers, B. A. (1988). Social network, social support, and elderly institution people. *advances in Nursing Science*, 10(2), 40-58.
- Prochaska, James O. & DiClemente, Carlo. (1983). Stages and processes of self change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monograph: General and Applied*, 80(1), 1-28.
- Schutz, W.C. (1958). *FIRO : A three dimensional theory of interpersonal behavior*. New York, Holt, Rinehart, & Winston.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์
ที่มาฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลกระทู้มแบน จังหวัดสมุทรสาคร
**Delayed Factors of Pregnant Women in Making Use
of Antenatal Care Services at Kratumbaen Hospital
in Samut Sakhon Province**

เกษรวิ ละเอียดสกุล*

บทคัดย่อ

การฝากครรภ์เร็วภายใน 12 สัปดาห์เป็นข้อแนะนำสากลทั่วโลก หากมาฝากครรภ์ล่าช้าทำให้มีโอกาสมพบภาวะแทรกซ้อนและเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ทั้งต่อมารดาและทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กซึ่งเป็นหัวใจของความสำเร็จในการพัฒนาประเทศ การมาฝากครรภ์ล่าช้านี้พบว่ายังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของอำเภอกระทู้มแบน จังหวัดสมุทรสาครมาอย่างต่อเนื่อง การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลกระทู้มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ อายุ การศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ เจตคติต่อการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว ความสม่ำเสมอของการมีประจำเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิประโยชน์ในการฝากครรภ์ตามบัตรสุขภาพ ระยะเวลาที่ใช้ในการมาฝากครรภ์ ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ

อุปสรรคจากการทำงาน การย้ายที่อยู่ และแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เริ่มมาฝากครรภ์ ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2556 จำนวน 202 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ และ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวเท่ากับ 0.70, 0.73 และ 0.78 ตามลำดับ ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์อย่างเคร่งครัด การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบไค-สแควร์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการมาฝากครรภ์ล่าช้าร้อยละ 66.30 ส่วนใหญ่ร้อยละ 28.70 มีอายุครรภ์อยู่ในช่วงมากกว่า 12-18 สัปดาห์ อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 24.26 ปี อายุน้อยที่สุด 12 ปี และอายุมากที่สุด 42 ปี เหตุผลของการมาฝากครรภ์ล่าช้า เนื่องจากความไม่พร้อมของเงินค่าใช้จ่าย ติดธุระ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) โรงพยาบาลกระทู้มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

ไม่มีเวลา ไม่มั่นใจว่าตั้งครรภ์และปิดบังผู้ปกครองตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ อายุ การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ จำนวนครั้งที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว เจตคติต่อการตั้งครรภ์ระยะเวลาในการมาฝากครรภ์ ค่าใช้จ่ายในการมาฝากครรภ์ และแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าทีมสุขภาพควรจัดระบบบริการฝากครรภ์เชิงรุกให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และการดำเนินนโยบาย “ฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์” ของรัฐบาลในปี 2556 ด้วยการออกบัตรสุขภาพสำหรับมารดา (Health card for mother) อย่างทั่วถึงจะช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์เร็วขึ้น

Abstract

The initiation of antenatal care is universally recommended in the first trimester. The women attend their first antenatal care service late in pregnancy, potentially leading to avoidable perinatal and maternal complications and adverse outcomes. The growth and child development rates indicate the success of the developing country. This issue remains a major public health problem in Kratumbaen District, Samut Sakhon Province.

The purpose of this descriptive research was to study the delaying factors of pregnant women in making use of antenatal care services at Kratumbaen Hospital, Samut Sakhon Province, Thailand. Those factors include : age, maternal education, knowledge, attitude toward pregnancy, parity, menstruation history, income, health insurance coverage, ANC attendance service time and cost, working barrier, change of residence during pregnancy and social support. The sample group consisted of 202 pregnant women who started their antenatal care from

June to August, 2013. The questionnaires were validated by experts. The internal consistency reliability of the questionnaires which included knowledge, attitude toward pregnancy and social support, was 0.70, 0.73 and 0.78, respectively. The research participants were right protected. Data were analyzed by using descriptive statistics and Chi-square test.

The results revealed that most of pregnant women (66.30%) delayed in making use of antenatal care services. The majority (28.70%) started antenatal clinic attendance between 12 - 18 wks. The average age was 24.26, while the youngest pregnant was 12 years old and the oldest pregnant was 42 years old. Pregnant women delayed in making use of antenatal care services due to financial constraint, being too busy, not knowing that they were pregnant, or concealing pregnancy. The Chi-square test indicated that age, maternal education, income, attitude toward pregnancy, parity, ANC attendance service time and cost and social support were significantly associated with delay in making use of antenatal care services. ($p < .05$).

Consequently, the researcher recommends that those health care providers should provide the appropriate proactive ANC services in communities. Moreover, the “Health Card Policy” should

be widely supply for all pregnant women, it will promote pregnant women to make use of antenatal care services as earlier as possible.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฝากครรภ์ เป็นการดูแลสุขภาพอนามัยแก่ มารดาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพราะมีผลโดยตรงต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก ตั้งแต่ออยู่ในครรภ์ จนถึงภายหลังคลอด จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ตั้งแต่ พ.ศ.2540 - 2544 จึงมีการเร่งรัดให้ทุกโรงพยาบาลดำเนินการให้เป็นโรงพยาบาล “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” ปัจจุบันแม้ว่าสถานการณ์การป่วยและการตายของมารดา ทารก ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสถานะสุขภาพที่มีความสำคัญ จะมีอัตราการลดลงแล้วก็ตาม แต่การเกิดทารกรอดชีพเพียงอย่างเดียวยังมีชี้คุณภาพประชากร ด้วยเหตุนี้จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงยังคงให้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพมารดาและทารกตามแผนงานการดูแลสุขภาพตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2556) โดยเน้นการฝากครรภ์ครั้งแรกเร็วขึ้นภายใน 12 สัปดาห์ เพราะการฝากครรภ์เร็ว มีประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์ กล่าวคือมีเวลาที่จะได้รับบริการดูแล คัดกรองโรคต่างๆที่จะมีผลต่อทารกในครรภ์ อาทิ การคัดกรองหาภาวะธาลัสซีเมีย ภาวะซีด โรคซิฟิลิส ตับอักเสบบี การตรวจหาหมู่เลือดอาร์เอส (Rh blood group) การตรวจหาเชื้อไวรัส เอช ไอ วี การประเมินสภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ประเมินความเสี่ยงในปัญหาเกี่ยวกับโรคภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ และโรคประจำตัวที่อาจกำเริบขึ้นขณะตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพื่อวางแผนให้การดูแลรักษาที่ถูกต้อง สามารถแก้ไขปัญหามารดาสุขภาพ โดยเป้าหมายของการฝากครรภ์เร็วภายใน 12 สัปดาห์นั้น ให้เพิ่มขึ้นจากเดิมเป็น ร้อยละ 60 ใน พ.ศ.2556 จะเห็น

ได้จากกรอบการขับเคลื่อนโครงการโรงพยาบาล “สายใยรักแห่งครอบครัว” ที่เน้นให้มารดามีพฤติกรรมฝากครรภ์เร็ว เพราะเมื่อมารดามีการฝากครรภ์ช้าก็จะทำให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์ล่าช้า พบภาวะผิดปกติซ้ำ การได้รับความรู้ในการปฏิบัติตนระยะตั้งครรภ์ การรับยาบำรุงครรภ์ก็จะล่าช้า ตลอดจนหากหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ เอช ไอ วี จะทำให้การได้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูกล่าช้าตามไปด้วย การฝากครรภ์ล่าช้าจะมีผลให้จำนวนครั้งการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ไปด้วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย (ฐิติรัตน์ รอบจังหวัด, 2551) และ การคลอดก่อนกำหนด (วิสุทธิ สุวิทยะศิริ, มานิตย์ ศรีประโมทย์ และปราโมทย์ เขติรัตน์รักษ์, 2546) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากไม่ฝากครรภ์เลย จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงสูงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราป่วยและอัตราตายของทารกอีกด้วย (Vintzileos et al., 2002) มีการศึกษาที่พบว่า เศรษฐฐานะที่ขัดสนของหญิงตั้งครรภ์ และการไม่มีหลักประกันสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ทำให้ฝากครรภ์ล่าช้าหรือไม่ฝากครรภ์ (Delvaux et al., 2001) อีกเหตุผลหนึ่งคือการไม่มีเงินเพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในการมาฝากครรภ์ ขาดความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ (Ye et al., 2010) และประจำเดือนมาไม่แน่นอน (เอื้อมพร ราชภูติ, 2554)

สำหรับ อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร มีสถานประกอบการจำนวนมากประมาณ 5,000 แห่ง และแรงงานต่างถิ่นย้ายมาจากจังหวัดอื่นๆ การที่หญิง

ตั้งครรภ์หรือย้ายสิทธิบัตรสุขภาพก่อน อาจทำให้ไม่ได้ฝากครรภ์ หรือฝากครรภ์ล่าช้า โดยใน พ.ศ. 2553-2555 จากสถิติของโรงพยาบาลกระท่อมแบน พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีอัตราการฝากครรภ์เร็วที่อายุครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์เพียงร้อยละ 37.23, 37.14 และ 37.93 เท่านั้น ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าเป้าหมายอย่างมาก จากการสุ่มสอบถามหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ล่าช้านั้น ส่วนหนึ่งกล่าวว่าเนื่องจากไม่มีเงินค่าฝากครรภ์โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สิทธิบัตรประกันสังคม จะต้องสำรองค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์โดยไม่สามารถใช้สิทธิบัตรประกันสังคมในการฝากครรภ์ได้จึงต้องรอรับเงินค่าแรงจากบริษัทออกก่อน สำหรับในรายที่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ขณะที่ตั้งครรภ์นั้นไม่ได้พักอยู่ในจังหวัดที่ตนสามารถใช้สิทธิบัตรได้ จึงอาจรอการกลับมาใช้สิทธิ์ตามจังหวัดที่ตนมีสิทธิ์อยู่นอกจากนี้การฝากครรภ์ที่ล่าช้ายังเกิดจากการที่หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ในการฝากครรภ์ (Banda et al., 2012) จึงทำให้ขาดความตระหนักในประโยชน์และความสำคัญของการฝากครรภ์ โดยเฉพาะวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักมีการฝากครรภ์ล่าช้าเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจ และการขาดความรู้เช่นกัน (Phafoli et al., 2007) บางรายก็เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ทำให้ส่งผลต่อการเกิดอันตรายทั้งมารดาและทารกดังกล่าว ดังนั้นการฝากครรภ์เร็วจึงเป็นสิ่งสำคัญและเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่หญิงตั้งครรภ์ควรปฏิบัติอีกทั้งบุคลากรที่มีสุขภาพควรส่งเสริมผลักดันให้เกิดขึ้นและควรศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีปัญหาฝากครรภ์ล่าช้า ซึ่งหากพิจารณาตามแนวคิด Precede framework ของ กรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายอย่าง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จำเป็นต้องศึกษาถึงปัจจัยสำคัญหลายๆด้านที่มีต่อพฤติกรรมนั้นๆ ก่อนก็จะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นๆได้ นอกจากนี้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากคู่สมรสและบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวยังเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้หญิง

ตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการฝากครรภ์ที่เร็วขึ้นด้วย (Gross et al., 2012)

จากเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลผู้ดูแลและจัดบริการฝากครรภ์แก่หญิงที่มาฝากครรภ์ ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลกระท่อมแบน ตระหนักในปัญหาดังกล่าวจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ของโรงพยาบาลกระท่อมแบนว่าปัจจัยใดเป็นสาเหตุของการทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการมาฝากครรภ์ล่าช้าเพื่อนำผลการศึกษามาเป็นข้อเสนอแนะแก่ผู้เกี่ยวข้องและวางแผนการสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ได้เร็วภายใน 12 สัปดาห์ตามเกณฑ์คุณภาพ เพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลกระท่อมแบน จังหวัดสมุทรสาคร

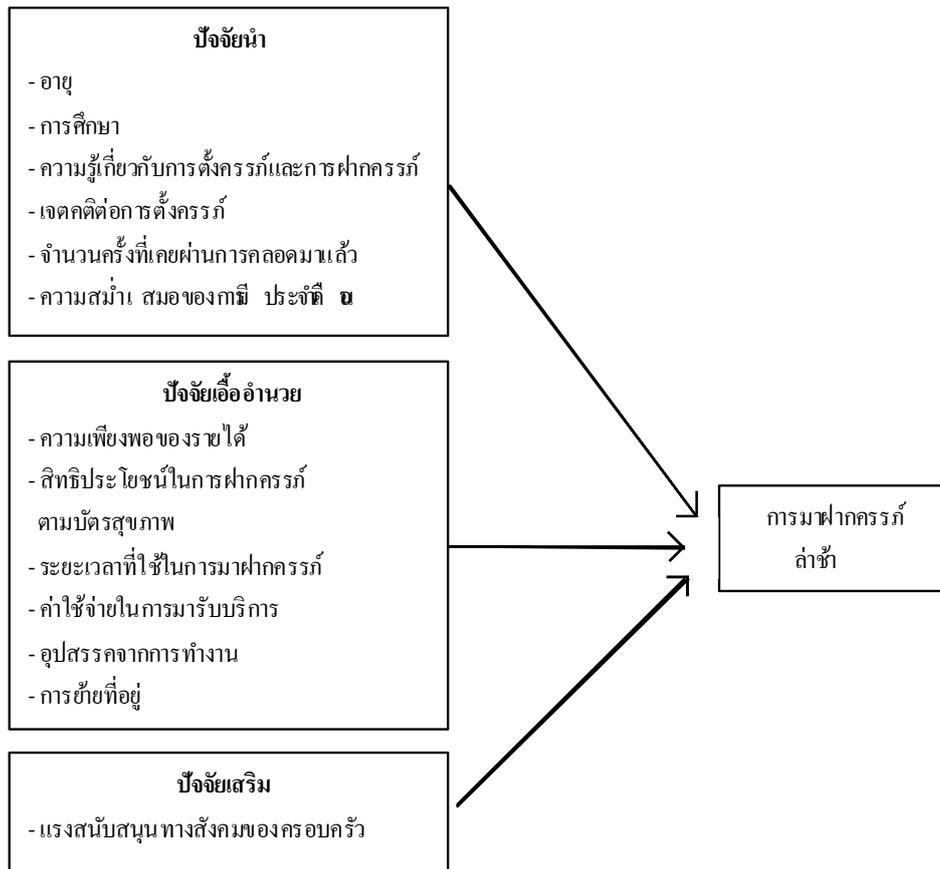
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด Precede framework ของ กรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) เป็นแนวทางในการศึกษาถึงการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดย ประกอบด้วย ปัจจัย 3 ด้าน ดังนี้

ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ได้แก่ อายุ การศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ เจตคติต่อการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว ความสม่ำเสมอของการมีประจำเดือน

ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling factors) ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิประโยชน์ในการฝากครรภ์ตามบัตรสุขภาพ ระยะเวลาที่ใช้ในการมา

ฝากครรภ์ ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ อุปสรรค ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ได้แก่ จากการทำงาน การย้ายที่อยู่ แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว



แผนภาพ กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยประยุกต์จากแนวคิด Precede framework ของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลระทุมแบน จังหวัดสมุทรสาคร ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือหญิงตั้งครรภ์สัญชาติไทย ทุกวัยที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ณ แผนกฝากครรภ์

อาคารผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระทุมแบน จังหวัดสมุทรสาคร สามารถให้ข้อมูลด้วยตนเองและยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ใช้การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจาก สูตร Thorndike $n = 10k + 50$ (อ้างใน : บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05 งานวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งสิ้น 14 ตัวแปร ดังนั้นขนาดกลุ่ม

ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ค่อนข้างน้อยเท่ากับ 190 ราย ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 3 เดือน สรุป ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 202 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยแบ่งเป็น แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล อายุ การศึกษา รายได้ ประวัติการตั้งครรภ์ พฤติกรรมการมาฝากครรภ์ และ ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเอื้ออำนวย เช่น การย้ายที่อยู่ ลิทธิประโยชน์ในการฝากครรภ์ตามบัตรสุขภาพ ระยะเวลาที่ใช้ในการมาฝากครรภ์ ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ และอุปสรรคจากการทำงาน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) และค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence : IOC) เท่ากับ 1.00 และภายหลังแก้ไขความเหมาะสมของภาษาแล้ว นำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นตามสูตร KR 20 ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ เท่ากับ 0.70 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคจากแบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เท่ากับ 0.73 และ 0.78 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์สำหรับกลุ่มตัวอย่าง กระทำโดยการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมและความเสี่ยงของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ก่อนดำเนินการเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง

ค้ำประกันสิทธิและการยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง เป็นสำคัญ โดยแจ้งสิทธิการยอมรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการและขั้นตอนการเก็บข้อมูล รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธ ยุติหรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อบริการที่พึงได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้วิจัยจะทำการขออนุญาตจากผู้ปกครองก่อน เพื่ออนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถามได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมและความเสี่ยงของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาครแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2556 ถึง 31 สิงหาคม 2556 ณ แผนกฝากครรภ์ ของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ผู้วิจัยแนะนำวิธีการตอบแบบสอบถามเป็นรายบุคคล หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนและเก็บคืนเพื่อนำมาเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่ศึกษากับการมาฝากครรภ์ล่าช้าด้วยสถิติไค-สแควร์ โดยคำนวณค่านัยสำคัญของการทดสอบ ด้วยวิธี Asymptotic method และ วิธี Monte Carlo method

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นเป็นหญิงตั้งครรภ์จำนวน 202 ราย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 - 34 ปี ร้อยละ

53.46 มีอายุเฉลี่ย 24.26 ปี อายุน้อยที่สุด 12 ปี และอายุมากที่สุด 42 ปี มีสถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกันกับสามี ร้อยละ 88.10 พบว่ามีพฤติกรรมฝากครรภ์เร็วภายใน 12 สัปดาห์ จำนวน 68 ราย (ร้อยละ 33.70) และมีพฤติกรรมฝากครรภ์ล่าช้าจำนวน 134 ราย (ร้อยละ 66.30) ในกลุ่มที่ฝากครรภ์ล่าช้านี้จำนวนสูงสุดร้อยละ 43.28 อยู่ในช่วงอายุครรภ์มากกว่า 12 - 18 สัปดาห์ รองลงมา ร้อยละ 35.07 อยู่ในช่วงอายุครรภ์ 18 - 24 สัปดาห์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 55.97 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและมีการตั้งครรภ์ขณะเรียนจำนวน 25 ราย คิดเป็น ร้อยละ 18.66 พบว่ากำลังเรียนอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพโดยทำหน้าที่เป็นแม่บ้านถึงร้อยละ 47.76 รองลงมา ร้อยละ 38.06 อาชีพรับจ้าง พนักงานบริษัท ส่วนรายได้ของครอบครัว ร้อยละ 53.73 มีรายได้อยู่ที่ประมาณ 10,000 - 15,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 26.12 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวนร้อยละ 39.55 มีรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอและมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการมาฝากครรภ์ด้วย ร้อยละ 43.28 มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร รองลงมา ร้อยละ 28.36 มีสิทธิบัตรประกันสังคม และร้อยละ 81.34 ไม่ได้มีการย้ายที่อยู่อาศัยขณะตั้งครรภ์ ประวัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด พบว่า ร้อยละ 64.93 มีประจำเดือนมาสม่ำเสมอ ร้อยละ 53.73 เคยผ่านการคลอดมาแล้ว สำหรับเหตุผลที่มาฝากครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่ร้อยละ 50.50 ต้องการให้บุตรในครรภ์มีความสมบูรณ์ ปลอดภัย เหตุผลของการมาฝากครรภ์ที่รพ.กระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาครนั้น ร้อยละ 55.40 เพราะสะดวก ใกล้บ้าน รองลงมา ร้อยละ 15.3 เพราะมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร สำหรับกลุ่มที่ฝากครรภ์ล่าช้าพบว่างานที่ทำอยู่เป็นอุปสรรคต่อการมาฝากครรภ์ร้อยละ 8.21 เพราะต้องเข้ากะ ลางานยาก และขาดรายได้ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ล่าช้าซึ่งมีความเห็นว่า

ใช้เวลานานในการมาฝากครรภ์มีร้อยละ 42.54 เหตุผลของการมาฝากครรภ์ล่าช้า เนื่องจากความไม่พร้อมของเงินค่าใช้จ่าย ติดธุระไม่มีเวลา ไม่มั่นใจว่าตั้งครรภ์ และปิดบังผู้ปกครอง ตามลำดับ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ นั้น ร้อยละ 57.43 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 7.26$, S.D. = 1.19) แต่พบว่า มีรายชื้อที่หญิงตั้งครรภ์ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยร้อยละ 70.8 ของกลุ่มตัวอย่างตอบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสเร็วก็ไม่สามารถช่วยลดการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ แสดงถึงการขาดความรู้ในเรื่องโรคเอชไอวีกับประโยชน์ของการมาฝากครรภ์เร็ว ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่มาฝากครรภ์ล่าช้าส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.94 ส่วนด้านเจตคติโดยรวมต่อการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 51 ($\bar{X} = 22.53$, S.D. = 3.68) ในกลุ่มที่มีการฝากครรภ์ล่าช้ามีเจตคติต่อการตั้งครรภ์สูงสุดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.73 สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว พบว่าร้อยละ 80.20 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 29.14$, S.D. = 4.63) ซึ่งในกลุ่มที่มาฝากครรภ์เร็วและกลุ่มที่มาฝากครรภ์ล่าช้าได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง ร้อยละ 88.24 และร้อยละ 76.12 ตามลำดับ

เมื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้า พบว่า อายุ การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ จำนวนครั้งที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการมาฝากครรภ์ ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสิทธิประโยชน์ในการฝากครรภ์ตามบัตรสุขภาพ การย้ายที่อยู่ ความสม่ำเสมอของการมีประจำเดือน ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ และอุปสรรคจากการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้า (ดังตามตาราง)

ตารางที่ 1 แสดง จำนวน ร้อยละและ ค่าไค-สแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับการมาฝากครรภ์ล่าช้า (n = 202 คน)

| ปัจจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ | | ฝากครรภ์เร็ว | | ฝากครรภ์ล่าช้า | | χ^2 | df | สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ | P value |
|---|--------------------|------------------|--------|--------------------|--------|----------|----|------------------------|---------|
| | | ภายใน 12 สัปดาห์ | | ภายหลัง 12 สัปดาห์ | | | | | |
| | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | | | |
| 1. อายุ | ต่ำกว่า 20 ปี | 15 | 22.06 | 52 | 38.81 | 7.109 | 2 | .188 | .029* |
| | อายุ 20-34 ปี | 45 | 66.18 | 63 | 47.01 | | | | |
| | อายุ 35 ปี ขึ้นไป | 8 | 11.76 | 19 | 14.18 | | | | |
| 2. การศึกษา | อยู่ระหว่างเรียน | 4 | 5.88 | 25 | 18.66 | 13.117 | 3 | .255 | .004* |
| | ประถมศึกษา | 11 | 16.18 | 31 | 23.13 | | | | |
| | มัธยมศึกษา | 46 | 67.65 | 75 | 55.97 | | | | |
| | ปริญญาตรีขึ้นไป | 7 | 10.29 | 3 | 2.24 | | | | |
| 3. ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ | ระดับต่ำ | 0 | 0 | 1 | 0.75 | 4.015 | 2 | .142 | .95 |
| | ระดับปานกลาง | 33 | 48.53 | 83 | 61.94 | | | | |
| | ระดับดี | 35 | 51.47 | 50 | 37.31 | | | | |
| 4. เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ | ไม่ดี | 1 | 1.47 | 3 | 2.24 | 7.718 | 2 | .195 | .025* |
| | ปานกลาง | 23 | 33.82 | 72 | 53.73 | | | | |
| | ดี | 44 | 64.71 | 59 | 44.03 | | | | |
| 5. จำนวนครั้งที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว | ยังไม่เคยคลอด | 33 | 48.53 | 62 | 46.27 | 12.013 | 2 | .244 | .002* |
| | คลอด 1 ครั้ง | 32 | 47.06 | 42 | 31.34 | | | | |
| | คลอด 2 ครั้งขึ้นไป | 3 | 4.41 | 30 | 22.39 | | | | |
| 6. การมีประจำเดือน | สม่ำเสมอ | 53 | 77.94 | 87 | 64.93 | 3.592 | 1 | .133 | .058 |
| | ไม่สม่ำเสมอ | 15 | 22.06 | 47 | 35.07 | | | | |
| 7. รายได้ | เพียงพอ | 57 | 83.82 | 81 | 60.45 | 11.388 | 1 | .237 | .001** |
| | ไม่เพียงพอ | 11 | 16.18 | 53 | 39.55 | | | | |
| 8. สิทธิประโยชน์ในการฝากครรภ์ | มี | 23 | 33.82 | 58 | 43.28 | 1.681 | 1 | .091 | .195 |
| | ไม่มี | 45 | 66.18 | 76 | 56.72 | | | | |

ตารางที่ 1 แสดง จำนวน ร้อยละและ ค่าไค-สแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการมาฝากครรภ์ล่าช้า (n = 202 คน) (ต่อ)

| ปัจจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ | | ฝากครรภ์เร็ว | | ฝากครรภ์ล่าช้า | | χ^2 | df | สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ | P value |
|------------------------------------|----------------|------------------|--------|--------------------|--------|----------|----|------------------------|---------|
| | | ภายใน 12 สัปดาห์ | | ภายหลัง 12 สัปดาห์ | | | | | |
| | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | | | |
| 9. ระยะเวลาที่ใช้ในการมาฝากครรภ์ | ใช้เวลานาน | 19 | 27.94 | 57 | 42.54 | 4.095 | 1 | .142 | .043* |
| | ใช้เวลาไม่นาน | 49 | 72.06 | 77 | 57.46 | | | | |
| 10. ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ | ไม่เป็นปัญหา | 55 | 80.88 | 81 | 60.45 | 8.563 | 1 | .206 | .003* |
| | เป็นปัญหา | 13 | 19.12 | 53 | 39.55 | | | | |
| 11. อุปสรรคจากการทำงาน | ไม่เป็นอุปสรรค | 62 | 91.18 | 123 | 91.79 | 0.22 | 1 | .010 | .882 |
| | เป็นอุปสรรค | 6 | 8.82 | 11 | 8.21 | | | | |
| 12. การย้ายที่อยู่ | ย้าย | 13 | 19.12 | 25 | 18.66 | .006 | 1 | .006 | .937 |
| | ไม่ได้ย้าย | 55 | 80.88 | 109 | 81.34 | | | | |
| 13. แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว | ต่ำ | 2 | 2.94 | 2 | 1.49 | 5.961 | 2 | .172 | 0.04* |
| | ปานกลาง | 6 | 8.82 | 30 | 22.39 | | | | |
| | สูง | 60 | 88.24 | 102 | 76.12 | | | | |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าพบว่า

อายุของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.029$) สอดคล้องกับการศึกษาของทรินห์และรูบิน (Trinh & Rubin, 2006) ที่ประเทศออสเตรเลียถึงการฝากครรภ์ล่าช้า โดย เก็บข้อมูลจากหญิงที่คลอดบุตรแล้วจำนวน 85,034 ราย พบว่าหญิงที่เป็นวัยรุ่นมีการฝากครรภ์ล่าช้ากว่าหญิงที่มีอายุมากกว่าและจากการศึกษาครั้งนี้ หากพิจารณาเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 67 ราย พบว่ามีจำนวนถึง 52 ราย ที่มีพฤติกรรมฝากครรภ์ล่าช้าคิดเป็นร้อยละ 77.60 ของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

วัยรุ่น โดยมีสาเหตุจากการปิดบังผู้ปกครองเป็นเหตุผลที่กล่าวถึงสูงที่สุดของการฝากครรภ์ล่าช้าในวัยนี้เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังศึกษาเล่าเรียนเมื่อตั้งครรภ์ขึ้นจึงเป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม การปิดบังทำให้มีพฤติกรรมฝากครรภ์ล่าช้า

การศึกษาของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีการฝากครรภ์เร็วและฝากครรภ์ล่าช้าในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน หญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมฝากครรภ์ล่าช้ารองลงมาเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาที่มีถึงร้อยละ 23.13 และในจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่จบการศึกษาระดับ

ปริญญาตรีที่มีพฤติกรรมฝากครรภ์ล่าช้าเพียงร้อยละ 2.24 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ (Adekanle & Isawumi, 2008) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาดีจะมีพฤติกรรมฝากครรภ์เร็วกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำและหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาดีจะเข้ารับการฝากครรภ์ครบตามจำนวนที่ได้รับคำแนะนำด้วย (Erci, 2003) นอกจากนี้ในประเทศลาว (Ye et al., 2010) ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาต่ำเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่เข้ารับบริการฝากครรภ์ สำหรับประเทศอุกันดา (Edward, 2011) มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการดูแลในการฝากครรภ์ครบตามโปรแกรม พบว่าการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการดูแลในการฝากครรภ์ครบตามโปรแกรมอีกด้วย เห็นได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาดีจะมีอำนาจการตัดสินใจภายในครอบครัว มีความมั่นใจในตนเองและสามารถตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพของตนได้ (WHO & UNICEF, 2003) ผู้มีการศึกษาดีจะสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้จากหลากหลายช่องทางรวมถึงรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์เร็วด้วย

ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$) รายได้จัดเป็นปัจจัยที่สำคัญของครอบครัว เพราะต้องนำมาใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีพ และตอบสนองความต้องการของครอบครัว บุคคลที่มีรายได้เพียงพอจะมีเงินออมสะสมไว้ และมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงสิ่งจำเป็นที่เอื้อประโยชน์ต่อครอบครัว หญิงตั้งครรภ์ที่ครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจ มีรายได้ดีจะเข้ารับบริการฝากครรภ์อย่างเหมาะสม และฝากครรภ์เร็วกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี (Sharma, 2004) การที่หญิงตั้งครรภ์มีรายได้ไม่เพียงพอ รายได้ต่ำจึงต้องทำงานหาเงินมาจุนเจือครอบครัวให้มีเงินเพียงพอที่จะใช้ดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติเมื่อมีการตั้งครรภ์ขึ้น จากการศึกษา พบว่ากลุ่มหญิง

ตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมฝากครรภ์ล่าช้าสูงสุดเป็นกลุ่มที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 10,000 - 15,000 บาท มีร้อยละ 53.73 รองลงมาคือกลุ่มที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท มีจำนวนร้อยละ 26.11 และในหญิงตั้งครรภ์ที่กล่าวว่าตนเองมีรายได้ไม่เพียงพอ นั้นมีพฤติกรรมฝากครรภ์ล่าช้า ถึงร้อยละ 39.55 โดยให้เหตุผลของการมีพฤติกรรมฝากครรภ์ล่าช้าว่า เพราะความไม่พร้อมทางการเงิน ร้อยละ 17.91 จึงกล่าวได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอ ขัดสนทางด้านการเงินเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมมาฝากครรภ์ล่าช้า

จำนวนครั้งที่เคยผ่านการคลอดมาแล้วมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.002$) ผู้ที่เคยผ่านการคลอดมาแล้วจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด (Banda et al., 2012) โดยเฉพาะในรายที่เคยผ่านการคลอดปกติมาแล้วหลายครั้ง ทำให้เกิดการเรียนรู้ อีกทั้งเคยผ่านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์มาแล้ว จึงมีความมั่นใจและไม่มีความวิตกกังวลกับการตั้งครรภ์ โดยเห็นว่าการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นเรื่องธรรมชาติ การฝากครรภ์เร็วไม่มีความจำเป็นจึงมีพฤติกรรมฝากครรภ์ล่าช้า จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ล่าช้าทั้งหมด มีหญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว 2 ครั้งขึ้นไป ถึงร้อยละ 22.39 ในขณะที่หญิงกลุ่มนี้มาฝากครรภ์เร็วเพียงร้อยละ 4.41 เท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่านการคลอดหลายครั้งมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Low et al., 2005) และลำดับที่ของการคลอดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการฝากครรภ์ กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่ผ่านการคลอดมากขึ้นจะมีสัดส่วนในการไปฝากครรภ์ลดลง (Pallikadavath et al., 2004)

เจตคติต่อการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.025$) เพราะเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ เป็นเงื่อนไขหนึ่งที่มี

ความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์เร็วเป็นกลุ่มที่เจตคติต่อการตั้งครรภ์อยู่ระดับดี มีร้อยละ 64.71 และในหญิงที่มาฝากครรภ์ล่าช้า เป็นกลุ่มที่มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง มีร้อยละ 53.73 โดยเห็นว่าการตั้งครรภ์เป็นความยุ่งยากที่กำลังจะเกิดขึ้นและการไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ ซึ่งตรงกันข้ามกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ยอมรับทารกในครรภ์ เห็นคุณค่าต่อการตั้งครรภ์มีการเตรียมความพร้อมในการตั้งครรภ์ มีพฤติกรรมการฝากครรภ์เหมาะสมกว่าหญิงที่มีเจตคติไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสาธารณรัฐประชาชนลาว (Ye et al., 2010) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์จะเข้ารับบริการฝากครรภ์อย่างเหมาะสมมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีเจตคติไม่ดีต่อการตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.011$)

ระยะเวลาที่ใช้ในการมาฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.043$) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้งที่มีพฤติกรรมการฝากครรภ์เร็วและมาฝากครรภ์ล่าช้าเป็นกลุ่มที่เห็นว่ามีการใช้เวลานานสำหรับการมารับบริการฝากครรภ์ ร้อยละ 27.94 และ 42.54 ตามลำดับ โดยจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่คิดว่าการใช้เวลานานในการมาฝากครรภ์จะมาฝากครรภ์ล่าช้ามากกว่า ดังเช่นการศึกษาของ ทศพร ชูศักดิ์และโสภะ พึงยอด (2554) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 78.80 เห็นว่าการมารับบริการฝากครรภ์แต่ละครั้งใช้เวลานานทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย สอดคล้องกับผลการวิจัยในต่างประเทศ (Simkhada et al., 2008) ว่าการใช้เวลายาวนานในคลินิกการฝากครรภ์เป็นอุปสรรคต่อการมารับบริการฝากครรภ์ด้วย นอกจากนี้เรื่องเวลาในการรับบริการในคลินิกแล้ว ยังพบว่าการไม่ต้องใช้เวลานานสำหรับการเดินทางไปยังสถานที่ฝากครรภ์โดยจัดให้มีเจ้าหน้าที่สุขภาพหรือมีพยาบาลประจำ เพื่อให้บริการอยู่ใกล้บ้าน จะกระตุ้นส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการฝากครรภ์เร็วขึ้น และสำหรับในเขตเมืองเวลาในการเปิด

ให้บริการฝากครรภ์เป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการฝากครรภ์เร็วขึ้น การใช้เวลารอคอยนานเมื่อไปรับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลของรัฐเป็นข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงาน เพราะเวลาที่ทำงานในโรงงานตรงกับช่วงเวลาของการให้บริการฝากครรภ์ของสถานบริการรัฐทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกเสียเวลาและอาจขาดรายได้เมื่อต้องไปฝากครรภ์ (อัญชัญ พูลเวช, 2555) การที่หญิงตั้งครรภ์รับรู้อุปสรรคในด้านเวลาดังกล่าวแม้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรืออาจเป็นสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์คาดคะเนเองก็เป็นอุปสรรคขัดขวางที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้นการใช้เวลานาน และรู้สึกว่าเป็นการเสียเวลาจึงไม่จูงใจให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จึงมีพฤติกรรมการฝากครรภ์ล่าช้า

ค่าใช้จ่ายในการมาฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.003$) มีหลายการศึกษาที่กล่าวถึงค่าใช้จ่ายในการมาฝากครรภ์ซึ่งได้แก่ ค่าเดินทาง ค่ารับบริการฝากครรภ์ ค่าอุปกรณ์ต่างๆ ในการฝากครรภ์ เป็นปัจจัยหลักสำคัญของการเข้ารับบริการหรือไม่เข้ารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าสถานที่ฝากครรภ์อยู่ห่างไกลยิ่งต้องเสียเวลาเดินทาง และต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (Simkhada et al., 2008; Ye et al., 2010) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้งที่มีพฤติกรรมการมาฝากครรภ์เร็วและมาฝากครรภ์ล่าช้า ในกลุ่มที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการมารับบริการมีร้อยละ 19.12 และ 39.55 ตามลำดับ กลุ่มที่กล่าวว่าค่าใช้จ่ายเป็นปัญหาต่อการมาฝากครรภ์มีการฝากครรภ์ล่าช้ามากกว่า ซึ่งในจำนวนนี้มีกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ประกอบอาชีพรับจ้างทำงานโรงงานเป็นกลุ่มสูงสุดที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายและมีพฤติกรรมการฝากครรภ์ล่าช้า จากการศึกษาของอัญชัญ พูลเวช (2555) พบว่าหญิงที่ทำงานในโรงงานเมื่อตั้งครรภ์จะมีรายได้ลดลงจากการไม่สามารถทำงานล่วงเวลาได้ แต่จะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นจากการสำรองค่าบริการฝากครรภ์

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปฝากครรภ์ ค่าอาหารบำรุงครรภ์ ค่าเสื้อผ้าสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเหล่านี้ สะท้อนว่าหากหญิงตั้งครรภ์ประสบภาวะขาดสันทนาการเงินด้วยแล้ว อาจทำให้มีพฤติกรรมฝากครรภ์ล่าช้าได้ การที่รัฐบาลไทยปี 2556 ประกาศนโยบาย “ฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์” ด้วยการออกบัตรสุขภาพสำหรับมารดา (Health card for mother) เมื่อกลางเดือนสิงหาคม 2556 เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการฝากครรภ์ฟรีในโรงพยาบาลได้ทุกสิทธิ์ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2556) อาจเป็นเพียงปัจจัยส่วนหนึ่งที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคน โดยเฉพาะผู้มีสิทธิ์ประกันสังคมที่ไม่ต้องสำรองค่าบริการฝากครรภ์อีก รวมถึงผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สามารถเข้าถึงบริการฝากครรภ์ได้ฟรีโดยไม่ต้องอยู่ในพื้นที่ตามสิทธิบัตรแต่อาจเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายได้ทางหนึ่งเท่านั้นเพราะยังมีค่าใช้จ่าย เช่น ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นๆที่ต้องคำนึงถึงด้วย

แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.44$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Erci, 2003; Gross et al., 2012) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและบุคคลที่ใกล้ชิดในครอบครัว เช่น แม่ มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน และจากการศึกษาครั้งนี้แม่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับสูง แต่หากพิจารณารายชื่อแล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการมาฝากครรภ์ล่าช้าทั้งหมดโดยไม่มีผู้ใดมาฝากครรภ์เร็วภายใน 12 สัปดาห์นั้น เป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้ว่าคุณเองได้รับความสนใจจากครอบครัวเพียงเล็กน้อยรวมถึงกลุ่มที่รับรู้ว่ามีคนในครอบครัวสนใจตนเองเลย การขาดความสนใจจากคนในครอบครัวเช่นนี้จึงทำให้มาฝากครรภ์ล่าช้า หากเปรียบเทียบกับกลุ่มที่รับรู้ว่าคุณเองมีคนในครอบครัวให้ความสนใจมากนั้นพบว่ากลุ่มนี้มีการมาฝากครรภ์เร็ว ถึงร้อยละ 89.71

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ จำนวนครั้งที่เคยผ่านการคลอดมาแล้ว เจตคติต่อการตั้งครรภ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการมาฝากครรภ์ ค่าใช้จ่ายในการมาฝากครรภ์ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ดังนั้นเพื่อการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมมาฝากครรภ์เร็วภายใน 12 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. หน่วยงานซึ่งดำเนินนโยบาย “ฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์” มีหน้าที่ในการออกบัตรสุขภาพสำหรับมารดา (Health card for mother) ควรประชาสัมพันธ์ข่าวสารให้ประชาชนรับรู้อย่างทั่วถึง เพื่อให้หญิงไทยทุกคนที่เริ่มตั้งครรภ์สามารถใช้สิทธิบัตรนี้ได้ในฝากครรภ์เร็วภายใน 12 สัปดาห์ เพราะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ในการฝากครรภ์แก่ครอบครัว

2. ทีมบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรให้ความสำคัญกับหญิงตั้งครรภ์ที่ครอบครัวมีรายได้น้อย การศึกษาอยู่ในระดับต่ำ และเคยผ่านการคลอดมาแล้ว เพื่อให้สามารถเข้ารับบริการฝากครรภ์เร็วได้ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งอยู่ใกล้บ้าน

3. เครือข่ายบริการสุขภาพ ควรบูรณาการร่วมกันจัดให้มีระบบฝากครรภ์เชิงรุก ในโรงงานอุตสาหกรรม โดยใช้อาสาสมัครสุขภาพในโรงงานเพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ และพัฒนาระบบการประสานงาน ลดปัญหา การลางาน ขาดรายได้ และปัญหาด้านเวลาบริการเพื่อสามารถให้บริการฝากครรภ์คุณภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานได้โดยเร็ว

4. แผนกบริการฝากครรภ์ควรจัดกิจกรรมบริการฝากครรภ์ที่เหมาะสมกับบริบท มีสื่อทันสมัยให้ความรู้ จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ใช้เวลาช่วงรอคอยให้เกิดประโยชน์ไม่รู้สึกเบื่อหน่ายต่อการมาฝากครรภ์

5. หน่วยงานสุขภาพ ควรผลิตสื่อรณรงค์เกี่ยวกับการฝากครรภ์เร็วภายใน 12 สัปดาห์ เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และในโรงงานอุตสาหกรรมเพื่อให้ผู้สมรสเห็นประโยชน์ของการฝากครรภ์เร็วในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการให้ความรู้ความเข้าใจถึงประโยชน์ของการป้องกันและสามารถลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้

6. ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนควรร่วมมือกันดำเนินกิจกรรมเชิงรุกในสถานศึกษาเพื่อดำเนินการศึกษาแก้ไขปัญหาล่าช้าในการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยเฉพาะวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา

บรรณานุกรม

- จิตริตน์ รอบจังหวัด. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดน้ำหนักร้อยกว่า 2,500 กรัมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี ปี พ.ศ. 2550. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2556, จาก <http://hc4rb.anamai.moph.go.th/index.php?mode=research>.
- ทัศนพร ชูศักดิ์ และโสภา เพ็งยอด. (2554). "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลไพศาลี อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์". *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 7(2) : 6-17.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร : ยูเอเนตไออินเตอร์มีเดีย.
- วิสุทธิ สุวิหะศิริ, มานิตย์ ศรีประโมทย์ และปราโมทย์ เชิดรัตน์รักษ์. (2546). "ความสัมพันธ์ของการฝากครรภ์ไม่ติดกับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยและการคลอดก่อนกำหนด". *วชิรเวชสาร*, (47) : 9-16.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2556). *โครงการฝากท้องทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์ด้วยบัตรสุขภาพแม่และเด็ก*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2556 จาก <http://www.saiyairakhospital.com/back-office/upload/document/Health%20Card%20For%20Mother%20&%20Child%20Project.pdf>.
- _____. (2556). *แผนงานการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2556, จาก <http://www.saiyairakhospital.com/backoffice/upload/document/Plan.pdf>.
- อัญชัญ พูลเวช. (2555). "ภาวะสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในจังหวัดสมุทรสาคร". *วารสารการพยาบาลและการสาธารณสุขวิทยาลัยเครือข่ายภาคกลาง*, 2(9), 34 -43
- เอี่ยมพร ราชภูติ. (2554). "การวิเคราะห์สถานการณ์การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลระนอง". *พยาบาลสาร*, 38(3) : 20-29.
- Adekanle, D.A., & Isawumi, A.I. (2008). "Late antenatal care booking and its predictors among pregnant women in South Western Nigeria". *Journal of Health and Allied Sciences*, 7(1), 4 [Online]. Retrieved November 25, 2013, from <http://www.ojhas.org/issue25/2008-1-4.htm>.

- Banda, I., Michelo, C., & Hazemba, A. (2012). "Factors associated with late antenatal care attendance in selected rural and urban communities of the Copperbelt Province of Zambia". *Medical Journal of Zambia*. 39(3) : 29-36.
- Delvaux et al. (2001). "Barriers to prenatal care in Europe". *American Journal of Preventive Medicine*. 21(1) : 52-59.
- Edward, B. (2011). "Factors influencing the utilisation of antenatal care content in Uganda". *Australasian Medical*, 4(9) : 516-26.
- Erci, B. (2003). "Health policy and systems. Barriers to utilization of prenatal care services in Turkey". *Journal of Nursing Scholarship*. 35(3) : 269-273.
- Green, L., & Kreuter, M. (2005). *Health program planning : An educational and ecological approach*. 4th edition. New York : McGraw-Hill.
- Gross, K., Alba, S., Glass, T., Schellenberg, J., & Obrist, B. (2012). "Timing of antenatal care for adolescent and adult pregnant women in south-eastern Tanzania". *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*. 12(1) : 16.
- Low, P., Paterson, J., Wouldes, T., Carter, S., Williams, M., & Percival, T. (2005). "Factors affecting antenatal care attendance by mothers of Pacific infants living in New Zealand". *Journal of the New Zealand Medical Association*, (118) : 1-10.
- Pallikadavath, S., Foss, M., & Stones, R.W. (2004). "Antenatal care: provision and inequality in rural North India". *Social Science & Medicine*. 59(6) : 1147-1158.
- Phafoli, S.H., Van Aswegen, E.J., & Alberts, U.U. (2007). "Variables influencing delay in antenatal clinic attendance among teenagers in Lesotho". *South African Family Practice*, 49(9) : 17-17h.
- Sharma, B. (2004). "Utilisation of antenatal care services in Nepal". *Nepal Population Journal*. 11(10) : 79-97.
- Simkhada, B., Van Teijlingen, E.R., Porter, M., & Simkhada, P. (2008). "Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries : systematic review of the literature". *Journal of Advanced Nursing*, 61(3) : 244 -260.
- Trinh, L.T., & Rubin, G. (2006). *Late entry to antenatal care in New South Wales, Australia. Reproductive Health*, 13:8. [Online]. Retrieved November 25, 2013, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC156235_8/.
- Vintzileos, A., et al. (2002). "The impact of prenatal care on postneonatal deaths in the presence and absence of antenatal high-risk conditions". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(5) : 1258-1262.

- WHO & UNICEF (2003). *Antenatal care in developing countries : Promises, achievements and missed opportunities : An analysis of trends, levels, and Differentials* : 1990 -2001. WHO & UNICEF, Geneva, New York.
- Ye, Y., Yoshida, Y., Harun-Or-Rashid, M., & Sakamoto, J. (2010). "Factors affecting the utilization of antenatal care services among women in Kham District, Xiengkhouang province, Lao PDR". *Nagoya Journal of Medical Science*, 72(1-2) : 23-33.



พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของประชาชนวัยทำงาน ในจังหวัดนครปฐม
Food Consumption Behavior of Working – Age People
in Nakhon Pathom Province

จุฬามาศ เวชพานิช*
ดร. ขวัญดาว กล่ำรัตน์**
ดร. คณิงเดช เชื้อมวราศาสตร์**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนวัยทำงานในจังหวัดนครปฐม 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนวัยทำงานในจังหวัดนครปฐมจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลต่างๆ และ 3) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนวัยทำงานในจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชน อายุ 15-59 ปี ในจังหวัดนครปฐม จำนวน 400 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีค่าความเชื่อมั่น 0.8043 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (t - test) การทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One - Way ANOVA) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่น อยู่ในระดับปานกลาง
2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนวัยทำงาน เมื่อจำแนกตามเพศและระดับการศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนประชาชนวัยทำงานที่มีอายุ อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้และภาวะสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน
3. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้ร้อยละ 48.10

* นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครปฐม

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครปฐม

Abstract

The purposes of this descriptive research were : 1) to study food consumption behaviors of working - age people in Nakhon Pathom Province 2) to compare food consumption behaviors of working - age People in Nakhon Pathom Province classified by personal factors and, 3) to analyzed variables among the sample as predictors of food consumption behaviors. The sample comprised 400 working - age people and was derived a Multi-stage random sampling technique. The instruments were questionnaires. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation (S.D.), t-test, One-way ANOVA and stepwise multiple regression analysis.

The results of this study were as follows:

บทนำ

อาหารเป็นปัจจัยสำคัญของการดำรงชีวิต และเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและยังเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมประเพณี ค่านิยมในการดำรงชีวิตอีกด้วย จากความสำคัญของอาหารและโภชนาการจึงได้ปรากฏแผนอาหารและโภชนาการครั้งแรกในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 และมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน จากเอกสารสรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 ได้กำหนดยุทธศาสตร์และให้ความสำคัญกับการ

1. Food consumption behaviors were found to be at high level. Knowledge of food consumption, attitude of food consumption, receiving of information from media and support from other person were found at moderate.

2. Food consumption behaviors of working - age people classified by gender and educational level were significantly different at statistical level of 0.05. However, Food consumption behaviors of working - age people classified by age, occupation, marital status, income and health status were not significantly different.

3. The receiving of information from media and knowledge of food consumption could predict food consumption behavior at a percentage of 48.10.

สร้างความมั่นคงด้านอาหารและพัฒนาพลังงานชีวภาพในระดับครัวเรือนและชุมชน โดยมีการสนับสนุนให้มีการจัดการ และเผยแพร่องค์ความรู้และการพัฒนาด้านอาหารศึกษาทุกรูปแบบอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมของบุคคลและชุมชน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายความปลอดภัยด้านอาหารโดยเร่งรัดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อการมีสุขภาพที่ดีของคนไทยอันเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาคนอย่างยั่งยืน ซึ่งพฤติกรรมการบริโภค

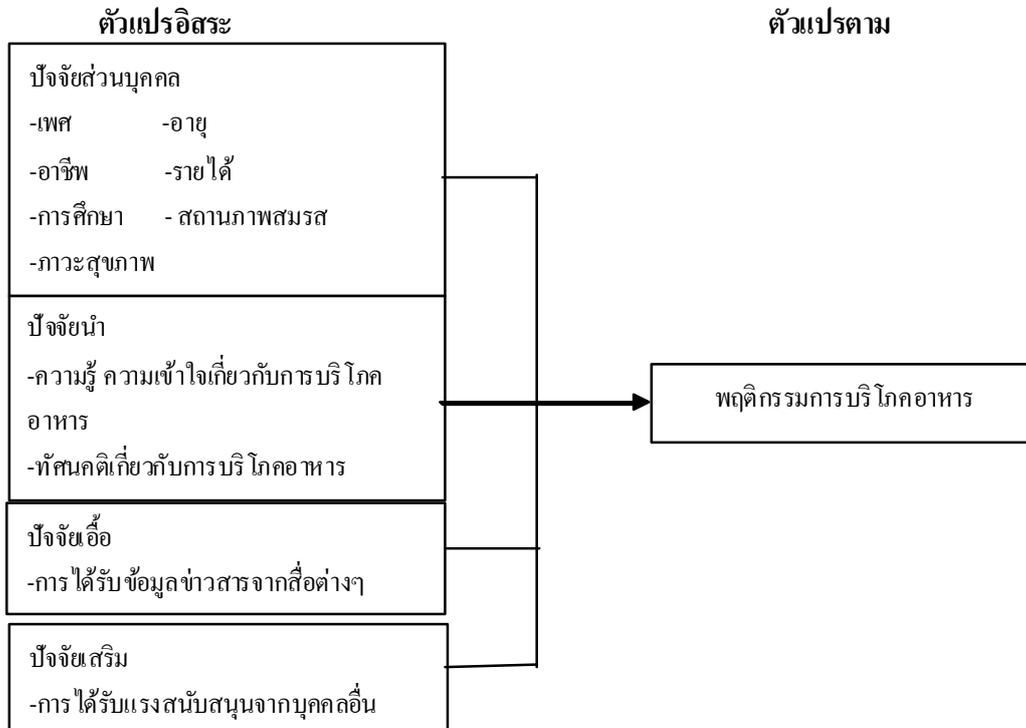
อาหารนั้นจะเป็นข้อบ่งชี้ที่สะท้อนถึงภาวะสุขภาพที่สำคัญมาก เพราะโรคต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตมักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องทั้งสิ้น จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า 5 อันดับแรกซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยทั่วประเทศในทศวรรษที่ผ่านมา ปี 2542-2552 ได้แก่ มะเร็ง อุบัติเหตุ โรคเกี่ยวกับหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูง (สัมพันธ์ เตชะชอภิก, 2545 อ้างถึงใน นรินทร์ สังข์รักษา, 2552: 2) ซึ่งโรคดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากสภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทำให้วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนไทยในสังคมและสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย บุคคลจำเป็นต้องปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ที่มีความเจริญด้านวัตถุและเต็มไปด้วยเทคโนโลยีแห่งความทันสมัย ซึ่งทำให้ชีวิตความเป็นอยู่สะดวกสบายขึ้น การทำงานใช้เครื่องผ่อนแรงเพิ่มมากขึ้นและทำให้มีการเคลื่อนไหวออกแรงหรือออกกำลังกายน้อยลง รวมถึงรูปแบบของอาหารที่รับประทานก็เปลี่ยนไปด้วย (ประณีต ผ่องแผ้ว, 2539 : 35) จากการศึกษาวิจัยพบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น การศึกษาของพรพรรณ บ่อมสุข (2554) พบว่าการรับรู้อิทธิพลของสถานการณ์จากการเข้าถึงสื่อต่างๆ ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ได้แก่ สื่อสิ่งพิมพ์ ข้อมูลข่าวสารทางวิทยุ โทรทัศน์ และสื่ออื่นๆ เป็นสิ่งที่เอื้อให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

และการศึกษาของกฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทองและคณะ (2554) พบว่าลักษณะทางสังคม ได้แก่ การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อมวลชน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ การศึกษาของวุฒินันต์ สุตบอนิจ (2555) พบว่า ความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากความสำคัญของอาหารและผลการวิจัยดังกล่าวมาแล้วนั้น จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนวัยทำงานในจังหวัดนครปฐมเพื่อทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนวัยทำงานในจังหวัดนครปฐม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนวัยทำงานในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และภาวะสุขภาพ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนวัยทำงานในจังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีอายุ 15-59 ปี ในจังหวัดนครปฐม จำนวน 570,759 คนกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนในจังหวัดนครปฐม อายุ 15-59 ปี จำนวน 400 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) การสุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูลตามสัดส่วนประชากรแต่ละอำเภอ

ขั้นที่ 2 สุ่มตำบลในแต่ละอำเภอโดยการจับฉลากรายชื่อตำบลร้อยละ 25 ในแต่ละอำเภอ

ขั้นที่ 3 คำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละสถานบริการตามสัดส่วนของประชากร

ขั้นที่ 4 สุ่มหมู่บ้านที่จะเก็บข้อมูล

ขั้นที่ 5 สุ่มกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการเก็บข้อมูล โดยจับฉลากรายชื่อประชาชนวัยทำงานในแต่ละหมู่บ้านตามจำนวนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยการใช้ค่า IOC โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หลังจากปรับปรุงแล้วนำไปทดสอบประชาชนทั่วไปจำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้แก่

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน) ๒๕๕๗

แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร = 0.8050 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ = 0.8410 การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่น = 0.8021 และ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร = 0.8043 ค่าIOC อยู่ระหว่าง 0.78 - 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานติดต่อหน่วยงานบริหารองค์กรของกลุ่มตัวอย่าง
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูล การรักษาลิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัยตามกำหนดการนัดหมายในพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (t-test) ในการศึกษาความแตกต่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารจำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพ การทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One - Way ANOVA) ใน

การศึกษาความแตกต่างพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร จำแนกตาม อาชีพ และสถานภาพสมรส และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นประชาชนวัยทำงานที่มีอายุ 15 - 59 ปี ในจังหวัดนครปฐม จำนวน 400 คน โดยจำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 54.0 มีอายุอยู่ระหว่าง 40 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.8 อาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 42.2 สถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 54.2 ระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 59.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 67.5 และภาวะสุขภาพไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 63.7 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|------------|--------------|
| เพศ | | |
| ชาย | 184 | 46.0 |
| หญิง | 216 | 54.0 |
| อายุ | | |
| 15 – 39 ปี | 153 | 38.2 |
| 40 – 59 ปี | 247 | 61.8 |
| Range = 20 – 59 , \bar{X} = 42.65 , S.D. = 10.01 | | |
| อาชีพ | | |
| รับจ้างทั่วไป | 169 | 42.2 |
| เกษตรกรรวม | 129 | 32.2 |
| อื่นๆ | 102 | 25.5 |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 148 | 37.0 |
| คู่ | 217 | 54.2 |
| อื่นๆ(หม้าย/หย่า/แยก) | 35 | 3.3 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษา | 236 | 59.0 |
| อนุปริญญาขึ้นไป | 164 | 41.0 |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน | | |
| < 10,000 บาท | 130 | 32.5 |
| > 10,000 บาท | 270 | 67.5 |
| Range = 6,000 – 30,000 \bar{X} = 12,367.50 , S.D. = 3296.15 | | |
| ภาวะสุขภาพ | | |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 255 | 63.7 |
| มีโรคประจำตัว | 145 | 36.3 |
| รวม | 400 | 100.0 |

2. ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่น และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ผลการศึกษาเป็นดังนี้

2.1 ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.5 โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 3 - 15 และค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 14.37 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

| ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---------|----------|
| ระดับต่ำ (น้อยกว่า 8.61) | 83 | 20.8 |
| ระดับปานกลาง (ตั้งแต่ 8.61-14.37) | 270 | 67.5 |
| ระดับสูง (มากกว่า 14.37) | 47 | 11.8 |
| $\bar{X} = 14.37$ S.D. = 2.88 | Min = 3 | Max = 15 |

2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.34$) ค่าเฉลี่ยการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ อยู่ในระดับ

ปานกลาง ($\bar{X} = 2.78$) ค่าเฉลี่ยคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่น อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.02$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่น

| ตัวแปร ที่ศึกษา | \bar{X} | S.D. | ค่าระดับ |
|------------------------------------|-----------|------|----------|
| ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร | 3.34 | 0.20 | ปานกลาง |
| การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ | 2.78 | 0.51 | ปานกลาง |
| การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่น | 3.02 | 0.30 | ปานกลาง |

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนวัยทำงาน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และภาวะสุขภาพ พบว่าประชาชนวัยทำงานที่มีเพศ และระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรม

การบริโภคอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้าน อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้และภาวะสุขภาพต่างกันมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน

4. การศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่น เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

4.1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร (Y) กับ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร (X1) ทศนคติเกี่ยวกับการ

บริโภคอาหาร (X₂) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ (X₃) การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่น (X₄) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.5950$ และ $r = 0.4740$ ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร กับ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่น

| ตัวแปร | Y | X1 | X2 | X3 | X4 |
|----------------|---------|--------|--------|---------|------|
| Y | 1.00 | | | | |
| X ₁ | 0.4740* | 1.00 | | | |
| X ₂ | 0.0210 | 0.0110 | 1.00 | | |
| X ₃ | 0.5950* | 0.2120 | 0.0410 | 1.00 | |
| X ₄ | -0.0640 | 0.0270 | 0.068 | -0.0480 | 1.00 |

*p -value < 0.05

4.2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 1 มีค่าประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เท่ากับ 0.355 นั่นคือ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้ร้อยละ 35.50

และ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นลำดับที่ 2 สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.6 โดยการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ได้ร้อยละ 48.10 โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ 0.14804 (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่น เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้ามาสมการ

| ลำดับที่ของตัวแปรที่ ได้รับคัดเลือกเข้า สมการ | R | R ² | Adj R ² | R ² change | b | Beta | t |
|---|-------|----------------|--------------------|--------------------------|-------|-------|---------|
| 1.การได้รับข้อมูล ข่าวสารจากสื่อต่างๆ | 0.595 | 0.355 | 0.353 | 0.355 | 0.208 | 0.518 | 14.016* |
| 2.ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการบริโภค อาหาร | 0.694 | 0.481 | 0.479 | 0.127 | 0.026 | 0.364 | 9.855* |
| Constant = 3.286 | | S.E. = 0.14804 | | F = 184.268* | | | |

*p -value < 0.05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ร้อยละ 48.10 ซึ่งแสดงว่าหากบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ เช่น เอกสารสิ่งพิมพ์ เสียงตามสาย หรือดูโทรทัศน์ เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องมากขึ้น ในทำนองเดียวกันหากบุคคลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารก็จะมีผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามไปด้วย โดยหากบุคคลได้รับทั้งข้อมูลข่าวสารและมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ก็จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของพรพรรณ บ่อมสุข (2554:87) พบว่าการรับรู้อิทธิพลของสถานการณ์จาก

การเข้าถึงสื่อต่างๆ ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เป็นสิ่งที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการศึกษาของวริยา บุญรินทร์ (2553:123) และ สุภาวดี พรหมมา (2553:102) พบว่าการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจากสื่อต่างๆ และความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารและการศึกษาของกฤตย์ตีวัณณ์ จัตรทองและคณะ (2554) พบว่าลักษณะทางสังคม ได้แก่ การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อมวลชน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ และการศึกษาของพรพรรณ บ่อมสุข (2554:82-84) พบว่าปัจจัยเอื้ออำนวยการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ $< .001$ กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อสุขภาพของประชากรวัยทำงาน และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model ซึ่งแนวคิดนี้ได้ให้ความสำคัญต่อปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และได้เสนอกระบวนการวิเคราะห์ที่โดยเริ่มจาก เป้าหมายและสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะปัจจัยใดบ้าง และมีแนวคิดว่าการที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่างๆที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้าที่ออกมาเป็นลักษณะของจิตที่เกิดจากการผสมกันระหว่างประสาทสัมผัสชนิดต่างๆ และความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่แล้วส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมต่อมาได้ ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดนี้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเสกสรรค์ สุกุลเอื้อ (2552:68) และมัณฑุลา ธนิกกุล (2553:69) พบว่าความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการศึกษาของเบญจมาศ คำตา (2552) และ การศึกษาของวุฒินันต์ สุตบอนิจ (2555:131) พบว่าความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ความปลอดภัยด้านอาหาร นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Green & Kreuter (1991) ที่ว่าความรู้มีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนิรันดร์ อิมามี่ (2540 : 37-39) เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนนั้น ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ คือ ปัจจัยด้านจิตวิทยา อันได้แก่ความรู้ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสอดคล้องกับแนวคิดของสุชัยญา ลิ้มสกุล (2541) กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของบุคคลว่ามีความสัมพันธ์กับความรู้ โดยความรู้ทำให้เกิดการ

ปฏิบัติตามมา ความรู้ต่างกันก็ทำให้เกิดการปฏิบัติ ต่างกันและความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender et al. (2006) กล่าวว่าสถานการณ์หรือบริบทสามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สภาพแวดล้อมเอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรม พฤติกรรมสุขภาพนั้นก็มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น แต่ถ้าสภาพแวดล้อมนั้นขัดขวางการเกิดพฤติกรรมก็จะทำให้พฤติกรรมสุขภาพไม่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการปรับความรู้ของประชาชน จากผลการวิจัยที่พบว่าประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องในหลายประเด็นด้วยกัน เช่น ข้อคำถามเนื้อหมูที่มีสีสีแดง ไม่มีไขมัน แทรกระหว่างเนื้อ มีความเสี่ยงของสารปนเปื้อนชนิดใดมากที่สุด อาหารชนิดใดมีโอกาสปนเปื้อนยาฆ่าแมลงได้มากที่สุด และความรู้เกี่ยวกับอาหารครบ 5 หมู่ ซึ่งแสดงว่าความรู้เกี่ยวกับอาหารปลอดภัยของประชาชน ยังไม่ดีพอรวมทั้งความรู้ด้านโภชนาการ เกี่ยวกับอาหารหลัก 5 หมู่ ดังนั้นจึงควรมีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องดังกล่าวให้มากยิ่งขึ้น โดยใช้สื่อประชาสัมพันธ์ ช่องทางที่หลากหลายให้เป็นประโยชน์มากที่สุด

2. ควรมีการส่งเสริมการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร จากผลการวิจัยที่พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีแต่ยังมีพฤติกรรมบางอย่างไม่ถูกต้อง เช่น ยังมีการซื้อเนื้อสัตว์ ที่ไม่มีไขมันแทรกระหว่างเนื้อและมีสีแดงสด นำมารับประทาน การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น ลาบดิบ ปลาสด ตับหวาน แหนม และชอบรับประทานอาหารจานด่วน เช่น ไก่ทอด แฮมเบอร์เกอร์ จึงควรมีการให้ความรู้ที่ถูกต้องเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง อันจะส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชนต่อไป

นอกจากนี้จากการศึกษาปัจจัยเอื้อ คือ การได้รับข้อมูล ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น วิทยุ ข่าวสารจากสื่อต่างๆ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม โทรทัศน์และอินเทอร์เน็ต การบริโภคอาหาร ดังนั้นจึงควรมีการเผยแพร่ความรู้

เอกสารอ้างอิง

- กฤตย์ตีวัฒน์ จันทรทอง และคณะ. (2554). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทาน อาหารที่ถูกหลักโภชนาการของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเขตเทศบาลเมืองชุมพร. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา.
- นรินทร์ ลังษ์รักษา และคณะ. (2552). รายงานการวิจัย พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนใน จังหวัดนครปฐม ปี 2552. นครปฐม : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม.
- นิรัตน์ อิมามี. (2540). เทคนิคการวางแผนงานโครงการสุขภาพและสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์
- เบญจมาศ คำตา. (2552). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของครูโรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์คหกรรมศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร.
- ปราณีต ผ่องแผ้ว. โภชนศาสตร์ชุมชน. กรุงเทพฯ : บ.ลิฟวิงทรานส์มีเดีย.
- ประภาพรรณ นิลศิริ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรพรรณ ป้อมสุข. (2554). พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์กันในกลุ่ม ประชาชนวัยทำงานในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มัญชุสา ธนิกกุล. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนเทพสุวรรณชาุกวิทยา อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิรยา บุญรินทร์. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- วุฒินันต์ สุตบอนิจ. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน ในจังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- สุชัยญา ลิ้มสกุล. (2541). กลยุทธ์และประสิทธิภาพของแผนการณรงค์โฆษณาโครงการ เสริมสร้างชีวิตยืนยาวในการปกป้องสิทธิ์ผู้บริโภค “อย.ปกป้องสิทธิ์”. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุภาวดี พรหมมา. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เสกสรรณ์ สุกุลเอื้อ. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการโภชนาการของบุคลากรโรงพยาบาลนภลัย อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- Green, L.W., and Kreuter, M.W. (1991). *Health Education Planning : A Diagnostic Approach*. California : Mayfield Publishing Company.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L. and Parsons, M.A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4theds. New Jersey : Pearson Education.



ผลลัพธ์ของโปรแกรมการบำบัดอาการปวดเข่า
ในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ
ตำบลคลองมะเดื่อ อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร
Effectiveness Pain Management Program of Primary Knee
Osteoarthritis in the Elderly People at Klongmadar Sub-District,
Krathum Bean District in Samut Sakhon Province

กฤษฎากมล ชื่นอ้อม*
กรลิริ คุ้มรักษา*
เบญจวรรณ ศิวะยุทธกิจ*

บทคัดย่อ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความพิการ ภาวะการพึ่งพาและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการบำบัดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิโดยผ่านการคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม (American College of Rheumatology: ACR, Altman, 1991) และสุ่มเลือกเข้าสู่วิจัยทดลองโดยกำหนดคุณสมบัติแบบเจาะจง จำนวน 33 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมที่ประยุกต์จาก การสังเคราะห์วรรณกรรมเรื่อง การบำบัดรักษาแบบไม่ใช้ยาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ (นงพิมพ์ นิมิตรานันท์ และศศิธร รุจนเวช, 2557) ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และ

ฝึกทักษะเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง 2) กายบริหารบำบัดเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อเข่าและเพิ่มพิสัยของข้อ และ 3) การลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม และการประเมินความรุนแรงของโรค ในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติทดสอบค่าที่ (Paired t-test) ผลการวิจัย พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($t = -4.78, p\text{-value} = .001$) และมีความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.85, p\text{-value} = .001$)

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

ผู้วิจัยเสนอแนะว่า ควรมีการเผยแพร่โปรแกรมที่ ประยุกต์จากการสังเคราะห์วรรณกรรม นี้ไปใช้ในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนต่างๆ อีกทั้งควรมีการวิจัย

เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ชุมชนได้ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการและใช้แหล่งประโยชน์ใน ชุมชนในการชะลอความรุนแรงของโรคและเพื่อเพิ่ม คุณภาพชีวิตที่ดี

Abstract

According to increasing prevalence of knee osteoarthritis, it is a major health problem among the elderly patients. Its impact causes disability, dependency and decreasing of quality of life. The purpose of this quasi-experimental research was to study the effectiveness of pain management program among elderly patients with primary knee osteoarthritis living in Klongmader sub-district, Krathum Bean districts in Samut Sakhon province. The samples consisted of the elderly who were classified as primary knee osteoarthritis through screening criteria of American College of Rheumatology (ARC) (Altman, 1991). Thirty-three elderly were included in the study applying purposive criteria.

The pain management program was developed from an integrated review of non-pharmacological management in the patients with primary knee osteoarthritis (Nimit-arnun & Rujanaveth, 2014). It had 3 recommendations that consisted of 1) providing knowledge and skills in promoting self-management 2) performing exercise regarding the muscle strengthening and range of motion, and 3) maintaining body weight including nutritional change programs and

regular exercise. The instruments using in data collection process were 3 sets of questionnaires, that consisted of personal data, knowledge of knee osteoarthritis and severity of knee pain perception. The program was intervened during October to November 2013. The descriptive statistical analysis and Paired t- test were utilized for comparing the outcomes between before and after joining the program. The results revealed that after joining the program, the mean score of knowledge was higher statistically significant ($t = -4.78$, $p\text{-value} = .001$). Moreover, the mean score of osteoarthritic pain was also decreased statistically significant ($t = 4.85$, $p\text{-value} = .001$).

The researcher suggested that, it is beneficial to disseminate this evidence-based program in primary care service. The public health care team should concern to study a participatory action research for developing community participation that health resources will be utilized and shared. In conclusion, the diseases progression will be delay, and quality of life among those elderly people will enhance.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างของประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือประชากรวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นในอัตราที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.0 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 15.0 ในปี 2568 ผู้สูงอายุในประเทศไทยก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทำให้โครงสร้างประชากรสูงอายุ (Aging population) (คณะกรรมการประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545) ในปี 2550 มีประชากรสูงอายุ เพิ่มขึ้นเป็น 6.8 ล้านคน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) และในปี พ.ศ. 2552 มี ประมาณ 7.2 ล้านคนจากประชากรไทย 63 ล้านคน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552) จังหวัดสมุทรสาคร เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุเช่นกัน โดยพบว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ. 2551 มีจำนวนผู้สูงอายุ 46,513 คน คิดเป็นร้อยละ 9.9 ของประชากรทั้งจังหวัด พ.ศ. 2552 มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 10.1 พ.ศ. 2553 มีประชากรผู้สูงอายุ 50,508 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 10.42 ของประชากรทั้งจังหวัด อีกทั้งยังพบว่าในจำนวนนี้ส่งผลให้มีปัญหาเรื่องอัตราการแบกรับภาระการดูแลของวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุมากขึ้น วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมของร่างกาย ร้อยละ 45 มีโรคประจำตัว (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร, 2554: 142) จากแนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ ที่ต้องได้รับการดูแลสุขภาพ เนื่องจากความเสื่อมของร่างกายและโรคที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ 5 อันดับ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและข้อ หอบหืด และอัมพฤกษ์ (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2547) ซึ่งโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้เพิ่มภาระพึ่งพิงของผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of the knee: OA knee) เป็นโรคเรื้อรังที่สามารถชะลอความรุนแรงของโรคได้ เป็นภาวะที่เกิดจากความเสื่อม

ของกระดูกอ่อนและเนื้อเยื่อรอบๆข้อ ทำให้เกิดอาการปวดเรื้อรังจากการที่กระดูกอ่อนถูกทำลายจนบางลง อาจแตกและเบียดยุ่ยได้ง่าย มีการสูญเสียน้ำเลี้ยงในข้อต่อ (พัชรพล อุตมเกียรติ, 2552) จนไม่สามารถรักษาให้กลับคืนสภาพเดิมได้ ทำให้ข้อเข่าติดและนำไปสู่ความพิการในผู้สูงอายุมากกว่าโรคอื่นๆ ซอเวอร์และคณะ (Sowers et al., 2006: 950-958) กล่าวว่าโรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคที่เพิ่มสูงขึ้น โรคนี้เป็นโรคข้อที่พบบ่อยที่สุดและเป็น 1 ใน 10 โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญอันก่อให้เกิดความทุพพลภาพในผู้สูงอายุไทย (ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย, 2554) อีกทั้งมีผลกระทบสูงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า จะมีผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มจาก 400 ล้านคน ใน พ.ศ. 2551 เป็น 570 ล้านคน ในพ.ศ. 2563 โจชัวและคณะ (Joshua et al., 2008: 1229) พบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในระดับปานกลางถึงรุนแรงจำนวน 15.8 ล้านคน มีอายุอยู่ระหว่าง 25-75 ปี สำหรับในประเทศไทย จากการสำรวจพบปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมมีความชุกร้อยละ 11.3-45.6 (สำนักพัฒนาวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ผลกระทบจากพยาธิสภาพของภาวะข้อเข่าที่ทำให้เกิดความผิดปกติของข้อและอาจเกิดความพิการ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2550; Baird & Sands, 2006: 442-451; Kee, 2000: 199-208) ทำให้ผู้สูงอายุมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป อื่นๆ จากอาการสำคัญของโรคข้อเข่าเสื่อม คือ ปวดข้อและข้ออักเสบ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน การเคลื่อนไหวลดลงโดยเฉพาะการทำกิจวัตรประจำวัน (ชวัช ประสาทฤทธา, 2553; เยี่ยมมนโนภพ บุญนา, 2548: 1317-1337) ทำให้สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง และอยู่ในภาวะพึ่งพา บางรายมีอาการรุนแรงจนต้องรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมซึ่งต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูง พยาธิสภาพในระยะแรกเริ่มเรียกว่าโรคข้อเข่าเสื่อมชนิด

ปฐมภูมิ (Primary osteoarthritis) (Hochberg, et al., 2012) ในระยะนี้หากผู้ป่วยได้รับการดูแลและสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้เพื่อจัดการอาการปวดเข่าที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะสามารถชะลอกระบวนการดำเนินของโรคไปสู่ชนิดทุติยภูมิได้ (Secondary osteoarthritis) (Altman, et al., 2000) การที่พยาบาลส่งเสริมการปฏิบัติตัวให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมรวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (จินทนา ทองชื่น, 2545: 30; กฤษฏากมล ชื่นอ้อม, 2555: 77; Maetzel et al., 2004: 395-401) นงพิมล นิมิตรอนันท์ และ ศศิธร รุจนเวช (2557) เสนอว่าการบำบัดแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological treatment) และหรือ การแพทย์แบบผสมผสาน (Complementary therapy) เป็นวิธีการบำบัดที่ได้ผลดีที่สุดและเป็นที่ยอมรับในระดับสากล (The Royal College of Physicians of London, 2008) อนึ่ง ในปัจจุบันนี้ ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยให้ความสำคัญของการประกันคุณภาพบริการสุขภาพที่จัดให้แก่ผู้รับบริการสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะบริการที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นฐานการตัดสินใจในการปฏิบัติทางคลินิก (Evidences-based practice) ในขณะที่งานวิจัยในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับวิธีการบำบัดอาการปวดเข่าในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิมียังมีจำนวนมากขึ้นตามลำดับ หากยังขาดการสรุปความ คัดสรร จัดหมวดหมู่และเรียบเรียงใหม่เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่ดีสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชน ที่บ้านและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) การพัฒนาองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อสร้างแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Clinical practice guideline) จึงเป็นวิถีทางที่มีคุณภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำถามการวิจัย

ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดอาการปวดเข่า ในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม และ ความรุนแรงของอาการปวดเข่า แตกต่างกัน หรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม และ ความรุนแรงของอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ

สมมติฐานการวิจัย

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดอาการปวดเข่า ๓

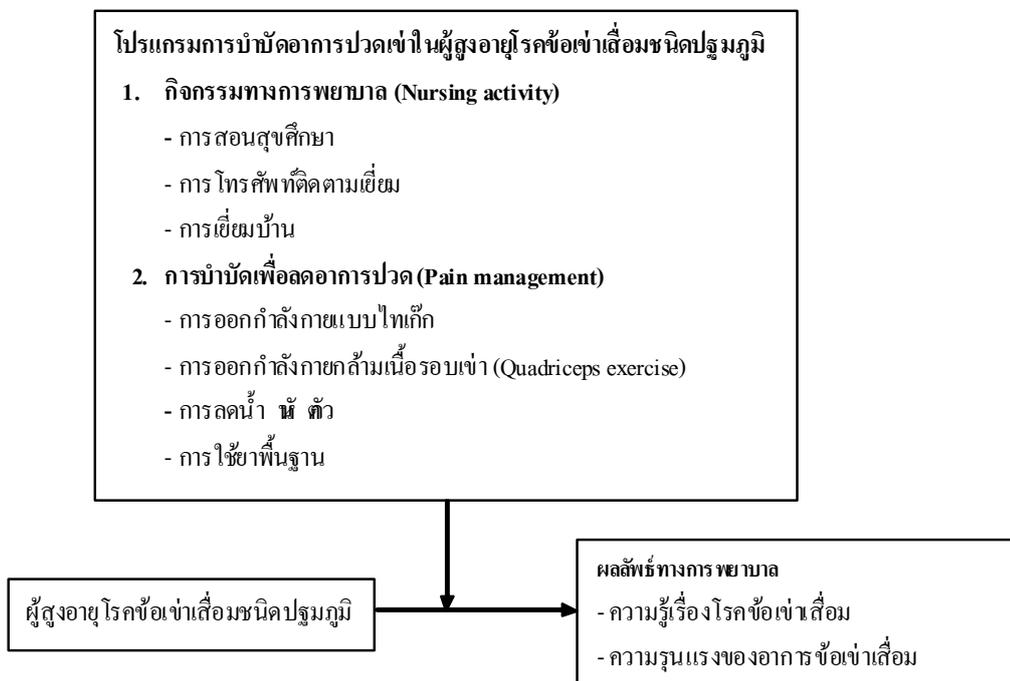
1. กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดอาการปวดเข่า ๓
2. กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการปวดเข่า ลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดอาการปวดเข่า ๓

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ โดยประยุกต์จากผลการสังเคราะห์วรรณกรรมเรื่องการบำบัดรักษาแบบไม่ใช้ยาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ (นงพิมล นิมิตรอนันท์ และ ศศิธร รุจนเวช, 2557) ซึ่งทำการสังเคราะห์วรรณกรรมโดยใช้การสืบค้นข้อมูลการวิจัยและวรรณกรรมที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในแหล่งข้อมูลต่างๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศอย่างเป็นระบบในห้วงเวลาย้อนหลัง 10 ปี คือในช่วง ค.ศ. 2005-2014 หรือ พ.ศ. 2547-2556 โดยสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidences) ในลักษณะต่างๆ ตั้งแต่แนวปฏิบัติ (Guidelines)

งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์เมตาหรือการวิเคราะห์เชิง
อภิมาน (Meta-analysis report) การทบทวน
วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review
articles) หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่ม
และมีกลุ่มควบคุมที่ออกแบบการวิจัยอย่างดี อย่างน้อย
1 เรื่อง (Randomized controlled trial: RCT)
และงานวิจัยกึ่งทดลอง นำมาคัดสรรตามเกณฑ์การ
ประเมินคุณภาพและระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน
(Strength of evidence) ของเมลนิกและไฟเอท์
โอเวอร์ฮอลท์ (Melnik & Fineout – Overholt,
2011: 31-32) ซึ่งแบ่งเป็น 7 ระดับ (Level)
เรียงลำดับคุณภาพจากมากไปน้อย ได้หลักฐานเชิง
ประจักษ์ที่มีคุณภาพดีจำนวน 30 เรื่อง ในจำนวน
นี้เป็นแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์
(Evidence-based practice guideline) ที่สร้าง

โดยกลุ่มนักวิชาการที่ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่าง
เป็นระบบ (Systematic literature review)
และจากรายงานวิจัยเชิงการวิเคราะห์อภิมาน
(Meta-analysis) ถึง 26 ชื่อเรื่อง คิดเป็นร้อยละ
86.67 จากนั้นนำมาเรียบเรียงเป็นแนวปฏิบัติการบำบัด
รักษาแบบไม่ใช้ยาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ
ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อส่งเสริม
การจัดการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง 2) กายบริหารบำบัด
เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อเข่าและเพิ่มพิสัย
ของข้อ และ 3) การลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์
มาตรฐานโดยใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนโภชนาการ
ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผู้วิจัยมี
ความสนใจนำมาประยุกต์ในการสร้างโปรแกรมการ
บำบัดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมชนิด
ปฐมภูมิเพื่อทดลองใช้ในการศึกษาครั้งนี้



แผนภูมิที่ 1 กรอบการวิจัยประยุกต์จาก นงพิมล นิมิตรวานันท์ และ ศศิธร รุจนเวช (2557)

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ตำบลคลองมะเดื่อ อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ที่ผ่านการตรวจคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อมตามเกณฑ์ American College of Rheumatology (ACR) (Altman, et al., 1991: 505) ทั้งหมด 375 คน ระหว่าง เดือน กรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2556 ผู้วิจัยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hunger, 1997: 427) ซึ่งกำหนดว่าการวิจัยเชิงทดลองสามารถใช้กลุ่มตัวอย่างได้อย่างน้อย 20-30 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม มีอาการข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิที่อาศัยในตำบลนี้ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ดี สามารถติดต่อสื่อสารได้ดี และสมัครใจเข้าร่วมตลอดการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ย ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความรู้เรื่องปวดเข่าของ รัตติกาล ชื่นสมบัติ (2553) ประกอบด้วย ข้อคำถามแบบเลือกตอบ ถูก-ผิด จำนวน 10 ข้อ โดยทำเครื่องหมายถูกในช่องที่กำหนดไว้ ข้อที่ตอบถูก ให้คะแนน 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิด ให้คะแนน 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงภาวะข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อม ของลีควอน (Lequesne, 1997:

779-81) แปลเป็นภาษาไทยโดย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2549) เพื่อประเมิน 3 ด้าน ดังนี้ 1) อาการปวด โดยประเมินอาการปวดเข่าจากการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวน 5 ข้อ 2) ระยะทางที่เดินได้ หรือเดินร่วมกับมีอาการปวด 3) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ

แบบสอบถามทุกชุดได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เมื่อได้ปรับปรุงข้อระทงความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างในชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร เครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค เท่ากับ 0.65 และ 0.73 ตามลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ที่ประยุกต์จากผลการสังเคราะห์วรรณกรรมเรื่อง การบำบัดรักษาแบบไม่ใช้ยาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ (นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์ และศศิธร รุจนเวช, 2557)

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุมัติโครงการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ได้นำ เสนอต่อคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ (IRB) ของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน เมื่อได้ผ่านการพิจารณา รับรองให้มีการดำเนินการวิจัยแล้วจึงขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอน

2. ผู้วิจัยประสานงาน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองมะเดื่อ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน) ๒๕๕๗

3. จัดทำเอกสารความรู้ คู่มือการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สื่อการสอน/สื่อสุขภาพ ในรูปแบบต่างๆ จัดเตรียมอุปกรณ์สาธิตการออกกำลังกาย และจัดเตรียมกล่องใส่อุปกรณ์เพื่อการฝึกทักษะด้วยตนเองที่บ้าน

ขั้นตอนการ

ระยะที่ 1 กิจกรรมให้ความรู้และฝึกทักษะ

1.1 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนจัดกิจกรรม (Pre-test)

1.2 จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ในผู้สูงอายุตามแผนการสอน ประกอบด้วย การบรรยายประกอบภาพสไลด์ อาหารตัวอย่าง การอภิปรายกลุ่ม

1.3 การสาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบไทเก๊ก โดยวิทยากรจากชมรมผู้สูงอายุ และการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps exercise) โดยใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนักขนาด 1 กิโลกรัม เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา

1.4 การลดน้ำหนักตัว ด้วยการสอนให้ประเมินค่าดัชนีมวลกายของตน ร่วมกับการควบคุมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

1.5 การใช้ยาพื้นฐาน ได้แก่ ยาแก้ปวดในกรณีที่ปวดมากให้รับประทานพาราเซตามอล 1-2 เม็ด ห่างกันอย่างน้อย 6 ชั่วโมง หรือยากลุ่ม NSIADs สำหรับทายานอก

1.6 มอบกล่องใส่อุปกรณ์เพื่อการฝึกทักษะด้วยตนเองที่บ้านแก่กลุ่มตัวอย่าง คนละ 1 กล่อง ภายในกล่องประกอบด้วย เอกสารคู่มือการดูแลตนเอง ถุงทราย ยาแก้ปวดพาราเซตามอล 10 เม็ด และยากลุ่ม NSIADs สำหรับทายานอก 1 หลอด

1.7 หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยบรรยายสรุปกิจกรรม นัดหมายการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และนัดหมายการติดตามเยี่ยมบ้าน

ระยะที่ 2 การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างทุกราย สัปดาห์ละ 1 ครั้งรวม 3 สัปดาห์ เพื่อสอบถาม

ความก้าวหน้าของอาการปวดเข่า และปัญหาสุขภาพอื่นๆ การออกกำลังกาย ย้ำเตือนเรื่องการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การควบคุมน้ำหนักตัว การใช้ยาที่ถูกต้อง (เมื่อจำเป็น) การอ่าน/เรียนรู้จากเอกสารคู่มือการดูแลตนเอง รวมทั้งให้คำปรึกษา ชี้แนะให้กำลังใจและชมเชยเพื่อการเสริมแรงแก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในแบบบันทึกรายบุคคล

ระยะที่ 3 การติดตามเยี่ยมบ้าน

3.1 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายตามการนัดหมาย จำนวน 1 ครั้ง เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการดูแลตนเองตามโปรแกรม ฯ และการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลที่รวบรวมได้ แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และทุกตัวแปรด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และความรุนแรงของอาการปวดเข่า โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ด้วยสถิติทดสอบค่าที่ (Paired t-test)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.80 และเพศชายร้อยละ 21.20 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 57.60 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเกินและเป็นโรคอ้วนร้อยละ 57.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.60 มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 63.60 รองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 30.30 มีรายได้เฉลี่ย

น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด ร้อยละ 81.80 สูงมากที่สุด ร้อยละ 50.00 โรคเบาหวาน ร้อยละ 32.00
ระบุว่า รายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 51.50 มีโรคประจำ และเป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ
ตัวร้อยละ 66.70 ในจำนวนนี้เป็นโรคความดันโลหิต 9.00

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ
(n = 33 คน)

| ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | t-value | p-value |
|-------------------------------|------------|-----------|------|---------|---------|
| ก่อนการทดลอง | 33 | 8.39 | 1.11 | | |
| | | | | -4.78 | .001* |
| หลังการทดลอง | 33 | 9.42 | 0.61 | | |

* p-value <.001

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ย ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 8.39 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.11 ($\bar{X} = 8.39$; $SD = 1.11$) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.42 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.61 ($\bar{X} = 9.42$; $SD = 0.61$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติแล้ว พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 33 คน)

| ความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อม | จำนวน (คน) | \bar{X} | S.D. | t-value | p-value |
|---------------------------------|------------|-----------|------|---------|---------|
| ก่อนการทดลอง | 33 | 9.69 | 4.37 | | |
| | | | | 4.85 | .001* |
| หลังการทดลอง | 33 | 5.66 | 4.29 | | |

* p - value <.001

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ย ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.69 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.37 ($\bar{X} = 9.69$; $S.D. = 4.37$) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.66 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.29 ($\bar{X} = 5.66$; $S.D. = 4.29$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติแล้ว พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อม

ในกลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ๓ สูงกว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

สมมุติฐานที่ 1

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า การให้ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม กลไกการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค การดำเนินของโรค รวมทั้งข้อแนะนำในการดูแลบำบัดตนเอง ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดลดลงได้ การสอนให้ความรู้ในการศึกษาค้นคว้าเป็นการสอนทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคลด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง มีการใช้อุปกรณ์ประกอบการสอน ร่วมกับการสาธิต และให้ผู้สูงอายุสาธิตย้อนกลับ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจที่ชัดเจน และช่วยเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้และจดจำได้แม่นยำยิ่งขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) นอกจากนี้วิธีดังกล่าว ผู้วิจัยได้แจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้ นำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน การได้ศึกษาเรียนรู้จากคู่มือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเป็นเอกสารที่อ่านง่าย ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ เห็นได้ชัดเจน มีรูปภาพประกอบ ทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติตาม อีกทั้งเป็นสิ่งเตือนความจำ เดคินส์ (Deakins, 1994) กล่าวว่า การสื่อสารในการสอนผู้สูงอายุ ควรใช้สื่อที่มีรูปภาพประกอบ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด สุณี สุวรรณผล (2544: 92) เสนอแนะว่า พยาบาลควรให้ความสำคัญในการวางแผนการพยาบาลในการจัดหาวิธีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตัวชะลอความเสื่อมของข้อเข่าและลดความวิตกกังวลได้ดีขึ้น และ จิรพรรณ เขียวขำ (2553) เสนอว่า การให้ความรู้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ต้องเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทักทายด้วยท่าทางที่เป็นมิตร จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการสนทนา

ให้ความรู้ มีการสาธิตและฝึกปฏิบัติ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

สมมุติฐานที่ 2

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps exercise) โดยใช้ถุงทรายถ่วงน้ำหนักประมาณ 1 กิโลกรัมแขวนที่ข้อเท้า ช่วยเพิ่มความแข็งแรงให้แก่กล้ามเนื้อรอบเข่าที่ละน้อย จนทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดขณะนอนบนเตียง ตอนกลางคืนลดลง อาการข้อฝืดแข็งหลังจากตื่นนอน ตอนเช้า ลดลง อาการปวดเข่าขณะเดินลดลง ยืนยันได้ว่าการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะปฐมภูมิ (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชเพื่อผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี, 2549) ส่วนการออกกำลังกายแบบไทเก๊ก โดยการยกแขนและก้าวขาทั้งสองข้าง มีการเปลี่ยนท่าเป็นจังหวะอย่างช้าๆ ช่วยทำให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อมัดใหญ่บริเวณรอบข้อเข่ามีการบีบคลายตัวอย่างต่อเนื่องในแต่ละท่าของการเคลื่อนไหว ร่างกาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นภัส ทับกล้า (2549) พบว่า การออกกำลังกายแบบ ไทเก๊ก ซึ่งการกำหนดลมหายใจเข้าออกและการใช้สมาธิ ช่วยลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น

จากการที่ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในกลุ่มตัวอย่างทุกราย ครั้งละ 5-10 นาที ทุกสัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง/รายนั้น เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ช่วยกระตุ้นเตือนความจำ และเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองตามกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมฯ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัตติกาล ชื่นสมบัติ (2553) ที่พบว่า การติดตามทางโทรศัพท์ทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถออกกำลังกายด้วยความมั่นใจ และต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมออกกำลังกายที่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่วนการติดตามเยี่ยมที่บ้านนั้น เป็นการสร้างความรู้จัก ค้นเคย ความไว้วางใจและเชื่อถือ ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถชี้แนะและดัดแปลงวิธีการ

ปฏิบัติตนต่างๆ ตามคู่มือฯ ให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมภายในบ้านและสภาพแวดล้อมรอบๆ บ้านของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม แนวคิดและการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านนี้ทำให้เกิดบริการการดูแลแบบองค์รวม การประเมินผลการดูแล อีกทั้งทำให้เห็นองค์ประกอบอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว เช่น สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว การดูแลจากเครือข่ายทางสังคม (อรอนงค์ ซ่อนกลิ่น, 2541) การเยี่ยมบ้านจึงสามารถพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน ครอบคลุมและมีความเป็นองค์รวมหนึ่ง ในด้านการลดน้ำหนัก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายเกินและเป็นโรคอ้วน (Obesity) จำนวนมาก ความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับโรคข้อเข่าเสื่อมเนื่องจากทำให้ข้อเข่าต้องแบกรับน้ำหนักเพิ่มขึ้น การเพิ่มของน้ำหนักตัวในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมเป็นการเพิ่มแรงกดผ่านผิวข้อทำให้มีอาการปวดมากขึ้น ดัชนีมวลกายที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับอาการปวดข้อเข่า และมีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหว (Bijlsma & Knahr, 2007; Marks, 2007) ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์อย่างมากต่อข้อเข่าเสื่อมในเพศหญิง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประภาพร วงศ์สุวรรณ (2552: 32) ที่พบว่า การลดน้ำหนักในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน ช่วยให้อาการปวดและ

อาการข้อเข่าลดลง เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของข้อ ชะลอการดำเนินของโรคและลดปริมาณการใช้ยา

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรพัฒนารูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ใช้สื่อการสอนที่หลากหลาย ใช้การสาธิตและฝึกสาธิต รวมทั้งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุ

2. ควรพัฒนารูปแบบการประเมินความรุนแรงของอาการปวดเข่า โดยการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการจัดบันทึกความก้าวหน้า หรือการดำเนินของโรคอย่างเป็นระบบ

3. เผยแพร่แนวคิดและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแก่บุคลากรสาธารณสุขในชุมชน เพื่อให้เห็นคุณค่าของการจัดบริการตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ด้านการวิจัย

ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้

บรรณานุกรม

- กฤษฎากมล ชื่นอ้อม. (2555). *คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน จังหวัดสมุทรสาคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- จันทร์ ทองชื่น. (2545). *ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จิรพรรณ เขียวขำ. (2553). การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการชะลอความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม ในผู้สูงอายุในอำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- รัชช ประสาทฤทธา. (2553). ข้อเสื่อม หายได้. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2554, จาก www.reocities.com/Tokyo/Harbor/2093/.
- เยี่ยมมนโณภพ บุญภาค. (2548). ตำราโรคข้อ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เอส พี เอ็น.การพิมพ์.
- ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. (2554). แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2554. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2557, จาก www.rcost.or.th.
- รัตติกาล ชื่นสมบัติ. (2553). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรพล อุดมเกียรติ. (2552). น้ำหนักตัวปัจจัยเสี่ยงข้อเข่าเสื่อม. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2554, จาก <http://blog.eduzones.com/bussabongpak/35879/02/07/2554> .
- นงพิมพ์ นิมิตรานันท์. (2557). สถานการณ์ทางระบาดวิทยาและการประเมินความเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมในคนไทย. วารสารพยาบาลกองทัพบก. 15(3) : 185-194.
- นงพิมพ์ นิมิตรานันท์ และ ศศิธร รุจนเวช. (2557). การสังเคราะห์วรรณกรรมเรื่อง การบำบัดรักษาแบบไม่ใช้ยาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 3(1) : 35-49.
- ประภาพร วงศ์สุวรรณ. (2552). การลดน้ำหนักผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่น้ำหนักเกินและอ้วน. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). ชับเคลื่อนสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยงานวิจัย. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2554, จาก www.thaitgri.org/index.
- สกาวรรตน์ ศุภสาร. (2550). ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์. 1 (1) : 71-86.
- สุนี สุวรรณพสุ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพร ศศิจันทร์. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2552). อายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุ ชาย และ หญิง. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 29 กรกฎาคม 2556, จาก http://www.m-society.go.th/document/edoc/edoc_892.pdf.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2551). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). รายงานเรื่อง รูปแบบการออกกำลังกายในน้ำสำหรับผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อม. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- Altman, R., et al. (1986). Arthritis Education – Diagnostic Guidelines. *Johns Hopkins Medicine Arthritis Rheum*, 29 : 1039. [Online]. Retrieved May 20, 2011, from www.hopkins-rthritis.org/physiciancorner/education/acr/acr.html#class_knee.
- Altman, R.D. (1991). Criteria for classification of clinical osteoarthritis. *The Journal of Rheumatology*. (18) : 10-21.
- Baird, C.L., & Sands, L.P. (2006). Effect of guided imagery with relaxation on health-related quality of life in older women with osteoarthritis. *Research in Nursing & Health*, 29(5) : 442-451.
- Bijlsma, J. W. J. & Knahr, K. (2007). Strategies for the prevention and management of osteoarthritis of the hip and knee. *Best Pract Res Clin Rheumato*. (21) : 59-76.
- Deakins, D. A. (1994). Teaching elderly patients about diabetes. *American Journal of Nursing*, 94 (4) : 38-42.
- Kee, C.C. (2000). Osteoarthritis: manageable scourge of aging. *Nursing Clinical of North America*, 35(1), 199-208.
- Lequesne, M.G. (1997). The algofunction indices for hip and knee osteoarthritis. *The Journal of Rheumatology*, 24, 779-781.
- Maetzel, A., Li, LC, Pencharz, J, Tomlinson, G., Bombardier, C. (2004). The economic burden associated with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and hypertension: a comparative study. *Annual of the Rheumatic Diseases*. 63(4) : 395-401.
- Sowers, M., Jannausch, M.L., Gross, M., Karvonen-Gutierrez, C.A., Palmieri, R.M., Crutchfield, M. et al. (2006). Performance-based physical function in African-American and Caucasian women at midlife: Considering body composition, quadriceps strength, and knee osteoarthritis. *American Journal of Epidemiology*. 163(10) : 950-958.



พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรัง ในเขตตำบลดอนยายหอม
อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม
Health Promotion Behaviors Among Persons with a Chronic Disease
in Don Yai Hom Sub-District, Meung District,
Nakhon Pathom Province

สุปราณี แสงวงษ์*
อรวรรณ สมบูรณ์จันทร์**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรัง หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษาและโรคประจำตัว กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและศึกษาอำนาจในการทำนายระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรังซึ่งอาศัยอยู่ในเขตตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำนวน 185 คน เครื่องมือประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอย

พหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อหาอำนาจการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรัง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.88$, S.D.= 0.62) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.33$, S.D.= 0.38) ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.20$, S.D.= 0.58) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.05$, S.D.= 0.63) ด้านการจัดการกับความเครียด ระดับน้อย ($\bar{X} = 1.74$, S.D.= 0.57) ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.48$, S.D.= 0.83) ด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.48$, S.D.= 0.75) และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า อาชีพ รายได้ และการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และเลขานุการหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** อาจารย์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

โดยรายได้สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 11.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นั้นหมายความว่า รายได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

ดังนั้นควรมีการสนับสนุนหาแนวทางและจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มรายได้ให้กับผู้ที่มีโรคเรื้อรังอย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น และควรมีการสนับสนุนและส่งเสริม

พฤติกรรมสุขภาพในทุกๆ ด้านกับผู้ที่มีโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรมีการสนับสนุนอย่างจริงจังในเรื่องของการส่งเสริมเรื่องพฤติกรรมออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และส่งเสริมด้านจิตวิญญาณให้กับผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เพราะจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ใน 3 ด้านนี้มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย

Abstract

This study was a descriptive research. The objective was to study health promotion behaviors among persons with chronic disease, and relationships between demographic data including gender, age, occupation, income, education and underlying disease with health promotion behaviors, and the prediction of personal factors with health promotion behaviors of people with chronic illness. The sample was a group of 185 people with chronic disease living in Don Yai Hom Sub-District, Meuang District, Nakhon Pathom Province. The instruments included demographic data and health promotion behaviors. Data were analyzed by computerized program using percentage, mean, standard deviation, Pearson Correlation Coefficient and stepwise regression analysis to determine the predictive of health promotion behaviors.

The research findings showed that the overall health promotion behaviors among persons with a chronic disease was at a mild level ($\bar{x} = 1.88$, S.D. = 0.62).

When considering each dimension of health promotion behaviors, it was found that the responsibility for health was at a moderate level ($\bar{x} = 2.33$, S.D. = 0.38), nutrition was at a moderate level ($\bar{x} = 2.20$, S.D. = 0.58), the relationship with other people was at a moderate level ($\bar{x} = 2.05$, S.D. = 0.63), stress management was at a mild level ($\bar{x} = 1.74$, S.D. = 0.57), exercise was at a mild level ($\bar{x} = 1.48$, S.D. = 0.83) and spiritual was at a mild level ($\bar{x} = 1.48$, S.D. = 0.75). In addition, the findings showed that age, occupation, income and education had a statistically significant correlation with health promotion behaviors among persons with a chronic disease, and income can predict health promotion behaviors with 11.60 percent of the variance in health promotion behaviors statistically significant at level 0.05. Therefore, all parties should provide adequate and appropriate supports in earning more income as well as the promotion of exercise, stress management, and spiritual health behaviors in order to make persons with chronic disease have good health promotion behaviors.

ความสำคัญของปัญหา

จากการประชุมนานาชาติ ด้านการส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 1 ใน พ.ศ. 2529 ณ กรุง ออตตาวา ประเทศแคนาดา เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การเคลื่อนสู่การสาธารณสุขแนวใหม่ ในที่ประชุมได้ประกาศกฎบัตรออตตาวา เพื่อการบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ใน พ.ศ. 2543 และให้ ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพหมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนมีความสามารถในการควบคุมและการส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นการที่จะบรรลุสุขภาพที่ดีสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม บัณฑิตบุคคล หรือกลุ่มบุคคล ควรจะต้องมีความสามารถที่จะปกป้อง และ ความตระหนัก ถึงความปรารถนาของตนเองที่จะตอบสนองความต้องการต่างๆ ของตนเอง สามารถที่จะปรับเปลี่ยน หรือปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม เรื่องของสุขภาพจึงถูกมองให้เป็นเรื่องของชีวิตประจำวัน มิใช่เพียงจุดมุ่งหมายของการดำรงชีวิตเท่านั้น จากกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ แนวใหม่ ตามกฎบัตรออตตาวาได้แก่การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build healthy public policy) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment) การเสริมสร้าง กิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills) และการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient health service) (WHO, 2005) ดังนั้นภายหลังการประชุมสมัชชาโลกเพื่อการส่งเสริมสุขภาพโลกในปี พ.ศ. 2529 และมีการประกาศกฎบัตรออตตาวา แนวคิดและกระแสของการส่งเสริมสุขภาพได้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย

การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเป็นสถานการณ์ที่ทั่วโลกกำลังเผชิญและตระหนักถึงผลกระทบที่จะตามมา โดยประเทศไทยสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเพิ่มจาก

ร้อยละ 9.46 ในปี พ.ศ. 2543 ร้อยละ 10.50 ในปี พ.ศ. 2549 และร้อยละ 11.7 ในปี พ.ศ. 2554 ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยกำลังเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ และเป็นที่น่าสังเกตว่าประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุเร็วกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างมาก ดังข้อมูลสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปี ที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ของประเทศไทยใช้เวลา 20 ปี ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาต้องใช้เวลาราว 72 ปี ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปรากฏการณ์ดังกล่าวได้แก่ การลดภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็วในระยะเวลานั้น โดยอัตราเจริญพันธุ์รวมลดลงต่ำกว่าระดับทดแทนจากร้อยละ 6.3 ใน พ.ศ. 2507 – 2508 เป็นร้อยละ 1.9 ใน พ.ศ. 2553 ทำให้ประเทศไทยมีเวลาเตรียมการเพื่อรองรับปัญหาที่จะเกิดขึ้นน้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว นอกจากนั้นการลดลงของอัตราการเจริญพันธุ์ทำให้ประชากรวัยแรงงานเริ่มมีสัดส่วนลดลงและนำมาสู่อัตราการพึ่งพิงเพิ่มขึ้นด้วย จากอัตราส่วนการเป็นภาระของประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรวัยแรงงานร้อยละ 11.6 ในปี พ.ศ. 2543 เท่ากับ 16.0 ในปี พ.ศ. 2550 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 26.1 ในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งหมายถึง คนวัยแรงงานต้องรับภาระดูแลผู้เจ็บป่วยโรคเรื้อรังในสัดส่วนที่สูงขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) ปัญหาที่ตามมาจากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุและการมีอายุคาดเฉลี่ยที่สูงขึ้นได้แก่ ภาวะเสี่ยงและการเจ็บป่วยโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อ

จากการสำรวจคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตชุมชนตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม ใน พ.ศ. 2556 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 5.98 โรคเบาหวานร้อยละ 1.20 โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 0.14 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 0.008 โรคไตร้อยละ 0.008 นอกจากนั้นโรคหรืออาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลังปวดข้อและนอนไม่หลับ โรค

เกี่ยวกับตา ความดันโลหิตสูงหรือต่ำ จากปัญหาสุขภาพ และความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้ประชาชนกลุ่มโรคเรื้อรังในเขตตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐมต้องสูญเสียจำนวนปีที่มีสุขภาพดีไป นอกจากนี้ยังพบว่า ประชาชนเขตตำบลดอนยายหอม มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ คือ มีภาวะเครียด ชอบรับประทานอาหารที่มีรสเค็มและรสหวาน ต้มสุรา สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2556) ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อปัญหาทางสุขภาพแทบทั้งสิ้น โดยธรรมชาติประชาชนในทุกวัยมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง เมื่อมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพดังกล่าว ย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมต่างๆตามมาได้ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาบำบัดเป็นระยะเวลานาน อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อประชาชนในอนาคต

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีโรคเรื้อรังในเขตตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือและร่วมกันวางแผนจัดกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนที่อยู่ในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม

สมมติฐานการวิจัย

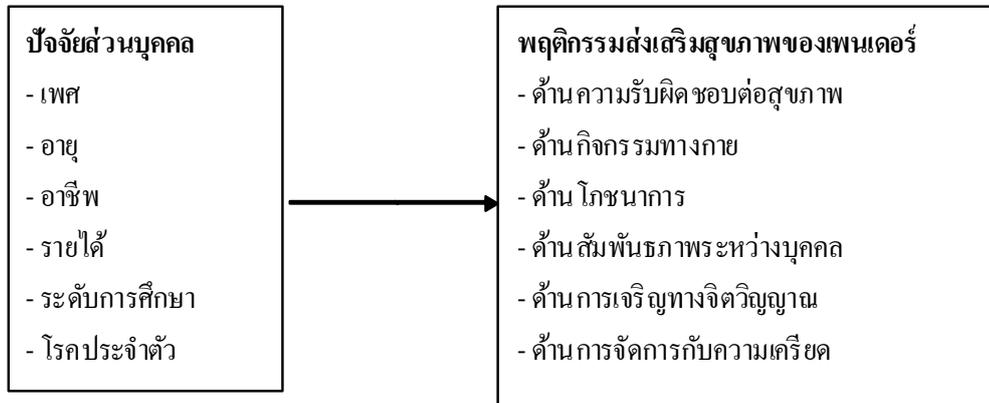
1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม
2. ปัจจัยส่วนบุคคลสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม แนวคิดที่นำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ของเพนเดอร์ ประกอบด้วย 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านกิจกรรมทางกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด

อย่างไรก็ตามการเกิดโรคเรื้อรังของประชาชนมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ของเพนเดอร์

สำหรับกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แสดงไว้ ในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชาชนที่เป็นโรคเรื้อรังทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำนวน 360 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการเลือกขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเปิดตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างใน ธีระวุฒิ เอกะกุล, 2543) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 185 คน จากจำนวนประชากรกลุ่มโรคเรื้อรังทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำนวน 360 คน กลุ่มตัวอย่างที่ถูกเลือกจะต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคไต อย่างน้อย 1 โรค
2. อาศัยอยู่ในเขตตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม
3. มีสติสัมปชัญญะ ตอบคำถามได้
4. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรที่เป็นโรคเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษาและโรคประจำตัว จำนวน 6 ข้อ

2. แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ดัดแปลงจากแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด โดยมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 35 ข้อ

เกณฑ์ในการให้คะแนนกำหนด ดังนี้
 สม่่าเสมอ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นประจำ สม่่าเสมอหรือทุกวัน
 บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นบ่อยครั้งหรือเกือบทุกวัน

นานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางครั้งหรือบางวันเท่านั้น

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เลย

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยจะชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและนำมาใช้ในการรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ที่มีโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ ได้รับความร่วมมือจากท่าน ผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครหมู่บ้าน ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีโดยพาคณะผู้วิจัยไปเก็บข้อมูลตามบ้านของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคน เมื่อไปถึงบ้านของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ หากมีข้อสงสัยในแบบสัมภาษณ์คณะผู้วิจัยทำการอธิบายเพิ่มเติม ใช้เวลาในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายประมาณ 30 นาที และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบจำนวน 185 คน โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กันยายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์และประมวลผลนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปข้อมูลในการวิเคราะห์สรุปได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย หาจำนวน และร้อยละ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีโรคเรื้อรังในเขตตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงบรรยาย หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีโรคเรื้อรังในเขตตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ส่วนที่ 4 อำนาจการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีโรคเรื้อรังในเขตตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 66.50) มีอายุระหว่าง 56 - 75 ปี (ร้อยละ 55.10) รองลงมาคือมีอายุ 76 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 23.80) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 41.60) รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 33.50) ในเรื่องของรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 1,000 - 3,000 บาท (ร้อยละ 32.40) ซึ่งเป็นรายได้ที่ได้รับจากบุตรหลานและเบี้ยยังชีพรายเดือน รองลงมา คือ มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท (ร้อยละ 30.30) ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 76.80) รองลงมาคือ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 3.20) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรคขึ้นไป (ร้อยละ 41.10) โรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 35.10) รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 33.25) อันดับที่สามคือโรคหัวใจ (ร้อยละ 26.45)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ (มกราคม - มิถุนายน) ๒๕๕๗

2. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีโรคเรื้อรังดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.88$, S.D.= 0.62) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.33$, S.D.= 0.38)

ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.20$, S.D.= 0.58) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.05$, S.D.=0.63) ด้านการจัดการกับความเครียด ระดับน้อย ($\bar{X} = 1.74$, S.D.= 0.57) ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.48$, S.D.= 0.83) และด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.48$, S.D.= 0.75) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและจำแนกตามรายด้าน

| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | \bar{X} | S.D. | การแปลความหมาย |
|--------------------------------------|-------------|-------------|----------------|
| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม | 1.88 | 0.62 | น้อย |
| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน | | | |
| ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ | 2.33 | 0.38 | ปานกลาง |
| ด้านการออกกำลังกาย | 1.48 | 0.83 | น้อย |
| ด้านโภชนาการ | 2.20 | 0.58 | ปานกลาง |
| ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล | 2.05 | 0.63 | ปานกลาง |
| ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ | 1.48 | 0.75 | น้อย |
| ด้านการจัดการกับความเครียด | 1.74 | 0.57 | น้อย |

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีโรคเรื้อรังในเขตตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม

จากการศึกษาพบว่าอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับเล็กน้อยกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.199$)

อาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับเล็กน้อยกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.299$)

รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับเล็กน้อยกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.340$)

การศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับเล็กน้อยกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.176$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ อาชีพ รายได้ และการศึกษากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

| ตัวแปร | ค่าความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (r) |
|----------|--|
| อายุ | .199** |
| อาชีพ | .299** |
| รายได้ | .340** |
| การศึกษา | .176* |

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

4. อำนวยการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผูที่มีโรคเรื้อรังในเขตตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม ได้ร้อยละ 11.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 3

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ารายได้สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผูที่มีโรคเรื้อรังใน

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น (Stepwise multiple regression)

| ขั้นที่ | ตัวพยากรณ์ | R | R ² | R ² change | b | t | Beta | Sig.T |
|----------------------|------------|------|----------------|-----------------------|------------|--------|------|-------|
| 1 | รายได้ | .340 | .116 | .116 | 23.933 | 25.179 | .340 | .000 |
| Constant (a) = 1.605 | | | | | f = 23.993 | | | |

P < .01

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับน้อย แสดงให้เห็นว่าผูที่มีโรคเรื้อรังในตำบลดอนยายหอมยังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ

ระหว่าง 56-75 ปี อาจทำให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอันเนื่องมาจากมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวรรณ อังควานิช (2550: 50) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เครือข่ายบริการ

สุขภาพโรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานมี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับน้อย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า อาชีพ รายได้ และการศึกษา เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าผู้ที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุและไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงทำให้พอมีเวลาในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้บ้าง ส่วนเรื่องของรายได้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ ประมาณ 1,000-3,000 บาทต่อเดือน จึงทำให้พอมีเงินไว้สำหรับดูแลสุขภาพ ส่วนเรื่องของการศึกษานั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ดังนั้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะเรียนรู้ และเข้าใจในคำแนะนำหรือสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อที่จะดูแลสุขภาพหรือปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1.1 ควรมีการสนับสนุนหาแนวทางและจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มรายได้ให้กับผู้ที่มีโรคเรื้อรังอย่างเป็น

รูปธรรมมากยิ่งขึ้น เพราะจากผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

1.2 ควรจัดกิจกรรมที่สนับสนุนและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในทุกๆ ด้านให้กับผู้ที่มีโรคเรื้อรัง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้าน การออกกำลังกาย ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และ ด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งทั้ง 3 ด้านนี้ ผลการศึกษาพบว่ามีความคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย

1.3 ควรจัดหาบุคคลต้นแบบ หรือหมู่บ้านต้นแบบ เพื่อเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2.2 จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ร่วมทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีโรคเรื้อรังมีเพียง รายได้เพียงตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายได้ร้อยละ 11.60 เท่านั้น แสดงให้เห็นว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่น่าสนใจ ที่ยังไม่ได้นำมาศึกษา ดังนั้นควรมีการศึกษาในปัจจัย อื่นๆ เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ที่อาจจะมามีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีโรคเรื้อรังได้

บรรณานุกรม

- กชพร อ่อนอกภัย. (2551). การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. (2556). รายงานการศึกษาชุมชนตำบลดอนยายหอม ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4. นครปฐม : มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- จีราพร ทองดี. (2550). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ชลธิชา เรือนคำ. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทกา คำแก้ว. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธีรภูมิ เอกะกุล. (2543). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. อุบลราชธานี : สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- ลัดดาวรรณ อังควานิช. (2550). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.
- วาสนา ครุฑเมือง. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย และคณะ. (2548). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตภาคเหนือของประเทศไทย*. รายงานวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). *การสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2014, จาก <http://www.nso.go.th>.
- Arras, R.E., & Ogletree, R.J. (2001). Health-promoting behaviors in men age 45 and above. *International Journal of Men's Health*. 5(1) : 65-79. [Online]. Retrieved October 2, 2014, from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?ip=login.asp&ref=&>.
- David, R.; George, B; Irine, Z; Nana, P; Torill, B. (2014). Promoting health in Georgia. *Global Health Promotion*. 21(1): 5-12. (journal article) ISSN: 1757-9759 PMID: 24458003. [Online]. Retrieved October 2, 2014, from <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=23&sid=2d97039c-a459-428b-b8ea-bd9e0a3a52ba%40sessionmgr4001&hid=4109&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2012529328>.
- Millar, M.G. (2001). Promoting health behaviors with door-in-the-face: the influence of the beneficiary of the request. *Health & Medicine*. 6(2) : 115-9. (journal article) ISSN: 1354-8506. [Online]. Retrieved October 1, 2014, from <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2d97039c-a459-428b-b8ea-bd9e0a3a52ba%40sessionmgr4001&vid=18&hid=4109>.
- Pender, N.J., Murdaugh, C., & Parsons, M.A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. (6th ed.) New Jersey : Prentice Hall.

WHO. (2005). *Global conference on health promotion*. [Online]. Retrieved October 3, 2014, from <http://who.int/hpr/healthpromotion/conference/en>.



**คำแนะนำในการเขียนผลงานวิชาการและส่งต้นฉบับ
ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน**

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีความยินดีที่จะขอเรียนเชิญอาจารย์ นักวิชาการ ส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ความรู้และความก้าวหน้าทางวิชาการในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ทั้งนี้บทความที่ส่งมาให้พิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และจะพิจารณาการตีพิมพ์ตามความเหมาะสมโดยเรียงลำดับก่อนหลังของการได้รับต้นฉบับบทความที่สมบูรณ์

1. ประเภทของผลงานวิชาการ

1.1 ประเภทบทความวิชาการ

บทความวิชาการ : เน้นสาระความรู้เกี่ยวข้องกับด้านพยาบาล การศึกษาการปฏิบัติทางพยาบาล การบริการทางสุขภาพ หรือ ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลและสาขาอื่นที่เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล

1.2 ประเภทบทความวิจัย

บทความวิจัย : เป็นรายงานการวิจัยทางการพยาบาล หรือวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่นๆ

2. การเตรียมต้นฉบับ

ผู้เขียนจะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการและบทความวิจัย ดังนี้

2.1 พิมพ์ต้นฉบับ ในกระดาษ A4 พิมพ์หน้าเดียว ไม่เว้นบรรทัด (Single spacing) ใช้โปรแกรม word และตัวพิมพ์มาตรฐาน (Font 16 ของ Angsana new เท่านั้น) มีเลขหน้ากำกับทุกหน้า ความยาวเนื้อเรื่องไม่ต่ำกว่า 9 หน้า และไม่เกิน 15 หน้า

2.2 ชื่อเรื่อง : ให้มีทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นข้อความสั้นๆ และสื่อความหมายบ่งชี้ให้เห็นสาระสำคัญของเนื้อหา

2.3 ชื่อผู้เขียน : ให้ใส่ชื่อตัวและชื่อสกุลเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มุมขวาใต้ชื่อเรื่องกรณีผู้แต่งหลายคนให้เรียงลำดับความสำคัญตามวุฒิ หรือตำแหน่งวิชาการในงานนั้นๆ โดยให้ทำเครื่องหมาย * ไว้ท้ายนามสกุล และพิมพ์ Footnote ไว้ด้านล่างในหน้าแรกของบทความ ดังตัวอย่าง

2.4 บทคัดย่อ (Abstract) : จะปรากฏก่อนเนื้อหา ซึ่งจะต้องมีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 200 คำ

2.5 การอ้างอิงในเนื้อหา : ให้ใช้การอ้างอิงในรูปแบบนาม - ปี - เลขหน้า ดังตัวอย่าง (สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2550 : 21) (Fawcett and Downs, 2006 : 10)

2.6 หากเป็นบทความวิจัย ให้เรียงลำดับเรื่องดังนี้

- 1) บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 2) บทนำ/ความสำคัญของปัญหา
- 3) วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 4) กรอบแนวความคิดการวิจัย

- วิเคราะห์ข้อมูล
- 5) วิธีการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและ
 - 6) สรุปผลการวิจัย และวิเคราะห์ผลการวิจัย
 - 7) วิจาร์ณและอภิปรายผลการวิจัย
- 2.7 รูปแบบตาราง : ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางเปิดด้านซ้ายและขวา ดังตัวอย่าง

ตัวอย่าง ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสำคัญของความคิดเห็นของนักท่องเที่ยวที่มีต่อการจัดการท่องเที่ยวเกาะเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยรวมและรายด้านจำแนกตามตัวแปรเพศ (n=384)

| ความคิดเห็น ชาย | (n=169) | | หญิง (n=215) | | t | p |
|--|-----------|------|--------------|------|------|------|
| | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. | | |
| 1. ด้านการจัดดำเนินการ | 3.89 | .63 | 3.87 | .64 | .31 | .842 |
| 2. ด้านสถานที่, อุปกรณ์และ สิ่งอำนวยความสะดวก | 3.69 | .60 | 3.67 | .67 | .22* | .047 |
| 3. ด้านแหล่งท่องเที่ยว | 3.90 | .55 | 3.94 | .59 | -.80 | .112 |
| 4. ด้านสินค้าของที่ระลึก | 3.69 | .68 | 3.71 | .62 | -.37 | .300 |
| รวม | 3.79 | .50 | 3.80 | .50 | -.18 | .686 |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2.8 การเขียนรายการอ้างอิงท้ายเรื่อง : ใช้การอ้างอิงระบบเอพีเอ APA (American Psychological Association) ดังตัวอย่าง

1) หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อหนังสือ.// ครั้งที่พิมพ์.// เมืองที่พิมพ์.// สำนักพิมพ์.
เรวัตี ธรรมอุปการณ์. (2530). การใช้ยาบำบัดอาการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนา
พานิช.

2) บทความวารสาร

ชื่อผู้เขียน.// (ปีที่พิมพ์).// "ชื่อบทความ".// ชื่อวารสาร.// ปีที่ (ฉบับที่).// หน้าแรกถึงหน้า
สุดท้ายของบทความ.
ธวัช โลพันธ์ศรี. (2530). "เรื่องเสียงแหบ". วารสารพยาบาล. 5(6) : 216-226.

3) วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อวิทยานิพนธ์.// เมืองที่พิมพ์.// สถานศึกษา.
สมหมาย ธีรวิทยาคม. (2547). ประสบการณ์การนอนท่าคว่ำหน้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรค
จอประสาทตาในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

4) ข้อมูลออนไลน์บนอินเทอร์เน็ต

ชื่อผู้แต่ง.//([ปีที่พิมพ์]).//ชื่อเรื่อง.//[ประเภทสื่อ].//สืบค้นเมื่อ วัน เดือน ปี, จาก URL เว็บไซต์.
สมศักดิ์ ดลประสิทธิ์. (2544). ความสงสัยในการเดินทางปฏิรูปการศึกษา. [ออนไลน์].

สืบค้นเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2545, จาก <http://www.moe.go.th/article-somsak11.htm/>.

Howard Owens. (2010). *Twelve things journalist can do to save journalism*. [Online]. Retrieved November 19, 2010, from <http://www.howardowens.com/2007/>.

5) บทความหนังสือพิมพ์

ชื่อผู้เขียนบทความ.//"ชื่อบทความ".//ชื่อหนังสือพิมพ์ /:/ หน้า.

คึกฤทธิ์ ปราโมช, ม.ร.ว. (12 มกราคม 2537). "ข่าวโกธนา". สยามรัฐ : 3.

3. การส่งต้นฉบับและหลักเกณฑ์การประเมินผลงานวิชาการ

3.1 ผู้เขียนต้องกรอกข้อมูลในแบบฟอร์ม นำส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนทุกครั้ง

3.2 กองบรรณาธิการจะพิจารณาผลงานวิจัยเบื้องต้นเกี่ยวกับความถูกต้องของรูปแบบทั่วไป หากผ่านการพิจารณาจะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินผลงานโดยผู้ทรงคุณวุฒิภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย (Peer reviewer)

3.3 บุคคลภายนอกที่ต้องการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ต้องจ่ายเงินเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินผลงานวิชาการ (Peer reviewer) ตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด

3.4 บทความที่ผ่านการประเมินและมีการแก้ไข ผู้เขียนจะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ประเมิน และส่งต้นฉบับที่แก้ไขพร้อมไฟล์ที่ถูกต้องให้ฝ่ายเลขานุการอีกครั้ง

3.5 กองบรรณาธิการจะออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ให้ ภายหลังจากบทความได้ผ่านขั้นตอนการประเมินผลงานเรียบร้อยแล้ว

3.6 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์แล้วกองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 1 เล่ม

3.7 ลิขสิทธิ์การพิมพ์ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนถือเป็นกรรมสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

3.8 บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์จะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ผู้เขียน

ด้านล่างนี้

3.9 ผู้เขียนต้องส่งเอกสารต้นฉบับและไฟล์บทความทางไปรษณีย์ หรือ email ตามที่อยู่

เลขานุการคณะกรรมการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*** นางฉัฐญรัตน์ หวานแท้ ***

144 หมู่ 7 ถนนพระประโทน – บ้านแพ้ว

ตำบลคอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

โทรศัพท์ 0-3422-9480 ต่อ 3102-03

โทรสาร. 0-3422-9499

E-mail : nursejournal@christian.ac.th

ตัวอย่างการเขียนบทความวิชาการ
ไขมันทรานส์อันตรายที่แฝงมาในอาหารยอดนิยมของเด็กและวัยรุ่นไทย
Potentially harmful Trans-fat in popular food of Children
and adolescents in Thailand

สุภาพร เชยชิต*

บทคัดย่อ

กรดไขมันทรานส์เป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัวที่พบได้ทั้งในธรรมชาติอยู่ในสัตว์เคี้ยวเอื้องและที่สำคัญเกิดจากกระบวนการผลิตในอุตสาหกรรมอาหารที่มนุษย์ได้สร้าง ขึ้นซึ่งมักจะพบในอาหารที่มีส่วนประกอบหลักที่เป็นเนยเทียมหรือไขมันพืชที่เรียกว่าชอร์ตเทนนิ่ง (Shortenings) เนื่องจากไขมันชนิดนี้จะช่วยให้ขนมอบมีความแข็งแรงคงรูปมีความกรอบมากกว่า มีความเปราะน้อยกว่าและแยกชั้นได้ดี ส่วนอาหารทอดจะมีลักษณะผิวแห้งไม่เยิ้ม ไม่ติดมือไม่เหม็นหืนจึงทำให้เป็นที่นิยมในการผลิตขึ้นมาเพื่อจำหน่าย จากรายงานการศึกษาในคน พบว่าหากปริมาณกรดไขมันชนิดทรานส์ในอาหารสูงเพียงพอจะสามารถเพิ่มระดับคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี (LDL-cholesterol) และลดระดับคอเลสเตอรอลชนิดดี (HDL-cholesterol) ในเลือดได้ ซึ่งจะส่งผลเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และจากการศึกษาพบว่าอาหารในกลุ่มขนมอบและอาหารทอดปัจจุบันล้วนเป็นอาหารที่กลุ่มเด็กและวัยรุ่นไทยบริโภคกันในปริมาณสูงซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับไขมันที่สูงขึ้นด้วย นอกจากนี้ปัจจุบันพบว่าผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอายุน้อยลง การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสามารถเริ่มดำเนินมาตั้งแต่ในวัยเด็กและต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการป้องกันโรคที่ดีที่สุดควรเริ่มตั้งแต่ในวัยเด็ก ซึ่งควรได้รับการร่วมมือกันในการดำเนินการของผู้ปกครอง ครู โรงเรียน สื่อสารมวลชน ผู้ผลิตอาหารและรัฐบาล

Abstract

Tran fatty acids are polyunsaturated fats naturally found from ruminants which are commonly used in the production of processed foods sold in the wide scope of consumers. These are mainly processed combined with the main ingredients like margarine or vegetable fats called Short Whitening (shortenings) basically used in baking, non-greasy crispy fried foods due to its texture that is less brittle that makes the dough splits very well. These chemicals has the ability to prevent from melting in the palm of the hands and not rancid which makes it popular in the market. During the human research study, it was found out that trans-fatty acids in high quantity increases the cholesterol levels called bad cholesterol (LDL

* อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

cholesterol) and decreases good cholesterol (HDL cholesterol) levels. As such, this increases also the risk of developing cardiovascular diseases in the major population for having such a major health concern in Thailand. It was also found out that large consumers of baked and fried foods nowadays are children and adolescents respectively, thus, resulted to younger generation at risk in developing cardiovascular diseases due to an increased consumption of bad cholesterol (LDL) that are mainly found in their diet. This condition follows through adulthood, therefore, the best way to prevent this health concern should start in childhood. Dissemination of journals or articles in the general population is a good strategy to combat this dilemma especially in schools, government sectors, food manufacturers as well as to parents and teachers.

ตัวอย่างการเขียนบทความวิจัย

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร*

The Competencies of the Professional Nurses for Caring Acute Myocardial
Infarction Patients at a Tertiary Level Hospital in Samutsakhon Province.

ลำอางค์ ตันวิเชียร พยม.**

สมพันธ์ ทิณชี่ระนนท์***

ดร. กรรณิการ์ สุวรรณโคตร****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาครที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 3 ปี จำนวน 155 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความเห็นด้านสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจังหวัดสมุทรสาคร วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยวิธีสกัดตัวประกอบหลักของสมรรถนะ หมุนแกนตัวประกอบในแบบอโรโทคอนอล ด้วยวิธีแวนริมิกซ์

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสมุทรสาคร มี 5 ด้าน คือ 1) ด้านการให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ และการพัฒนาความรู้ของทีมพยาบาล 2) ด้านการประเมิน วินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลเบื้องต้น 3) ด้านการใช้เทคโนโลยี งานวิจัย นวัตกรรมเพื่อการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ 4) ด้านการให้คำแนะนำ ปฏิบัติการพยาบาล และเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือในภาวะวิกฤต และ 5) ด้านการพยาบาลหลังการเปิดหลอดเลือดหัวใจ โดยองค์ประกอบเหล่านี้สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 70.41

จากผลการศึกษานำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความสามารถของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารการพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาล

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*** รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Abstract

Impact on the lives of people in society is an important health trend and health issue, and is expected to be more complex in the future. The nursing organization needs to adapt to improve performance, and enhance its ability to provide a much more specialized service care.

This research aimed to study the competencies of professional nurses who care for patients with acute myocardial infarction in a tertiary level hospital in Samutsakhon Province. The samples were composed of 155 professional nurses who had work experience for over three years. The research instruments were personal data questionnaire and nurse competency questionnaire. The content validity index (CVI) of the questionnaire was 0.87, and its reliability using Cronbach's alpha coefficients was 0.99. Data were analyzed for percentage, mean, standard deviation, and factor analysis.

The major findings were as follows. The competencies of the professional nurses for caring acute myocardial infarction patients at a tertiary level hospital composed five factors including: 1) health education for patients and their relatives and knowledge development of the nursing team, 2) assessment, nursing diagnosis and planning for initial intervention, 3) technology utilization, research, communication, innovation and ethics, 4) advise nursing intervention and equipment preparation in crisis management, and 5) nursing after the opening of the coronary arteries. These five factors could explain the variance of competency at 70.41 percents.

The findings of the study can be applied to promote competency of professional nurses in caring for patients with acute myocardial infarction.

ใบสมัคร/ต่ออายุ สมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

(กรุณาเขียนให้ชัดเจน)

ชื่อ - นามสกุล.....

ที่อยู่ (ที่ต้องการให้ส่งวารสาร).....

มีความประสงค์ สมัครสมาชิกใหม่ ต่ออายุสมาชิก

ประเภท สมาชิกรายปี (2 ฉบับ) เป็นเงิน 200 บาท
สมาชิกราย 2 ปี (4 ฉบับ) เป็นเงิน 360 บาท
สมาชิกราย 3 ปี (6 ฉบับ) เป็นเงิน 520 บาท

เริ่มฉบับที่ 1. (มกราคม - มิถุนายน) 2. (กรกฎาคม - ธันวาคม)
โดยได้ส่งเงินค่าสมาชิกเป็น เงินสด ธนาณัติ ตัวแลกเงินไปรษณีย์
 โอนผ่านธนาคาร

จำนวนเงิน..... บาท (.....)

ต้องการให้ออกใบเสร็จในนาม.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ : 1. การส่งจ่ายทางไปรษณีย์กรุณาส่งจ่าย ปณจ. นครปฐม ในนาม มหาวิทยาลัยคริสเตียน
2. กรณีส่งเงินโอนผ่านบัญชีธนาคารส่งจ่าย ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ธนาคารไทยพาณิชย์ (มหาชน) สาขาคอนนอยายหอม (นครปฐม)
เลขที่บัญชี 404-052839-7 และให้ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินมาที่ :
ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
144 หมู่ 7 ตำบลคอนนอยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000
E-mail : nursejournal@christian.ac.th



สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสมาชิก

ใบเสร็จเล่มที่.....เล่มที่.....ลงวันที่.....

วารสารเล่มแรกที่จ่ายไป.....

† มหาวิทยาลัยคริสเตียน
144 หมู่ 7 ต.ดอนยายหอม
อ.เมือง จ.นครปฐม
โทรศัพท์ 0-3422-9480

† ศูนย์ศึกษาสยามคอมเพล็กซ์
อาคารสำนักงานสภาคริสตจักรในประเทศไทย
328 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2214-6303-6

† สถาบันกรุงเทพคริสตศาสนศาสตร์
71 ซอยวชิรธรรมสาริต 37 ถนนสุขุมวิท101/1
แขวงบางจาก เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2746-1103-4