

Cardiovascular Prevention Behaviors among Middle-aged Women Living in Banladsrabua Yangtalad District, Kalasin Province, Thailand

Supatra Buatee, PhD, RN¹, Jirapa Siriwatanamethanon, PhD, RN¹,
Siriorn Sindhu, DNSc, RN²

Abstract:

Purpose: To explore cardiovascular prevention behaviors among middle-aged women living in Ban Ladsrabua, Yangtalad District, Kalasin Province, Thailand.

Design: Descriptive research

Methods: Seventy-nine middle-aged women aged between 40-60 years living in Ban Ladsrabua, Yangtalad District, Kalasin Province were recruited. Data were collected using instruments: a body weight scale, measuring tapes, a sphygmomanometer, general data form, and a cardiovascular prevention behaviors questionnaire containing the items about food consumption, exercise, and stress management behavior. Frequency, percentage, $\bar{X}$ and SD were used to analyze the data.

Main findings: Most of middle-aged women in the study had over body mass index (63.30%), waist circumference larger than 80 centimeters (65.80%), systolic blood pressure over 140 mmHg (17.72%), and diastolic blood pressure over 90 mmHg (18.98%). Prevention behaviors for cardiovascular disease was at moderate level ($\bar{X}$ = 3.78, SD = 0.36), food consumption behaviors at moderate level ($\bar{X}$ = 4.06, SD = 0.35), exercise behaviors at moderate level ($\bar{X}$ = 3.68, SD = 0.83), and stress management behaviors at moderate level ($\bar{X}$ = 3.52, SD = 0.58).

Conclusion and recommendations: Middle-aged women living in Ban Ladsrabua, Yangtalad District, Kalasin Province are at risk of cardiovascular disease. Proactive health services to promote cardiovascular prevention behaviors such as having healthy diet, regular exercise, and proper stress management are encouraged.

Keywords: cardiovascular prevention behaviors, middle-aged women, rural area

J Nurs Sci. 2012;30(2):58-69

Corresponding Author: Supatra Buatee, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Mahasarakham Province 44150, Thailand; e-mail: supatra.b@msu.ac.th

¹ Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Mahasarakham Province, Thailand

² Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีวัยกลางคนที่อาศัยอยู่ที่บ้านลาดสระบัว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

สุพัตรา บัวทิ, ปส.ด.¹ จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์, ปส.ด.¹ ศิริอร สันธ, DNSc²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีวัยกลางคนที่อาศัยอยู่ที่บ้านลาดสระบัว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยกลางคน อายุระหว่าง 40-60 ปีอาศัยอยู่ในชุมชนในหมู่บ้านลาดสระบัว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 79 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดชนิดไมยืด เครื่องวัดความดันโลหิต แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งครอบคลุมคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย: สตรีวัยกลางคนกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในบ้านลาดสระบัวส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายสูงกว่าค่าปกติร้อยละ 63.30 เส้นรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตรร้อยละ 65.80 ความดันโลหิตตัวบนสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 17.72 ความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 18.98 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.78$, $SD = 0.36$) ด้านการบริโภคอาหารมีค่าคะแนนระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.06$, $SD = 0.35$) ด้านการออกกำลังกาย ค่าคะแนนในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.68$, $SD = 0.83$) ด้านการจัดการความเครียด ค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.52$, $SD = 0.58$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: สตรีวัยกลางคนที่อาศัยอยู่ในบ้านลาดสระบัว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจากภาวะดัชนีมวลกายสูงกว่าค่าปกติ ดังนั้นควรจัดบริการสุขภาพเชิงรุกโดยการส่งเสริมการบริโภคอาหารสุขภาพ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด สตรีวัยกลางคน เขตชนบท

J Nurs Sci. 2012;30(2):58-69

Corresponding Author: อาจารย์สุพัตรา บัวทิ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44150, e-mail: supatra.b@msu.ac.th

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

อัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในสตรีวัยกลางคน อายุระหว่าง 40-60 ปี มีอุบัติการณ์ที่สูงขึ้น ทั้งนี้มีสาเหตุมาจากปัจจัยทั้งภายในบุคคลและจากวิถีชีวิต ปัจจัยภายในที่สำคัญในสตรีวัยกลางคน คือ ในวัยนี้เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจากการหมดประจำเดือน เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ มีการลดระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด จากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนจะทำให้เกิดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของโคเลสเตอรอล¹ การเปลี่ยนแปลงของอัตราเมตาโบลิซึมทำให้มีปัญหาเรื่องน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน² ที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สตรีวัยกลางคนเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด³⁻⁴ สตรีวัยกลางคนในประเทศที่กำลังพัฒนามีความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น⁵ ดังตัวอย่างในประเทศปากีสถานที่พบว่าสตรีวัยกลางคนมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้แก่ มีความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานสูงกว่าเพศชาย⁶ สำหรับประเทศไทย สตรีโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้หญิงสูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง⁷ จากข้อมูลสถิติการเจ็บป่วยพบว่าสตรีมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น โดยอัตราของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) ในสตรีมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 14.6 ต่อแสนประชากร ในปี 2547 เป็น 17.7 ต่อแสนประชากรในปี 2551 และยังพบว่า อัตราการป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย⁸ ซึ่งจังหวัดกาฬสินธุ์ สถานการณ์ของโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2551 เท่ากับ 2,857 เพิ่มขึ้นเป็น 3,528 รายต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2553 และอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2551 เท่ากับ 1,464 เพิ่มขึ้นเป็น 2,207 รายต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2553⁹

วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบันทำให้สตรีวัยกลางคนที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น สตรีมีเวลาในการดูแลตนเอง ได้แก่ การออกกำลังกายน้อยกว่าเพศชาย และใช้เวลาส่วนใหญ่ใน

การดูแลครอบครัว⁷ จากความจำเป็นทางเศรษฐกิจทำให้คนในวัยหนุ่มสาวต้องอพยพเข้าไปหางานทำในเมืองใหญ่เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ส่งผลให้สตรีวัยกลางคนที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีการในการดูแลสุขภาพในครอบครัวได้แก่ ผู้สูงอายุ และเด็ก ทำให้เวลาในการดูแลสุขภาพ แสวงหาความเพลิดเพลินและการดูแลสุขภาพลักษณะของตนเองลดลง¹⁰ จากภาวะการดูแลคนในครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้นยังก่อให้เกิดความเครียด มีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญน้อยลง ได้แก่ ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการจัดการความเครียดเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดน้อยลง ประกอบกับหน้าที่ในการดูแลครอบครัวเป็นสิ่งที่ผู้หญิงในสังคมไทยให้ความสำคัญก่อนที่จะดูแลตนเอง การขาดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทำให้อุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น^{7,11-12} ดังนั้นภาวะผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดสามารถป้องกันได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยงได้ โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และมีการสร้างเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม¹³⁻¹⁴ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ การออกกำลังกายหนักปานกลาง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ที่ทำให้บุคคลมีดัชนีมวลกายปกติ ทำให้ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้มากกว่าร้อยละ 80¹⁵

จากแนวโน้มของการเกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของสตรีที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้มีอัตราสูงกว่าผู้ชาย⁸ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม หากสตรีวัยกลางคนมีพฤติกรรมดังกล่าวไม่เหมาะสมประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เป็นผลจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนในวัยนี้ ก็จะส่งผลทำให้มีน้ำหนักตัวเกิน มีดัชนีมวลกาย และรอบเอวที่เกินระดับปกติ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น¹⁶ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีใน

เขตชนบท ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้อาจนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดการส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพของสตรีในเขตชนบทเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีวัยกลางคนในชุมชนบ้านลาดสระบัว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นสตรีวัยกลางคนอายุ 40-60 ปี จำนวน 92 ราย ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านลาดสระบัว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) โดยผู้วิจัยได้สำรวจรายชื่อสตรีวัยกลางคน หลังจากนั้นผู้วิจัยหรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้านเข้าพบเพื่อสอบถามความสมัครใจ ซึ่งมีสตรีที่สมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 79 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และสิทธิการรักษา และข้อมูลภาวะสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ไขมันคอเลสเตอรอล และความดันโลหิต

2. เครื่องมือในการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย

2.1 สายวัดมาตรฐานเป็นเซนติเมตรที่ไม่มีคม ใช้ในการวัดส่วนสูง โดยให้ผู้ถูกวัดถอดรองเท้า หวมก ที่คาดผม ยืนหันหลังให้ฝาผนังด้านหน้าเทปสายวัดที่ติดไว้กับผนัง ให้เส้นเทปอยู่ในแนวกึ่งกลางลำตัว เท้าชิดกัน ให้สันเท้ากัน ไหล่ และศีรษะของผู้ที่ถูกวัดแตะผนังด้านหลัง ศีรษะตั้งตรงตามองไปข้างหน้า ผู้วัดเลื่อนไม้บรรทัดลงมาในแนวตั้งให้แตะส่วนที่สูงที่สุดของศีรษะ อ่านค่าความสูงเป็นเซนติเมตร และวัดขนาดรอบเอว โดยตำแหน่งที่วัดรอบเอวคือ ตำแหน่งกึ่งกลางระหว่างส่วนล่างสุดของกระดูกชายโครง และขอบบนสุดของกระดูกเอิลีแอค (Iliac) การวัดทำโดยให้ผู้ถูกวัดยืนแยกเท้าห่างกันประมาณ 25-30 เซนติเมตร ใช้เทปวางบนผิวหนังรอบเอวลักษณะขนานกับพื้น อ่านค่าความยาวเป็นเซนติเมตร โดยเกณฑ์ปกติในผู้หญิง คือ

ไม่เกิน 80 เซนติเมตร วัดโดยผู้วิจัย หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการฝึกวัดขนาดรอบเอว

2.2 เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอลที่ใช้ในการชั่งน้ำหนักเป็นกิโลกรัม ในการชั่งน้ำหนัก ผู้ที่ชั่งน้ำหนักไม่สวมเสื้อผ้าหลายชั้น ไม่มีสิ่งของติดตัวและไม่สวมรองเท้า วัดโดยผู้วิจัย หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการฝึกการชั่งน้ำหนักแล้ว โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในการชั่งน้ำหนักของสตรีทุกคน น้ำหนักและส่วนสูงที่ได้มาคำนวณดัชนีมวลกายตามสูตร น้ำหนักตัว (กก.) / ความสูง² (เมตร) ดัชนีมวลกายที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 18.50-22.90 กก./ม² ¹⁷

2.3 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ (Omron) โดยเป็นเครื่องที่ใช้เป็นประจำที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยมีการปรับความเที่ยงจนได้ค่าคลาดเคลื่อนจากเครื่องมือวัดความดันโลหิตชนิดอ่านค่าจากปรอทไม่เกิน 5 มิลลิเมตรปรอท โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ออกคัดกรองสุขภาพในหมู่บ้าน ปีละ 2-3 ครั้ง วัดค่าความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างในท่านั่ง วัดโดยผู้วิจัย หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการฝึกการวัดความดันโลหิต

3. แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารจำนวน 8 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกายจำนวน 6 ข้อ และพฤติกรรมการจัดการความเครียดจำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ (1) ไม่เคยปฏิบัติ (2) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (3) ปฏิบัติบางครั้ง (4) ปฏิบัติบ่อยครั้ง และ (5) ปฏิบัติเป็นประจำ โดยข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ วิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.69

การแปลผลความหมายของพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยกำหนดช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยค่าช่วงคะแนนในแต่ละระดับได้มาจากค่าคะแนนสูงสุดหารด้วยจำนวนระดับ นั่นคือ 5/3 มีค่าเท่ากับ 1.67 จากนั้นจึงแบ่งพฤติกรรมเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเหมาะสมในระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ระหว่าง 4.36-5.00 หมายถึง

พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเหมาะสมระดับสูง

ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ระหว่าง 2.68-4.35 หมายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเหมาะสมระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ระหว่าง 1.00-2.67 หมายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเหมาะสมระดับต่ำ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอความร่วมมือจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ผ่านการฝึกการสัมภาษณ์ วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก และวัดรอบเอว ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของขั้นตอนการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด จากนั้นผู้วิจัยหรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้านทำการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความยาวรอบเอว

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 3 เดือน หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และแปลผลการตรวจร่างกายก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีวัยกลางคน

กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 40-50 ปีมากที่สุดร้อยละ 55.60 รองลงมา 51-55 ปี ร้อยละ 21.60 ($\bar{X}$ = 49.81, SD = 5.96) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.80 รองลงมาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 7.60 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 3.80 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 79.70 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 12.70 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 1,001-5,000 บาท ร้อยละ 63.38 รองลงมา 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 19.22 ($\bar{X}$ = 6,265.75, SD = 7,040.74) รายได้มีความเพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 32.90 รองลงมาไม่มีรายได้นอกจากค่าใช้จ่ายและมีหนี้สิน ร้อยละ 30.40 ส่วนใหญ่ได้รับสิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 88.60 เคยตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 59.50 ไม่เคยตรวจ ร้อยละ 40.50 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีวัยกลางคน (N = 79)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) ($\bar{X}$ = 49.81, SD = 5.96)		
40-45	22	27.80
46-50	22	27.80
51-55	17	21.60
56-60	18	22.80
สถานภาพสมรส		
โสด	4	5.10
คู่	66	83.50
หม้าย	8	10.10
แยกกันอยู่	1	1.30
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	1.30
ประถมศึกษา	67	84.80

ตารางที่ 1 (ต่อ) ปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีวัยกลางคน (N = 79)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	3.80
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	7.60
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	2	2.50
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	1	1.30
รับจ้าง	10	12.70
ค้าขาย	4	5.10
เกษตรกรรม	63	79.70
รับราชการ	1	1.30
รายได้ (บาทต่อเดือน) ($\bar{X}$ = 6,265.75, SD = 7,040.74)	2	2.60
น้อยกว่า 1,000	50	63.38
1,001 - 5,000	15	19.22
5,001 - 10,000	1	1.30
10,001 - 15,000	5	5.70
มากกว่า 15,001	6	7.60
ไม่ระบุ		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย	26	32.90
เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายและมีเหลือเก็บ	7	8.90
ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย	22	27.80
ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายและมีหนี้สิน	24	30.40
การตรวจสุขภาพประจำปี		
เคย	47	59.50
ไม่เคย	32	40.50

2. ภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติ ร้อยละ 63.30 มีเส้นรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร ร้อยละ 65.80 มีความดันโลหิตค่าบน (systolic) สูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท

ร้อยละ 17.72 ความดันโลหิตค่าล่างสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 18.98 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.40 รองลงมา เป็นเบาหวาน ร้อยละ 5.07 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพ (n = 79)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย ($\bar{X}$ = 24.25, SD = 3.53)		
น้อยกว่า 18.50	2	2.60
ระหว่าง 18.50 - 22.99	27	34.10
มากกว่า 22.99	50	63.30
ขนาดรอบเอว ($\bar{X}$ = 96.53, SD = 103.41)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร	27	34.20
มากกว่า 80 เซนติเมตร	52	65.80
ความดันโลหิตค่าบน (มิลลิเมตรปรอท) ($\bar{X}$ = 127.34, SD = 18.29)		
น้อยกว่า 140	65	82.28
มากกว่าหรือเท่ากับ 140	14	17.72
ความดันโลหิตค่าล่าง (มิลลิเมตรปรอท) ($\bar{X}$ = 78.36, SD = 12.05)		
น้อยกว่า 90	64	81.02
มากกว่าหรือเท่ากับ 90	15	18.98
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	9	11.40
เบาหวาน	4	5.07
โรคหัวใจ	2	2.54
ไขมันในเลือดสูง	1	1.27
อื่นๆ (ไต, ไอเรื้อรัง, ไชนัสอักเสบ, ภาวะอาหาร, ปวดหลัง, เอว, ข้อ, ฯลฯ)	13	16.46

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
 พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของ
 สตรีวัยกลางคนโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง
 ($\bar{X}$ = 3.78, SD = 0.36) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน
 โรคหัวใจและหลอดเลือดรายด้าน พบว่าด้านการบริโภค
 อาหาร ($\bar{X}$ = 4.06, SD = 0.35) การออกกำลังกาย ($\bar{X}$ =
 3.68, SD = 0.83) และการจัดการความเครียด ($\bar{X}$ = 3.52,

SD = 0.58) ซึ่งมีความเหมาะสมในระดับปานกลาง เมื่อ
 พิจารณารายข้อ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจ
 และหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง (ข้อ 3, 4, 5, 9, 10,
 11, 13, 14, 17, 18, 20, 22, 23) คะแนนเฉลี่ยที่คะแนนอยู่
 ในระดับต่ำเป็นด้านการจัดการกับความเครียด (ข้อ 15, 24)
 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดรายข้อ (n = 79)

พฤติกรรม	$\bar{X}$	SD	ระดับความเหมาะสม
ด้านการบริโภคอาหาร	4.06	0.35	ปานกลาง
1. ท่านเลือกรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้	4.59	0.79	สูง
2. ท่านเลือกใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหารแทนน้ำมันที่ทำจากสัตว์หรือกะทิ	4.38	1.01	สูง
3. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หนังหมู หนังไก่ หมูสามชั้นทอด	2.70	1.24	ปานกลาง
4. ท่านรับประทานขนมกรุบกรอบ หรือขนมขบเคี้ยว	3.08	1.17	ปานกลาง
5. ท่านดื่มน้ำอัดลม	3.53	1.19	ปานกลาง
6. ท่านสูบบุหรี่	5	0.00	สูง
7. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.52	0.69	สูง
8. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น ลิโพ กระทิงแดง	4.68	0.67	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	3.68	0.83	ปานกลาง
9. ท่านออกกำลังกาย	3.85	1.19	ปานกลาง
10. ท่านออกกำลังกายแต่ละครั้งอย่างน้อย 30 นาที	3.56	1.34	ปานกลาง
11. ท่านออกกำลังกายด้วยการเดิน, วิ่งเหยาะ, หรือเต้นแอโรบิก	3.59	1.28	ปานกลาง
12. ท่านออกกำลังกายโดยการทำงานบ้านต่างๆ เช่น การกวาดบ้านถูบ้าน การซักผ้าด้วยมือ ในระยะเวลา 45-60 นาที	4.71	0.77	สูง
13. ก่อนออกกำลังกายท่านทำกายบริหารเพื่ออบอุ่นร่างกายก่อน	3.19	1.28	ปานกลาง
14. หลังการออกกำลังกายท่านมีการผ่อนคลายด้วยการทำกายบริหารเบาๆ ก่อนหยุด	3.20	1.27	ปานกลาง
ด้านการจัดการความเครียด	3.52	0.58	ปานกลาง
15. เมื่อเครียดท่านผ่อนคลายโดยการสวดมนต์ หรือทำสมาธิ	2.23	1.37	ต่ำ
16. เมื่อท่านเครียดท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพื่อช่วยให้หลับสบายยิ่งขึ้น	4.96	0.25	สูง
17. ท่านขอคำแนะนำกับสมาชิกในครอบครัวเมื่อท่านมีปัญหาทำให้เครียด	3.25	1.48	ปานกลาง
18. ท่านฝึกผ่อนคลายความเครียดด้วยการหายใจเข้า-ออก ช้าๆ ลึกๆ	3.27	1.45	ปานกลาง
19. ท่านรับประทานยาระงับประสาทเมื่อเครียด	4.63	0.98	สูง
20. ท่านคลายเครียดด้วยการดูทีวี/ฟังเพลง/ดูหนัง	3.72	1.47	ปานกลาง
21. ท่านคลายเครียดโดยไปเที่ยวตามสถานบันเทิง	4.70	0.80	สูง
22. ท่านออกไปเดินเล่นเมื่อท่านเครียด	3.53	1.22	ปานกลาง
23. ท่านมีเพื่อน เพื่อนบ้านเป็นที่ปรึกษาเมื่อท่านมีปัญหาเกิดขึ้น	3.25	1.34	ปานกลาง
24. ท่านปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีอาการเครียด	1.75	1.21	ต่ำ
พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวม	3.78	0.36	ปานกลาง

การอภิปรายผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.80 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาศัยอยู่ในเขตชนบท และเป็นผู้หญิง การที่อยู่ห่างไกลจากสถานศึกษาในระดับที่สูงขึ้น และการเป็นผู้หญิงทำให้มีความยากลำบากในการเดินทางไปศึกษาในเมืองใหญ่ จากข้อจำกัดทางการศึกษาทำให้ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 79.70 และมีรายได้เฉลี่ย 1,001-5,000 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 63.38 ซึ่งต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือนของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (12,995 บาทต่อเดือน)¹⁸ ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายและมีหนี้สินคิดเป็นร้อยละ 30.40 จากข้อจำกัดเรื่องรายได้ อาจเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.50 ไม่เคยไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจร่างกายประจำปีมีความจำเป็นเนื่องจากวัยนี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคได้ เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ได้แก่ การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งจะทำให้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ การมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน³ จากผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 40.5 ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการงานในบทบาทการให้การดูแลบุคคลในครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลาในการเข้ารับการตรวจร่างกาย ซึ่งในระยะยาวอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

2. ภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือดสูง เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงเรื่องดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ร้อยละ 63.30 ($\bar{X} = 24.25$, $SD = 3.53$) รอบเอวเกินมาตรฐาน ร้อยละ 65.80 ($\bar{X} = 96.53$, $SD = 103.41$) ความดันโลหิตตัวบน (systolic) มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 17.72 ($\bar{X} = 127.34$, $SD = 18.29$) ความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic) สูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 18.98 ($\bar{X} = 78.36$, $SD = 12.05$) และเป็นโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.40 เบาหวาน ร้อยละ 5.07 การมีดัชนีมวลกายสูงกว่ามาตรฐานเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากพบว่าดัชนีมวลกายเกินกว่ามาตรฐาน ผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติ ดังจะเห็นได้จากอัตราการ

ตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มมากขึ้นในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกินกว่ามาตรฐาน³ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรอบเอวเกินกว่ามาตรฐานสูงถึง ร้อยละ 65.80 ซึ่งสูงกว่าการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ปี พ.ศ. 2551-2552 ที่พบผู้หญิงอ้วนลงพุง ร้อยละ 45¹⁹ ซึ่งการอ้วนลงพุงเกิดจากการมีไขมันสะสมในช่องท้องมาก ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และระดับไขมันในเลือดสูง ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในภายหลัง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทสูงถึงร้อยละ 17.72 สำหรับค่าความดันโลหิตค่าบน และร้อยละ 18.98 ในค่าความดันโลหิตค่าล่าง ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ²⁰

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.78$, $SD = 0.36$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสตรีจำนวนน้อยเท่านั้นที่ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างสม่ำเสมอ^{15,21} ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยสตรีวัยกลางคนไม่ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคนี้ในเพศหญิง²² พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ได้คะแนนเหมาะสมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.06$, $SD = 0.35$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระแสนิยมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป โดยผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีการเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระแสนิยมบริโภคจากสังคมเมือง ดังจะเห็นว่ามีการบริโภคอาหารที่ต้องซื้อหา เช่น น้ำอัดลม และขนมกรุบกรอบ ตลอดจนการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ซึ่งเปลี่ยนแปลงจากวิถีการบริโภคเดิมของชาวชนบท ที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การดื่มน้ำอัดลมซึ่งมีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ รวมทั้งการรับประทานขนมกรุบกรอบ ซึ่งเป็นอาหารที่มีไกลซีมิกอินเด็กซ์ (glycemic index) สูง จะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจากการเกิดภาวะดื้ออินซูลิน ทำให้กลูโคสเข้าเซลล์ไม่ได้ ทำให้ร่างกายเกิดภาวะขาดน้ำตาลไปกระตุ้นศูนย์หิวทำให้รับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้น²³ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน นอกจากนี้การ

รับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง มีผลทำให้มีไขมันในเลือด ได้แก่ ไตรกลีเซอไรด์ (triglycerides) และแอลดีแอลโคเลสเตอรอล (LDL cholesterol) สูงขึ้น ประกอบกับการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงที่ได้จากการรับประทานหนังหมู หนังไก่ และหมูสามชั้นทอด ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น²⁴

ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนเหมาะสมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.68$, $SD = 0.83$) ซึ่งในส่วนของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด คือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ การเดิน วิ่งเหยาะ หรือเดินแอโรบิก กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.59$, $SD = 1.28$) โดยมีการอบอุ่นร่างกาย การผ่อนคลายหลังการออกกำลังกาย และออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามการออกกำลังกายโดยการทำงานบ้านในระดับคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.71$, $SD = 0.77$) ซึ่งการทำงานบ้านจะช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ถึงร้อยละ 10-25²⁵ อย่างไรก็ตามการทำงานบ้านไม่ถือเป็นการออกกำลังกายที่เต็มรูปแบบ ในบางกรณีการทำงานบ้านทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี เนื่องจากมีจากการออกแรงที่หนักและนานจนเกินไป ซึ่งมีการศึกษาพบว่า การออกแรงที่หนักเกินไปที่ในระยะเวลา มากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทำให้มีอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น²⁶ หากกลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพิ่มมากขึ้น จะช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้²⁷ เนื่องจากการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นเวลา 30 นาที จะช่วยลดระดับของไตรกลีเซอไรด์ในเลือด¹⁹ การเพิ่มการทำกิจกรรมจะทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง และช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด²⁸

ด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ได้คะแนนเหมาะสมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.52$, $SD = 0.58$) มีการจัดการความเครียดในระดับปานกลาง ทั้งในส่วนของการจัดการเน้นด้านอารมณ์ ได้แก่ การฝึกการหายใจ การดูทีวี ฟังเพลง และดูหนัง การเดินเล่น รวมทั้งการแก้ไขปัญหาโดยการปรึกษาสมาชิกในครอบครัว และเพื่อน มีการใช้การจัดการความเครียดด้วยการสวดมนต์หรือทำสมาธิ มีการดื่มแอลกอฮอล์ การไปเที่ยวสถานบันเทิง

และการรับประทานยาคลายเครียดน้อย ดังจะเห็นได้จากคะแนนพฤติกรรมในรายชื่อดังกล่าวมีความเหมาะสมในระดับสูง การปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่ำ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับความเครียดได้ หรือมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ประเมินระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตามความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น โดยจากการศึกษาพบว่าภาวะเครียดมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งกล้ามเนื้อหัวใจตาย²⁹ ดังนั้นการจัดการความเครียดจึงเป็นแนวทางสำคัญในการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างลดโอกาสเสี่ยงลง ซึ่งส่วนใหญ่ยังคงปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้การสวดมนต์และนั่งสมาธิที่มีความเหมาะสมในระดับต่ำ ซึ่งวิธีการสวดมนต์และนั่งสมาธิจะช่วยในการลดภาวะเครียดได้ดี และช่วยให้สุขภาพของหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้นด้วย มีการศึกษาพบว่า การทำสมาธิทำให้มีการหลั่งสารไนเตรต (nitrate) และไนไตรต์ (nitrite) ที่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ทำให้อาหารที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแข็ง ได้แก่ ลิพิดเปอร์ออกไซด์ (lipid peroxide) ลดลง³⁰

ข้อเสนอแนะ

สตรีวัยกลางคนที่อาศัยอยู่ในบ้านลาดสระบัว อำเภอ ยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จากปัญหาเรื่องดัชนีมวลกาย และรอบเอวเกินมาตรฐาน มีความดันโลหิตที่สูงกว่าเกณฑ์ พยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในชุมชนควรมีการจัดบริการสุขภาพ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มสตรีวัยกลางคน เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความเสี่ยง ควรให้คำแนะนำการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยครอบคลุมถึงการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Tremollieres FA, Pouilles JM, Cauneille C, Ribot C. Coronary heart disease risk factors and menopause: A study in 1684 French women. *Atherosclerosis*. 1999;142(2):415-23.

2. Agrinier N, Cournot M, Dallongeville J, Arveiler D, Ducimetière P, Ruidavets JB, et al. Menopause and modifiable coronary heart disease risk factors: A population based study. *Maturitas*. 2010;65:237-43.
3. Hwang L, Chen S, Chen C. Increase risk of mortality from overweight and obesity in middle-aged individuals from six communities in Taiwan. *J Formos Med Assoc*. 2011;110(5):290-8.
4. Paniagua L, Lohsoonthorn V, Lertmaharit S, Jiamjarasrangsri W, Williams MA. Comparison of waist circumference, body mass index, percent body fat and other measure of adiposity in identifying cardiovascular disease risks among Thai adults. *Obes Res Clin Pract*. 2008;2:215-23.
5. Shara NM. Cardiovascular disease in Middle Eastern women. *Nutr Metab Cardiovas*. 2010;20:412-8.
6. Jafar TH. Women in Pakistan have a greater burden of clinical cardiovascular risk factors than men. *Int J Cardiol*. 2006;106:348-54.
7. National Statistical Office. Gender: Difference on indifference. Bangkok: Thammasat Press Ltd; 2008.
8. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Policy and Strategy; c2011 [cited 2011 Nov 7]. Available from: URL:<http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bp&doc=5> (in Thai).
9. Bureau of Non Communicable Disease, Ministry of Public Health [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Non Communicable Disease; c2010 [cited 2011 Nov 7]. Available from: URL:<http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/Abstract.pdf> (in Thai).
10. Sit CHP, Kerr JH, Wong IT. Motives for and barriers to physical activity participation in middle-aged Chinese women. *Psychology of Sport and Exercise*. 2008;9:266-83.
11. Thom T, Haasee N, Rosamond W, Howard V, Rumsfeld I, Manolio T, et al. Heart disease and stroke statistics-2006 update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2006;113:e85-151.
12. Hemwichian S, Songwathana P, Kong-in W. Factors influencing preventive behaviors for cardiovascular disease among Thai Muslim menopausal women. *Songkla Med J*. 2007;25(5):379-88.
13. Mosca L, Banka C, Benjamin E, Barra K, Bushnell C, Dolor R, et al. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women: 2007 update. *Circulation*. 2007;115:1481-501.
14. Taylor R, Brown A, Jolliffe J, Noorani H, Rees K, Skidmore B, et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: Systemic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med*. 2004;116:714-6.
15. Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE, Rimm EB, Willet WC. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *N Engl J Med*. 2000;343:16-22.
16. Pandey RM, Gupta R, Misra A, Misra P, Singh V, Agrawal A, et al. Determinants of urban-rural differences in cardiovascular risk factors in middle-aged women in India: A cross-sectional study. *Int J Cardiol*. 2011, doi:10.1016/j.ijcard.2011.06.008
17. Inoue S, Zimmet P, Carterson I, Chunming C, Ikeda Y, Khalid AK, et al. Asia-Pacific perspective: Redefining obesity and its

- treatment. World Health Organization Western Pacific Region; 2000.
18. National Statistical Office [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; c2004 [cited 2011 Nov 7]. Core Economic Indicators of Thailand 2008. Available from: URL:<http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/economic.html> (in Thai).
19. Health Information System Development Office [Internet]. Bangkok: The Office; c2011 [cited 2011 Nov 7]. Thai Health Report 2011. Available from: <http://www.hiso.or.th/hiso5/report/report1.php> (in Thai).
20. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N. et al. (2002). Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002;360:1903-13.
21. Thanavaro JL, Thanavaro S, Delicath T. Health promotion behaviors in women with chest pain. *Heart & Lung*. 2010;39:394-403.
22. Krummel DA, Humphries D, Tessaro I. Focus group on Cardiovascular Health in rural women: Implications for practice. *J Nutr Educ Behav*. 2002;34:38-46.
23. Beulens JW, de Bruijne LM, Stolk RP, Peeters PH, Bots ML, Grobbee DE, et al. High dietary glycemic load and glycemic index increase risk of cardiovascular disease among middle-aged women. *J Am Coll Cardiol*. 2007;50:14-7.
24. Ludwig DS. The glycemic index: Physiological mechanism relating to obesity, diabetes, and cardiovascular disease. *JAMA*. 2002;287:2414-23.
25. Rowe PM. Housework recommended for cardiovascular health. *Lancet*. 1996;347:109.
26. Raum E, Rothenbacher D, Ziegler H, Brenner H. Heavy physical activity: Risk or protective factor for cardiovascular disease? A life course perspective. *Ann Epidemiol*. 2007;17:417-24.
27. Duncan GE, Perri MG, Anton SD, Limacher MC, Martin AD, Lowenthal DT, et al. Effects of exercise on emerging and traditional cardiovascular risk factors. *Prev Med*. 2004;39:894-902.
28. Dunn AL, Marcus BH, Kampert JB, Garcia ME, Kohl III HW, Blair SN. Reduction in cardiovascular disease risk factor: 6-month results from project active. *Prev Med*. 1997; 26:883-92.
29. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11,119 cases and 13,648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): Case control study. *Lancet*. 2004;364:953-62.
30. Kim D, Moon Y, Kim H, Jung J, Park H, Suh S, et al. Effects of Zen meditation on serum nitric oxide activity and lipid peroxidation. *Prog Neuro-psychoph*. 2005;29:327-31.