



การประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ Thai CVD Risk Score ในชุมชนมุสลิม อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

CARDIOVASCULAR DISEASE RISK ASSESSMENT USING THE THAI CVD RISK SCORE IN A MUSLIM COMMUNITY ONGKHARAK DISTRICT NAKHONNAYOK PROVINCE

Received: March 25, 2026

Revised: July 20, 2026

Accepted: August 06, 2026

ปรางค์ จักรไชย¹, สุมนตา มั่งมี^{1*}, พนารัตน์ ศาสนสุพินธุ์¹
Prang Jukchai¹, Sumonta Mungmee^{1*}, Panarat Satsanasupint¹

บทคัดย่อ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น โดยเฉพาะในกลุ่มมุสลิมที่มีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมบริโภคตามบริบทวัฒนธรรม การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงในชาวมุสลิม อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง 210 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง โดยใช้แบบประเมิน Thai CVD Risk Score (ค่าความเที่ยง 0.80) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย และสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.3 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 85.2 มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 29.43 kg/m² โดยมีโรคไขมันในเลือดสูงเป็นโรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 57.1 ผลการประเมินความเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 42.9 ค่าเฉลี่ยความเสี่ยงรวมอยู่ที่ร้อยละ 20.02 แม้ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 71.9 แต่ความเสี่ยงยังคงสูงเนื่องจากโรคประจำตัวและภาวะอ้วนลงพุง

ข้อเสนอแนะ ควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม เพื่อปรับพฤติกรรมความเสี่ยง พร้อมดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาสาเหตุเฉพาะบริบท และติดตามดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันโรคในระยะยาว

คำสำคัญ: โรคหัวใจและหลอดเลือด, ชาวมุสลิม, การประเมินความเสี่ยง, Thai CVD Risk Score

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

Faculty of Nursing St.Teresa International University

*Corresponding author E-mail: sumontamangmee@gmail.com



Abstract

Background: Cardiovascular disease (CVD) remains one of the leading causes of death, particularly among Muslim populations, whose dietary and behavioral risk factors are shaped by their cultural context. This descriptive study aimed to assess the 10-year cardiovascular disease risk level and to examine the relationships among associated risk factors among Muslims residing in Ongkharak District, Nakhon Nayok Province. The sample consisted of 210 patients receiving services at a chronic disease clinic, selected through purposive sampling. Data were collected using the Thai CVD Risk Score assessment tool (reliability coefficient = 0.80) and were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient.

Results: The majority of participants were female (64.3%) and aged between 51 and 60 years (85.2%), with a mean body mass index (BMI) of 29.43 kg/m². Hyperlipidemia was the most prevalent underlying condition (57.1%). Regarding cardiovascular risk assessment, most participants were classified as having a high-risk level (42.9%), with a mean overall CVD risk score of 20.02%. Although the majority were non-smokers (71.9%), their overall risk remained elevated due to underlying comorbidities and abdominal obesity.

Conclusion and Recommendations: Health literacy-enhancing activities that are culturally aligned with the Muslim way of life should be developed to support behavioral risk modification. Furthermore, qualitative research is recommended to identify context-specific contributing factors, and continuous monitoring and care by a multidisciplinary healthcare team should be implemented to support long-term cardiovascular disease prevention.

Keywords: Cardiovascular Disease; Muslims; Risk Assessment; Thai CVD Risk Score



บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease: CVD) เป็นกลุ่มของโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติซึ่งรวมถึงโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease: CAD) ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคความดันโลหิตสูง และภาวะหัวใจล้มเหลว⁽¹⁾ ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงระบบหลอดเลือดหัวใจ จึงเป็นที่มาของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของโรคร่วมหลากหลายโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง รวมถึงพฤติกรรมความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์⁽²⁾ ในปี 2566 พบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโลก โดยมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่า 20 ล้านคนทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 80⁽³⁾ สำหรับประเทศไทยนั้นเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ โดยในปี 2560 มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึงจำนวน 20,746 ราย คิดเป็นอัตราความชุก 21.8 ต่อประชากรแสนคน⁽⁴⁾ และในปี 2565 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 70,000 ราย หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 8 ราย⁽⁵⁾ ซึ่งอุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญ คือ อายุที่มากขึ้น โดยเฉพาะ 35-59 ปี และพบในกลุ่มเพศชายมากกว่าเพศหญิง⁽⁶⁾ นอกจากนี้ ประวัติครอบครัว โรคเรื้อรัง และพฤติกรรมเสี่ยงมีโอกาทำให้เกิดโรคสูง⁽⁷⁾

สำหรับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในชาวมุสลิมมีหลายปัจจัย เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารในช่วงละศีลอดอาจเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคหากบริโภคไขมันและน้ำตาลสูง⁽⁸⁾ และจากการศึกษาในสตรีมุสลิม พบว่า มีความเสี่ยงจากโรคอ้วนและจากพฤติกรรมการไม่ออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มอื่น⁽⁹⁾ นอกจากนี้ ผู้แสวงบุญฮัจญ์ยังมีอัตราการเกิดปัจจัยเสี่ยงสูงจากความเครียดทางร่างกายและสภาพแวดล้อม⁽¹⁰⁾

ปัจจุบันประเทศไทยได้พัฒนาเครื่องมือ Thai CVD Risk Score เพื่อประเมินความเสี่ยงในระยะ 10 ปี โดยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี⁽¹¹⁾ ซึ่งจากการสำรวจในจังหวัดนครนายก พบว่า มีผู้นับถือศาสนาอิสลามประมาณร้อยละ 5.61 โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่เขตอำเภอองครักษ์⁽¹²⁾ และจากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานสุขภาพในชุมชนตำบลชุมพล โดยนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 69.23 และพบภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้ว ร้อยละ 5.13⁽¹³⁾

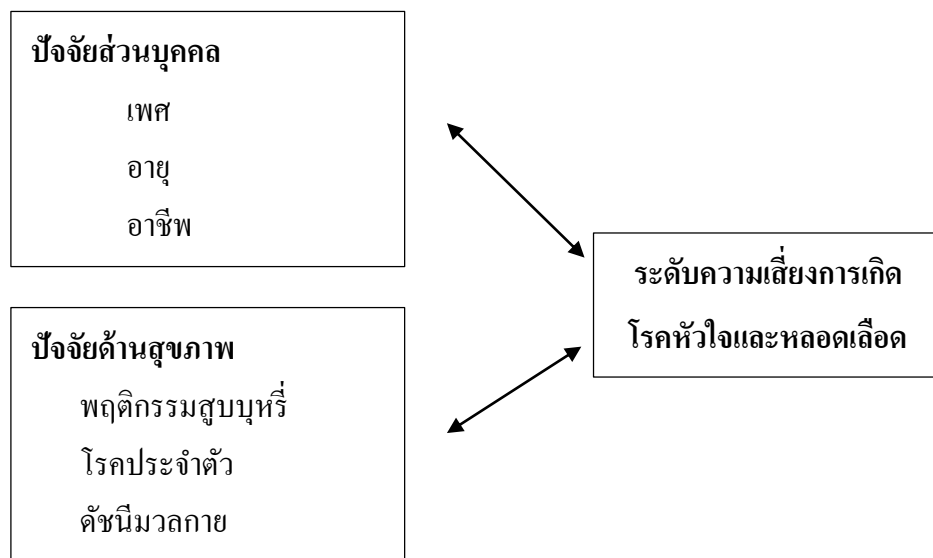
ผู้วิจัยในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสถาบันการศึกษาพยาบาลในการที่ต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จึงได้นำโปรแกรมการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมาใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มชาวมุสลิม เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอาจนำไปสู่การเสียชีวิต



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของชาวมุสลิม อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยใช้แบบประเมิน Thai CVD risk
2. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างชาวมุสลิม อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว ส่วนสูง ค่านิ่วมวลกาย รอบเอว และพฤติกรรมสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์ศึกษา ระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของชาวมุสลิม อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม อาศัยอยู่ในชุมชนมุสลิมและเป็นผู้ใช้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านท่าบ่อ ตำบลชุมพล อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก จำนวน 338 ราย โดยมีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณของ Krejcie & Morgan จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 175 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการศึกษ จึงเพิ่มร้อยละ 20 เป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา 210 ราย โดยเลือกแบบเจาะจง



(purposive sampling) จากผู้ใช้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งเข้าใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านท่าบ่อ ตำบลชุมพล อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลาอีก 10 ปีข้างหน้า โดยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รวมถึง สมาคมและหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขในการพัฒนาแบบประเมิน ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับคนไทย โดยเฉพาะ (Thai CVD risk) และได้มีการอัปเดตแอปพลิเคชันและเวอร์ชันออนไลน์เผยแพร่เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไปเข้าถึงได้ง่ายขึ้น และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้ระบุให้ แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการประเมิน ความตรง (Validity) ของเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นเครื่องมือเชิงพยากรณ์ (Predictive Tool) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันเครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาและผ่านการทดสอบคุณภาพตามมาตรฐานสากล มีความตรง และความเชื่อมั่นที่ได้รับการรับรองในระดับมาตรฐาน การแปลผลผลลัพธ์โดยการจำแนก ระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า เครื่องมือนี้ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยต่างๆ ในกลุ่มประชากรทั่วไปมาแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้านข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลกลูโคส และรอบเอว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยได้ขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หมายเลข TRSU 009/2567 มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ลงวันที่ 21 มีนาคม 2568



ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เพื่อศึกษาระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของชาวมุสลิม อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยใช้แบบประเมิน Thai CVD risk ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบด้วยการบรรยาย ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.30 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 85.20 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยสุดเฉลี่ยอยู่ที่ 40 ปี และมากที่สุดอายุ 60 ปี และส่วนใหญ่ สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 75.7 มีการประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 48.1 และจากข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 50.50 โดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคไขมันในหลอดเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 40 น้อยสุดโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 2.9 และพบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 71.9 และมีค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 30 คิดเป็นร้อยละ 31 โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายอยู่ที่ 29.43 น้อยสุดอยู่ที่ 25 และมากที่สุดที่ 35.79 ดังตารางประกอบดังนี้

ตารางที่ 1 ตารางข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแสดงจำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำนวน (n = 210)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	75	35.70
หญิง	135	64.30
อายุ(ปี)		
	(M= 49.08 S.D. = 0.259)	
	min = 40, max = 60	
40-50	31	14.8
51-60	179	85.2
สถานภาพ		
โสด	51	24.3
คู่	159	75.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	182	86.7
มัธยมศึกษา	28	13.3



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	101	48.1
ค้าขาย	21	10
รับจ้าง	67	31.9
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	21	10
รายได้		
พอใช้	39	18.6
ไม่พอใช้	171	81.4
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง	210	100
โรคประจำตัว		
ใช่	106	50.5
ไม่ใช่	104	49.5
โรคความดันโลหิตสูง	6	2.9
โรคเบาหวาน	84	40.0
โรคไขมันในหลอดเลือด	120	57.1
ค่าระดับความดันโลหิต		
120/70	120	57.10
130/90	46	21.90
มากกว่า 140/90	44	21.0
น้ำหนักตัว		
0-40	11	5.2
50-60	51	24.3
61-70	130	61.9
71-80	18	8.6
ส่วนสูง		
150-160	137	65.2
มากกว่า 170	73	34.8



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ค่าดัชนีมวลกาย		
	(M= 29.43 S.D. = 2.91)	
	min = 25, max = 35.79	
23-24.9	60	28.6
25-29.9	85	40.5
มากกว่า 30	65	31.0
รอบเอว		
< 80 CM	84	40
>90 CM	126	60
สูบบุหรี่		
ใช่	59	28.1
ไม่ใช่	151	71.9

ตารางที่ 2 ตารางแสดงระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอีก 10 ปี ของกลุ่มตัวอย่าง
แสดงจำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำนวน (n = 210)

ค่าระดับความเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเสี่ยงต่ำ น้อยกว่า 10%	41	19.5
ระดับความเสี่ยงปานกลาง 10-20%	79	37.6
ระดับความเสี่ยงสูง 20-30%	90	42.9
ระดับความเสี่ยงสูงมาก 30-40%	0	0
ระดับความเสี่ยงอันตราย มากกว่า 40%	0	0
(M= 20.02 S.D. = 8.400)		
min = 3.15 , max = 30		

จากข้อมูลระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 10 ปี ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงสูง 20-30% จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 รองลงมา ระดับความเสี่ยงปานกลาง 10-20% จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 37.6 และน้อยสุด ระดับความเสี่ยงต่ำ น้อยกว่า 10% จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 19.5 และพบว่า ค่าเฉลี่ยมีระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 20.02 โดยพบว่า น้อยสุดอยู่ที่ 3.15 และสูงสุดอยู่ที่ 30



อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างชาวมุสลิมในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 42.9 และเมื่อพิจารณาร่วมกับกลุ่มที่มีค่าระดับเสี่ยงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 80.5 ซึ่งเป็นตัวเลขที่น่ากังวลและสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) ที่ระบุว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยสะท้อนให้เห็นว่า แม้ในพื้นที่ชุมชนมุสลิมกึ่งชนบท ปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ยังคงเป็นภัยเงียบที่ทวีความรุนแรงขึ้น

สำหรับปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับความเสี่ยงที่สูงนี้ พบว่า ภาวะความผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึม (Metabolic Syndrome) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีโรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 57.1 และ เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 40 ประกอบกับมีภาวะโภชนาการเกิน โดยมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยสูงถึง 29.43 kg/m^2 และมีรอบเอวเกินเกณฑ์ถึงร้อยละ 60 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าบริบทวัฒนธรรมและพฤติกรรมมารับประทานอาหารของชาวมุสลิม เช่น การรับประทานอาหารที่มีแป้ง น้ำตาล และไขมันสูงในช่วงประเพณีทางศาสนาซึ่งเป็นปัจจัยสาเหตุหลักของการก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของชุมชนกึ่งชนบทที่มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตสู่ความเป็นเมือง (Urbanization) ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารพื้นบ้านดั้งเดิมที่เน้นผักและปลา เปลี่ยนเป็นการบริโภคอาหารแปรรูป อาหารทอด และเครื่องดื่มรสหวานที่เข้าถึงได้ง่ายในท้องถิ่น ประกอบกับค่านิยมในงานบุญประเพณี (งานวาฬิมะฮ์) ที่มักเน้นการเลี้ยงรับรองด้วยแกงกะทิรสจัด เนื้อสัตว์ติดมัน และขนมหวานโบราณ ซึ่งถือเป็นการแสดงออกถึงความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ทางสังคม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับพลังงาน โซเดียม และไขมันอิ่มตัวเกินความต้องการของร่างกายอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁵⁾

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านเพศและอายุ ยังมีส่วนสำคัญ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.3 ในช่วงอายุ 51-60 ปี ส่งผลให้หลอดเลือดเสื่อมสภาพและไขมันสะสมในร่างกายได้ง่ายขึ้น อีกทั้งในสตรีมุสลิมบางกลุ่มอาจมีข้อจำกัดด้านกิจกรรมทางกายในที่สาธารณะเมื่อเทียบกับเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Budhwani ที่พบว่า สตรีมุสลิมมีแนวโน้มภาวะอ้วนและการขาดการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มอื่น⁽¹⁰⁾

เมื่อวิเคราะห์ลึกกลงไปถึงปัจจัยเชิงระบบและตัวบุคคล พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมการใช้ยา เป็นข้อต่อสำคัญที่ทำให้ความเสี่ยงในชุมชนนี้ขยายตัว โดยกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งชนบทมักมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด (Low Health Literacy) ในการคัดกรอง ข้อมูลข่าวสารและแปลผลค่าตัวเลขสุขภาพของตนเอง เช่น ความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ขาดความตระหนักรู้ในภาวะภัยเงียบของโรค NCDs



ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อ พฤติกรรมการใช้ยาและการควบคุมโรค โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางส่วนในชุมชนมีพฤติกรรมการปรับขนาดยาเอง การกินยาไม่สม่ำเสมอ หรือหยุดยาเมื่อไม่มีอาการเนื่องจากกลัวผลข้างเคียงต่อไต หรือเลือกใช้สมุนไพรและยาหม้อตามคำบอกเล่าของเพื่อนบ้านแทนการแพทย์แผนปัจจุบัน นอกจากนี้ ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ยังเป็นอุปสรรคแฝง แม้ว่าพื้นที่จะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แต่การเดินทางไปโรงพยาบาลประจำอำเภอ เพื่อตรวจเลือดเชิงลึกหรือพบแพทย์เฉพาะทางยังคงมีค่าใช้จ่ายแฝงด้านการเดินทาง ประกอบกับข้อจำกัดด้านเวลาของผู้ดูแลและการบริการที่มักไม่สอดคล้องกับวิถีการปฏิบัติตนทางศาสนาในบางช่วงเวลา ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเพิกเฉยต่อการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง จนนำไปสู่การสะสมความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับที่สูงอย่างน่ากังวล สอดคล้องกับการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรอาศัยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตควบคู่กับการใช้ยา มากกว่าการพึ่งพายาเพียงอย่างเดียว เนื่องจากยามีข้อจำกัดในการควบคุมความเสี่ยงหากพฤติกรรมสุขภาพยังไม่เปลี่ยนแปลง การรักษาน้ำหนักตัวให้เหมาะสมช่วยปรับปรุงปัจจัยเสี่ยงหลายด้านพร้อมกัน การออกกำลังกายสม่ำเสมอและการเลิกสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมในการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะ 10 ปี ขณะที่การนอนหลับให้เพียงพอและมีคุณภาพก็เป็นปัจจัยลดความเสี่ยงเช่นกัน สอดคล้องกับวิถีชีวิตทางวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย เช่น วิถีมุสลิม จึงมีแนวโน้มให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการมุ่งเน้นด้านใดด้านหนึ่งเพียงอย่างเดียว⁽¹⁾

อย่างไรก็ตาม ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 71.9 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความเชื่อทางศาสนาที่เคร่งครัด แม้ว่าปัจจัยนี้จะช่วยลดความเสี่ยงได้ในระดับหนึ่ง แต่คะแนนความเสี่ยงโดยรวมยังคงสูงอยู่ แสดงให้เห็นว่า ปัญหาหลักในกลุ่มนี้ไม่ได้มาจากบุหรี่ แต่มาจากโรคประจำตัวและการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย รวมถึงข้อจำกัดด้านความรู้ด้านสุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น ส่งผลต่อการควบคุมน้ำหนักและการจัดการภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสำคัญ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์ และสะท้อนบริบทของผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนวิธีการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. ทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อช่วย เพิ่มความรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
3. ควรมีการติดตามและศึกษาความต้องการการดูแลจากทีมสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง เพื่อหาแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มมุสลิมในลำดับต่อไป



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาจารย์วิภา เฟื่องแสงรัมย์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยน่านาชาติ เซนต์เทเรซา ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ รองคณบดีวิจัยและพัฒนางานความรู้ นาวาโท ดร. พิทักษ์ ทอง และ ดร.พนารัตน์ ศาสนะสุพินธ์ ที่ปรักขงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2026 Mar 18]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Siramaneerat I, Sawangdee Y. Socioeconomic-Demographic Factors and Health-Risk Behaviors in the Thai Population. J Health Res [internet]. 2017 Aug. 25 [cited 2026 Aug. 11]; 29(6): 457-63. available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhealthres/article/view/97216>
3. World Health Organization. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs. Geneva: WHO; 2023.
4. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. Annual epidemiological surveillance report 2017. Bangkok: Ministry of Public Health; 2019.
5. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Situation of cardiovascular diseases in Thailand 2022. Bangkok: Ministry of Public Health; 2023.
6. Kingkaew N, Antadech T. Cardiovascular risk factors and 10-year CV risk scores in adults aged 30-70 years old in Amnat Charoen Province, Thailand. Asia Pac J Sci Technol [internet]. 2019 Dec. 26 [cited 2026 Aug. 11]; 24(04): APST-24. available from: <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/APST/article/view/181250>
7. Department of Disease Control. Guidelines for prevention of chronic non-communicable diseases. Bangkok: Ministry of Public Health; 2018.
8. Sanusi A, Elsey H, Golder S, Sanusi O, Oluyase A. Cardiovascular health promotion: a systematic review involving effectiveness of faith-based institutions in facilitating maintenance of normal blood pressure. PLOS Glob Public Health 2023; 3(1): e0001496. doi: 10.1371/journal.pgph.0001496.
9. Budhwani H, De P. Cardiovascular disease risk factors among Muslim women in the United States. J Women's Health 2018; 27(11): 1345-52.



10. Widhidewi N, Rahayu S. Cardiovascular risk factors and physiological stress during Hajj pilgrimage. *Int J Community Med Public Health* 2020; 7(5): 1680-87.
11. SATIAN P, Aramcharoen S, Chotikarn P, Triukose ST. An external validation of Thais' cardiovascular 10-year risk assessment in the southern Thailand. *Reg11MedJ* [internet]. 2022 Sep. 20 [cited 2026 Aug. 13]; 36(2): 65-73. available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/258331>
12. Strategic Working Group for Nakhon Nayok Provincial Development. Nakhon Nayok provincial statistical report 2018. Nakhon Nayok: Provincial Office; 2018.
13. Faculty of Nursing, St. Theresa International University. Community health nursing practice report: Chumpol Subdistrict, Ongkharak. Nakhon Nayok: St. Theresa International University; 2025.
14. Lee SK, Chua AL, Fong CHY, Ban BCH, Ng WL, Kong JF, et al. Self-assessment of INTERHEART risk stratification among the middle-aged community in Malaysia. *Nutrients* 2023; 15(10): 2382. doi: 10.3390/nu15102382.