

## การศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

### ในผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี

ชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์\*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 9 มกราคม 2566; วันที่แก้ไข: 8 กุมภาพันธ์ 2566; วันที่ตอบรับ: 14 กุมภาพันธ์ 2566)

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุโดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี จากข้อมูลของ Health Data Center ของจังหวัดอุบลราชธานี โดยวัตถุประสงค์มุ่งอธิบายสถานการณ์ และระดับของความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 217,697 คน โดยมีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ การตรวจสุขภาพประกอบด้วย 1.1) ประวัติระดับความดันโลหิตสูงตัวบน 1.2) ค่าไขมันในเลือด 1.3) ประวัติการสูบบุหรี่ 1.4) ประวัติการวินิจฉัยโรคเบาหวาน 2) แบบเก็บข้อมูลตามองค์ประกอบการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk score) และ 3) สนทนากลุ่ม (Focus group) พัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 81.6) มีอายุเฉลี่ย 65.87 ปี มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ร้อยละ 43.4 มีประวัติเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 66.4 ประเมินภาวะอ้วนลงพุงพบผู้ชายอ้วนลงพุงร้อยละ 7 และร้อยละ 35.9 ในผู้หญิง ความดันโลหิตตัวบนอยู่ในช่วง 120-139 mmHg มากที่สุดร้อยละ 93.2 และมีผู้สูงอายุเพียง 3,350 คนที่ได้รับการตรวจระดับไขมันในเลือด ซึ่งส่วนใหญ่มีระดับไขมันในเลือด 160-199 mg/dl (ร้อยละ 77.7) เมื่อประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด พบความเสี่ยงน้อยกว่าร้อยละ 10 จำนวน 201,403 คน (ร้อยละ 92.5) รองลงมาคือความเสี่ยงร้อยละ 10 ถึงน้อยกว่า 20 และความเสี่ยงร้อยละ 20 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 30 ตามลำดับ (ร้อยละ 6.2, 1.0 ตามลำดับ) เพศชายร้อยละ 95.7 มีความเสี่ยงน้อยกว่าร้อยละ 10 และเพศหญิงร้อยละ 91.7 มีความเสี่ยงน้อยกว่าร้อยละ 10 เมื่อนำข้อมูลสถานการณ์ระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดวางแผนโดยการสนทนากลุ่มกับเชี่ยวชาญในแต่ละระดับ ทำให้ได้ข้อมูลที่จะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้เชี่ยวชาญทุกระดับมีความเห็นตรงกันว่าควรมีการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล โดยจัดทำเป็นคู่มือ แนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี

**คำสำคัญ:** โรคหัวใจและหลอดเลือด, ผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อ

\*ผู้รับผิดชอบบทความ: ชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์; chinoros131149@gmail.com

## The study of the Situation of Cardiovascular Disease Risk Factors among the Older Adults in Ubon Ratchathani Province

Chaiyasit Ruangroj\*

Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office

(Received: 9 January 2023; Revised: 8 February 2023; Accepted: 14 February 2023)

### Abstract

This descriptive study aimed to develop the cardiovascular prevention disease guidelines among the older adults in Ubon Ratchathani province. The research divided into two phases. Phase one was to study the cardiovascular disease situation that conducted by the Health Data Center of Ubon Ratchathani Province. The objective was to describe the situation and the risk level of cardiovascular disease, and phase two was to develop the prevention of cardiovascular disease guidelines for the older adults living in Ubon Ratchathani Province. The sample were 217,697 older adults who existed health data, 1.1) systolic blood pressure, 1.2) lipids profile, 1.3) smoking history, and 1.4) diabetes diagnosis, 2) The CVD risk score and 3 focus group. The cardiovascular disease prevention guidelines were developed for behavior modification in the older adults. The data were analyzed based on descriptive statistics including frequency, and percentage. The qualitative analysis statistics for content analysis.

The results found that most of the older adults were 60–69 years old (81.6%). Of 43.4 percent were overweight, and 66.4 percent had a history of diabetes. Metabolic syndrome was 7 percent of males and 35.9 percent of females. The systolic blood pressure (120–139 mmHg) was 93.2 percent and the lipids (160–199 mg/dl) was 77.7%. The risk of cardiovascular disease found less than 10% in 201, 403 people (92.5%), followed by the risk of cardiovascular disease ranging from 10% to 20% and 20% to 30% (6.2% and 1.0%, respectively). Of 95.7 percent of males had a lower risk of cardiovascular disease than 91.7 percent of females. The situational data, the level of risk of cardiovascular disease was planned by group discussion with experts. This provides information that lead to the development of guidelines for the prevention of cardiovascular disease in the older adults. Experts at all levels agreed that health literacy should be enhance for the older adults and their caregivers. Providing the manual Guidelines for the prevention of cardiovascular disease to change behavioral for the older adults was a planning care for the older adults in Ubon Ratchathani Province.

**Keyword:** cardiovascular disease, older adults, non-communicable diseases

**\*Corresponding author:** Chaiyasit Ruangroj; chinoros131149@gmail.com

## บทนำ

การส่งเสริมสุขภาพเป็นแนวทางสำคัญของการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชากรทุกกลุ่มวัย ซึ่งต้องอาศัยสถานการณ์สุขภาพของประชากรในแต่ละกลุ่มวัยเพื่อวางแผนแก้ไขได้ตรงประเด็น จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases: NCDs) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลก ซึ่งกลุ่มโรค NCDs เป็นผลจากพฤติกรรมของมนุษย์ที่ส่งผลให้เกิดโรค โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease: CVD) ซึ่งเป็น 1 ใน 3 ของโรคในกลุ่ม NCDs ที่เกิดจากความผิดปกติของหัวใจหรือหลอดเลือด ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) จากการสถิติในระดับสากล พบว่า มีประชากรที่เสียชีวิตด้วย CVD ประมาณ 17.9 ล้านคนต่อปีหรือคิดเป็นราว ๆ ร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยร้อยละ 85 เป็นการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (World Health Organization, 2022)

สำหรับประเทศไทยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม มีผลทำให้การดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ อาทิ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง (วิชัย เทียนถาวร, 2556) อันเป็นผลจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่ประกอบด้วย การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การดื่มสุรา การเกิดความเครียด รวมทั้งการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2561 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3, 47.1 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ นอกจากนี้จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า ความชุกของภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวในเพศชาย $\geq$ 90 ซม. และในเพศหญิง $\geq$ 80 ซม.) มีร้อยละ 26.0 ในผู้ชาย และร้อยละ 51.3 ในผู้หญิง และประชาชนที่เป็นความดันโลหิตสูงรายใหม่ในเพศชายร้อยละ 54.2 และในเพศหญิง ร้อยละ 35.2 เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดจากหลายปัจจัยร่วมกันที่พบได้บ่อย 5 ปัจจัย ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันคอเลสเตอรอลรวม  $\geq$  240 มก./ดล. สูบบุหรี่เป็นประจำ และมีภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 25กก./ม.<sup>2</sup>) พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมี 1 ปัจจัยเสี่ยงร้อยละ 36.9, มี 2 ปัจจัยเสี่ยงร้อยละ 20.8, มี 3 ปัจจัยเสี่ยงร้อยละ 6.9 และมีตั้งแต่ 4 ปัจจัยเสี่ยงขึ้นไปร้อยละ 1.1 (การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557, 2559) นับว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแล เพื่อวางแผนการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี และลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามเป้าหมายของ Global NCDs target รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ดีตามเป้าหมายของการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)

ระบบบริการสาธารณสุขมีเป้าหมายหลักที่สำคัญคือการช่วยให้ประชากรมีสุขภาพที่แข็งแรง ห่างไกลจากโรคภัย โดยใช้หลักการทำงานที่ประกอบด้วย การส่งเสริม การรักษา การป้องกัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และยิ่งไปกว่านั้น แนวทางนโยบายที่เน้นการสร้างนำซ่อมเป็นกลยุทธ์ที่ยังต้องดำเนินควบคู่กันไป เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหายาจากต้นน้ำลด การสูญเสียทรัพยากรด้านสาธารณสุข การจัดทำคู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจึงเป็นอีกประเด็นที่จำเป็นและสำคัญยิ่ง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรจำนวน 1,868,519 คน เป็นชายจำนวน 932,466 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 936,053 คน เป็นปีแรกที่อัตราเกิดและอัตรารายใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยอัตราเกิด 7.98 ส่วนอัตราราย 7.74 ต่อ ปชก. พันคน ซึ่งประชากรในจังหวัดอุบลราชธานีในเพศชายมีอายุคาดเฉลี่ย 71.71 ปี และเพศหญิงอายุคาดเฉลี่ย 79.39 ปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2564) เมื่อพิจารณาถึงภาวะสุขภาพพบว่า 5 อันดับแรกของการป่วยอยู่ กลุ่มโรค NCDs และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 5 ของจังหวัด ทำให้ปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับที่ 2 ของจังหวัดอุบลราชธานี ที่ต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งผู้สูงอายุเป็น 1 ในกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแล ในปี 2565 จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้สูงอายุจำนวน 265,764 คน เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ร้อยละ 91.72 ลดลงจากปี 2564 ที่มีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ร้อยละ 93.02 ในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และส่งผลต่อการควบคุมอาการที่จะนำไปสู่การช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดจากโรคที่มีความเสื่อมของร่างกายเป็นปัจจัยเสริม เช่น ระบบไหลเวียนเลือด กล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งทำให้ส่งผลต่อโรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่แล้วอย่างโรคหัวใจและหลอดเลือด จากหลายการศึกษาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ชัดว่าปัจจัยของอายุเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสริมอื่น อาทิ เพศ ภาวะอ้วน และการเป็นโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมมากขึ้น (Rodgers et al, 2019; Noale, Limongi, Maggi, & Population, 2020) จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้สูงอายุร้อยละ 17.38 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉพาะผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง และยังไม่ครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ดังนั้น ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อให้ทราบระดับความเสี่ยง อันจะนำไปสู่การเฝ้าระวังอาการ และวางแผนการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาระดับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้สูงอายุ

## ระเบียบวิธีวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การศึกษาเรื่องสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลแบบทุติยภูมิ จากข้อมูลของ Health Data Center ของจังหวัดอุบลราชธานี โดยมุ่งอธิบายสถานการณ์ ระดับของความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดและพัฒนาแนวทาง การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยในจังหวัดอุบลราชธานี

**ประชากร** ในการศึกษาครั้งนี้ประชากรกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่มได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 217,697 คน และ 2) ผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 15 คน เกณฑ์การคัดเลือกประชากรที่ศึกษา ดังนี้

### ผู้สูงอายุ

#### 1) เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่

- อายุ 60 ปีขึ้นไป
- มีประวัติระดับความดันโลหิตสูงตัวบน
- มีค่าไขมันในเลือด
- มีประวัติการสูบบุหรี่
- มีประวัติการวินิจฉัยโรคเบาหวาน

#### 2) เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

- ไม่ยินยอมให้ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

### ผู้เชี่ยวชาญ

#### 1) เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่

- เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความประสบการณ์ในการทำงานและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

#### 2) เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

- ไม่ยินยอมเข้าร่วมกลุ่มสนทนา

## เครื่องมือการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2 เครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และ 2) แบบเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการทำสนทนากลุ่ม

### 1. แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด มีองค์ประกอบ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ เขตที่อยู่อาศัย ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการวินิจฉัยโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 ประวัติการตรวจสุขภาพ ประกอบด้วย ค่าความดันโลหิต ค่าไขมันในเลือด ลักษณะของคำตอบเป็นประวัติสุขภาพครั้งล่าสุดในรอบปี 2565

ส่วนที่ 3 ประเมินระดับความเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยการใช้เครื่องมือ Color Chart/Thai CVD Risk Score ซึ่งมี 2 แบบ ประกอบด้วย

แบบที่ 1 ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วย เพศ อายุ ประวัติการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และระดับค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure: SBP)

แบบที่ 2 ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วย เพศ อายุ ประวัติการวินิจฉัยโรคเบาหวาน ระดับค่าความดันโลหิตตัวบน และระดับค่าไขมันในเลือด (Low-density Lipoprotein)

การแปลผลระดับความเสี่ยงแบ่งเป็น 5 ระดับ ตามองค์การอนามัยโลก (WHO, 2007) โดยใช้สัญลักษณ์สีเป็นตัวกำหนด ได้แก่ สีเขียว สีเหลือง ส้ม แดง และแดงเข้ม เพื่อแบ่งระดับความรุนแรงของโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

สีเขียว หมายความว่า ใน 10 ปีข้างหน้าจะมีโอกาสเสี่ยงต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 10)

สีเหลือง หมายความว่า ใน 10 ปีข้างหน้าจะมีโอกาสเสี่ยงปานกลาง (ร้อยละ 10 ถึงน้อยกว่า 20)

สีส้ม หมายความว่า ใน 10 ปีข้างหน้าจะมีโอกาสเสี่ยงสูง (ร้อยละ 20 ถึงน้อยกว่า 30)

สีแดง หมายความว่า ใน 10 ปีข้างหน้าจะมีโอกาสเสี่ยงสูงมาก (ร้อยละ 30 ถึงน้อยกว่า 40)

สีแดงเข้ม หมายความว่า ใน 10 ปีข้างหน้าจะมีโอกาสเสี่ยงสูงอันตราย (มากกว่าและเท่ากับร้อยละ 40)

2. แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาแนวคำถามขึ้นมาเพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้สูงอายุ เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ การเฝ้าระวัง และการแนะนำที่เหมาะสม รวมไปถึงข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกระบวนการคัดกรองให้มีประสิทธิภาพ จากผู้เชี่ยวชาญในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับโรงพยาบาลชุมชน และในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 15 คน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็น Color Chart/Thai CVD Risk Score พัฒนาขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เผยแพร่ให้ใช้ได้ทั่วไป คุณภาพเครื่องมือทดสอบด้วย Receiver operating characteristic curve (ROC) ได้ค่า Area under the curve (AUC) ในผู้ชายเท่ากับ 0.72 ในผู้หญิงเท่ากับ 0.85

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ในการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนจำนวน 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 2 ท่าน นักกายภาพบำบัดจำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย

เชิงคุณภาพจำนวน 1 ท่าน โดยผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขและคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้เท่ากับ 0.88

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีในการใช้ข้อมูลสุขภาพประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี โดยติดต่อและส่งหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลกับกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นกลุ่มงานที่รับผิดชอบดูแลข้อมูลสุขภาพของจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อประมวลข้อมูลการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้โดยละเอียด อันจะนำไปสู่การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชากร

1. ผู้วิจัยรวบรวม และจัดการข้อมูลทุติยภูมิในระบบ Health Data Center ในช่วงปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม 2564 ถึง กันยายน 2565) ที่จะใช้ในการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงจากข้อมูลภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับความดันโลหิต ค่าไขมันในเลือด ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการเป็นโรคเบาหวาน ด้วยเครื่องมือ Color Chart และจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม และรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อค้นหาข้อคิดเห็นในการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด การให้คำแนะนำ และการเพื่อวิเคราะห์เนื้อหาในการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้สูงอายุ โดยการสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับโรงพยาบาลชุมชน และในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 15 คน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ และร้อยละ เพื่ออธิบายคุณลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่าง และใช้ Color Chart เพื่อจำแนกระดับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. สถิติการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาการเฝ้าระวัง การให้คำแนะนำการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้สูงอายุ

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ทำในมนุษย์ โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมในมนุษย์และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยมีมติ

เห็นชอบ อนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัยโดยมีเอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2565-167 หัสโครงการ SSJ.UB.167 วันที่รับรอง 10 ตุลาคม 2565

## ผลการวิจัย

### 1) สถานการณ์ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้สูงอายุเพศชาย จำนวน 43,775 คน (ร้อยละ 20.1) และเพศหญิงจำนวน 173,922 คน (ร้อยละ 79.9) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี จำนวน 177,567 คน (ร้อยละ 81.6) รองลงมาเป็นผู้สูงอายุตอนกลาง และผู้สูงอายุตอนปลาย ตามลำดับ (ร้อยละ 12.7 และร้อยละ 5.7 ตามลำดับ) ซึ่งอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลจำนวน 183,032 คน คิดเป็นร้อยละ 84.1 เมื่อพิจารณาดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ พบว่า น้ำหนักตัวปกติมากที่สุด ร้อยละ 43.7 รองลงมาคือน้ำหนักตัวเกิน และน้ำหนักตัวน้อย ตามลำดับ (ร้อยละ 43.4 และ 12.9 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีที่อยู่ในเกณฑ์อ้วนลงพุงเพศชาย ร้อยละ 7 และเพศหญิงร้อยละ 35.9 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 86.4 และมีประวัติเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 66.4 รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มผู้สูงอายุ (n=217,697)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	43,775	20.1
หญิง	173,922	79.9
อายุ		
อายุ 60-69 ปี	177,567	81.6
อายุ 70-79 ปี	27,705	12.7
อายุ 80 ปีขึ้นไป	12,425	5.7
เขตการปกครอง		
ในเขตเทศบาล	34,665	15.9
นอกเขตเทศบาล	183,032	84.1
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
น้ำหนักน้อย	28,110	12.9
น้ำหนักปกติ	95,013	43.7
น้ำหนักตัวเกิน	94,500	43.4
เส้นรอบเอวในผู้ชาย		
ปกติ	40,712	93.0
อ้วนลงพุง	3,063	7.0

**ตารางที่ 1** ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มผู้สูงอายุ (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	29,588	13.6
ไม่สูบบุหรี่	188,109	86.4
ประวัติการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน		
เป็นโรคเบาหวาน	144,488	66.4
ไม่เป็นโรคเบาหวาน	73,209	33.6

สำหรับข้อมูลประวัติการตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ระดับความดันโลหิตค่าบน (Systolic blood pressure: SBP) และระดับไขมันในเลือด (Low-density Lipoprotein) ซึ่งเป็นการตรวจครั้งล่าสุดในปี 2565 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตค่าบนอยู่ในช่วง 120-139 mmHg คิดเป็นร้อยละ 93.2 มีผู้สูงอายุเพียง 3,350 คนที่ได้รับการตรวจระดับไขมันในเลือด โดยส่วนใหญ่มีระดับไขมันในเลือด 160-199 mg/dl (ร้อยละ 77.7) รายละเอียด ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ข้อมูลประวัติการตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2565

ข้อมูลประวัติการตรวจสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความดันโลหิตค่าบน (n=217,697)		
120- 139 mmHg	202,924	93.2
140-159 mmHg	11,459	5.3
160-179 mmHg	2,639	1.2
มากกว่าหรือเท่ากับ 180 mmHg	675	0.3
ระดับไขมันในเลือด (n=3,350)		
160-199 mg/dl	2,604	77.7
200-239 mg/dl	564	16.8
240-279 mg/dl	129	3.9
280-319 mg/dl	34	1.0
มากกว่าหรือเท่ากับ 320 mg/dl	10	0.6

2) ระดับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี

เมื่อพิจารณาระดับความเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ ในตารางที่ 3 พบว่า ระดับความเสี่ยงที่มากที่สุดคือ ความเสี่ยงน้อยกว่าร้อยละ 10 จำนวน 201,403 (ร้อยละ 92.5) รองลงมาคือความเสี่ยงร้อยละ 10 ถึงน้อยกว่า 20 และความเสี่ยงร้อยละ 20 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 30 ตามลำดับ (ร้อยละ 6.2, 1.0 ตามลำดับ) ในขณะที่เพศชาย ความเสี่ยงน้อยกว่าร้อยละ 10 มากที่สุด คือร้อยละ 95.7 และในเพศหญิงความเสี่ยงน้อยกว่าร้อยละ 10 มากที่สุด คือร้อยละ 91.7 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การจำแนกระดับความเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี

ระดับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด	ชาย (n=43,775)		หญิง (n=173,922)		รวม (n=217,697)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่าร้อยละ 10	41,999	95.9	159,404	91.7	201,403	92.5
ร้อยละ 10 ถึงน้อยกว่า 20	1,536	3.5	12,056	6.9	13,592	6.2
ร้อยละ 20 ถึงน้อยกว่า 30	187	0.4	1,990	1.1	2,177	1.0
ร้อยละ 30 ถึงน้อยกว่า 40	24	0.1	72	0.04	96	0.04
มากกว่าและเท่ากับร้อยละ 40	29	0.1	400	0.2	429	0.2

3) การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญในแต่ละระดับ ทำให้ได้ข้อมูลที่จะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้เชี่ยวชาญทุกระดับมีความเห็นตรงกันว่าควรมีการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล โดยแยกเป็นกลุ่มโดยใช้เกณฑ์การประเมิน CVD risk score ตามระดับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด 5 ระดับ ประกอบด้วย 1) ความเสี่ยงน้อยกว่าร้อยละ 10 2) ความเสี่ยงร้อยละ 10 ถึงน้อยกว่า 20 3) ความเสี่ยงร้อยละ 20 ถึงน้อยกว่า 30 4) ความเสี่ยงร้อยละ 30 ถึงน้อยกว่า 40 และ 5) ความเสี่ยงมากกว่าและเท่ากับร้อยละ 40 โดยมุ่งเน้นเพิ่มระดับความรู้ทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุและญาติสามารถจัดการปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติตัวได้ตามบริบทของตนเอง อาทิ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา รวมไปถึงความรู้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อความเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งในคู่มือปฏิบัติมีแนวทางอย่างชัดเจนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจัดทำเป็นคู่มือ “แนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุ” ซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นในการปรับแก้เพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการสื่อสารกับผู้สูงอายุและญาติ ทั้งนี้คู่มือที่จัดทำขึ้นได้รับการขยายผลให้ทุกอำเภอมีคู่มือฉบับนี้เป็นแนวทางการให้คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือคงสภาพระดับความเสี่ยงให้มีร้อยละของความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

## อภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า

### 1. สถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี

ผลของการศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี ชี้ชัดว่าผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานีมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับต่ำ (CVD risk score น้อยกว่าร้อยละ 10) ประมาณ 90% ของประชากรวัยผู้สูงอายุ ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยด้านอายุ (Rodgers et al, 2019; Noale, Limongi) ที่ส่งผลต่อการมีความเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เพราะยิ่งอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นด้วย สัมพันธ์กับข้อมูลเบื้องต้นของจังหวัดอุบลราชธานีที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ส่งผลให้การวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานีในสถานการณ์ปัจจุบันมีระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุจำนวน 323 คน เป็นผู้หญิงร้อยละ 63.8 พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในระดับต่ำและปานกลาง มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 86.1 (พิมพ์พิสาข์ จอมศรี และคณะ, 2564) นอกจากนี้มีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ที่มีอายุ 30-70 ปี ที่อาศัยในจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า ร้อยละ 83.0 มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับต่ำและร้อยละ 17.0 มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับสูง (Kingkaew & Antadech, 2019) ในขณะที่การตรวจสุขภาพประชากรไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ที่ประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุด้วยปัจจัยหลายอย่าง พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจากอย่างน้อย 1 ปัจจัยมากที่สุดซึ่งถือว่าเป็นความเสี่ยงระดับต่ำ โดยเพศชายร้อยละ 38.5 และเพศหญิงร้อยละ 35.3 ดังนั้น จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดผู้สูงอายุ อยู่ในระดับเสี่ยงต่ำเมื่อประเมินด้วยเครื่องมือ CVD risk score ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจำเป็นต่อการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะแผนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยกระบวนการที่จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล โดยแนวทางที่สำคัญอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน คือการสร้างความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี มีอายุยืนยาวขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจจะทำให้เกิดการตายก่อนวัยอันควร (World Health Organization, 2020)

### 2. การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้สูงอายุ

จากการศึกษาครั้งนี้ ด้วยการสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญทำให้เกิดการขับเคลื่อนการใช้ข้อมูลสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ใช้เกณฑ์ CVD risk score ทำให้เกิดแนวคิดการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานสถานบริการสาธารณสุขให้คำแนะนำผู้สูงอายุในการจัดการภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยแนวทางใน

การดูแลตามแนวทาง ในรูปแบบคู่มือการเฝ้าระวัง และการให้ความรู้ในการดูแลตนเองเบื้องต้น สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่มีการนำการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุ ผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเป็นกรอบในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ รวมถึงการสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการอุปสรรคด้านสุขภาพของตนเอง (Nutbeam, 2000; Nutbeam, 2008; Cheng et al, 2018; Kingkaew & Antadech, 2019) จากบททวนเอกสารที่เกี่ยวข้องบ่งชี้ว่า แนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรประกอบด้วยข้อมูลที่จะทำให้ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล เข้าใจ ตระหนัก และทำให้เกิดความรอบรู้สุขภาพซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญ 3 อย่าง ที่จะทำให้เกิดยกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูล (Information) การสอน (Education) และการสื่อสาร (Communication) เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (Nutbeam, 2008) ด้วยแนวคิดนี้ทำให้ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันในการสร้างคู่มือ “แนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุ” และเกิดการขยายผลในการนำไปให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการทุกอำเภอได้ใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำผู้สูงอายุในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม รวมถึงนำคู่มือนี้ไปร่วมกับการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์จริงในปัจจุบัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ ระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ เป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้สูงอายุ อันประกอบด้วยการรู้จักตนเอง การสร้างความรอบรู้ให้ผู้สูงอายุได้ใช้สำหรับส่งเสริมสุขภาพตนเอง โดยมุ่งเน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้น และพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างอื่น มาเฝ้าระวัง ให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุที่สามารถกำกับดูแลร่วมกับผู้สูงอายุได้

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาบ่งชี้ชัดเจนว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับที่น้อยกว่าร้อยละ 10 จึงควรศึกษารูปแบบการส่งเสริม และป้องกันการเกิดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุที่เหมาะสม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้น
2. การศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป เพื่อวางแผนการปฏิบัติตัวในการลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ

### เอกสารอ้างอิง

- พิมพ์พิสาข์ จอมศรี, สุนทรีย์ สุรัตน์, วิชยา เห็นแก้ว, มลลิกา มาตระกุล, อนงค์ สุนทรานนท์. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจกับระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 22 (3), 387-395.
- วิชัย เทียนถาวร. (2556). ระบบเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 3 ปรับปรุง). ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2564). *รายงานสรุปข้อมูลตรวจราชการประจำปี 2564*. จังหวัดอุบลราชธานี
- Cheng, Y. L., Shu, J. H., Hsu, H. C., Liang, Y., Chou, R. H., Hsu, P. F., et al. (2018). High health literacy is associated with less obesity and lower Framingham risk score: Sub-study of the VGH-HEALTHCARE trial. *PLoS One*, 13(3), e0194813.
- Kingkaew, N., & Antadech, T. (2019). Cardiovascular risk factors and 10-year CV risk scores in adults aged 30-70 years old in Amnat Charoen Province, Thailand. *Asia-Pacific Journal of Science and Technology*, 24(04), 1-10.
- Noale, M., Limongi, F., & Maggi, S. (2020). Epidemiology of Cardiovascular Diseases in the Elderly. *Advances in experimental medicine and biology*, 1216, 29-38.
- Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and community strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 15(3), 259 - 67.
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 67(12), 2072 - 8.
- Rodgers, J. L., Jones, J., Bolleddu, S. I., Vanthenapalli, S., Rodgers, L. E., Shah, K. et al. (2019). Cardiovascular risks associated with gender and aging. *Journal of Cardiovascular Development and Disease*. 6(2), 19.
- World Health Organization. (2020). *HEARTS technical package for cardiovascular disease management in primary health care: risk based CVD management*. World Health Organization.



### เอกสารอ้างอิง

World Health Organization. (2022). Noncommunicable diseases: Mortality. Retrieved from <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-mortality>