



ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่ปฏิบัติราชการส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข[โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Rama – EGAT Heart Score]

เกษชดา บัญเศษ*, สุกัญญา กลิ่นถ่อคิล*

อาภาสิณี กิ่งแก้ว*, วัยดา วงศ์ณิโรจน์*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่ปฏิบัติราชการส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Rama – EGAT Heart Score ซึ่งพัฒนาโดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขที่มารับการตรวจสุขภาพประจำปีย้อนหลัง จากรายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2556 ตั้งแต่เดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2556 จำนวน 950 ราย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างแบบสองกลุ่มอิสระ โดยใช้การทดสอบค่าที และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับน้อย ปานกลาง และสูง คิดเป็นร้อยละ 68.9, 27.7 และ 3.4 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (mean 4.5, SD 4.0) โอกาสเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงในเวลา 10 ปีเฉลี่ยร้อยละ 1.5 (SD 1.6) เพศชายมีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดขึ้นอยู่กับสถานภาพด้านเพศ และลักษณะงาน โดยพบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงสูงส่วนมากมีลักษณะงานเป็นงานวิชาการ และงานธุรการ

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลที่สำคัญสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

คำสำคัญ : ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด, แบบประเมินความเสี่ยง Rama – EGAT Heart Score, บุคลากรที่ปฏิบัติราชการส่วนกลาง]กระทรวงสาธารณสุข

*สถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์



Cardiovascular Risk among Staffs Working at The Central of Ministry of Public Health Using Risk Assessment of Rama – EGAT Heart Score

Ketchada Punset*, Sukanda Klinthuesin*

Apasinee Kingkaew*, Wiyada Wongmaneeroj*

Abstract

The purpose of this retrospective descriptive research was to assess cardiovascular risk among staffs working at the central of the Ministry of Public Health. The Faculty of medicine, Ramathibodi Hospital has developed Rama – EGAT Heart Score which was used as a tool in the present study for the total CVD risk calculation for predicting a person's chance of having severe coronary heart diseases within the next ten years. The sample consists of 950 subjects from their medical history reports, of the mentioned groups who had a regular check-up at the Ministry of Public Health clinic, Rajavithi Hospital, between March and May 2013. Data were analyzed by descriptive statistics, independent samples t-test, and chi – square test/ fisher exact test.

The results of the study indicated that 68.9, 27.7 and 3.4 percent of participants had cardiovascular risk score at low, moderate and high level respectively. The total mean score of cardiovascular risk was at low level (mean 4.5, SD 4.0), chance of having severe coronary heart diseases within the next ten years average 1.5 percent (SD 1.6). The cardiovascular risk mean score of male was significantly higher than those in female ($p < 0.05$). Cardiovascular risk level was significantly different between gender ($p < 0.05$). There were significant difference ($p < 0.05$) of cardiovascular risk level among personnel with differences job types, most of high cardiovascular risk level were observer in academic and a service officers

The findings from the present study will be used to plan behavioral health development for staffs working at the central of the Ministry of Public Health. students for antenatal care.

Keyword : Cardiovascular Risk, Rama – EGAT Heart Score, Ministry of Public Health

* The Ministry of Public Health clinic, Rajavithi hospital, Department of Medical Services



ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและความพิการของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าในปี 2548 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 58 ล้านคน โดยร้อยละ 60 หรือ 35 ล้านคนมีสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน โรคอ้วน โรคกระดูกและโรคทางกรหายใจ หากไม่เร่งแก้ไข คาดว่าในปี 2558 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 หรือประมาณ 38.8 ล้านคน และยังพบว่าในภาระโรคทั้งหมดนั้นเป็นภาระ (burden) จากโรคเรื้อรังดังกล่าวถึงร้อยละ 45.9¹ จากสถิติการรายงานสาเหตุการตายของประชากรโลก พบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นต่อไปในอนาคต จนถึงปี พ.ศ. 2573 ถ้ายังไม่มีมาตรการการดำเนินการที่เหมาะสมและมีคุณภาพเพียงพอโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศยากจน ทั้งด้านการสนับสนุนนโยบายและจัดบริการการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคที่ครอบคลุมในกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ กลุ่มประชากรวัยทำงานหรือวัยผู้ใหญ่ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ จากการรายงาน พบว่า โรคหัวใจขาดเลือดจัดเป็นลำดับที่ 3 ของสาเหตุการตายทั้งหมด รองจากอุบัติเหตุจราจร และโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจัดอยู่ในลำดับที่ 1 และที่ 2 ตามลำดับ²

สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค² ในโครงการระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ BRFS (Behavioral Risk Factors Surveillance System) พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550 ของประชากรอายุ 15 - 74 ปี พบว่า ความชุกของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้นจาก 0.5 ล้านคน จากการสำรวจ ปีพ.ศ. 2548 เป็น 0.7 ล้านคน ในการสำรวจ ปีพ.ศ. 2550 และจากรายงานสถิติสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2551 พบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ จำนวน 13,130 คน

และจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่า ประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 1.4 มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย หากพิจารณาเฉพาะผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปพบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.9 ชายและหญิงมีความชุกของโรคใกล้เคียงกัน ความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปซึ่งพบร้อยละ 5.83 โรคหัวใจและหลอดเลือดเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุและเพศ ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย อาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และปัจจัยทางกายภาพ เช่น ความดันโลหิต ระดับไขมันในกระแสเลือด และเบาหวาน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นความเสี่ยงของแต่ละบุคคลในการนำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งบุคคลที่มีหลายปัจจัยร่วมกัน จะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคมามากขึ้น⁴

จากข้อมูลดังกล่าว หากมีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้การดำเนินการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาของประเทศได้ ในปี พ.ศ. 2550 สถาบันพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติราชการส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข : ศึกษากรณีผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง จำนวน 407 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูงมาก คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีไขมันในเลือดสูงเป็นระยะเวลา 3 ปีขึ้นไป ไม่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยา อาจเป็นเพราะขาดความรู้ความเข้าใจถึงผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้เพราะการดำเนินโรคไม่ได้เป็นทันทีทันใด บุคคลจึงไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต



นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง หรือ โรคเบาหวานร่วมด้วย รวมทั้งมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดแดง ซึ่งก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในที่สุด⁵ ในปี พ.ศ. 2552-2555 สถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำคู่มือแนะนำการปฏิบัติตัวแต่ละรายโรค แจกพร้อมผลการตรวจสุขภาพให้กับผู้ที่เข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพทุกราย โดยคู่มือคำแนะนำการปฏิบัติตัวประกอบด้วยข้อแนะนำการปฏิบัติตัว 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลรักษาสุขภาพ การป้องกันปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับความเครียด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดความเสี่ยงดังกล่าว และเป็นที่มาของการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในการศึกษาครั้งนี้

สถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลราชวิถี ในฐานะเป็นหน่วยงานบริการที่รับผิดชอบดูแลด้านสุขภาพ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้กับข้าราชการและลูกจ้างประจำสังกัดส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบายของกรมการแพทย์ที่สนใจศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้แบบประเมินของ Rama-EGAT Heart Score ซึ่งเป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นจากข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากคนไทยโดยคณะนักวิจัยไทยที่โรงพยาบาลรามาธิบดีได้รวบรวมไว้ จึงสามารถนำมาใช้กับประชากรไทยได้ดี โดยเฉพาะในเพศหญิง เพื่อใช้ประเมินความเสี่ยงเพื่อคัดกรองได้แม่นยำ และเชื่อถือได้สำหรับคนไทย⁶ โดยการให้คะแนนในแต่ละปัจจัยเสี่ยงและนำผลคะแนนรวมมาดูผลว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจมากน้อยเพียงใด การประเมินความเสี่ยงรวม เป็นทางเลือกหนึ่งซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนป้องกันโรคด้วยตนเองและลดโอกาสเกิดปัญหาทางโรคหัวใจและหลอดเลือดที่อาจตามมาในอนาคต ซึ่งต้องการการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมอย่างมี

ประสิทธิภาพต่อไป ผลจากการวิจัยในครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลที่สำคัญให้บุคลากรส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักในการลดปัจจัยเสี่ยง และสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

วัตถุประสงค์การวิจัย

ประเมินภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่ปฏิบัติราชการส่วนกลางกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Rama-EGAT Heart Score

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยศึกษาข้อมูลจากรายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2556

1. ประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรเป้าหมาย คือ ข้าราชการและลูกจ้างประจำที่ปฏิบัติราชการส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุขที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี 2556 จำนวน 4 กรม ได้แก่ 1. กรมการแพทย์ 2. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ 4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้าราชการและลูกจ้างประจำที่ปฏิบัติราชการส่วนกลางกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 4 กรม ที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี 2556 ที่สถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข สังกัดโรงพยาบาลราชวิถีในระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม 2556 โดยใช้กลุ่มตัวอย่างทุกรายที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของโครงการวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 950 คน

1.3 เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

1.3.1 เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติราชการส่วน



กลางของกระทรวงสาธารณสุขที่มาใช้สิทธิรับบริการตรวจสุขภาพประจำปี 2556 ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม 2556

2) มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นช่วงกลุ่มอายุที่กรมบัญชีกลางระบุให้ตรวจหาระดับไขมันในเลือดชนิดไขมันโคเลสเตอรอล

1.3.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) หญิงตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร
2) อายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าหากนำแบบประเมินความเสี่ยงไปใช้จะให้ความแม่นยำในการทำนายผลลดลง^{4,6}

3) มีข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลผลตรวจเลือดไม่ครบถ้วนตามที่ระบุไว้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่ปฏิบัติราชการส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Rama – EGAT Heart Score ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับอาชีพ ลักษณะงานที่ทำ และโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด จากคะแนนความเสี่ยงของ 7 ปัจจัย คือ อายุ เพศ ระดับไขมันโคเลสเตอรอล ประวัติการสูบบุหรี่ การเป็นเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และค่าเส้นรอบเอว โดยนำคะแนนความเสี่ยงทุกปัจจัยมารวมกัน คะแนนรวมปัจจัยเสี่ยง มีค่าตั้งแต่ -2 ถึง 24 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน พิจารณาดังนี้

คะแนน	-2	0	2	3	4	5
1. อายุ	35- 39	40- 44	45- 49		50- 54	
2. เพศ		หญิง		ชาย		
3. ระดับไขมันโคเลสเตอรอล		≤280			≥280 (หรือรักษา)	
4. ประวัติการสูบบุหรี่		ไม่สูบ	สูบบุหรี่			
5. การเป็นเบาหวาน		ไม่เป็น				เป็น (หรือ≥126)
6. โรคความดันโลหิตสูง		ไม่เป็น		เป็น (หรือ≥140/90)		
7. ค่าเส้นรอบเอว*		ไม่ใช่		ใช่		

*รอบเอว ชาย ≥36 นิ้ว (90 ซม.), หญิง ≥ 32 นิ้ว (80 ซม.)

ตัวอย่างการคิดคะแนน เช่น อายุ 48 ปี (2 คะแนน) ผู้ชาย (3 คะแนน) สูบบุหรี่ (2 คะแนน) มีไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดมากกว่า 280 มก/ดล. (4 คะแนน) ไม่เป็นเบาหวาน (0 คะแนน) มีความดันเลือดสูง (3 คะแนน) เส้นรอบเอว 93 ซม. (3 คะแนน) จะมีคะแนนความเสี่ยงรวมเท่ากับ $3+2+2+4+0+3+3 = 17$ คะแนน จากคะแนนรวมที่ได้ นำไปเทียบเป็นอัตราการเกิดโรค

หลอดเลือดหัวใจตีบรุนแรงในระยะเวลา 10 ปี (%) ซึ่งแบ่งเกณฑ์การแปลผลเป็น 4 ระดับคือ ผู้ที่มีความเสี่ยงน้อย ผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลาง ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง และผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมาก⁴ แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูงมากมีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงได้แบ่งเกณฑ์การแปลผลโดยรวมผู้ที่มีความเสี่ยงสูงและผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมาก อยู่ในระดับเดียวกัน ดังนี้



ผู้ที่มีความเสี่ยงน้อย หมายถึง ผู้ที่มีคะแนนอยู่ระหว่าง -2 ถึง 6 คะแนน โอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงในเวลา 10 ปี เท่ากับ 0 - 1 % ผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลาง หมายถึง ผู้ที่มีคะแนนอยู่ระหว่าง 7 ถึง 12 คะแนน โอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงในเวลา 10 ปี เท่ากับ 2-4% ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง หมายถึง ผู้ที่มีคะแนนมากกว่า 13 คะแนน โอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงในเวลา 10 ปี มากกว่า 5%

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Rama – EGAT Heart Score เป็นแบบประเมินมาตรฐาน⁴ ที่ได้นำไปใช้ในการวิจัยเรื่องอื่นๆ ซึ่งเป็นประชากรในวัยทำงานเช่นเดียวกัน และมีรายงานการทดสอบความแม่นยำของแบบประเมินความเสี่ยง โดยมีพื้นที่ใต้กราฟ ROC (area under the ROC curve : AUC) เท่ากับ 0.724 และ 0.849 ในเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) การทดสอบค่าที (t-test) และการทดสอบไคสแควร์ (chi-square test/fisher exact test) และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

5. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ข้อมูลส่วนตัวต่างๆ ถูกเก็บเป็นความลับ ผู้วิจัยไม่เปิดเผยข้อมูลรายบุคคล แต่รายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลในภาพรวม โครงการนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการวิจัย

และจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี รวมถึงได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถีในการเข้าถึงข้อมูลจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างแล้ว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-54 ปี ร้อยละ 64.5 โดยมีอายุเฉลี่ย 46.1 ปี (SD 5.4) เป็นเพศหญิงร้อยละ 77.6 มีประวัติไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 96.5 ไม่เป็นเบาหวาน ร้อยละ 96.8 ไม่เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 89.3 มีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 90 ซม. ในผู้ชาย และน้อยกว่า 80 ซม. ในผู้หญิง ร้อยละ 65.1 ผลการตรวจสุขภาพพบว่า มีระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดน้อยกว่า 280 มก./ดล. ร้อยละ 92.2 มีระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 96.8, 79.7 และ 53.3 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 45.0 มีลักษณะงานเป็นงานบริการ

2. ข้อมูลภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.1 กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงอยู่ในระดับน้อย ปานกลาง และสูง คิดเป็นร้อยละ 68.9, 27.7 และ 3.4 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับน้อย เพศชายมีโอกาสเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงในเวลา 10 ปี สูงกว่าเพศหญิง คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงในเวลา 10 ปี (%) และระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดขึ้นอยู่กับสถานภาพด้านเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและจำแนกตามเพศ

ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด		โดยรวม (n = 950)	เพศ		p-value
			ชาย (n=213)	หญิง (n=737)	
คะแนนความเสี่ยง					
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		4.5 (4.0)	7.5 (3.9)	3.6 (3.5)	< 0.001
พิสัย (ต่ำสุด, สูงสุด)		(−2, 18)	(0, 18)	(−2, 15)	
โอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรง ในเวลา 10 ปี (%)					
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		1.5 (1.6)	2.5 (2.5)	1.2 (1.0)	< 0.001
พิสัย (ต่ำสุด, สูงสุด)		(0, 14)	(0, 14)	(0, 8)	
ระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด					< 0.001
เลือด					
น้อย	n (%)	655 (68.9)	90 (42.3)	565 (76.7)	
ปานกลาง	n (%)	263 (27.7)	100 (46.9)	163 (22.1)	
สูง	n (%)	32 (3.4)	23 (10.8)	9 (1.2)	

2.2 ภาวะสุขภาพทางกายและลักษณะงานที่ทำให้ขึ้นอยู่กับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2) ระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพทางกายและลักษณะงานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเสี่ยง

ภาวะสุขภาพทางกาย/ ลักษณะงานที่ทำ	ระดับความเสี่ยง n (%)			p- value
	น้อย(n=655)	ปานกลาง(n=263)	สูง(n=32)	
ระดับน้ำตาลในเลือด				< 0.001
สูง (≥ 126 มก./ดล).	7 (1.1)	14 (5.3)	9 (28.1)	
ปกติ (<126 มก./ดล).	648 (98.9)	249 (94.7)	23 (71.9)	
ระดับความดันโลหิต (มม.ปรอท)				< 0.001
สูง (SBP ≥ 140 หรือ DBP ≥ 90)	92 (14.0)	85 (32.3)	16 (50.0)	
ปกติ (SBP<140 และ DBP<90)	563 (86.0)	178 (67.7)	16 (50.0)	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร²)				< 0.001
ปกติ (20.0 – 24.9)	397 (60.6)	102 (38.8)	7 (21.9)	
อ้วน (≥ 25)	140 (21.4)	146 (55.5)	25 (78.1)	
ผอม (< 20)	118 (18.0)	15 (5.7)	0 (0.0)	
ลักษณะงานที่ทำ				< 0.001
n = 650*	n = 261*			
งานวิชาการ	83 (12.8)	55 (21.1)	10 (31.3)	
งานบริการ	329 (50.6)	87 (33.3)	8 (25.0)	
งานธุรการ	123 (18.9)	67 (25.7)	10 (31.3)	
งานบริหาร	115 (17.7)	52 (19.9)	4 (12.5)	

*มี missing data



2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างระดับความเสี่ยงน้อย มีเพียง 2 ปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับสถานภาพด้านเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือปัจจัยด้านอายุ และปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ ส่วนปัจจัยด้านระดับไขมัน

โคเลสเตอรอลในเลือด ด้านประวัติการเป็นเบาหวาน ด้านประวัติการเป็นความดันโลหิตสูง และด้านเส้นรอบเอว ไม่ขึ้นอยู่กับสถานภาพด้านเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างระดับความเสี่ยงน้อย

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	เพศ n (%)		p- value
	ชาย (n=90)	หญิง (n=565)	
คะแนนความเสี่ยง			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3.9 (1.8)	2.1 (2.3)	< 0.001
พิสัย (ต่ำสุด, สูงสุด)	(0, 6)	(-2, 6)	
โอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรง			
ในเวลา 10 ปี (%)			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	1.0 (0.1)	0.7 (0.4)	< 0.001
พิสัย (ต่ำสุด, สูงสุด)	(0, 1)	(0, 1)	
อายุเฉลี่ย(ปี) (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	41.8 (4.4)	44.8 (5.2)	< 0.001
อายุ (ปี)			< 0.001
35 – 39	30 (33.3)	115 (20.4)	
40 – 44	33 (36.7)	133 (23.5)	
45 – 49	26 (28.9)	201 (35.6)	
50 – 54	1 (1.1)	116 (20.5)	
ระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือด			1.000*
มากกว่าเท่ากับ 280 มก./ดล.	3 (3.3)	20 (3.5)	
น้อยกว่า 280 มก./ดล.	87 (96.7)	545 (96.5)	
ประวัติการสูบบุหรี่			< 0.001*
สูบ/ เลิกสูบน้อยกว่า 15 ปี	6 (6.7)	1 (0.2)	
ไม่สูบ	84 (93.3)	564 (99.8)	
ประวัติการเป็นเบาหวาน			1.000*
เป็น	0 (0.0)	1 (0.2)	
ไม่เป็น	90 (100)	564 (99.8)	
ประวัติการเป็นความดันโลหิตสูง			0.705*
เป็น	1 (1.1)	13 (2.3)	
ไม่เป็น	89 (98.9)	552 (97.7)	
เส้นรอบเอว (ชาย $\geq$ 90 ซม./ หญิง $\geq$ 80 ซม.)			0.411*
ใช่	23 (25.6)	121 (21.4)	
ไม่ใช่	67 (74.4)	444 (78.6)	

* fisher exact test



2.4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างระดับความเสี่ยงปานกลาง มีเพียง 3 ปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับการสถานภาพด้านเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ปัจจัยด้านอายุ ด้านการสูบบุหรี่ และ

ด้านเส้นรอบเอว ส่วนปัจจัยด้านระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือด ด้านประวัติการเป็นเบาหวาน และด้านประวัติการเป็นความดันโลหิตสูง ไม่ขึ้นอยู่กับการสถานภาพด้านเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างระดับความเสี่ยงปานกลาง จำแนกตามเพศ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	เพศ n (%)		p -value
	ชาย (n=100)	หญิง (n=163)	
คะแนนความเสี่ยง			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	9.0 (1.7)	8.4 (1.5)	0.004
พิสัย (ต่ำสุด, สูงสุด)	(7, 12)	(7, 12)	
โอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรง			
ในเวลา 10 ปี (%)			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	2.6 (0.8)	2.4 (0.6)	0.006
พิสัย (ต่ำสุด, สูงสุด)	(2, 4)	(2, 4)	
อายุเฉลี่ย(ปี) (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	48.4 (4.2)	50.4 (3.1)	<0.001
อายุ (ปี)			0.004
35 – 39	4 (4.0)	3 (1.8)	
40 – 44	13 (13.0)	5 (3.1)	
45 – 49	30 (30.0)	41 (25.2)	
50 – 54	53 (53.0)	114 (69.9)	
ระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือด			0.304*
มากกว่าเท่ากับ 280 มก./ดล.	13 (13.0)	30 (18.4)	
น้อยกว่า 280 มก./ดล.	87 (87.0)	133 (81.6)	
ประวัติการสูบบุหรี่			<0.001*
สูบ/ เลิกสูบน้อยกว่า 15 ปี	16 (16.0)	3 (1.8)	
ไม่สูบ	84 (84.0)	160 (98.2)	
ประวัติการเป็นเบาหวาน			1.000*
เป็น	6 (6.0)	11 (6.7)	
ไม่เป็น	94 (94.0)	152 (93.3)	
ประวัติการเป็นความดันโลหิตสูง			0.146*
เป็น	20 (20.0)	46 (28.2)	
ไม่เป็น	80 (80.0)	117 (71.8)	
เส้นรอบเอว (ชาย $\geq$ 90 ซม./ หญิง $\geq$ 80 ซม.)			<0.001*
ใช่	38 (38.0)	124 (76.1)	
ไม่ใช่	62 (62.0)	39 (23.9)	

* fisher exact test



2.5 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดทุก สถานภาพด้านเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่
ปัจจัยของกลุ่มตัวอย่างระดับความเสี่ยงสูง ไม่ขึ้นอยู่กับ 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างระดับความเสี่ยงสูง
จำแนกตามเพศ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด	เพศ n (%)		p-value
	ชาย (n=23)	หญิง (n=9)	
คะแนนความเสี่ยง			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	14.9 (2.0)	13.9 (0.8)	0.047
พิสัย (ต่ำสุด, สูงสุด)	(13, 18)	(13, 15)	
โอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรง ในเวลา 10 ปี (%)			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	8.2 (3.4)	6.1 (1.2)	0.017
พิสัย (ต่ำสุด, สูงสุด)	(5, 14)	(5, 8)	
อายุเฉลี่ย(ปี) (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	51.2 (2.8)	49.7 (3.0)	0.201
อายุ (ปี)			0.224
35 – 39	0 (0.0)	0 (0.0)	
40 – 44	0 (0.0)	1 (11.1)	
45 – 49	6 (26.1)	3 (33.3)	
50 – 54	17 (73.9)	5 (55.6)	
ระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือด			0.176*
มากกว่าเท่ากับ 280 มก./ดล.	4 (17.4)	4 (44.4)	
น้อยกว่า 280 มก./ดล.	19 (82.6)	5 (55.6)	
ประวัติการสูบบุหรี่			0.149*
สูบ/ เลิกสูบน้อยกว่า 15 ปี	7 (30.4)	0 (0.0)	
ไม่สูบ	16 (69.6)	9 (100.0)	
ประวัติการเป็นเบาหวาน			0.696*
เป็น	8 (34.8)	4 (44.4)	
ไม่เป็น	15 (65.2)	5 (55.6)	
ประวัติการเป็นความดันโลหิตสูง			1.000*
เป็น	16 (69.6)	6 (66.7)	
ไม่เป็น	7 (30.4)	3 (33.3)	
เส้นรอบเอว (ชาย $\geq$ 90 ซม./ หญิง $\geq$ 80 ซม.)			0.150*
ใช่	17 (73.9)	9 (100.0)	
ไม่ใช่	6 (26.1)	0 (0.0)	

* fisher exact test



สรุปและอภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างโดยรวม มีความเสี่ยงอยู่ในระดับน้อย โดยส่วนใหญ่เพศชายจะมีระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเพศหญิงจะมีระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับน้อย คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงในเวลา 10 ปี เพศชายจะมีโอกาสเกิดมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับน้อย แสดงให้เห็นมีปัจจัยเสี่ยงเล็กน้อย ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นประเด็นน่าสนใจ ได้แก่ เส้นรอบเอว โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างโดยรวมร้อยละ 34.9 มีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 ซม. ในผู้ชาย และมากกว่า 80 ซม. ในเพศหญิง และพบภาวะอ้วนมาร้อยละ 32.7 น้ำหนักตัวและเส้นรอบเอวมากเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น เนื่องจากโรคอ้วน (obesity) ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง โคเลสเตอรอลในเลือดสูง เอชดีแอลโคเลสเตอรอลต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular risk)⁷ สำหรับปัจจัยด้านอายุ และเพศนั้น ถึงแม้ว่าจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ส่วนปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ และปัจจัยทางกายภาพ เช่น การเป็นความดันโลหิตสูง การเป็นเบาหวาน และไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูง นั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบได้น้อยในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

2. กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับน้อย มีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นประเด็นน่าสนใจคือ ปัจจัยด้านอายุ และด้านการสูบบุหรี่ โดยเพศชายมีอายุน้อยกว่าและมีการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง และจากการตรวจสุขภาพทางกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในเพศชายมีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงมากกว่าการให้ประวัติว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 24.4 เท่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ชายมีการตระหนักต่อภาวะสุขภาพของตนเองน้อยกว่าผู้หญิง⁸ ซึ่งการขาดความตระหนักต่อภาวะสุขภาพอาจทำให้ขาด

โอกาสในการเข้าถึงการคัดกรองและการรักษาของผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมาภายหลังได้ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงน้อยส่วนใหญ่มีลักษณะงานเป็นงานบริการ เช่น งานเดินหนังสือ ขับรถ แม่บ้าน เป็นต้น ซึ่งต้องมีการเคลื่อนไหวและออกแรงมากกว่างานธุรการ งานบริหาร และงานวิชาการ พลังงานที่ใช้ในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ในเชิงผกผันกับความเสี่ยงในการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวานประเภท 2 และเมแทบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) ทั้งในคนที่ไม่อ้วน และคนที่อ้วน แต่พบมีแนวโน้มน้อยกว่าในคนที่อ้วน⁹ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้น ประเด็นของการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงน้อย ควรได้มีการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ และส่งเสริมให้ตระหนักถึงความสำคัญของการเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในเพศชาย เพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมาภายหลังได้

3. กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง มีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นประเด็นน่าสนใจคือ ปัจจัยด้านอายุ ด้านการสูบบุหรี่ และด้านเส้นรอบเอว โดยพบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงส่วนมากมีอายุมากกว่า 50 ปี ในเพศชายมีการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงน้อย แต่ในเพศหญิงจะมีภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า อีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจคือ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง เมื่อเทียบสัดส่วนกับเพศหญิงที่มีระดับความเสี่ยงน้อยแล้วพบว่า เพศหญิงที่มีระดับความเสี่ยงปานกลาง มีสัดส่วนการเพิ่มขึ้นในงานวิชาการ จากร้อยละ 12.8 เป็นร้อยละ 23.0 และในงานบริหารจากร้อยละ 12.8 เป็นร้อยละ 23.0 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะงานบริหาร งานวิชาการ และงานธุรการ ซึ่งเป็นสายสนับสนุนงานวิชาการมีลักษณะงานนั่งอยู่กับที่มากกว่าจึงมีระดับกิจกรรมทางกายต่ำ ทำให้มีโอกาสการใช้พลังงานการเคลื่อนไหวน้อยกว่างานบริการ

ดังนั้น ในประเด็นของการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่ม



ตัวอย่างที่มีความเสี่ยงปานกลาง ควรได้มีการส่งเสริมการลดน้ำหนักในเพศหญิงทุกลักษณะงาน เช่น การออกกำลังกายสะสม เป็นต้น ซึ่งการลดน้ำหนัก ก็คือ การลดปัจจัยเสี่ยงนั่นเอง เพราะมีงานวิจัยหลายเรื่องได้แสดงหลักฐานว่าการมีกิจกรรมทางกายเป็นประจำอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอมีผลต่อสุขภาพะ สามารถลดอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วย โรคเรื้อรัง เช่น ลดอุบัติการณ์โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน อ้วน และมะเร็ง^{3,10}

4. กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับสูงมีปัจจัยเสี่ยงทุกปัจจัยเป็นประเด็นน่าสนใจทั้งหมด โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองเพศส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี เพศชายมีการสูบบุหรี่และมีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง เมื่อนำผลการตรวจสุขภาพทางกายเรื่องระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตที่วัดได้มาพิจารณาร่วมกับการให้ประวัติการเป็นเบาหวาน และการเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าทั้งสองเพศมีการให้ประวัติว่าตนเองมีโรคประจำตัวทั้งเป็นโรคเบาหวาน และเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าค่าที่วัดได้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ให้ประวัติมีความดันโลหิตสูงบางคนได้รับการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตได้ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูงนี้ ส่วนมากมีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 4 ปัจจัยขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-25523 และอีกประเด็นที่น่าสนใจ คือ ลักษณะงานที่ทำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูงในเพศชายส่วนใหญ่ทำงานธุรการ อาทิเช่น งานเอกสาร งานพัสดุ งานการเงิน ส่วนเพศหญิงทำงานบริหาร ซึ่งทั้งสองลักษณะงานนี้เป็นงานที่มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ

ดังนั้นในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูง ควรได้มีการส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงโดยการควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับไขมันโคเลสเตอรอลและน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ เนื่องจากค่าดัชนีมวลกายและความดันโลหิตที่สูง

ขึ้น กับการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มสูงขึ้น ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดที่สูงมีความสัมพันธ์กับการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มสูงขึ้น การมีกิจกรรมทางกายมีผลในการป้องกันการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตและระดับโคเลสเตอรอลสูง หรือสูบบุหรี่¹¹

ข้อเสนอแนะ

การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โดยหน่วยงานต่างๆ ควรให้การสนับสนุนดังนี้

1. จัดโครงการรณรงค์การเลิกบุหรี่ และการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งการสนับสนุนด้านการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ชายอายุน้อยกว่า 45 ปี เพื่อเป็นการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มระดับความเสี่ยงน้อย

2. จัดการรณรงค์ให้บุคลากรที่ปฏิบัติราชการส่วนกลางกระทรวงสาธารณสุขตระหนักในความสำคัญของการลดน้ำหนักหรือเส้นรอบเอว โดยเน้นในกลุ่มผู้หญิงที่มีอายุ 45 ปี ขึ้นไป เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเมื่อเข้าสู่วัยที่มีอายุมากขึ้น

3. สนับสนุนและสร้างความตระหนักให้บุคลากรที่มีความเสี่ยงสูงเห็นความสำคัญของการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น การรักษาระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

4. ควรมีการวิจัยเพื่อสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันหรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่ปฏิบัติราชการส่วนกลางกระทรวงสาธารณสุข



กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือและความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์อุดม เชาวรินทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี และนายแพทย์มานัส โพธารมณ์ ผู้อำนวยการสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ที่อนุญาติให้ได้รับทุนสนับสนุนในครั้งนี้ ทั้งยังอำนวยความสะดวกในด้านข้อมูลและการดำเนินงานขณะทำวิจัย ขอขอบคุณนายแพทย์อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ ที่ได้ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งด้วยดีเสมอมา ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น คณะผู้วิจัยขอขอบคุณและคุณประโยชน์ทั้งหลายที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้แด่ผู้มีพระคุณและทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment [Internet]. 2005. [cited 2013 February 20]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด [อินเทอร์เน็ต]. 2553. [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2556]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.kmddc.go.th/Library/onlinemarket/health-behavioral.pdf>
3. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 [อินเทอร์เน็ต]. 2551. [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2556]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report16.pdf>
4. สุกิจ แยมวงศ์. โครงการการพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด [อินเทอร์เน็ต]. 2548. [เข้าถึงเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2556]. เข้าถึงได้จาก http://www.thainhf.org/document/research/research_199.pdf
5. กมลศักดิ์ นนทลักษณ์, เกษดา ปัญเศษ, สุกาญจนา กลิ่นถือศีล, เพ็ญพรรณ บุญสาใจ, และมานวิภา กิ่งแก้ว. พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติราชการส่วนกลางกระทรวงสาธารณสุข : ศึกษากรณีผู้มีไขมันในเลือดสูง [รายงานการวิจัย]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลราชวิถี; 2550.
6. พัฒนาพร สุบินะ, กิตติพงษ์ หาญเจริญ, สุคนธา ศิริ และอดิศักดิ์ มณีไสย. การทดสอบความแม่นยำของแบบประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ Rama – EGAT Heart Score ในผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome โรงพยาบาลศิริราช. Journal of Nursing Science 2552; 27(2): 77–82.
7. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome. An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. Circulation [Internet]. 2005 [cited 2012 April 24];112(17):2735–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16157765>
8. Abdullakassim P, Somrongthong R, Sritara P, Chaisantikulwat O. Cardiovascular Risk, Knowledge, Risk Perception, and Self-Efficacy among Employees at South Bangkok Power Plant of the Electric Generating Authority of Thailand (EGAT). European journal of Scientific Research 2013;94(2):197–208.
9. Nakanishi N, Takatorige T, Suzuki K. (2005). Daily Life Activity and Risk of Developing Cardiovascular Risk Factors. Diabetes Care [Internet]. 2005 [cited 2012 Jun 20]; 28(6):1500–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15920079>



10. Yu S, Yarnell J W G, Sweetnam P M, Murray L. What Level of Physical Activity Protects Against Premature Cardiovascular Death? The Caerphilly study. Heart [Internet]. 2003 [cited 2012 Jun 20]; 89(5):502–506. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1767647>
11. Hu G, Jousilahti P, Barengo NC, Qiao Q, Lakka TA, Tuomilehto J. Physical Activity, cardiovascular Risk factors, and Mortality among Finnish Adults with Diabetes. Diabetes care [Internet]. 2005 [cited 2012 Jun 18]; 28(4):799–805. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15793176>