

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือด ในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ในอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

Factors Associated with the Risk of Cardiovascular Disease in Population Age 35 Years and over in Phu Waiang District, Khon Kaen Province

วราพร อุตพรหม ส.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)

ลำพิ่ง วอนอก ป.ร.ด.(วิทยาการระบาด)

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

Waraporn Uttaraprom M.P.H.(Public Health)

Lampung Vonok Dr.P.H.(Epidemiology)

Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen

Received: July 31, 2024

Revised: February 20, 2025

Accepted: February 12, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 382 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ในส่วนที่ 1 และ 3 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82 และ 0.85 ส่วนที่ 2 ค่า KR-20 เท่ากับ 0.74 ส่วนที่ 4 ใช้แบบวัดมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และสถิติเชิงอนุมานเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Multiple logistic regression

ผลการวิจัย พบว่าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 198 คน (ร้อยละ 51.43) และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส น้ำหนัก เส้นรอบเอว โรคประจำตัวและการสูบบุหรี่ โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 3.90 เท่าของเพศชาย (95%CI = 2.09 to 7.49, p-value <0.001) สถานภาพสมรสมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 2.63 เท่าของสถานภาพโสด/หย่า/หม้าย (95%CI = 1.32 to 5.24, p-value = 0.006) ผู้ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 63 กิโลกรัมขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 2.27 เท่าของผู้ที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 63 กิโลกรัม (95%CI = 2.33 to 4.35, p-value = 0.015) ผู้ที่มีขนาดรอบเอวมมากกว่า 85 เซนติเมตรมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้มากกว่าคนที่รอบเอวต่ำกว่า 85 เซนติเมตรเป็น 4.92 เท่า (95%CI = 2.54 to 9.64 , p-value <0.001) ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 5.62 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีโรคประจำตัว (95%CI = 2.43 to 12.97, p-value <0.001) พฤติกรรมเคยสูบบุหรี่ และยังสูบบุหรี่ในปัจจุบัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 3.47 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (95%CI = 1.25 to 9.60, p-value = 0.017) ดังนั้นเพื่อเป็นการลด

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรมีโครงการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคตามหลัก 3อ.2ส. อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรคหัวใจและหลอดเลือด การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ที่มีความเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

Abstract

The cross-sectional analytical study aims to examine the level of risk and factors associated with cardiovascular disease risk in the population aged 35 years and older in Phu Wiang District, Khon Kaen Province, with a sample size of 382 individuals selected through stratified random sampling. The data collection tool was a questionnaire, which was validated for content by three experts. The reliability coefficients for Section 1 and Section 3 were Cronbach's Alpha values of 0.82 and 0.85. For Section 2, the Kr-20 value was 0.74. Section 4 utilized a standardized measurement tool. Data analysis was conducted using descriptive statistics to describe the characteristics of the sample group and inferential statistics, specifically multiple logistic regression, to analyze the associations.

The study results revealed that the majority of participants had a moderate risk of cardiovascular disease, with 198 individuals (51.43%) in this category. Factors significantly associated with the risk of developing cardiovascular disease included gender, marital status, weight, waist circumference, pre-existing health conditions, and smoking behavior. Specifically, women were 3.90 times more likely to have cardiovascular disease than men (95% CI = 2.09 to 7.49, p -value < 0.001). Those who were married had a 2.63 times higher risk of cardiovascular disease compared to individuals who were single, divorced, or widowed (95% CI = 1.32 to 5.24, p -value = 0.006). Individuals weighing 63 kilograms or more had a 2.27 times higher risk compared to those weighing less than 63 kilograms (95% CI = 2.33 to 4.35, p -value = 0.015). People with a waist circumference greater than 85 centimeters had a 4.92 times higher risk of developing cardiovascular disease compared to those with a waist circumference under 85 centimeters (95% CI = 2.54 to 9.64, p -value < 0.001). Individuals with pre-existing health conditions had a 5.62 times higher risk compared to those without such conditions (95% CI = 2.43 to 12.97, p -value < 0.001). Smoking behavior, including current and past smoking, increased the risk of cardiovascular disease by 3.47 times compared to non-smokers (95% CI = 1.25 to 9.60, p -value = 0.017). Therefore, to reduce the risk of cardiovascular disease, it is recommended to implement ongoing health promotion programs that encourage disease prevention behaviors based on the 3A2S principles.

Keywords: Cardiovascular disease, Cardiovascular disease risk assessment, At-risk individuals and risk behaviors for cardiovascular disease

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases, CVDs) เป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตทั่วโลก จากข้อมูลของ WHO ในปี 2021⁽¹⁾ มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั้งหมด สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคนี้น่ามาจากหลายปัจจัย ซึ่งพบในกลุ่มที่สูบบุหรี่ ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีอายุมากขึ้น และยังพบว่า 3 ใน 4 ของการเสียชีวิตเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งส่งผลให้ประชาชนเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (น้อยกว่า 70 ปี) ร้อยละ 38⁽¹⁾

ประเทศไทยมีการเสียชีวิตด้วยสาเหตุจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นอันดับต้น ๆ คิดเป็นร้อยละ 85 ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อทั้งหมด⁽¹⁾ ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ถึงร้อยละ 27.8 ของการเสียชีวิตทั้งหมด อัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป อัตราการเกิดใหม่ของโรคอยู่ที่ 160.28 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุที่มีผู้ป่วยสูงสุดคืออายุ 70 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 50.31) การเสียชีวิตจากโรคนี้ในปี 2566 ของคนไทยมากกว่า 7 หมื่นราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะเพศชาย มีอัตราการตายสูงกว่าเพศหญิง อัตรา 1.57:1 และสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและขาดการออกกำลังกาย⁽²⁾

จังหวัดขอนแก่นเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง โดยพบว่ามีอัตราการเกิดโรคประมาณ 160 ต่อประชากรแสนคน และโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของจังหวัด ในช่วงปี พ.ศ. 2563–2565 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 879, 959 และ 966 ราย ตามลำดับ ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร โดยอัตราการตายพบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง และความชุกของโรคหัวใจและหลอดเลือดในจังหวัดขอนแก่นมีแนวโน้มสูงขึ้น สาเหตุหลักโดยรวม

เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย และการดื่มสุรา ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของประชาชน⁽³⁾ ในพื้นที่อำเภอกุเวียง ปี 2565 พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน 1,042 ราย และความดันโลหิตสูง 1,573 ราย ในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 37 ราย ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า โรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด จากการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างชาวไทย 86,866 ราย ระหว่างปี 2005–2010⁽¹⁶⁾ พบว่า ผู้ที่มีโรคเบาหวานมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (OR = 2.51, CI = 1.01 to 6.25) และผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเช่นกัน (OR = 1.91, CI = 0.95 to 3.85) ซึ่งหากควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ก็จะควบคุมโรคได้จึงเป็นที่มาของการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป พื้นที่อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาระดับความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป พื้นที่อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงพฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเวียง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 19,760 คน⁽³⁾

กลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางและที่ใช้สถิติ Multiple logistic regression⁽⁴⁾ ได้จำนวนตัวอย่าง 366 คน ทำการปรับค่าจำนวนตัวอย่างโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนเท่ากับ 0.20 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 382 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) แบ่งกลุ่มประชากรออกเป็นชั้นตามลักษณะที่สำคัญ (เช่น ตำบล หมู่บ้าน หลังคาเรือน) แล้วทำการสุ่มตัวอย่างจากแต่ละชั้นตามสัดส่วนของประชากร

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่อำเภอเวียง จังหวัดขอนแก่น
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่านออกเขียนได้ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้
3. สม่ครใจและยินยอมให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์คัดออก

1. ผู้ที่ขอลอนตัวออกจากการวิจัยไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด
2. ย้ายที่อยู่อาศัยไปพื้นที่อื่นระหว่างการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 8 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามปลายเปิดแบบเลือกตอบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลโดยแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ตามเกณฑ์ของ Bloom⁽⁵⁾

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามหลัก 3อ. 2ส. ดังนี้

1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในช่วง 1 สัปดาห์ จำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อมีสองตัวเลือก การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ⁽⁶⁾ ดังนี้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีมาก ระดับดี ระดับปานกลาง และควรปรับเปลี่ยน พฤติกรรมให้ดีขึ้น

2) พฤติกรรมทางอารมณ์ หรือสุขภาพจิตใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย 2Q และ 9Q⁽⁷⁾

3) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ในช่วง 1 สัปดาห์ จำนวน 10 ข้อ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ⁽⁵⁾ ดังนี้ พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย

4) แบบประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 1 ปี ที่ผ่านมา

5) แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา 1 ปี ที่ผ่านมา

ส่วนที่ 4 ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด⁽⁸⁾ จำนวน 7 ข้อ แปลผลแบ่งเป็น 3 กลุ่ม⁽⁵⁾ ดังนี้ กลุ่มเสี่ยงน้อย 0-2 ข้อ กลุ่มเสี่ยงปานกลาง 3-4 ข้อ และกลุ่มเสี่ยงสูง 5-7 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์ ผล IOC เท่ากับ 0.67 และตรวจสอบค่าดัชนีความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ตำบลเมืองเก่าพัฒนา อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น ส่วนที่ 1 และ 3 วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.70 ส่วนที่ 2 หาค่า KR-20 เท่ากับ 0.74 และส่วนที่ 4 เป็นแบบวัดมาตรฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้อธิบายลักษณะทั่วไป นำเสนอ การแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือด คัดเลือกปัจจัยที่มีค่า Crude odds ratio (OR_{crude}) 0.25 เข้าสู่โมเดล Multiple logistic regression นำเสนอค่า Adjusted odds ratio (OR_{Adj}) ช่วงเชื่อมั่นที่ 95% และ p-value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE671003

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 252 คน (ร้อยละ 65.97) อายุมากกว่า 55 ปี 197 คน (ร้อยละ 50.79) อายุเฉลี่ย 54.55 ปี (S.D. = 11.22) สถานภาพสมรส 317 คน (ร้อยละ 82.98) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 158 คน (ร้อยละ 41.36) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร 220 คน (ร้อยละ 57.99) รายได้เฉลี่ย 13,289.03 บาท/เดือน (S.D. = 21,005.97) มีฐานรายได้ 8,000 บาท (ต่ำสุด 500 บาท สูงสุด 30,000 บาท) นับถือศาสนาพุทธ 381 คน (ร้อยละ 99.74) น้ำหนักเฉลี่ย 62.99 กิโลกรัม (S.D. = 12.22) ส่วนสูงเฉลี่ย 159.88 ซม. (S.D. = 8.01) รอบเอวเฉลี่ย 85.2 ซม. (S.D. = 12.20) ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 98.28 mg/dL (S.D. = 28.71) ความดันโลหิตช่วงบนเฉลี่ย 125.51 mmHg. (S.D. = 17.61) ความดันโลหิตช่วงล่างเฉลี่ย 78.04 mmHg. (S.D. =

10.79) ส่วนใหญ่ไม่พบประวัติการเจ็บป่วยของญาติ 299 คน (ร้อยละ 78.27) และไม่มีโรคประจำตัว 288 คน (ร้อยละ 75.39)

2. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปอำเภอเวียง จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ สถานภาพ น้ำหนัก เส้นรอบเอว โรคประจำตัว และการสูบบุหรี่ นั่นคือเพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 3.96 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย (95% CI = 2.09 to 7.49, $p\text{-value} < 0.001$) ผู้ที่มีสถานภาพสมรสมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 2.63 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีสถานภาพโสด/หย่า/หม้าย (95% CI = 1.32 to 5.24, $p\text{-value} = 0.0006$) ผู้ที่น้ำหนักตั้งแต่ 63 กิโลกรัมขึ้นไปมีความเสี่ยงเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 2.27 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 63 กิโลกรัม (95% CI = 2.33 to 4.35, $p\text{-value} = 0.015$) คนที่มีรอบเอวมมากกว่า 85 เซนติเมตรเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 4.92 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่มีรอบเอวต่ำกว่า 85 เซนติเมตร (95% CI = 2.54 to 9.64, $p\text{-value} < 0.001$) ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 5.62 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่โรคประจำตัว (95% CI = 2.43 to 12.97, $p\text{-value} < 0.001$) พฤติกรรมเคยสูบบุหรี่และยังสูบบุหรี่ในปัจจุบันมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 3.47 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (95% CI = 1.25 to 9.60, $p\text{-value} = 0.017$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (n=382)

ตัวแปร	n	ความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด				OR _{Crude}	OR _{Adj.}	95% CI	p-value
		ปานกลางและสูง		ต่ำ					
		n	%	n	%				
เพศ									
หญิง	252	180	71.43	72	28.57	1.67	3.96	2.09 to 7.49	<0.001
ชาย	130	78	60.00	58	40.00	1	1		
สถานภาพ									
สมรส	317	222	70.03	95	29.97	1.89	2.63	1.32 to 5.24	0.006
โสด/หย่า/หม้าย	65	36	55.38	29	44.62	1	1		
น้ำหนัก									
≥ 63กิโลกรัม	205	112	54.63	93	45.36	3.91	2.27	2.33 to 4.35	0.015
< 63 กิโลกรัม	177	146	82.49	31	17.56	1	1		
เส้นรอบเอว									
>85 เซนติเมตร	204	102	50.00	102	50.00	7.09	4.92	2.54 to 9.64	<0.001
≤ 85 เซนติเมตร	178	156	87.44	22	12.36	1	1		
เพศ									
หญิง	252	180	71.43	72	28.57	1.67	3.96	2.09 to 7.49	<0.001
ชาย	130	78	60.00	58	40.00	1	1		
สถานภาพ									
สมรส	317	222	70.03	95	29.97	1.89	2.63	1.32 to 5.24	0.006
โสด/หย่า/หม้าย	65	36	55.38	29	44.62	1	1		
น้ำหนัก									
≥ 63กิโลกรัม	205	112	54.63	93	45.36	3.91	2.27	2.33 to 4.35	0.015
< 63 กิโลกรัม	177	146	82.49	31	17.56	1	1		
เส้นรอบเอว									
>85 เซนติเมตร	204	102	50.00	102	50.00	7.09	4.92	2.54 to 9.64	<0.001
≤ 85 เซนติเมตร	178	156	87.44	22	12.36	1	1		
โรคประจำตัว									
มี	94	86	51.49	8	8.51	7.25	5.62	2.43 to 12.97	<0.001
ไม่มี	288	172	59.72	116	40.28	1	1		
บุหรี่									
เคยสูบ	43	33	76.74	10	23.26	1.67	3.47	1.25 to 9.60	0.017
ไม่เคยสูบ	339	225	66.37	114	33.63	1	1		

3. ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง

198 คน (ร้อยละ 51.43) รองลงมาคือระดับต่ำ 124 คน (ร้อยละ 32.46) และระดับสูง 60 คน (ร้อยละ 15.71) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น (n= 382)

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	(0 – 1 ข้อ)	124	32.46
ระดับปานกลาง	(2 – 4 ข้อ)	198	51.43
ระดับสูง	(5 – 7 ข้อ)	60	15.71
$\bar{X} = 2.57$, S.D. = 1.87, Median= 2, Min = 0, Max = 7 คะแนน (เต็ม 7 คะแนน)			

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับปานกลาง โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส น้ำหนัก เส้นรอบเอว โรคประจำตัว และการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะเพศหญิงมีความเสี่ยงสูงกว่าชายถึง 3.90 เท่า และผู้ที่มิโรคประจำตัวมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวถึง 5.62 เท่า นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ ทั้งในอดีตและปัจจุบันยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงถึง 3.47 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ข้อค้นพบนี้สะท้อนถึงความสำคัญของการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การควบคุมอาหาร ลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่ และการดูแลสุขภาพในผู้ที่มีโรคประจำตัว เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การรณรงค์ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคตามหลัก 3อ. 2ส. จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเสริมสร้างสุขภาพที่ดีในระยะยาวและลดอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชาชน

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 51.43 โดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคืออายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่ง

มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของโรคหัวใจและหลอดเลือด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อายุมากกว่า 35 ปีเพิ่มความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (HR = 1.04, 95% CI = 1.03 to 1.05, p-value < 0.001) และผู้ชายมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้หญิงถึง 2.3 เท่า (HR = 2.3, 95% CI = 1.7 to 3.2, p-value < 0.001) นอกจากนี้ รอบเอวที่เกิน 90 ซม. สำหรับผู้ชายและ 80 ซม. สำหรับผู้หญิง หรือดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ตร.ม. มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 59.95⁽⁹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายสูงมีความเสี่ยงโรคเบาหวาน 2.79 เท่า (95% CI = 1.17 to 6.68, p-value = 0.021) โรคไขมันในเลือดสูง 2.49 เท่า (95% CI = 1.33 to 4.67, p-value = 0.005) และโรคเกาต์ 2.46 เท่า (95% CI = 1.21 to 5.02, p-value = 0.013) รอบเอวที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะรอบเอวเกิน 90 ซม. สำหรับผู้ชายและ 80 ซม. สำหรับผู้หญิงเพิ่มความเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง 2.68 เท่า (95% CI = 1.95 to 3.69, p-value < 0.001)⁽¹⁰⁾

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น ได้แก่

1. เพศ: เพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 3.90 เท่าของเพศชาย (95% CI = 2.09 to 7.49, p-value < 0.001) เนื่องจากปัจจัยทางสรีรวิทยา เช่น ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ช่วยปกป้องระบบหัวใจและหลอดเลือดในช่วงก่อนหมดประจำเดือน แต่ลดลงหลังหมดประจำเดือน ทำให้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะผู้หญิงที่มีความดันโลหิตสูง (HR = 1.35, 95% CI = 1.10 to 1.65, p-value < 0.01) และดัชนีมวลกายสูง (HR = 1.95, 95% CI = 1.55 to 2.45, p-value < 0.001)⁽¹¹⁾ ซึ่งหมายถึงเพศหญิงที่มีดัชนีมวลกายสูงมักบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ทำให้มีการสะสมไขมันในร่างกายมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะไขมันที่สะสมบริเวณหน้าท้อง สะโพก และต้นขา ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. สถานภาพ: ผู้ที่มีสถานภาพสมรสมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 2.63 เท่าของสถานภาพโสด/หย่า/หม้าย (95% CI = 1.32 to 5.24, p-value = 0.006) สถานภาพการสมรสมีผลต่อความเสี่ยงในการเกิด CVD เป็นผลมาจากความไม่พึงพอใจต่อคุณภาพการสมรส การถูกทำร้าย และก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลต่อการเกิดโรค CVD ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สถานะภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรที่มีอายุระหว่าง 30-70 ปีในจังหวัดอำนาจเจริญ ประเทศไทย โดยเฉพาะผู้ที่มีสถานะภาพสมรสมีความเสี่ยงน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีความสัมพันธ์ในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด OR 0.72 (95% CI = 0.58 to 0.89, p-value < 0.01)⁽¹²⁾ หรืออาจเกิดได้จากสาเหตุภาระหน้าที่ในครอบครัวและความเครียดจากการดูแลสมาชิกในบางครอบครัวที่ไม่มีความสัมพันธ์ที่ต่อกันเกิดปัญหาอาจเพิ่มระดับความเครียดและส่งผลเสียต่อสุขภาพหัวใจ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีในบางครอบครัวสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

3. น้ำหนัก: ผู้ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 63 กิโลกรัมขึ้นไปมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 2.27

เท่าของผู้ที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 63 กิโลกรัม (95% CI = 2.33 to 4.35, p-value = 0.015) ซึ่งเกิดจากการสะสมไขมันในร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณหน้าท้อง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการมีน้ำหนักและดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 10% สำหรับผู้ใหญ่ที่มีดัชนีมวลกายสูงกว่า 30 kg/m² ซึ่งถือว่าเป็นภาวะอ้วน ความเสี่ยงของ CVD จะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายปกติ (18.5-24.9 kg/m²)⁽¹³⁾ การกระจายตัวของไขมันในร่างกาย โดยเฉพาะคนที่น้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วน มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะการสะสมไขมันในช่องท้อง

4. เส้นรอบเอว: ผู้ที่มีรอบเอวมากกว่า 85 ซม. เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ที่มีรอบเอวน้อยกว่า 85 ซม. เป็น 4.92 เท่า (95% CI = 2.54 to 9.64, p-value < 0.001) การมีเส้นรอบเอวเพิ่มขึ้นแสดงถึงการสะสมของไขมันในช่องท้องซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่อ้วนลงพุงมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ไม่อ้วนลงพุง การวิเคราะห์โมเดลโลจิสติกพบว่า กลุ่มปัจจัยเสี่ยงหลักทำนายระดับความเสี่ยงสูงได้ร้อยละ 82.5⁽¹⁴⁾ ซึ่งบ่งบอกว่าผู้ที่มีรอบเอวมากกว่า 85 ซม. มีความเสี่ยงสูงเป็นการยืนยันว่าเส้นรอบเอวที่เพิ่มขึ้นเป็นตัวทำนายความเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

5. โรคประจำตัว: ผู้ที่มีโรคประจำตัว มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 5.62 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง (95% CI = 2.43 to 12.97, p-value < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโรคประจำตัวเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ OR = 2.51, 95% CI = 1.01-6.25⁽¹⁵⁾ และ OR = 1.91, 95% CI = 0.95-3.85⁽¹⁶⁾ เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ควรมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด ให้ใกล้เคียงกับค่าปกติมากที่สุด

ควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในเรื่องการใช้อาหารการตรวจสุขภาพตามนัดอย่างเคร่งครัด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร

6. พฤติกรรมสูบบุหรี่: ผู้ที่เคยสูบบุหรี่และยังสูบบุหรี่ในปัจจุบันมีความเสี่ยงเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 3.47 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (95% CI = 1.25 to 9.60, p-value = 0.017) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีประวัติสูบบุหรี่มากกว่า 20 ปี มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2.5 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว⁽¹⁷⁾ เป็นการสนับสนุนว่าการเลิกสูบบุหรี่เป็นการลดความเสี่ยงของโรคนี้ในประชากร นั้นหมายความว่าผู้ที่เคยสูบบุหรี่และยังสูบบุหรี่ในปัจจุบันมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้มากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ: ควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยเน้นการส่งเสริมการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การบริโภคผักและผลไม้ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและน้ำตาล

2. การสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่: ควรจัดทำโครงการ และกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ เช่น การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ และการสนับสนุนทางจิตใจ

3. การเสริมสร้างสุขภาพจิต: ควรจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิต เช่น การทำสมาธิ การฝึกโยคะ และการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน เพื่อช่วยลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ: ใช้การสนทนากลุ่มหรือการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อเสริมข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงสำรวจ

2. ควรมีการศึกษาแบบย้อนหลัง ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจข้อมูลและแนวโน้มจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต ซึ่งสามารถนำไปสู่การค้นพบที่สำคัญและเป็นประโยชน์ในการพัฒนาทางวิชาการในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Prevention and control of non-communicable diseases [Internet]. 2023 [cited 2023 June 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. แรกขวัญ สรวาสี. การวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(2): 123-35.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. รายงานสถิติการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2565.
4. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med 1998; 17(14): 1623-34.
5. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
6. ชนิกันต์ ทรัพย์ภรากรณ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคเมะเร็งลำไส้ใหญ่ของประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลเวียงยอง อำเภอเมืองจังหวัดลำพูน [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.
7. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย 2Q และ 9Q. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2561.
8. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559. หน้า 1- 5.

9. Rezaianzadeh A, Moftakhar L, Seif M, Ghoddusi, Johari M, Hosseini SV, et al. Incidence and risk factors of cardiovascular disease among population aged 40–70 years: a population-based cohort study in the South of Iran. *Trop Med Health* 2023; 51(1): 1–11.
10. สุนิตรา ทองดี. ความสัมพันธ์ระหว่างโรคอ้วนกับปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. *วารสารโรงพยาบาลแพร่* 2562; 27(1): 38–50.
11. พิมพ์พิสาข์ จอมศรี, สุนทรี สุรัตน์, วิชยา เห็นแก้ว, มัลลิกา มาตระกูล, อนงค์สุนทรานนท์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจกับระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2564; 22(3): 387–95.
12. Phanmung N, Yulertlob A, Latthi S. Cardiovascular risk factors and 10-year CV risk scores in adults aged 30–70 years old in Amnat Charoen Province, Thailand. *Asia Pacific J Sci Technol* 2018; 23(1): 1–8.
13. พัทธราภา สมหมาย, ดวงฤทธิ บุญรอด, ศิริวรรณ ธรรมชาติ. ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ใหญ่ไทย. *วารสารการวิจัยทางการแพทย์ไทย* 2565; 15(2): 145–57.
14. นฤเบศร์ โกศล, จอม สุวรรณโณ. ปัจจัยทำนายระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารวิชาการพยาบาลไทย* 2562; 22(1): 45–56.
15. สกลรัฐ ห้วยธาร. ปัจจัยทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา* 2563; 5(3): 28–36.
16. Zhao J, Kelly M, Bain C, Seubsman SA, Sleigh A. Risk factors for cardiovascular disease mortality in a cohort of 86,866 Thai people, 2005–2010. *Global J Health Sci* 2015; 7(1): 107.
17. สมเจตน์ เหล่าลือเกียรติ, สุทัศน์ ชีตนาพันธุ์, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมเสี่ยงและโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรไทย. *วารสารเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย* 2566; 12(3): 484–500.