

พฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศิคราม

Healthy Behavior and Cardiovascular Risk in Diagnosed Type 2 Diabetes Patients, Sikhoraphum Hospital.

(Received: June 11,2024 ; Revised: June 22,2024 ; Accepted: June 23,2024)

ธรรมรัตน์ วาวงศ์มูล¹

Thammarat Wawongmool¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศิคราม เก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลศิครามและได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2566 ใช้โปรแกรมประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดออนไลน์ (Thai CV risk calculator) ประเมินโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า วิเคราะห์เปรียบเทียบ 2 กลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Mann-Whitney U test และ Chi-squared test

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 275 คน อายุเฉลี่ย 54.66 ± 7.11 ปี พบผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 6.18 (17 คน) พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค พฤติกรรมการใช้ยา และพฤติกรรมการจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: โรคหัวใจและหลอดเลือด, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

The research was survey research by cross-sectional descriptive survey, that was conducted among all patients with T2DM who presented to the diabetic clinic of Sikhoraphum hospital, between the 1st of January to 31st of December 2023. The Thai CV risk calculator was used to calculate the 10-year cardiovascular risk (CVR). Statistical analysis was done using Mann-Whitney U test and Chi-squared test compare of result.

The result showed a total of 349 patients with T2DM were recruited and included in the final analysis. Their mean age ($\pm SD$) was $54.66 (\pm 7.11)$ years. 6.18 % (17 patients) had high risk of future cardiovascular events. Food consumption behavior, medication adherence and stress management were significantly associated with the high risk of having CVD ($p < 0.05$).

Keywords: Cardiovascular disease, Diabetes patients, Healthy Behavior

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองตีบ (อัมพฤกษ์ อัมพาต) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศ เพราะเป็นสาเหตุการป่วย พิการ และเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของโลกรวมถึงประเทศไทย ส่งผลให้เกิดภาระ และการสูญเสียในทุกมิติ ทั้งกาย จิต สังคม เศรษฐกิจ ต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ โดยปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดโรคหัวใจ

และหลอดเลือดในคนไทย ที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันเล็ดสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ ภาวะอ้วน และการมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองในครอบครัว การประเมินมีโอกาสร้อยต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงหลัก¹ ปัจจุบันการรักษากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความก้าวหน้ามาก มีแนวทางการรักษาในระยะแรกๆที่ชัดเจน แต่ยังพบผู้ป่วยมารับการรักษาช้า เกินกว่าระยะเวลาที่กำหนด ที่จะให้

¹ พ.บ. โรงพยาบาลศิคราม จังหวัดสุรินทร์

การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ หรือกินระยะเวลาที่จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด² สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมารักษาล่าช้า เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งได้แก่ อาการเจ็บหรือแน่นหรือจุกที่หน้าอก ล้นปี่ คอหรือขากรรไกร เมื่อยล้าที่แขน คอขากรรไกร โดยไม่ทราบสาเหตุ หายใจไม่ออก หอบเหนื่อย หน้ามืด และหมดสติ³

ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยง ต่อภาวะหลอดเลือดตีบตันสูงกว่าประชาชนทั่วไป หากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีการพยากรณ์โรคเลวร้ายกว่าผู้ไม่เป็นเบาหวาน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนจากภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด จำเป็นต้องดูแลแบบองค์รวมอย่างเข้มงวด^{4,5} ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการคัดกรอง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองทุกปี ได้แก่ การสูบบุหรี่ ประวัติของโรคหลอดเลือดหัวใจ ในครอบครัว ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ภาวะ peripheral arterial disease และการตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ (albuminuria)⁶ ประกอบกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมก็เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงขึ้นได้ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ การลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง อาหารเค็มหรือมีเกลือโซเดียมสูง อาหาร และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เพิ่มการบริโภคผักสด และผลไม้ที่ไม่หวานจัด ออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม ลดการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และหยุดการสูบบุหรี่⁷ ดังนั้นการรับรู้ความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคล มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามแผนการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม⁸ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ความเสี่ยง มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยง⁹

พื้นที่อำเภอศีขรภูมิ ปี 2564-2566 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 150, 170 และ 189 คน ตามลำดับ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรกของโรงพยาบาล โดยมากกว่าร้อยละ 30 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน¹⁰ จำเป็นต้องเร่งหาวิธีป้องกันความเสี่ยง โรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เริ่มมีการประเมินความเสี่ยงเพื่อนำปัจจัยเหล่านั้นไปออกแบบการรักษารายบุคคล เนื่องจากการรับรู้ความเสี่ยงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกลัว หรือเฝ้าสังเกตอาการเตือน มีความระมัดระวังต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น เป็นสิ่งสำคัญในการวางแผน การรักษาที่เหมาะสมตามความเป็นจริง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศีขรภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศีขรภูมิ และได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2566 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางของเครจซี่และมอร์แกน¹¹ กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ผู้วิจัยทราบขนาดของประชากรเท่ากับ 788 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะเท่ากับ 275 คน การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีใช้ตารางเลขสุ่มให้ได้ขนาดตัวอย่างตามที่กำหนด และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) 1) มีอายุระหว่าง 35-60 ปี 2) ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวคือโรคหัวใจขาดเลือดหรือเส้นเลือดในสมองขาดเลือด 2) ผู้ป่วยติดเชื้อหรือพิการ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งแบ่งเนื้อหาที่เก็บออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคร่วม

2. แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสม ระดับความดันโลหิต รอบเอว ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันในเลือด การทำงานของไต คะแนน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ใช้โปรแกรมประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดออนไลน์ (Thai CV risk calculator) ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้ประเมินโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ใน 10 ปีข้างหน้าของคนไทย โดยทำนายจากข้อมูล อายุ เพศ การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หากไม่มีผลตรวจเลือดสามารถใช้ข้อมูลเส้นรอบเอวหรือส่วนสูง หากมีผลตรวจเลือดจะใช้ข้อมูลระดับไขมัน เช่น คอเลสเตอรอลรวม คอเลสเตอรอลเลว คอเลสเตอรอลดี โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

- ระดับที่ 1 < 10% ความเสี่ยงต่ำ
- ระดับที่ 2 10-19% ความเสี่ยงปานกลาง
- ระดับที่ 3 20-29% ความเสี่ยงสูง
- ระดับที่ 4 30-39% ความเสี่ยงสูงมาก
- ระดับที่ 5 $\geq$ 40% ความเสี่ยงสูงอันตราย

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด กำหนดให้ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นครั้งคราว

เท่ากับ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน แบ่งเป็นพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร(หวาน/มัน/เค็ม) 8 ข้อ พฤติกรรมการใช้ยา 4 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกาย 4 ข้อ พฤติกรรมการนอนหลับ 3 ข้อ พฤติกรรมการจัดการความเครียด 4 ข้อ คะแนนรวมระหว่าง 23-69 คะแนน โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom¹² แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ควรปรับปรุง คือ พฤติกรรมสุขภาพระหว่าง 23-35 คะแนน ปานกลาง คือ พฤติกรรมสุขภาพอยู่ระหว่าง 36-54 คะแนน และ ดี คือ พฤติกรรมสุขภาพ อยู่ระหว่าง 55-69 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้สร้างขึ้นเอง เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยแพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 ได้ค่า CVI ระหว่าง 0.80-1.00 2.การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) โดยใช้เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ระหว่าง 0.74-0.82

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจังหวัดสุรินทร์
2. ภายหลังจากได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือ ขอเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล
3. ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย

4. ผู้วิจัยค้นหา กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และมีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

5. เมื่อพบผู้ป่วยที่คุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ และแจ้งให้ทราบว่า การวิจัยครั้งนี้ไม่ใช้การบริการสาธารณสุข หากไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ กลุ่มตัวอย่าง จะไม่เสียประโยชน์ใดๆ ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ให้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อ ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

6. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ในระบบฐานข้อมูลสุขภาพโรงพยาบาล และสอบถามผู้ป่วยในส่วนที่ไม่ปรากฏในเวชระเบียน วันที่ให้บริการคลินิกเบาหวาน ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย และในกรณี ที่กลุ่มตัวอย่างไม่มาตามนัด ผู้วิจัยแจ้งพยาบาลประจำคลินิกประสานผู้ป่วยเข้ามารับบริการตามวันเวลาที่นัดหมาย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประมาณ 10-15 นาที

7. ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูล มาลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ 2 ครั้ง (Double Entry) เพื่อลดความผิดพลาดจากการลงข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเที่ยงตรง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

8. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

9. สรุปผลที่ได้จากการวิจัย และนำเสนอผลงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังต่อไปนี้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน

(Median) ค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) วิเคราะห์เปรียบเทียบ 2 กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Mann-Whitney U test และ Chi-squared test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ 19/2567

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.09 อายุเฉลี่ย 54.66 ± 7.11 ปี จบประถมศึกษา ร้อยละ 68.00 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 89.82 มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 4.36 เป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 74.55

ตารางที่ 1 โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CV risk score)

ระดับ CVD risk score (n=275)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับที่ 1 < 10% ความเสี่ยงต่ำ	161	58.55
ระดับที่ 2 10-19% ความเสี่ยงปานกลาง	97	35.27
ระดับที่ 3 20-29% ความเสี่ยงสูง*	17	6.18

*High risk – CVD risk score of more than 20%

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อมูล (n=275)	เกณฑ์	จำนวน	ร้อยละ
น้ำตาลสะสม (HBA1C)	> 8%	113	41.09
ความดันตัวบน (SBP)	> 140 mmHg	29	10.55
ความดันตัวล่าง (DBP)	> 90 mmHg	14	5.09
ดัชนีมวลกาย	>30 kg/m ²	52	18.91
ไขมันตัวร้าย (LDL)	> 100 mg/dl	52	18.91
Current smoker	ยังสูบบุหรี่	8	2.91

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าพารามิเตอร์ทางชีวการแพทย์ของผู้ป่วยกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับสูง

ข้อมูล (n=275)	High risk median(IQR)	Normal median(IQR)	รวม median(IQR)	p-value
น้ำตาลในเลือด (FBS), mg/dl	130 (115-165)	144 (121-186)	143 (121-184)	0.181
น้ำตาลสะสม (HbA1C), %	7 (6.6-8.1)	7.5 (6.7-9.0)	7.5 (6.6-9.0)	0.346
ความดันบน (SBP), mmHg	136 (124-146)	128 (120-137)	128 (120-137)	0.032*
ความดันล่าง (DBP), mmHg	88 (78-94)	72 (66-78)	72 (66-79)	<0.001*
ดัชนีมวลกาย, กก./ม ²	27.55 (22.03-31.75)	24.65 (21.94-28.72)	24.65 (21.94-29.00)	0.420
ไขมันตัวร้าย (LDL), mg/dl	102 (67-149)	94 (75-120)	94 (75-122)	0.398
ไขมันตัวดี (HDL), mg/dl	58 (41-71)	48.5 (38-62)	49 (38-62)	0.684
การทำงานของไต (GFR), ml/min	96.32 (77.67-98.79)	97.66 (79.69-104.74)	97.41 (78.47-104.6)	0.285

*sig p<0.05 by Mann-Whitney U test

ข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ เมื่อประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดออนไลน์ (Thai CV risk calculator) ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี พบผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง (High risk CVD) ร้อยละ 6.18 (17 คน) (ตารางที่ 1) โดยส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยง การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนี้ น้ำตาลสะสมมากกว่า ร้อยละ 8 พบ ร้อยละ 41.09 รองลงมาคือดัชนีมวลกายสูงกว่า 30 กิโลกรัม/เมตร² ร้อยละ 18.91 และไขมันตัวร้าย (LDL) สูงกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 18.91 (ตารางที่ 2-3) โดยพบว่ากลุ่มที่มีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง มีระดับความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) (ตารางที่ 4) **พฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด** พฤติกรรมสุขภาพ ที่พบว่ามีปัญหา ด้านอาหารได้แก่ การรับประทานอาหารตรงเวลา การรับประทานอาหารที่เน้นผักใบ และการรับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวาน ด้านการออกกำลังกาย

กาย ได้แก่ ออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 5 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที การออกกำลังกาย หลังอาหารมื้อหลัก นาน 2 ชั่วโมง และการเลือกรองเท้าออกกำลังกาย ด้านการนอนหลับ พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการนอนหลับ วันละ 6-8 ชั่วโมง และการเข้านอนตรงเวลา ด้านการจัดการความเครียด ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องนี้ การพูดคุยระบายความรู้สึกกับคนคุ้นเคยได้ เมื่อไม่สบายใจ การหางานอดิเรกทำ เมื่อเกิดความเครียด และการเก็บปัญหาไว้คนเดียวไม่ปรึกษาใคร

ผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี ร้อยละ 41.18 ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.53 และควรปรับปรุง ร้อยละ 35.29 โดยพบว่าพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภค พฤติกรรมการใช้ยา และพฤติกรรม การจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

พฤติกรรมสุขภาพ (n=275) (คะแนน ต่ำสุด-สูงสุด)	High risk CVD median(IQR)	Normal median(IQR)	p-value
พฤติกรรมสุขภาพรวม (23-69)	42 (34-56)	58 (56-61)	<0.001*
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (8-24)	17 (15-20)	23 (22-23)	<0.001*
พฤติกรรมการใช้ยา (4-12)	9 (8-11)	12 (11-12)	<0.001*
พฤติกรรมการออกกำลังกาย (4-12)	6 (4-9)	7 (7-9)	0.155

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

พฤติกรรมสุขภาพ (n=275) (คะแนน ต่ำสุด-สูงสุด)	High risk CVD median(IQR)	Normal median(IQR)	p-value
พฤติกรรมกรรมการนอนหลับ (3-9)	5 (5-9)	7 (7-8)	0.063
พฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียด (4-12)	8 (8-11)	8 (5-10)	0.046*

High risk – CVD risk score of more than 20% ,Mann-Whitney U test

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ทำให้ค้นพบผู้ป่วยเบาหวานที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงร้อยละ 6.18 (17 คน) ซึ่งแพทย์ต้องให้คำปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการตนเองอย่างเข้มงวด และติดตามพฤติกรรม ทุก 1-3 เดือนโดยยึดหลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 2 ส. (ไม่สูบบุหรี่และลดการดื่มสุรา) ¹³ ส่งเสริมและป้องกันดูแลเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญ และกำหนดวัดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ชัดเจนเพื่อให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปี ข้างหน้าลดลง อีกทั้งมีการกำกับติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ¹⁴ ซึ่งบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคก่อน ดังนั้น แพทย์และพยาบาล ควรให้ข้อมูลและส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ถูกต้องเหมาะสม ¹⁵ ซึ่งการศึกษานี้มีการรายงานระดับความเสี่ยงแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นรายบุคคลทำให้เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง

การศึกษานี้พบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค พฤติกรรมการใช้ยา และพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แตกต่างจากการศึกษาของ พรหมิล กรกฎำจร และ คณะ พบว่าความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่สัมพันธ์กับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ¹⁶ อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางการแพทย์ ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีโอกาสเสี่ยงเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การจัดการ

ความเครียด และการรับประทานยาเบาหวานอย่างเข้มงวด โดยควรจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามอย่างเป็นกันเอง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับ และมีความพร้อม ที่จะปฏิบัติอย่างเหมาะสม และถูกต้องมากขึ้น

การศึกษานี้ทำให้ทราบสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลการวิเคราะห์สำหรับการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยมุ่งเน้นค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ติดตามเฝ้าระวังให้ตระหนักในการดูแลตนเอง รวมถึงมีสมาชิกในครอบครัวช่วยกำกับดูแลผู้ป่วย เช่น การดูแลในเรื่องการรับประทาน ด้วยการจัดยาให้ในผู้สูงอายุและคอยเตือน เรื่องการรับประทานยาให้ตรงเวลา

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รวมทั้งให้คำปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความตระหนักตื่นตัวถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ดีขึ้น

3. ควรมีการรายงานระดับความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยทราบและตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

รวมถึงอาการและการจัดการเพื่อลดความสูญเสียต่อ
ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

จัดการอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลัน

4. ควรพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยเบาหวาน ให้มี
ความรู้ด้านอาการและอาการแสดงรวม ทั้งการ

เอกสารอ้างอิง

1. จุริพร คงประเสริฐ, สุมณี วัชรสินธุ์, ณัฐจิรพรรณ พันธมุง. การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง นนทบุรี สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
2. Gorog DA, Ferreiro JL, Ahrens I, Ako J, Geisler T, Halvorsen S, et al. De-escalation or abbreviation of dual antiplatelet therapy in acute coronary syndromes and percutaneous coronary intervention: a Consensus Statement from an international expert panel on coronary thrombosis. Nature Reviews Cardiology 2023;20(12):830-44.
3. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). European heart journal 2018;39(2):119-77.
4. Gæde P, Lund-Andersen H, Parving H-H, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. New England Journal of Medicine 2008;358(6):580-91.
5. Li R, Zhang P, Barker LE, Chowdhury FM, Zhang X. Cost-effectiveness of interventions to prevent and control diabetes mellitus: a systematic review. Diabetes care 2010;33(8):1872-94.
6. Association AD. Standards of care in diabetes—2023 abridged for primary care providers. Clinical Diabetes 2023;41(1):4-31.
7. จุริพร คงประเสริฐ, ธิราชรัตน์ อภิญา. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2558.
8. Azahar NMZM, Krishnapillai ADS, Zaini NH, Yusoff K. Risk perception of cardiovascular diseases among individuals with hypertension in rural Malaysia. Heart Asia 2017;9(2).
9. Rouyard T, Kent S, Baskerville R, Leal J, Gray A. Perceptions of risks for diabetes-related complications in Type 2 diabetes populations: a systematic review. Diabetic Medicine 2017;34(4):467-77.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ [cited 17 มีนาคม 2567]. Available from: https://sm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=f346e9d449b04c07cc80edeefc0cc360.
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30:607 - 10.
12. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
13. จุริพร คงประเสริฐ, สุมณี วัชรสินธุ์, ณัฐจิรพรรณ พันธมุง. การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2558.
14. อุษณีย์ งามฤทธิ. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2021;6(3):29-37.
15. จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณวิทย์ ทองแดง, ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร, สุจิตรา ชัยวุฒิ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. NURS SCI J THAIL 2565;40(3):42-59.
16. พรหมิล กรกฎกำจร, รัชณี นามจันทรา, ฐิติอาภา ตั้งควานิช. ความรู้ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2563;31(1):46-61.