

## ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลการประเมินสุขภาพในชุมชนสามเขต ของ จังหวัดสมุทรปราการ

### Prevalence and risk factors for non-communicable diseases: Health status assessed in the three communities of Samut Prakan Province

ดวงมณี แสนมณี<sup>1\*</sup>, ปิ่นมณัส คลีลัง<sup>1</sup>, ญารัชฎา นันจันที<sup>1</sup>, นิมัสสุรีย์ ฮามะ<sup>1</sup>, ธนัษพร เฉื่อยวิบูลย์<sup>1</sup>, สุเมธ วนจะโปะ<sup>1</sup>,  
พัฒนพงศ์ ปิตสายะ<sup>1</sup>, กุลธิดา ภาคาแดน<sup>1</sup>, อัญชลี กองอินทร์<sup>1</sup>, กรวิภา วิภัยนภากุล<sup>1</sup>, กาญจนา วิจิตรธรรมรส<sup>2</sup>

<sup>1</sup>คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

<sup>2</sup>หัวเฉียวสหคลินิก มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

\*Email : dsanmun@gmail.com

#### บทคัดย่อ

การวิจัยมีจุดประสงค์เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในชุมชนเขตตำบลบางโฉลง ตำบลศรีระจรรย์ และตำบลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยให้บริการตรวจสุขภาพของคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เมื่อปี 2568 ประกอบด้วยข้อมูลแบบสอบถามทั่วไปด้านสุขภาพ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผลการตรวจน้ำตาล ไขมัน ซีรัมครีเอตินิน และผลการตรวจหาไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square และ Odds ratio ผลการประเมินสุขภาพพบกลุ่มตัวอย่างที่ผิดปกติ สงสัยเป็นโรคไตเรื้อรังมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.6 รองลงมา ได้แก่ สังสัยภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.1 เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 18.5 และ กลุ่มที่สงสัยเป็นเบาหวาน ร้อยละ 16.3 ตามลำดับ โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปี ข้างหน้า พบว่าสัมพันธ์กับผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญ ( $P < 0.001$ ) โดยเพศชายมีค่าอัตราส่วนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคงกล่าวมากกว่าเพศหญิง 3.2 เท่า ( $OR = 3.239$ ,  $95\% CI = 1.709-6.104$ ) การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า การส่งเสริมสุขภาพและปรับพฤติกรรมด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และลดปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดผลกระทบของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุ

**คำสำคัญ :** โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การประเมินสุขภาพ โรคหัวใจและหลอดเลือด

#### Abstract

This study aimed to determine prevalence and factors related to non-communicable diseases (NCDs) among residents of Bang Chalong, Sisa Chorakhe Noi, and Bang Bo subdistrict, Samut Prakan Province. A total of 130 participants was collected from the health services by the year 2025 provided by the Faculty of Medical Technology, Huachiew Chalermprakiet University. Data were obtained a general health questionnaire and laboratory results including; fasting plasma glucose, cholesterol, creatinine and microalbumin in urine. Data was analyzed with descriptive statistics Chi-square and Odds ratio. The health assessment identified the highest proportion of

abnormal cases as suspected chronic kidney disease, accounting for 24.6 percent. This was followed by suspected hypertension at 23.1 percent, individuals at risk of cardiovascular disease at 18.5 percent, and suspected diabetes at 16.3 percent, respectively. Among individuals classified as having a very high risk of developing cardiovascular disease within the next 10 years, associated risk factors were identified. Age over 60 years was significantly associated with cardiovascular risk ( $P < 0.001$ ), and males had a 3.2-fold higher risk of developing the condition compared with females ( $OR = 3.239$ , 95%  $CI = 1.709-6.104$ ). This study suggests that improving health and encouraging behavioral changes—particularly in nutrition, physical activity, and risk factor reduction—are critical methods for mitigating the burden of non-communicable diseases in the elderly population.

**Keywords :** Non-communicable diseases, Health assessment, Cardiovascular diseases

## บทนำ

Non-communicable diseases (NCDs) หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นกลุ่มโรคที่ไม่สามารถติดต่อจากคนสู่คนได้ แต่มีสาเหตุมาจากการดำเนินชีวิตและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ NCDs ประกอบด้วยโรคต่าง ๆ ที่สำคัญ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต โรคมะเร็ง และโรคทางพันธุกรรม บางชนิด (Thai NCD Network, 2014) ข้อมูลสถิติเมื่อปี พ.ศ. 2564 พบว่าประชากรไทยวัยทำงานที่ประมาณการได้จำนวน 42.3 ล้านคน และผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13.2 ล้านคน มีแนวโน้มว่าจะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้นแล้วคนวัยทำงานจะลดจำนวนลงมา นอกจากนี้ยังพบว่าคนไทยที่อายุมากกว่า 15 ปี หรือประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรมีความดันโลหิตสูง และเกือบ 1 ใน 10 ของคนไทยเป็นเบาหวาน (National Statistical Office, 2021) โรคไม่ติดต่อที่กล่าวมาข้างต้นจึงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในคนไทย

แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประกอบด้วยเฟสต่าง ๆ ได้แก่ การปฏิรูป สร้างความเข้มแข็งสู่ความยั่งยืน และเป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สร้างความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์ ตลอดจนการควบคุมความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Ministry of Public Health, 2018) ดังนั้นนโยบายตามสถานพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานจึงมีภารกิจให้มีการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคต่าง ๆ อาทิ เช่น โรคไตเรื้อรัง โดยจัดการตั้งแต่ปัจจัยเสี่ยง สิ่งแวดล้อมเสี่ยง ระยะก่อนเกิดโรค ระยะป่วยและระยะมีภาวะแทรกซ้อน หรือการดำเนินงานลดโรคไม่ติดต่อโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ด้วยการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยเฉพาะในผู้ที่มีประวัติไขมันในเลือดสูง และการคัดกรองประเมินภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือผู้ที่มีประวัติไข้ยา NSAIDS เป็นประจำ (Rajavithi Hospital, 2017)

ดังนั้น ในระดับชุมชน การมีข้อมูลด้านสุขภาพและภาวะเสี่ยงของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เนื่องจากจะช่วยให้หน่วยงานสาธารณสุขสามารถวางแผนและจัดบริการได้ตรงตามความต้องการจริง การดำเนินงานคัดกรองโรค

ไม่ติดต่อเรื้อรังจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการประเมินสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยสามารถตรวจพบกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่เริ่มมีภาวะผิดปกติแต่ยังไม่แสดงอาการ เพื่อให้สามารถเข้าไปดูแล ป้องกัน หรือส่งต่อได้อย่างทันทั่วถึง

ก่อนหน้านี้ Suwannon, et al. (2018) ได้ศึกษาความชุกของปัจจัยเสี่ยงของโรคสมองขาดเลือดที่พบในผู้ป่วยอายุน้อย เปรียบเทียบจำนวนกับผู้ป่วยอายุมาก ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึกไว้ในเวชระเบียนของโรงพยาบาลหาดใหญ่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2559 ผลการวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดในกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี มีปัจจัยเสี่ยงมาจากการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยมุ่งเน้นไปที่โรคดังกล่าวมาข้างต้น เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นในใบซักประวัติมีแนวโน้มว่า คนในชุมชนแห่งนี้จะมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับที่สูงกว่าภูมิภาคอื่น จึงทำการประเมินความเสี่ยงของโรคดังกล่าวด้วยโปรแกรม Thai CVD risk score ผ่านเว็บไซต์ [https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio\\_vascular\\_risk/thai\\_cv\\_risk\\_score/](https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/) โดยใช้ปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุ เพศ ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติครอบครัว มาประกอบการพิจารณา

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. คัดกรองหาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยนำข้อมูลผลตรวจสุขภาพ มาวิเคราะห์เพื่อหาความชุกของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด

### ทบทวนวรรณกรรม

#### ความหมายของการวินิจฉัยในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดต่าง ๆ

1. โรคเบาหวาน ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) โดยหากเป็นการวินิจฉัยโรคเบาหวานจากการตรวจ Fasting plasma glucose คือ การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มตัวอย่างที่อดอาหารข้ามคืนมาก่อนทำการตรวจมากกว่า 8 ชั่วโมง สามารถจำแนกผลการวินิจฉัยได้ดังนี้

- Normal blood glucose level คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลต่ำกว่า 100 mg/dL
- Prediabetes คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตรวจวัดระดับน้ำตาล 100-125 mg/dL
- Diabetes คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตรวจวัดระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dL

2. โรคความดันโลหิตสูง ใช้เกณฑ์การจำแนกระดับความดันโลหิต (มม.ปรอท) แบ่งตามความรุนแรงในผู้ใหญ่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ตามสมาคมโรคความดันโลหิตแห่งประเทศไทย (สมาคมโรคความดันโลหิตแห่งประเทศไทย, 2564) ดังนี้

- Optimal blood pressure คือ ระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม <120 มม.ปรอท
- Normal Blood Pressure คือ ระดับความดันโลหิต 120-129 มม.ปรอท
- High normal blood Pressure คือ ความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ แต่ยังไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิต 130-139 มม.ปรอท
- Grade 1 Hypertension: mild คือ โรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ความดันโลหิต 140-159 มม.ปรอท

- Grade 2 Hypertension: moderate คือ โรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 ความดันโลหิต 160-179 มม.ปรอท

3. โรคไตเรื้อรัง โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยที่อิงจาก KDIGO (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565) ในการจำแนกแยกระยะของโรคต่าง ๆ ได้ดัง**ตารางที่ 1**

4. โรคหัวใจและหลอดเลือด ใช้การประเมินความเสี่ยงจากแอปพลิเคชัน Thai CV risk RAMA จากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี (2558) โดยจำแนกความเสี่ยงออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- เสี่ยงน้อย (Low risk) คือ ความเสี่ยงภายใน 10 ปี น้อยกว่า 10% หรือโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองใน 10 ปี ต่ำ

- เสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) คือ ความเสี่ยงภายใน 10 ปี 10-19% หรือเริ่มมีความเสี่ยงมากขึ้น ต้องเฝ้าระวัง

- เสี่ยงสูง (High risk) คือ ความเสี่ยงภายใน 10 ปี  $\geq 20\%$  หรือโอกาสเกิดโรคสูงมากใน 10 ปี

- เสี่ยงสูงมาก (Very High risk) คือ ความเสี่ยงภายใน 10 ปี  $> 30\%$  หรือมีโอกาสมากที่จะเกิดโรครุนแรง

**ตารางที่ 1** การจำแนกแยกระยะของโรคไตเรื้อรังโดยใช้ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR)

| GFR category | GFR (mL/min/1.73 m <sup>2</sup> ) | Term                             |
|--------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| G1           | $\geq 90$                         | Normal or high                   |
| G2           | 60-89                             | Mildly decreased                 |
| G3a          | 40-59                             | Mildly to moderately decreased   |
| G3b          | 30-44                             | Moderately to severely decreased |
| G4           | 15-29                             | Severely decreased               |

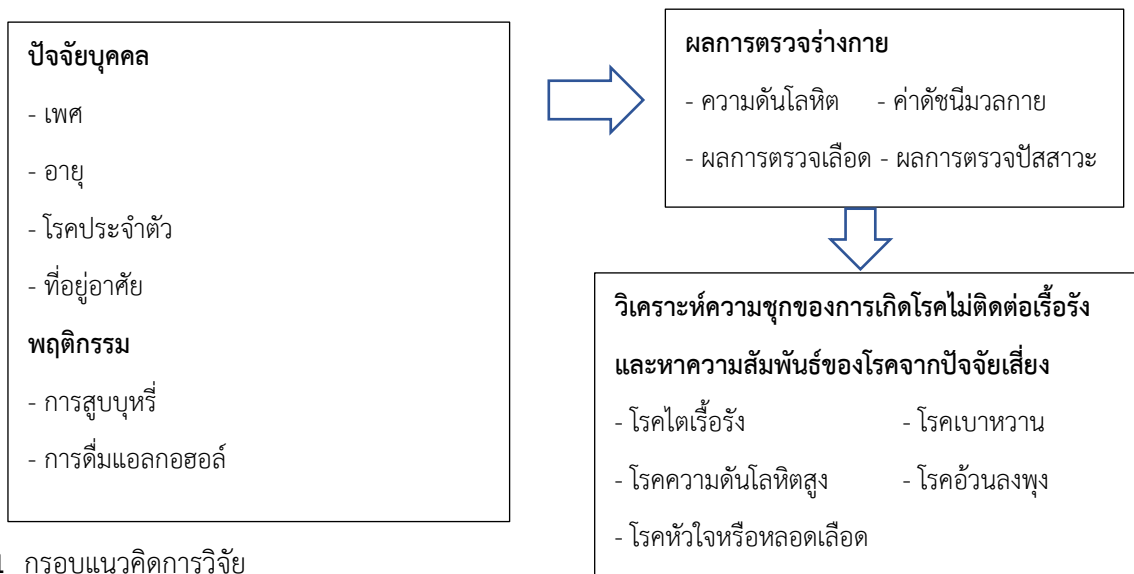
**ที่มา :** Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2020 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int.* 2020;98(1S):S1–S115.

## สมมติฐาน

1. กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในสามเขตชุมชนตามพื้นที่ศึกษา ในจังหวัดสมุทรปราการ มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน

2. ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างในชุมชนที่ทำการศึกษาวิจัย

## กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีการวิจัย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลบางโฉลง ตำบลศีรษะจรเข้น้อย และตำบลบางป่อ จังหวัดสมุทรปราการ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนทั้งหมดที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพจากคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งได้ลงพื้นที่ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลทั้งสามแห่ง ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 ซึ่งมีจำนวน 130 ราย ที่มารับบริการตรวจสุขภาพจากโครงการ มฉก.บริการชุมชน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ มีอายุ ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และต้องอาศัยอยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ที่ศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้มีอายุน้อยกว่า 20 ปี เป็นผู้อาศัยอยู่นอกพื้นที่ของตำบลทั้งสามแห่งดังที่กล่าวมา และเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาก่อน

ทั้งนี้ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะไม่มีการระบุตัวตนของผู้เข้าร่วม ซึ่งประกอบด้วยผลการซักประวัติและผลการตรวจสุขภาพจากผู้เข้ารับบริการจากโครงการ มฉก.บริการชุมชน คณะผู้วิจัยได้ทำการขอความเห็นชอบจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งผ่านการรับรองแล้ว และได้หมายเลขอนุมัติ HCU-EC1619/2568

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากใบซักประวัติประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง และโรคประจำตัว สำหรับข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่นำมาใช้สำหรับการวิจัย ได้แก่ ผลการตรวจทางเคมีของเลือด ประกอบด้วย ผลการตรวจน้ำตาล (fasting plasma glucose; FPG) ไขมัน (total cholesterol, LDL-cholesterol) ไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) ครีเอตินีน (creatinine) และผลการตรวจหาโปรตีน microalbumin ในปัสสาวะ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของโรคกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ด้วยสถิติ Chi-Square ( $\chi^2$ ) และวิเคราะห์หาอัตราเสี่ยงด้านพฤติกรรมต่อการเกิดโรคโดยใช้สถิติ Odds ratio (OR) ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการศึกษานี้ใช้โปรแกรม SPSS student version IBM Statistics 26

## ผลการวิจัย

การศึกษานี้ เก็บข้อมูลจากผู้ que เข้ามารับบริการตรวจสุขภาพซึ่งดำเนินการโดยคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เมื่อปีการศึกษา 2568 จำนวนทั้งสิ้น 130 ราย จาก 3 พื้นที่ในจังหวัดสมุทรปราการ ได้แก่ ตำบลบางบ่อ (เข้ารับบริการที่วัดสุคันธาราส จำนวน 20 ราย) ตำบลบางโฉลง (เข้ารับบริการที่วัดบางโฉลง จำนวน 56 ราย) และตำบลศีรษะจรเข้น้อย (เข้ารับบริการที่วัดหัวคู้ จำนวน 54 ราย) กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลมาทำการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพศหญิง จำนวน 104 ราย (คิดเป็นร้อยละ 80) และเพศชาย จำนวน 26 ราย (คิดเป็นร้อยละ 20) ช่วงอายุ 29-82 ปี (อายุเฉลี่ย  $57 \pm 10.7$  ปี) เมื่อจัดแบ่งกลุ่มย่อยเป็นผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีจำนวน 55 ราย และกลุ่มสูงวัยหลังเกษียณที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 75 ราย ข้อมูลด้านมวลกายพบว่าน้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่  $60 \pm 11.8$  กก. ส่วนสูงเฉลี่ย  $158 \pm 7.7$  ซม. และเส้นรอบเอวเฉลี่ย  $86 \pm 10.9$  ซม. ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 123 ราย จาก 130 ราย มีน้ำหนักปกติ (คิดเป็นร้อยละ 81.1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของการศึกษานี้เป็นคนไทยชาววัยกลางคน และวัยผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การวิจัยนี้จึงจำแนกตัวอย่างเป็นสองกลุ่มย่อย คือ กลุ่มที่ยังอยู่ในวัยทำงานซึ่งได้รับสิทธิในการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งเป็นผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี และกลุ่มสูงวัยหลังเกษียณที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป

**1. ผลการตรวจคัดกรองหาความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** ผลการวิเคราะห์ค่าน้ำตาลกลูโคสในพลาสมา พบผู้ที่สงสัยเป็นเบาหวาน จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.3 (21/129 คน) ผลการตรวจวัดระดับความดันโลหิตพบผู้ที่สงสัยป่วยภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.1 (30/130 คน) ผลการประเมินค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) พบว่ามีผู้ที่สงสัยเป็นโรคไตเรื้อรัง CKD stage 2 จำนวน 30 ราย และ CKD stage 3 จำนวน 2 ราย คิดรวมเป็นร้อยละ 24.6 (32/130 คน) ข้อมูลจาก ตารางที่ 2 พบว่า เมื่อจำแนกความชุกของโรคตามช่วงอายุ แบ่งเป็นกลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ผลการเปรียบเทียบร้อยละเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างที่มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง พบว่ามีความชุกของโรคอยู่ในระดับที่แตกต่างกัน โดยพบว่าส่วนใหญ่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง grade 1 จะเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ส่วนผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดพบความชุกในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับผู้ que สงสัยเป็นโรคไตเรื้อรัง ซึ่งส่วนมากเกือบทั้งหมดพบในเพศชายสูงวัยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป(ตารางที่ 3)

เมื่อจำแนกความชุกของโรคโดยจัดแบ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง (Risk to CVD) และไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหรือหลอดเลือด (non-risk to CVD) ข้อมูลจากตารางที่ 4 พบร้อยละเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่น่าจะเป็นเบาหวาน คือมีค่า

น้ำตาลในเลือดมากกว่า 125 mg/dL มีจำนวน 3 ใน 21 ราย :ซึ่งควรได้รับคำแนะนำให้ตรวจติดตาม ได้รับคำแนะนำให้พบแพทย์เพื่อตรวจซ้ำ ส่วนผู้ที่สงสัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ซึ่งพบค่าอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> (CKD stage 3) ร่วมกับพบโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะ พบจำนวน 2 ราย ซึ่งเป็นเพศหญิงที่อายุมากกว่า 60 ปี จึงแนะนำให้พบแพทย์เพื่อตรวจยืนยัน กลุ่มที่สงสัยเป็นโรคไตเรื้อรังอีก จำนวน 30 ราย (CKD stage 2) จัดเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปี ข้างหน้า กลุ่มดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (11 ใน 26 ราย) ซึ่งผู้ที่เป็น high risk to CVD โดยทุกรายล้วนมีอายุมากกว่า 60 ปี โดยมีความเสี่ยงของการเกิดโรคในเพศชาย (ความชุกของโรค 42.3%) มากกว่าเพศหญิง (ความชุกของโรค 12.5%) ประมาณสามเท่าตัว ดังแสดงใน ตารางที่ 4

ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่ามีผู้ที่มีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับเสี่ยงสูงมาก (high risk to CVD) จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.5 (24/130) เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงของเพศชายเปรียบเทียบกับเพศหญิง พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มากกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจน โดยมีค่า OR เท่ากับ 3.239 เท่า ที่ความเชื่อมั่น 95% (CI=1.709-6.140) แสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์นี้ มีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.001)

จึงสามารถสรุปได้ว่าเพศชายเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สูงกว่าเพศหญิงในกลุ่มตัวอย่างนี้ นอกจากนี้ หากพิจารณาอัตราเสี่ยงระหว่างช่วงอายุที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี เปรียบเทียบกับช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ผลการวิเคราะห์พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี โดยมีค่า OR เท่ากับ 3.313 เท่า ที่ความเชื่อมั่น 95% (2.480-4.425) ซึ่งอนุมานได้ว่า กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สูงกว่ามากกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญ (P<0.001) (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 2** ร้อยละความชุกของกลุ่มตัวอย่างที่น่าจะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยจำแนกตามกลุ่มอายุ

| Type of NCDs         | Percentage (Frequency) |                |
|----------------------|------------------------|----------------|
|                      | Age > 60 years         | Age ≤ 60 years |
| Suspected DM (n=21)  | 14.9 (11/74)           | 18.2 (10/55)   |
| Suspected HT (n=30)  | 17.3 (13/75)           | 30.9 (17/55)   |
| Suspected CKD (n=32) | 29.3 (22/75)           | 18.2 (10/55)   |
| Suspected CVD (n=24) | 32.0 (24/75)           | 0 (0/55)       |

**ตารางที่ 3** ร้อยละความชุกของกลุ่มตัวอย่างที่น่าจะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยจำแนกตามเพศ

| Type of NCDs         | Percentage (Frequency) |                |
|----------------------|------------------------|----------------|
|                      | Male                   | Female         |
| Suspected DM (n=21)  | 19.2 (5/26)            | 15.5 (16/103)  |
| Suspected HT (n=30)  | 19.2 (5/26)            | 24.0 (25/104)  |
| Suspected CKD (n=32) | 46.2 (12/26)           | 19.2 (20/104)  |
| Suspected CVD (n=24) | 42.3 (11/26)           | 12.50 (13/104) |

**ตารางที่ 4** ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจคัดกรองจาก 3 เขตพื้นที่ที่ศึกษาวิจัยในจังหวัดสมุทรปราการ

| Risk factors                              | Risk to CVD |                | Non-risk to CVD |                | $\chi^2$ | OR     | 95% CI      |
|-------------------------------------------|-------------|----------------|-----------------|----------------|----------|--------|-------------|
|                                           | n           | %              | n               | %              |          |        |             |
| Male (n=26)                               | 11          | 42.3% (11/26)  | 15              | 57.69% (15/26) | Ref.     | 3.239* | 1.709-6.140 |
| Female (n=104)                            | 13          | 12.5% (13/104) | 91              | 87.5% (91/104) | P=0.001  | 0.631  | 0.433-0.919 |
| Age >60 years old (n=75)                  | 24          | 32% (24/75)    | 74              | 98.7% (74/75)  | P<0.001  | 3.313* | 2.480-4.425 |
| Age ≤60 years old (n=55)                  | 0           | 0% (0/55)      | 32              | 58.2% (32/55)  | Ref.     | 0.00   | 0.00        |
| BMI ≤18 และ ≥ 23 (n=24)                   | 8           | 33.3% (8/24)   | 16              | 66.7% (16/24)  | P<0.001  | 0.00   | 0.00        |
| BMI >18 - <23 (n=103)                     | 39          | 37.9% (39/103) | 64              | 62.1% (64/103) | Ref.     | 0.00   | 0.00        |
| FPG 100-125 mg/dl (n=105)                 | 7           | 6.7% (7/105)   | 98              | 93.3% (98/105) | Ref.     | 0.00   | 0.00        |
| FPG ≥126 mg/dl (n=24)                     | 3           | 12.5% (3/24)   | 21              | 87.5% (21/24)  | P=0.003  | 0.00   | 0.00        |
| Total-Chol. <200 mg/dl (n=106)            | 56          | 52.8% (56/106) | 50              | 47.2% (50/106) | Ref.     | 0.883  | 0.528-1.478 |
| Total-Chol. ≥200 mg/dl (n=24)             | 14          | 58.3% (14/24)  | 10              | 41.7% (10/24)  | 0.657    | 1.104  | 0.753-1.619 |
| eGFR >90 mL/min/1.73m <sup>2</sup> (n=98) | 15          | 15.3% (15/98)  | 83              | 84.7% (83/98)  | Ref.     | 0.00   | 0.00        |
| eGFR <90 mL/min/1.73m <sup>2</sup> (n=32) | 9           | 28.1% (9/32)   | 23              | 71.9% (23/32)  | P<0.001  | 0.00   | 0.00        |

หมายเหตุ: ข้อมูลตัวอย่างที่ไม่สมบูรณ์ มี 3 ราย ไม่พบส่วนสูง และมี 1 ราย ไม่ได้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด



**2. ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด** เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ปัจจัยการสูบบุหรี่ต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มเสี่ยงสูง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีค่า OR=9.529 (95% CI: 1.482–61.266) แสดงว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 9.5 เท่า เนื่องจากช่วงความเชื่อมั่นไม่ครอบคลุมค่า 1 จึงบ่งชี้ว่าผลลัพธ์นี้มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

สำหรับผลการวิเคราะห์ปัจจัยของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์มีค่า OR=2.253 (95% CI: 0.474–10.707) ซึ่งแสดงว่าผู้ที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มประมาณ 2.25 เท่า แต่ช่วงความเชื่อมั่นกว้างและครอบคลุมค่า 1 จึงทำให้ผลลัพธ์นี้ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6)

**ตารางที่ 5** การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

|                                            | Value | 95% CI (Lower) | 95% CI (Upper) |
|--------------------------------------------|-------|----------------|----------------|
| Odd Ratio for smoking (smoker / nonsmoker) | 9.529 | 1.482          | 61.266         |
| For cohort age range = CVD                 | 4.412 | 1.903          | 10.230         |
| For cohort age range = No CVD              | .463  | .158           | 1.358          |
| N of Valid Cases                           | 130   |                |                |

**ตารางที่ 6** การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

|                                                    | Value | 95% CI (Lower) | 95% CI (Upper) |
|----------------------------------------------------|-------|----------------|----------------|
| Odd Ratio for alc. drinking (no alcohol / alcohol) | 2.253 | .474           | 10.707         |
| For cohort age range = CVD                         | 1.889 | .512           | 6.972          |
| For cohort age range = No CVD                      | .838  | .647           | 1.086          |
| N of Valid Cases                                   | 130   |                |                |

**3. ผลการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่พบโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่าหนึ่งรายการ** จากตารางที่ 7 จะเห็นว่าโรคที่พบร่วมกันมากที่สุดสามอันดับแรก ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมกับโรคไตวายเรื้อรัง รองลงมา ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมกับโรคเบาหวาน และหากประมาณการในภาพรวมของผู้ที่เข้ารับบริการทั้งสิ้น 130 ราย พบผู้ที่สงสัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่าหนึ่งรายการเท่ากับ 69 ราย นับว่าเป็นจำนวนที่ค่อนข้างสูง คิดเป็นร้อยละ 53.08 (69/130) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในประเทศไทย ที่พบว่ามีผู้ป่วยและผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มโรคที่มักเกิดร่วมกันในผู้ป่วยคนเดียวกันมากกว่าหนึ่งรายการ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และภาวะอ้วน (Obesity) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.)

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์จำนวนตัวอย่างที่เป็นโรคร่วมกับความผิดปกติอื่น ๆ

| NCDs ที่พบมากกว่าหนึ่งโรค | จำนวน (n/total) |
|---------------------------|-----------------|
| DM + Obesity              | (8/130)         |
| DM + Hypercholesterol     | (14/130)        |
| DM + CKD                  | (1/130)         |
| DM + HT                   | (2/130)         |
| HT + Hypercholesterol     | (15/130)        |
| CKD + Hypercholesterol    | (29/130)        |

### สรุป และ อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาสรุปได้ว่า การคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในชุมชนพื้นที่ตำบลบางบ่อ ตำบลบางโจลง และตำบลศรีชะศรีชะจะระเขน้อย จังหวัดสมุทรปราการ จากกลุ่มตัวอย่าง 130 คน ผ่านแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการวิจัยโดยภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประมาณ 80% เป็นเพศหญิง (104/130 คน) และมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นคนสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 57.7 (75/130 คน) ค่าดัชนีมวลกายพบว่า จำนวน 103 ราย เป็นผู้มีน้ำหนักปกติ (ไม่อ้วนหรือผอมจนเกินไป) อย่างไรก็ตามเนื่อง ผลการสำรวจหาความชุกของการเกิดโรคในติดต่อเรื้อรังในบางโรคพบว่ามีอุบัติการณ์ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับเขตภูมิภาคอื่นของประเทศไทย ซึ่งสรุปได้ดังนี้

- พบผู้ที่สงสัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD stage 1 ถึง stage 3) คิดเป็นร้อยละ 24.6
- พบผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงทั้งระดับอาการน้อย (grade 1) และอาการมาก (grade 2) คิดเป็นร้อยละ 23.1
- พบผู้ที่สงสัยว่าเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปี ข้างหน้า (moderate to very high risk) คิดเป็นร้อยละ 18.5
- พบผู้ที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและสงสัยเป็นเบาหวาน ว่าคิดเป็นร้อยละ 16.3

จะเห็นว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าน่าจะเป็นโรคเบาหวานในพื้นที่ของการศึกษาวิจัยนี้มีค่าเฉลี่ยความชุกสูงกว่าค่าเฉลี่ยคนไทยเมื่อเทียบกับผลจากการสำรวจของหน่วยงาน NHES VI ที่ได้ตรวจสุขภาพของคนไทยเมื่อช่วง ปี พ.ศ. 2562-2563 (Aekplakorn et al., 2022) ที่พบความชุกประมาณร้อยละ 10 และเมื่อเปรียบเทียบกับคนทั่วโลก กลุ่มตัวอย่างจากเขตสมุทรปราการก็ยังมีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลกตามรายงาน IDF Diabetes Atlas (Genitsaridi et al., 2024) ที่ค้นพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประมาณ 589 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11 ของประชากรทั้งโลก ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนถึงพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงเฉพาะพื้นที่ ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ของการศึกษาวิจัยนี้ พบผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทั้งระดับอาการน้อย grade 1 และอาการมาก grade 2 คิดเป็นร้อยละ 23.1 ซึ่งใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของคนไทยในประเทศ ที่ทำการการศึกษาวิจัยโดยหน่วยงาน NHES VI เมื่อปี พ.ศ. 2562 แล้วพบผู้ที่ได้รับผลประเมินเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 25-27 (Aekplakorn et al., 2022) สำหรับโรคไตเรื้อรังในพื้นที่ศึกษาของงานวิจัยนี้หากรวมถึงผู้ที่สงสัยว่าเป็น CKD stage 2 ขึ้นไป พบความชุกเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 24.6 ซึ่งสูงกว่าที่การสำรวจระดับประเทศ ซึ่งทำการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 (NHES V) ที่เคยรายงานเมื่อปี พ.ศ. 2565 (Saranrat et al., 2022) ที่พบค่าเฉลี่ยความชุกของกลุ่มคนไทยที่เป็นโรคไต

เรื้อรัง ร้อยละ 17–18 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัยครั้งนี้ น่าจะมีโอกาสเป็นโรคไตสูงกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งพบค่าเฉลี่ยของโรคเพียง ร้อยละ 12 ทั้งนี้เป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง 2 รายที่เป็น CKD stage 3 น่าจะเป็นผลสืบเนื่องจากการที่คนเหล่านี้มีปัจจัยส่งเสริมที่มาจากโรคอื่น ๆ ที่พบร่วมกัน อาทิ เช่น เบาหวาน หรือ ความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Global Kidney Health Atlas (Bello et al., 2022) ซึ่งเป็นผลการศึกษาในระดับสากลจำนวน 182 ประเทศ

ความชุกของผู้ที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในพื้นที่ที่ทำการศึกษานี้ มีค่าเฉลี่ยค่อนข้างสูง (18.5%) ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของคนไทยทั้งประเทศประมาณ 3 เท่าตัว เมื่อเปรียบเทียบจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ซึ่งพบเพียง 5–7% สำหรับโรคที่ manifest แล้ว (Thinkhamrop et al., 2022) ข้อมูลจากทั่วโลกซึ่งรายงานโดย World Health Organization (WHO) ระบุว่า โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือ CVD เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก หรือ ประมาณ 17.9 ล้านคนต่อปี (คิดเป็น 32% ของการเสียชีวิตทั้งหมด) ขณะที่ข้อมูลจากองค์กร Global Burden of Disease 2019 ยืนยันว่าภาระโรคยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2020) สำหรับประเทศไทย รายงานของ กรมควบคุมโรค เมื่อปี พ.ศ. 2565 ระบุว่า CVD เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็ง ซึ่งคิดเป็น 24–26% ของการเสียชีวิตทั้งหมด (Department of Disease Control, 2023)

เนื่องจาก ผลการประเมินความเสี่ยงของโรค CVD ของกลุ่มตัวอย่างในสามเขตตำบลของจังหวัดสมุทรปราการ มีเพียง 130 ราย และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ความชุกของโรคที่พบจึงค่อนข้างแตกต่างจากการศึกษาของ Kongbunkiate et al. (2015) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบในด้านของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค CVD ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kim et al. (2012) ที่รายงานว่า ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง และการสูบบุหรี่ ส่งผลให้ประชาชนที่เมือง Melbourne ออสเตรเลีย เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้น การพบว่ากลุ่มตัวอย่างในสามเขตชุมชนของจังหวัดสมุทรปราการมีความชุกของผู้ที่สงสัยเป็นเบาหวาน มีภาวะความดันโลหิตสูง และเสี่ยงต่อโรคหัวใจหรือหลอดเลือดที่ระดับค่อนข้างสูงกว่าเขตพื้นที่อื่น ๆ จึงสะท้อนถึงสภาวะของคนสูงวัยในชุมชนแห่งนี้ที่ควรได้รับการดูแลสุขภาพอย่างจริงจังและสม่ำเสมอจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มากกว่าหนึ่งรายการ มักเกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ชักนำให้เกิดภาวะอ้วน ผลการศึกษาของ Blüher M. (2025) แสดงให้เห็นว่า ภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนลงพุงกลายเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่กระตุ้นให้เกิดโรคอื่นๆ ตามมา ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และโรคเมตาบอลิกอื่น ๆ ซึ่งเป็นปัญหาระดับต้นๆ ของวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับมหาวิทยาลัยในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อนำผลการตรวจคัดกรองโรคเข้าสู่ระบบสารสนเทศผู้สูงอายุตามเขตสุขภาพภายใต้ความรับผิดชอบขององค์กร
2. สนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพสต.) หรือองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น (อบต.) มีการดูแลผู้สูงอายุแบบต่อเนื่อง โดยขอความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

3. ผู้กำหนดนโยบายควรรณรงค์พฤติกรรม การดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยง เพื่อจัดการภาระทางเศรษฐกิจและสังคมที่กำลังเพิ่มขึ้นจากโรคเรื้อรัง เช่น การเพิ่มโครงการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อให้ทันต่อการวินิจฉัย และจัดหาการรักษาที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยต่อไป

4. ส่งเสริมให้บุคลากรการแพทย์สามารถเข้าถึงผู้ป่วยจำนวนมากที่ดำเนินโรคอย่างช้าๆ โดยไม่รู้ตัว หรือผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สะดวกต่อการเดินทางมาโรงพยาบาล ให้ได้รับการคัดกรองโครงการคัดกรองโรค จากกรมควบคุมโรค เพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงสูง (Pre-NCDs) ก่อนที่โรคจะพัฒนาจนเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

### เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). *Thai CV risk score: แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย*. สืบค้นจาก

<https://www.rama.mahidol.ac.th/cvmc/th/thaicv>

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พ.ศ. 2562: บทสรุปสำหรับผู้บริหาร. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 104(10), 1729–1738.

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). *ข้อแนะนำเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565* (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.

Aekplakorn, W., Satheannopkarn, W., Putwatana, P., Taneepanichskul, S., Kessomboon, P., & Chariyalertsak, S. (2022). *National health examination survey VI, 2019–2020*. Health Systems Research Institute.

Blüher M. An overview of obesity-related complications: The epidemiological evidence linking body weight and other markers of obesity to adverse health outcomes. *Diabetes Obes Metab*. 2025;27(Suppl 2):3-19. doi:10.1111/dom.16263.

Bello, A. K., Levin, A., Lunney, M., Osman, M. A., Ye, F., & Ashuntantang, G. (2022). Global kidney health atlas: CKD burden and disparities across the world. *Kidney International Supplements*, 12(1), 7–20. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2021.12.003>

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2020). *Global burden of disease study 2019 (GBD 2019) results*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

- Kim, J., Gall, S. L., Dewey, H. M., Macdonell, R. A. L., Sturm, J. W., & Thrift, A. G. (2012). Baseline smoking status and the long-term risk of death or nonfatal vascular event in people with stroke: A 10-year survival analysis. *Stroke*, 43(12), 3173–3178.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. (2020). KDIGO 2020 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International*, 98(1S), S1–S115.
- Kongbunkiat, K., Kasemsap, N., Thepsuthammarat, K., Tiamkao, S., & Sawanyawisuth, K. (2015). National data on stroke outcomes in Thailand. *Journal of Clinical Neuroscience*, 22, 493–97.
- Ministry of Public Health. (2018). *Twenty-year national strategic plan for public health. Office of the Permanent Secretary*. [https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/strategymoph61\\_v10.pdf](https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/strategymoph61_v10.pdf)
- National Statistical Office. (2021). *The 2021 survey of the older persons in Thailand. Ministry of Social Development and Human Security*. [https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1687612748-2406\\_0.pdf](https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1687612748-2406_0.pdf)
- Rajavithi Hospital. (2017). *CKD update*. [https://www.rajavithi.go.th/rj/wp-content/uploads/2017/05/3.CKD\\_Update.pdf](https://www.rajavithi.go.th/rj/wp-content/uploads/2017/05/3.CKD_Update.pdf)
- Saranrat, A., Praditpornsilpa, K., Eiam-Ong, S., Tiranathanagul, K., Lumpaopong, A., & Vareesangthip, K. (2022). Prevalence of chronic kidney disease in Thailand: Results from the National Health Examination Survey V, 2013–2014. *Nephrology*, 27(3), 241–249.
- Suwanno, J., Angkoon, K., & Rajborirug, K. (2018). Cardiovascular risk factors in young adult patients with acute ischemic stroke. *Journal of the Thai Stroke Society*, 17(2), 5–16.
- Thai NCD Network. (n.d.). *National health examination survey V (NHES V)*. [http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/การสำรวจสุขภาพประเทศไทย\\_ครั้งที่\\_5\\_NHES\\_5.pdf](http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/การสำรวจสุขภาพประเทศไทย_ครั้งที่_5_NHES_5.pdf)
- Thinkhamrop, B., Thakkinian, A., & Chottanapund, S. (2022). Prevalence of cardiovascular disease and risk factors in Thailand: Results from the National Health Examination Survey V. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 105(3), 245–253.