ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงานเรื่อง ความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองของประชากรผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงตารางสี (Color Chart)

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 30 พฤศจิกายน 2558

3. สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ 100 %

4. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน (ถ้ามี) -

5. บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุจำนวน 274 คน ที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 – 30 มิถุนายน 2558 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลในการศึกษา คือ แบบบันทึกประวัติการรับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ตารางสี (color chart) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 54.01) มีอายุเฉลี่ย 67 ปี สิทธิการรักษาเป็นเบิกจ่ายตรงราชการร้อยละ 81.39 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 23.36 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 22.26 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 50.73 และโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 28.10 ผลการตรวจสุขภาพพบว่าความดันโลหิตค่าบนส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี (น้อยกว่า 120-139 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 89.06 ระดับโคเลสเตอรอลส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี (น้อยกว่า 160-199 มก./ดล.)ร้อยละ 53.3 ผลดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.62 กิโลกรัม/เมตร^2 เพศชายและเพศหญิงเฉลี่ย 24.3 และ 24.90 กิโลกรัม/เมตร^2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 34.30 แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนรวมกันพบมากถึงร้อยละ 63.51 โดยพบในเพศชายร้อยละ 65.87 และเพศหญิงร้อยละ 61.49 พิจารณาภาวะเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตใน 10 ปีข้างหน้าด้วยตารางสี (color chart) พบว่าส่วนใหญ่โอกาสเสี่ยงต่ำร้อยละ 93.8 (257 คน) โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.47 (15 คน) โอกาสเสี่ยงระดับสูงร้อยละ 0.73 (2 คน)

จากการศึกษานี้ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถค้นหาผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อจัดการความเสี่ยงของผู้สูงอายุให้ลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยสามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้การประเมินยังทำให้ผู้ปฏิบัติงานสะดวกในการเลือกใช้วิธีจัดการความเสี่ยงซึ่งแตกต่างกันไปตามโอกาสเสี่ยงของแต่ละคน เช่น ความเร่งด่วนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความถี่ในการติดตามประเมินปัจจัยเสี่ยงในครั้งต่อไป

6. บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลกมีรายงานว่าในปีค.ศ. 2012 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 17.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก โดยจำแนกเป็นการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) จำนวน 7.4 ล้านคน และโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) จำนวน 6.7 ล้านคน (World Health Organization, 2015) และมีการคาดการณ์ว่าในปีค.ศ. 2030 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 23.6 ล้านคน (World Heart Federation, 2012)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น ในปีพ.ศ. 2557 พบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประชากรทั้งประเทศ โดยมีผู้เสียชีวิตจำนวน 58,681 คน คิดเป็น 90.34 ต่อประชากร 100,000 คน (กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558) และยังพบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลปีพ.ศ. 2550 ที่มีจำนวนผู้เสียชีวิต 34,742 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) ซึ่งเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 68.91 นอกจากนั้นในปีพ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยในที่นอนรักษาด้วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 279,109 คน คิดเป็น 431.91 ต่อประชากร 100,000 คน และโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 237,039 คน คิดเป็น 366.81 ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ต้องดำเนินการป้องกันและแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2554 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียปีสุขภาวะ 3 อันดับแรก ในเพศชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557) ซึ่งในปีพ.ศ. 2557 มีผู้สูงอายุเสียชีวิตด้วยโรคนี้ถึง 41,051 คน (กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558) คิดเป็นร้อยละ 69.96 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดจากโรคนี้ และจากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555 แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดรายใหม่ มีจำนวน 24,587 คน เป็นผู้สูงอายุถึง 18,178 คน คิดเป็นร้อยละ 73.93 ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่นั้น มีจำนวน 20,675 คน เป็นผู้สูงอายุ 14,176 คน คิดเป็นร้อยละ 68.57 ของผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2558)

แม้โรคหัวใจและหลอดเลือดสมองจะเป็นโรคที่มีความรุนแรง มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก แต่อย่างไรก็ตามโรคนี้เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ร้อยละ 80 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2557) ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุด ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการแก้ไขที่ปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และการขาดการออกกำลังกายทางกายภาพ

ดังนั้นการประเมินโอกาสเสี่ยงของผู้สูงอายุต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ได้ข้อมูลการเฝ้าระวัง นำไปสู่การดำเนินการป้องกัน ควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆแก่ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง และจัดบริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับโอกาสเสี่ยงรายบุคคล โดยในรายที่มีโอกาสเสี่ยงสูงมากต้องได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มข้นพร้อมได้รับยาในรายที่มีข้อบ่งชี้

7. วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองใน 10 ปีข้างหน้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี

8. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

วิธีการดำเนินงาน

1. เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive study)
2. ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง
3. ประชากร

   ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 – 30 มิถุนายน 2558 จำนวน 274 คน
4. กลุ่มตัวอย่าง

   ผู้สูงอายุทุกคนที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา และลงข้อมูลผลการตรวจสุขภาพครบถ้วนสมบูรณ์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 – 30 มิถุนายน 2558 จำนวน 274 คน
5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

   5.1 แบบบันทึกประวัติการรับบริการตรวจสุขภาพประจำปีซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน

   ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

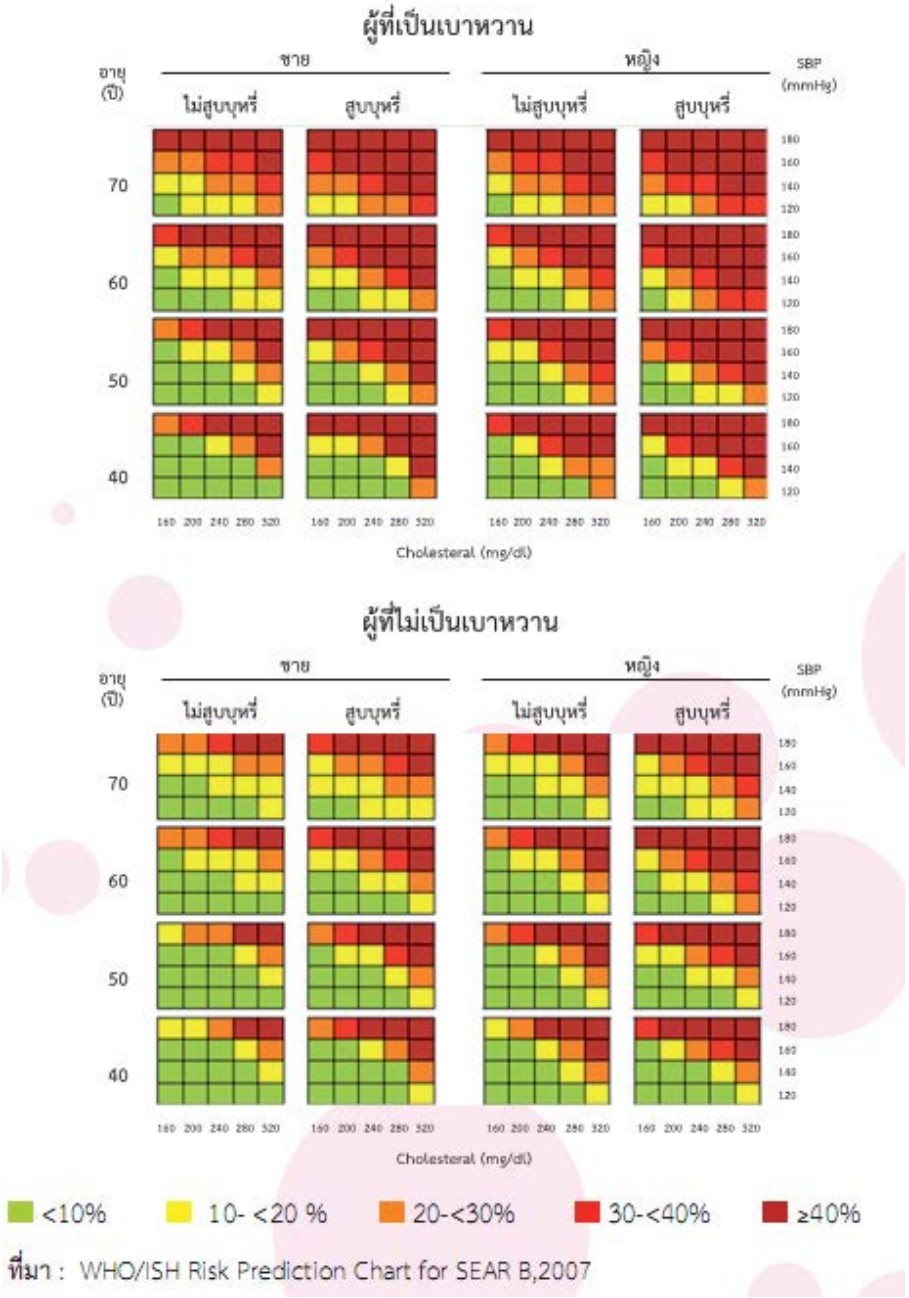
   ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลการตรวจสุขภาพปี

   5.2 ตารางสี (Color chart) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งใช้ข้อมูลในการประเมิน ได้แก่ ประวัติโรคเบาหวาน อายุ ระดับโคเลสเตอรอล ความดันโลหิตค่าบน เพศ และการสูบบุหรี่ (รูปที่ 1)
6. รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
7. สรุปผล และเขียนรายงานการศึกษา
8. เผยแพร่ข้อมูลทางวิชาการแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกประวัติการรับบริการตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 – 30 มิถุนายน 2558

รูปที่ 1 แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้ตารางสี (color chart)
กรณีทราบผลโคเลสเตอรอลในเลือด



ที่มา : แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด, สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (หน้าที่ 9)

คำอธิบายการใช้แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้ตารางสี (color chart)

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง มีผล fasting glucose ตั้งแต่ 126 มก./ดล. หรือระดับน้ำตาลหลังรับประทาน อาหารประมาณ 2 ชั่วโมงมากกว่า 200 มก./ดล. จากการตรวจ 2 ครั้ง หรือได้รับยา insulin หรือผู้ที่มีประวัติป่วยเป็นโรคเบาหวานและได้รับยารักษาอยู่
2. ค่าเฉลี่ย systolic blood pressure ในปัจจุบัน จากการวัด 2 ครั้ง 2 ช่วงเวลาห่างกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์ (ไม่ใช่ก่อนการรักษา) แต่หากผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลเป็นครั้งแรกให้ใช้ผล systolic blood pressure ที่วัดได้ในปัจจุบัน 2 ครั้ง ห่างกัน 15 - 30 นาที
3. ผู้ที่ยังสูบบุหรี่ในปัจจุบัน รวมถึงผู้ที่หยุดสูบบุหรี่น้อยกว่า 1 ปี ก่อนการประเมิน
4. การตรวจโคเลสเตอรอล (cholesterol) ควรอดอาหารอย่างน้อย 12 ชั่วโมงใช้ผลการตรวจครั้งล่าสุดก่อนการประเมิน

วิธีการประเมินโอกาสเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 1 กรณีทราบผล cholesterol ในเลือด ใช้ตารางสีที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 เลือกตารางว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่

ขั้นตอนที่ 3 เลือกเพศชาย หรือหญิง

ขั้นตอนที่ 4 เลือกการสูบบุหรี่ ว่าสูบหรือไม่สูบ

ขั้นตอนที่ 5 เลือกช่วงอายุ

ช่วงอายุ (ปี)	เลือกช่อง
60 - 69 ปี	60
70 ปีขึ้นไป	70

ขั้นตอนที่ 6 เลือกค่า systolic blood pressure

ค่า systolic blood pressure (มม.ปรอท)	เลือกช่อง
น้อยกว่า 120 - 139	120
140 - 159	140
160 - 179	160
180 ขึ้นไป	180

ขั้นตอนที่ 7 เลือกค่า cholesterol

ระดับโคเลสเตอรอล (มก./ดล.)	เลือกช่อง
น้อยกว่า 160 - 199	160
200 - 239	200
240 - 279	240
280 - 319	280
ตั้งแต่ 320 ขึ้นไป	320

9. ผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาผู้สูงอายุที่มาตรวจสุขภาพประจำปี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 มิถุนายน 2558 พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 274 คน เป็นเพศชาย 126 คน เพศหญิง 148 คน คิดเป็นร้อยละ 45.99 และ 54.01 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60 ถึง 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.72 มีอายุเฉลี่ย 67 ปี สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นเบิกจ่ายตรงราชการ ร้อยละ 81.39 มีผู้ที่สูบบุหรี่ใน 1 ปีที่ผ่านมาจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 23.36 มีประวัติเป็นโรคเบาหวานจำนวน 61 คน โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 139 คน โรคไขมันในเลือดสูงจำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 22.26, 50.73, 28.10 ตามลำดับ (ข้อมูลแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	126	45.99
หญิง	148	54.01
อายุ		
60-69 ปี	202	73.72
70 ปีขึ้นไป	72	26.28
สิทธิการรักษา		
ชำระเงินเอง	24	8.76
เบิกต้นสังกัดราชการ	7	2.55
เบิกรัฐวิสาหกิจ	11	4.01
เบิกจ่ายตรงราชการ	223	81.39
สวัสดิการพนักงานท้องถิ่น	8	2.92
บัตรทองผู้พิการ	1	0.37
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	210	76.64
สูบบุหรี่	64	23.36
โรคประจำตัว		
<u>โรคเบาหวาน</u>		
ไม่เป็น	213	77.74
เป็น	61	22.26
<u>โรคความดันโลหิตสูง</u>		
ไม่เป็น	135	49.27
เป็น	139	50.73
<u>โรคไขมันในเลือดสูง</u>		
ไม่เป็น	197	71.90
เป็น	77	28.10
รวม	274	100.00

ส่วนที่ 2 ผลการตรวจสุขภาพประจำปี

ผลตรวจสุขภาพพบว่า ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ความดันโลหิตค่าบนอยู่ในช่วงน้อยกว่า 120-139 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 244 คน ช่วงระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 25 คน และ ช่วงระหว่าง 160-179 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 89.06, 9.12 และ 1.82 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาระดับโคเลสเตอรอลพบว่าอยู่ในช่วงน้อยกว่า 160-199 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จำนวน 146 คน ช่วงระหว่าง 200-239 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จำนวน 82 คน ช่วงระหว่าง 240-279 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จำนวน 34 คน ช่วงระหว่าง 280-319 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จำนวน 9 คน และตั้งแต่ 320 มิลลิกรัม/เดซิลิตรขึ้นไป จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 53.28, 29.93, 12.41, 3.29 และ 1.09 ตามลำดับ (ข้อมูลแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความดันโลหิตค่าบน (systolic blood pressure :SBP) และระดับโคเลสเตอรอลในเลือด

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ความดันโลหิตค่าบน (มิลลิเมตรปรอท)		
น้อยกว่า 120 - 139	244	89.06
140 - 159	25	9.12
160 - 179	5	1.82
ระดับโคเลสเตอรอล (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)		
น้อยกว่า 160 - 199	146	53.28
200 - 239	82	29.93
240 - 279	34	12.41
280 - 319	9	3.29
ตั้งแต่ 320 ขึ้นไป	3	1.09
รวม	274	100.00

การประเมินภาวะอ้วนของผู้สูงอายุโดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index : BMI) พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 24.62 กิโลกรัม/เมตร^2 เมื่อพิจารณาตามเพศพบว่า เพศชายมีค่าเฉลี่ย 24.28 กิโลกรัม/เมตร^2 เพศหญิง 24.90 กิโลกรัม/เมตร^2 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มปกติร้อยละ 34.30 (จำนวน 94 คน) รองลงมาอยู่ในกลุ่มเป็นโรคอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 32.12 (จำนวน 88 คน) ภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 23.36 (จำนวน 64 คน) โรคอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 8.03 (จำนวน 22 คน) และภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 2.19 (จำนวน 6 คน) แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่หากพิจารณาข้อมูลแล้วจะพบว่ากลุ่มที่ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีมากถึงร้อยละ 63.51 (จำนวน 174 คน) และเมื่อพิจารณาตามเพศพบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนร้อยละ 65.87 ในเพศชาย และร้อยละ 61.49 ในเพศหญิง

เมื่อนำข้อมูลมาประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองโดยใช้ตารางสี (Color chart) พบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ใน 10 ปีข้างหน้า ในระดับต่ำ จำนวน 257 คน ผู้มีโอกาสเสี่ยงระดับปานกลาง จำนวน 15 คน และผู้มีโอกาสเสี่ยงระดับสูง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 93.80, 5.47 และ 0.73 ตามลำดับ

และเมื่อพิจารณาตามเพศพบว่า ผู้มีโอกาสเสี่ยงระดับสูง 2 คนเป็นเพศหญิงทั้งหมด แต่โอกาสเสี่ยงระดับต่ำและปานกลาง แทบไม่มีความแตกต่างกันทั้งในเพศชายและหญิง (ข้อมูลแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index : BMI) และโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง

ข้อมูล	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร^2)						
น้อยกว่า 18.5 (น้อยกว่าปกติ)	2	1.59	4	2.70	6	2.19
18.5 – 22.9 (ปกติ)	41	32.54	53	35.81	94	34.30
23 – 24.9 (น้ำหนักเกิน)	35	27.78	29	19.60	64	23.36
25 – 29.9 (โรคอ้วนระดับ1)	44	34.92	44	29.73	88	32.12
ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป (โรคอ้วนระดับ2)	4	3.17	18	12.16	22	8.03
ระดับโอกาสเสี่ยง						
ต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 10)	119	94.44	138	93.24	257	93.80
ปานกลาง (ร้อยละ 10 – น้อยกว่าร้อยละ 20)	7	5.56	8	5.41	15	5.47
สูง (ร้อยละ 20 – น้อยกว่าร้อยละ 30)	0	0.00	2	1.35	2	0.73
รวม	126	100.00	148	100.00	274	100.00

หมายเหตุ : ระดับความเสี่ยงสูงมาก (ร้อยละ 30 – น้อยกว่าร้อยละ 40) และสูงอันตราย (มากกว่าร้อยละ 40) ไม่พบผู้มีโอกาสเสี่ยงในระดับนี้

เมื่อพิจารณาข้อมูลของผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงระดับสูง จำนวน 2 คนที่เป็นเพศหญิง คนแรกอายุ 71 ปี ไม่สูบบุหรี่ ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตค่าบน 175 มิลลิเมตรปรอท ระดับโคเลสเตอรอล 192 มิลลิกรัม/เดซิลิตร คนที่ 2 อายุ 62 ปี ไม่สูบบุหรี่ ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตค่าบน 106 มิลลิเมตรปรอท ระดับโคเลสเตอรอล 324 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หากนำข้อมูลมาประเมินด้วยตารางสีจะพบว่า คนแรกถ้าลดความดันโลหิตลงมาจนต่ำกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท จะมีโอกาสเสี่ยงระดับปานกลาง และหากต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท โอกาสเสี่ยงจะเหลือเพียงระดับต่ำ ส่วนคนที่ 2 นั้น หากลดระดับโคเลสเตอรอลลงมาต่ำกว่า 320 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จะมีโอกาสเสี่ยงระดับปานกลาง และหากต่ำกว่า 280 มิลลิกรัม/เดซิลิตร โอกาสเสี่ยงจะเหลือเพียงระดับต่ำเท่านั้น

กรณีของผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงระดับปานกลางจำนวน 15 คนนั้น เป็นเพศชาย 7 คน เพศหญิง 8 คน อายุ 66 ปี จำนวน 4 คน อายุ 70 ปีขึ้นไปจำนวน 11 คน มีผู้สูบบุหรี่จำนวน 6 คน เป็นโรคเบาหวานจำนวน 12 คน ความดันโลหิตค่าบนอยู่ในช่วงน้อยกว่า 120-139 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 7 คน, 140-159 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 7 คน และ 160-179 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 1 คน ระดับโคเลสเตอรอลอยู่ในช่วงน้อยกว่า 160-199 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จำนวน 7 คน, 200-239 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จำนวน 6 คน, 240-279 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จำนวน 1 คน และตั้งแต่ 320 มิลลิกรัม/เดซิลิตรขึ้นไป จำนวน 1 คน (ข้อมูลแสดงในตารางที่ 4)

หากนำข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มนี้มาประเมินด้วยตารางสีจะพบว่า มีผู้ที่ต้องลดความดันโลหิตอย่างเดียว จำนวน 2 คน ลดระดับโคเลสเตอรอลอย่างเดียวจำนวน 5 คน งดสูบบุหรี่อย่างเดียวจำนวน 1 คน ลดความดันโลหิตหรือระดับโคเลสเตอรอลจำนวน 1 คน ลดความดันโลหิตและระดับโคเลสเตอรอลจำนวน 1 คน ลดความดันโลหิตหรืองดสูบบุหรี่จำนวน 3 คน ลดความดันโลหิตและงดสูบบุหรี่จำนวน 1 คน ลดระดับโคเลสเตอรอลและงดสูบบุหรี่จำนวน 1 คน หากผู้สูงอายุสามารถลดความเสี่ยงดังกล่าวได้ จะทำให้โอกาสเสี่ยงลดลงเหลือเพียงระดับต่ำ

ตารางที่ 4 ข้อมูลผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงระดับปานกลางและสูง

ข้อมูล	โอกาสเสี่ยงปานกลาง	โอกาสเสี่ยงสูง
	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)
เพศ		
ชาย	7	0
หญิง	8	2
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	9	2
สูบ	6	0
โรคเบาหวาน		
ไม่เป็น	3	0
เป็น	12	2
ความดันโลหิตค่าบน (มิลลิเมตรปรอท)		
น้อยกว่า 120 - 139	7	1
140 - 159	7	0
160 – 179	1	1
ระดับโคเลสเตอรอล (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)		
น้อยกว่า 160 - 199	7	1
200 - 239	6	0
240 - 279	1	0
280 - 319	0	0
ตั้งแต่ 320 ขึ้นไป	1	1
รวม	15	2

10. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถค้นหาผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อจัดการความเสี่ยงของผู้สูงอายุให้ลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสม
2. บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำระดับโอกาสเสี่ยงที่ประเมินได้ มาใช้ในการจัดการความเสี่ยงในระดับที่แตกต่างกัน เช่น ความเร่งด่วนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความถี่ในการติดตามประเมินปัจจัยเสี่ยงในครั้งต่อไป
3. การนำมาพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

11. ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค

1. การประเมินโดยวิธีใช้ตารางสีเหมาะสำหรับข้อมูลจำนวนน้อย เนื่องจากต้องประเมินและลงข้อมูลตามตารางสีทีละคน ตารางมีความถี่หลายช่อง หลายสี ทำให้ลงตารางสีผิดพลาดได้ จึงต้องมีการทวนซ้ำหลายรอบเพื่อความถูกต้องของข้อมูล

2. ผู้สูงอายุบางคนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเป็นประจำ ผลตรวจระดับความดันโลหิตและระดับโคเลสเตอรอลส่วนใหญ่เกินจากเกณฑ์ปกติ แต่วันที่มาตรวจสุขภาพประจำปีผลตรวจระดับความดันโลหิตและระดับโคเลสเตอรอลอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ก็ทำให้ระดับโอกาสเสี่ยงที่ประเมินได้ต่ำกว่าความเป็นจริง

12. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

1. วิธีการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในปัจจุบันมีหลายวิธี การใช้ตารางสีนี้ใช้ข้อมูลในการประเมินเพียง 6 ค่า ซึ่งเป็นแค่การประเมินเบื้องต้นเท่านั้น หากต้องการระดับความเสี่ยงที่แม่นยำมากขึ้นควรใช้การประเมินหลายวิธีร่วมกันและใช้การซักประวัติครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงค่าผลเลือดอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
2. ควรสนับสนุนให้มีคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโคเลสเตอรอลสูงในผู้สูงอายุทุกคน ซึ่งจะทำให้ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองได้เร็วขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงและความสูญเสียจากการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง

13. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์นิธิรัตน์ บุญตานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณ ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี, นางสาวนาตยานี เซียงหนู, นางสาวสันธนี ชโลปถัมภ์ และนายก้องเกียรติ ขอดผักแว่น ที่ให้ความช่วยเหลือในการวิจัยเป็นอย่างดี

14. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2015). Cardiovascular Diseases (CVDs). Retrieved August 7, 2015, from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/
2. World Heart Federation. (2012). Urbanization and Cardiovascular Disease. Retrieved August 7, 2015, from http://www.world-heart-federation.org/fileadmin/user_upload/documents/Fact_sheets/2012/Urbanization_and_CVD.pdf
3. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2558). จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และสาเหตุ (ตามตารางการตายทั่วไปของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10) พ.ศ.2557. สืบค้น 1 พฤศจิกายน 2558, จาก http://bps2. moph.go.th/sites/default/files/taaraang2.3.3.pdf
4. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2558). จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ตามกลุ่มสาเหตุ(บท)การตาย 10 กลุ่มแรก(ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10)พ.ศ. 2553 – 2557. สืบค้น 1 พฤศจิกายน 2558, จาก http://bps2.moph.go.th/sites/default/files/taaraang2.3.1.pdf
5. สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บประชากรไทย พ.ศ.2554. สืบค้น 1 พฤศจิกายน 2558, จาก http://thaibod.net/th/report/category/13-2011.html

6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). จำนวนผู้ป่วยในโรคหัวใจขาดเลือด /โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง/โรคหลอดเลือดสมอง/โรคหลอดลมอักเสบ/ถุงลมโป่งพอง/และปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง/โรคหืด ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 - 2556. สืบค้น 1 พฤศจิกายน 2558, จาก http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). จำนวนอัตราตายโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ประจำปีงบประมาณ 2557 (จำแนกตามตามเขตสุขภาพและจำแนกตามสคร 12 เขต). สืบค้น 1 พฤศจิกายน 2558, จาก http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php
8. สำนักระบาดวิทยา. กรมควบคุมโรค. (2558). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2555 . สืบค้น 23 กรกฎาคม 2558, จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20140109_40197220.pdf
9. สำนักโรคไม่ติดต่อ. กรมควบคุมโรค. (2557). คู่มือประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด. สืบค้น 7 สิงหาคม 2558. จากhttp://thaincd.com/document/file/download/knowledge/คู่มือประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด.pdf

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ _____
(นายสิทธิชัย จำปาศิลป์)
ผู้เสนอผลงาน
____ / _____ /_____

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ _____
(_____)
ตำแหน่ง _____
____/_____/_____
(ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการดำเนินการระดับหัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย)

ลงชื่อ _____
(_____)
ผู้อำนวยการสำนัก/กอง _____
____/____/____

หมายเหตุ 1. หากผลงานมีลักษณะเฉพาะ เช่น แผ่นพับ หนังสือ แถบบันทึกเสียง ฯลฯ ผู้เสนอผลงานอาจส่งผลงานจริงประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการก็ได้
2. จำนวนไม่เกิน 15 หน้า

ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1. ชื่อผลงานเรื่อง การจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 เมษายน 2559 – 30 มีนาคม 2560

3. สรุปเค้าโครงเรื่อง

3.1 หลักการและเหตุผล

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลกมีรายงานว่าในปีค.ศ. 2012 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 17.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก โดยจำแนกเป็นการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) จำนวน 7.4 ล้านคน และโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) จำนวน 6.7 ล้านคน (World Health Organization, 2015) และมีการคาดการณ์ว่าในปีค.ศ. 2030 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 23.6 ล้านคน (World Heart Federation, 2012)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น ในปีพ.ศ. 2557 พบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประชากรทั้งประเทศ โดยมีผู้เสียชีวิตจำนวน 58,681 คน คิดเป็น 90.34 ต่อประชากร 100,000 คน (กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558) โดยในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุถึง 41,051 คน คิดเป็นร้อยละ 69.96 ในรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555 แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดรายใหม่ เป็นผู้สูงอายุถึง 18,178 คน คิดเป็นร้อยละ 73.93 ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่นั้นเป็นผู้สูงอายุ 14,176 คน คิดเป็นร้อยละ 68.57 และจากการศึกษาแนวโน้มการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 – 30 มิถุนายน 2558 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่โอกาสเสี่ยงต่ำร้อยละ 93.8 (257 ราย) โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 5.47 (15 ราย) และโอกาสเสี่ยงระดับสูงร้อยละ 0.73 (2 ราย)

แม้โรคหัวใจและหลอดเลือดสมองจะเป็นโรคที่มีความรุนแรง มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก แต่อย่างไรก็ตาม โรคนี้เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ร้อยละ 80 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2557) เนื่องจากสาเหตุของโรคกลุ่มนี้เกิดจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานที่มากเกินพอดี ไม่ออกกำลังกาย เครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะป้องกันการเกิดโรค โดยการจัดการปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุ ให้สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

3.2 บทวิเคราะห์ / แนวความคิด / ข้อเสนอ

เนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการแก้ไขที่ปัจจัยเสี่ยง ดังนั้นเมื่อผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวโน้มการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงตารางสี (Color chart) จำนวน 274 คน แล้วพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงระดับปานกลาง 15 คน และโอกาสเสี่ยงระดับสูง 2 คน จึงมีแนวคิดที่จะนำผู้สูงอายุในกลุ่มดังกล่าว มาประเมินรายบุคคลว่ามีวิถีชีวิตประจำวันและพฤติกรรมสุขภาพใดที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้นจึงจะได้ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น ได้แก่ การหยุดสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายอารมณ์ลดความเครียด การควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในประมาณที่เหมาะสม รวมถึงการส่งพบแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยารักษาตามความเหมาะสม

และจากข้อมูลของผู้สูงอายุที่ใช้ประเมินความเสี่ยงในตารางสี (Color chart) ทั้ง 17 คน มีผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง จำนวนมากถึง 15 คน โดยแบ่งเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 3 คน, ความดันโลหิตสูง จำนวน 1 คน และเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง จำนวน 11 คน ซึ่งทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา ก่อนที่จะทำการประเมินความเสี่ยงแล้วทั้งสิ้น แต่มีเพียง 1 คนเท่านั้นที่มีผลการรักษาอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ทั้งค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับโคเลสเตอรอลในเลือด

ดังนั้น นอกจากการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองลดลงแล้ว ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ควรได้รับการประเมินผลการรักษาว่าอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่ ซึ่งค่าเป้าหมายจะแตกต่างกันไปตามโรคและโอกาสเสี่ยงที่ประเมินได้จากตารางสี ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าจะมีค่าเป้าหมายที่เข้มงวดมากกว่า ตามคู่มือแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกรมควบคุมโรค ได้กำหนดค่าเป้าหมายไว้ดังนี้ ค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไม่ควรเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท, ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง ในผู้ป่วยเบาหวานควรอยู่ระหว่าง 70-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่าง 60-100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับโคเลสเตอรอลในเลือดในกลุ่มเสี่ยงปานกลางควรน้อยกว่า 280 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในกลุ่มเสี่ยงสูงควรน้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

เมื่อให้ข้อมูลเรื่องโรค ปัจจัยเสี่ยง และคำแนะนำในการปรับพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุแล้ว จะมีการติดตามประเมินปัจจัยเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงการประเมินผลการรักษาในผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 1 ครั้ง โดยผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงระดับปานกลาง นัดติดตามทุก 6-12 เดือน ส่วนผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงระดับสูง นัดติดตามทุก 3-6 เดือน และจะประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงตารางสี (Color chart) ในผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงระดับปานกลางทุก 1 ปี ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงระดับสูงทุก 6-12 เดือน (ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง และคณะ, 2555)

<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อจัดการความเสี่ยงของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง ให้มีการปรับพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม

<u>วิธีการดำเนินงาน</u>

1. ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง
2. ประชากร / กลุ่มตัวอย่าง

   ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 – 30 มิถุนายน 2558 และได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูง จำนวน 17 คน
3. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนางาน
   3.1 ข้อมูลผลการตรวจสุขภาพประจำปี และผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้ตารางสี
   3.2 คู่มือประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค เพื่อใช้สำหรับให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวและปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง 5 เรื่อง ได้แก่ การกินอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และลดการดื่มสุรา
   3.3 แบบบันทึกความก้าวหน้าลดความเสี่ยง อ้างอิงจากคู่มือประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้บันทึกการกินอาหารและการออกแรงในแต่ละวัน
4. ดำเนินงานจัดการความเสี่ยงของผู้สูงอายุ
5. ประเมินปัจจัยเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะเวลาที่กำหนด
6. ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามระยะเวลาที่กำหนด
7. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผล และสรุปผลการพัฒนางาน

3.3 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สูงอายุสามารถลดปัจจัยเสี่ยงและปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง จึงช่วยลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่จะเกิดขึ้น ทำให้รัฐบาลประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้
3. การพิจารณาให้ยารักษาตามระดับโอกาสเสี่ยงที่ประเมินได้นั้น ทำให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และไม่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนจากการที่ได้รับยาอย่างไม่สมเหตุสมผล

3.4 ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้สูงอายุที่สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้หนึ่งระดับ ในการติดตามประเมินครั้งต่อไป มากกว่าร้อยละ 60

ลงชื่อ .....

(นายสิทธิชัย จำปาศิลป์)

ผู้เสนอแนวคิด

_____ / _____ / _____