



ความแตกฉานด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2*

ปัตมาพร ธรรมผล พย.ม. ** นพวรรณ เปียชื่อ ปร.ด.*** สุจินดา จารุพัฒน์มารูโอ ปร.ด. ****

*วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยมหิดล **นักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยมหิดล และพยาบาลวิชาชีพ แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามารับดี ***รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล ****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความแตกฉานด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 400 คน ที่มารับบริการในหน่วยผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เลือกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเป็นระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการประเมินภาวะสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความแตกฉานด้านสุขภาพทั้งในภาพรวม และองค์ประกอบขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความแตกฉานด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายองค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และความแตกฉานด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าคอเลสเตอรอลรวมในเลือด ค่าแอลดีแอลคอเลสเตอรอล และค่าเอชดีแอลคอเลสเตอรอล ผลการศึกษาครั้งนี้ต่อพยาบาล และทีมสุขภาพในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพควรตระหนักในเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ที่รับบริการ โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุน้อย ระดับการศึกษาต่ำ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้ หรือรายได้น้อย และไม่มีประวัติโรคประจำตัวในครอบครัว เพื่อส่งเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพโดยเฉพาะขั้นวิจารณ์ญาณ และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี

คำสำคัญ: ความแตกฉานด้านสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล ผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ เบาหวานชนิดที่ 2

Health Literacy and Clinical Outcomes in People with Hypertension, Dyslipidemia and Type 2 Diabetes Mellitus

Pattamaporn Thummaphol M.N.S* Noppawan Piaseu APN PhD** Suchinda Jarupat Maruo PhD**

*Ramathibodi Hospital, Bangkok, Thailand. **Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Abstract

Objective: To describe the relationship between personal factors and health literacy with the clinical health outcomes of persons with hypertension, dyslipidemia and type 2 diabetes mellitus (T2DM). **Material and method:** Through systematic random sampling, a sample of 400, who met the inclusion criteria, were recruited in an Out Patient's Department (OPD) of a university hospital in Bangkok. Data were collected using questionnaires and health assessments.

Result: The findings revealed that participants have moderate health literacy overall and on functional, interactive, and critical subscales. The results showed a significant correlation between personal factors and health literacy levels; age, education, employment, income, In addition, there was a significant correlation between health literacy levels and clinical health outcomes; blood sugar levels, cholesterol levels, low density lipoprotein (LDL) cholesterol and high density lipoprotein (HDL) cholesterol.

This study suggested that nurses and healthcare team should provide health information, particularly to persons with limited health literacy including a young age, low education, unemployment, low income and no family history of chronic illnesses. Furthermore, their knowledge and understanding of appropriate healthcare



practices should be promoted to enhance their level of overall health literacy and critical health literacy so that they will be able to analyze information leading to correct and appropriate health behavior, thus more desirable clinical outcomes.

Keywords: health literacy, personal factors, clinical health outcomes, patients living with hypertension, dyslipidemia, type 2 diabetes mellitus

บทนำ

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน ทุพพลภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ภาครัฐสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และยังเป็นภาระสูญเสียเชิงเศรษฐกิจระดับประเทศ องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกปี พ.ศ. 2555¹ พบทั่วโลกมีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเกือบหนึ่งพันล้านคน ผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกกว่าสามร้อยล้านคน สาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเกือบ 20 ล้านคน จากข้อมูลสถิติสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555² พบอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือดกว่า 7 แสนราย พบอัตราการป่วยและอัตราการตายจากโรคดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นทุกปี ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวนอกจากการรักษาด้วยยา ยังใช้วิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคู่ไปด้วย เพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและความเจริญทางเทคโนโลยีและการสื่อสารในปัจจุบัน อาจมีผลต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารของประชาชนจากอิทธิพลของการโฆษณาประชาสัมพันธ์ ทำให้การรักษาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอาจมีข้อจำกัด หากไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นจึงควรมีความจำเป็นในการพัฒนาความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ เพื่อประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเองในเรื่องโรคเรื้อรังให้ครอบคลุมมากขึ้นเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของดอน นัทบีม³ เรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) เมื่อบุคคลสามารถพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพ ย่อมส่งผลทำให้ได้รับข้อมูลสุขภาพและสร้างทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติและจัดการตนเองด้านสุขภาพ ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ ย่อมส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา ลดภาวะแทรกซ้อนและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและผลลัพธ์ทางคลินิกกับความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดผิดปกติและเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทยยังมีจำกัด ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพจึงสนใจนำแนวคิดในเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพ มาศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังดังกล่าวซึ่งมีความชุกเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี และเป็นปัญหาทาง

สาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางในการดูแลและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพของดอน นัทบีม (Nutbeam, 2008)³ โดยจำแนกความแตกฉานด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับคือ ความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ โดยเลือกศึกษาองค์ประกอบด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติครอบครัวที่เป็นความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดผิดปกติ เบาหวานชนิดที่ 2 และปัญหาสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับความแตกฉานด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับความแตกฉานด้านสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ ไ้คอเลสเตอรอลสูง ค่าคอเลสเตอรอลรวมในเลือด ค่าไตรกลีเซอไรด์ ค่าเอชดีแอลคอเลสเตอรอล ค่าแอลดีแอลคอเลสเตอรอล ดัชนีมวลกาย ค่าน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง จำนวนประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมารับบริการในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 400 คน ที่มาตรวจตามนัดในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบัติ ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบตามเกณฑ์คัดเข้า โดยใช้เกณฑ์การประเมินความฉลาดทางสุขภาพ ตามหลัก 3 อ 2 ส ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข⁴ และแบบบันทึกภาวะทางสุขภาพ



งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองเชิงจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติทดสอบ Chi-Square test, Pearson's Product Moment Correlation และ Spearman Rank Correlation กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61 อายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 86.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.5 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 25.8 ประกอบอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 39.8 รายได้เฉลี่ยต่อปี 100,000-300,000 บาท ร้อยละ 40.5 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติบิดามารดาหรือญาติสายตรงที่เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 58.0 ไม่มีประวัติบิดามารดาหรือญาติสายตรงที่เป็นไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 83.8 ไม่มีประวัติบิดามารดาหรือญาติสายตรงที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 62.2 มีความรู้สึกค่อนข้างดีต่อสุขภาพของตนเอง ร้อยละ 36.5 เกือบครึ่งมีจำนวนปัญหาสุขภาพ 1 ปัญหา ร้อยละ 49.0 โดยชนิดปัญหาสุขภาพที่พบส่วนใหญ่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมากที่สุด ร้อยละ 73.2 รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61.0 และเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 33.2

ส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 75 เมื่อจำแนกความแตกต่างด้านสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.2 ความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.2 และความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.8

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความแตกต่างด้านสุขภาพ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ต่อความแตกต่าง 1) ด้านสุขภาพโดยรวม ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ 2) ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ 3) ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ 4) ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ และรายได้ (ตารางที่ 1)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ทางคลินิก พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ต่อผลลัพธ์ 1) คอเลสเตอรอลรวมในเลือด ได้แก่ ความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ($r_s = 0.105$) ความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ($r_s = 0.101$) 2) ค่าแอลดีแอลคอเลสเตอรอล ได้แก่ ความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ($r_s = 0.115$) 3) ระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ความแตกต่าง

ด้านสุขภาพโดยรวม ($r = -0.102$) ความแตกต่างด้านวิจารณ์ญาณ ($r = -0.112$) 4) ค่าเอชดีแอลคอเลสเตอรอล ได้แก่ ความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ($r_p = 0.122$) (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันด้านสุขภาพทั้งในภาพรวม และองค์ประกอบขั้นพื้นฐานขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งความแตกต่างด้านสุขภาพตามแนวคิดของดอน นัทิม³ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อการมีสุขภาพที่ดี โดยอธิบายได้ว่า ตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ใหญ่วัยทำงาน มีอายุอยู่ในช่วง 28 – 59 ปี อายุเฉลี่ย 53.39 ± 5.12 ปี การศึกษาอยู่ในระดับปานกลางคือ ประถมศึกษาและปริญญาตรี ประกอบอาชีพรับราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ รายได้เฉลี่ยต่อปีใกล้เคียงกับรายได้เฉลี่ยประจำต่อคนต่อปีทั่วประเทศ และมีการรับรู้สุขภาพค่อนข้างดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าตัวอย่างสามารถเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารและประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ จากเหตุผลดังกล่าวอาจมีผลทำให้ตัวอย่างเกินครึ่งมีความแตกต่างกันด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันด้านสุขภาพในระดับปานกลาง^{4,5,7,8}

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงว่า อายุที่เพิ่มขึ้นจะพบความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ที่มากขึ้น อธิบายได้ว่าเนื่องจากอายุเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลตามแนวคิดของ Havighurst⁹ กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ใหญ่วัยกลางคน มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายสติปัญญา และประสบการณ์มีความสำคัญในการดำเนินชีวิตสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือประสบการณ์กับผู้อื่นได้ และเนื่องจากตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 50-59 ปี ซึ่งเป็นช่วงผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตสามารถรับหรือทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารได้เนื่องจากยังมีระบบการรับรู้ที่ดี มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ ส่งผลให้มีความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความแตกต่างด้านสุขภาพ^{4,7,8,10}

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างด้านสุขภาพโดยรวม ความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน และความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงว่า ระดับ



การศึกษาที่สูงขึ้นจะมีความแตกต่างกันด้านสุขภาพในระดับเพิ่มมากขึ้น อธิบายได้ว่า ตัวอย่างที่มีการศึกษาสูง ย่อมสามารถเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพได้มากกว่า ดังที่แนวคิดทฤษฎีของโอเรียม¹² กล่าวว่า การศึกษาทำให้มีทักษะและช่องทางในการสื่อสารกับบุคคล และเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้มากขึ้น ส่งผลทำให้มีการดูแลตนเองที่ดี ส่งผลทำให้เกิดความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณในระดับสูง ในการศึกษาคั้งนี้ กลุ่มที่ได้รับการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป มีคะแนนความแตกต่างด้านสุขภาพโดยรวม ขึ้นพื้นฐานและขั้นวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับปานกลาง มากกว่ากลุ่มมัธยมศึกษาและประถมศึกษา เพราะผู้ที่มีการศึกษาสูงสามารถทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆที่เรียนรู้ได้มาก มีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น จะมีความแตกต่างด้านสุขภาพในระดับที่เพิ่มมากขึ้น^{4,7,8,11}

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพ มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทำงานและมีอาชีพอิสระมีความแตกต่างด้านสุขภาพในระดับปานกลางถึงสูง น้อยกว่ากลุ่มที่มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ เนื่องจากกลุ่มอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจอาจมีการศึกษาสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ ตามที่ อรอนงค์ ธัญญะวัน¹³ กล่าวว่า อาชีพเป็นแหล่งที่มาของรายได้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต อาชีพทำให้บุคคลได้รับปัจจัยและสิ่งอำนวยความสะดวกสบายตามควรแก่สภาพ ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ในการศึกษาคั้งนี้กลุ่มที่มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีความแตกต่างด้านสุขภาพโดยรวมและขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ทำงานและไม่มีความสัมพันธ์กับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับความแตกต่างด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{8,14}

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างด้านสุขภาพโดยรวม ความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ระดับความแตกต่างด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามระดับรายได้ที่สูงขึ้น ตามแนวคิดทฤษฎีของโอเรียม¹² อธิบายไว้ว่า การที่บุคคลมีรายได้ที่เพียงพอหรือมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพได้สะดวกและรวดเร็ว จึงทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีโอกาสที่จะมีสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มียาได้น้อย ซึ่งจะมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ในการศึกษาคั้งนี้กลุ่มที่มีรายได้มาก มีคะแนนความแตกต่างด้านสุขภาพโดยรวม ขึ้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง สูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ปานกลางและกลุ่มที่มีรายได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ว่า

รายได้มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{7,8,11}

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และประวัติครอบครัวที่เป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ เบาหวาน ชนิดที่ 2 และจำนวนปัญหาสุขภาพ

ความแตกต่างด้านสุขภาพโดยรวมและความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าความแตกต่างด้านสุขภาพโดยรวมและความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณที่เพิ่มขึ้นตามค่าน้ำตาลในเลือดที่ลดลง ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความแตกต่างด้านสุขภาพโดยรวม และความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งส่งผลทำให้ตัวอย่างสามารถวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ และเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี โดยสามารถอธิบายได้จากตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในสามมีค่าน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ แสดงว่าตัวอย่างสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษา^{16-18,22} ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Swavelly et al.¹⁹ ที่พบว่าความแตกต่างด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับค่าน้ำตาลในเลือด เนื่องจากตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวาน มีระดับความแตกต่างด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอและแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาแตกต่างกัน ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ แบบสอบถามเน้นในการเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส จึงพบความสัมพันธ์กับค่าน้ำตาลในเลือดดังกล่าว

ความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าคอเลสเตอรอลรวมในเลือด และค่าแอลดีแอลคอเลสเตอรอลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าคอเลสเตอรอลรวมในเลือด และค่าเอชดีแอลคอเลสเตอรอลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามแนวคิดของดอน นัทบีม³ กล่าวว่า ความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะพื้นฐาน และความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร ประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่มีความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง พบเกือบ 1 ใน 2 ของตัวอย่างมีค่าคอเลสเตอรอลรวมในเลือดเกินเกณฑ์ มากกว่าครึ่งที่มีค่าแอลดีแอลคอเลสเตอรอลเกินเกณฑ์ และส่วนใหญ่มีความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง พบมากกว่าครึ่งที่มีค่าเอชดีแอลคอเลสเตอรอลอยู่ในเกณฑ์ปกติ แสดงให้เห็นว่า ตัวอย่างที่มีความแตกต่างด้าน



สุขภาพขั้นพื้นฐานเป็นกลุ่มที่ความรู้และสามารถจดจำประเด็นเนื้อหาสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีได้ แต่ยังมีข้อจำกัดในการนำความรู้ คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อใช้ในการระบุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลทำให้มีค่าคอเลสเตอรอลรวมในเลือด และค่าแอลดีแอลคอเลสเตอรอลเกินเกณฑ์ เมื่อพิจารณาในตัวอย่างที่มีความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์เป็นกลุ่มที่มีความรู้ความเข้าใจระดับพื้นฐานและสามารถอธิบายถึงความเข้าใจในการจะนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง แต่ยังมีข้อจำกัดในการวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบข้อมูล อย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางในการปฏิบัติเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องยังส่งผลทำให้มีค่าคอเลสเตอรอลรวมในเลือดเกินเกณฑ์ แต่การที่พบความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์สามารถทำให้ค่าเอชดีแอลคอเลสเตอรอลอยู่ในเกณฑ์ปกติได้นั้น นอกจากสาเหตุด้านพฤติกรรมด้านสุขภาพแล้ว ยังมีปัจจัยร่วมด้านอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด โดย Grundy et al.²⁰ กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัยหลักสำคัญตัวหนึ่งที่นำมาใช้เป็นวิธีการประเมินความเสี่ยงที่เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะมีผลทำให้มีคะแนนความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดก่อให้เกิดการเปราะและการแข็งตัวของผนังหลอดเลือดและทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงานของหลอดเลือดหัวใจขึ้นได้ ซึ่งในการศึกษครั้งนี้ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุในช่วงระหว่าง 50-59 ปี เป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 1 อย่าง ซึ่งข้อมูลดังกล่าวนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ที่ทำให้มีการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดก่อให้เกิดการเปราะและการแข็งตัวของผนังหลอดเลือดตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจากแบบสอบถาม เช่นการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ขาดการออกกำลังกาย มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา จึงส่งผลทำให้ตัวอย่างที่มีความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน และความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ยังไม่สามารถควบคุมค่าคอเลสเตอรอลรวมในเลือดและค่าแอลดีแอลคอเลสเตอรอลให้ลดลงได้ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Adeseun et al.²¹ และ Morris et al.¹¹ ที่พบว่าความแตกต่างด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับระดับไขมันในเลือด อาจเนื่องจากในการศึกษานี้ ศึกษาค่าความแตกต่างด้านสุขภาพในรายองค์ประกอบขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ จึงอาจพบความสัมพันธ์ในระดับย่อยของความแตกต่างด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ทางคลินิกดังกล่าว แต่เมื่อศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพโดยรวมไม่พบความสัมพันธ์กับค่าคอเลสเตอรอลรวมในเลือด ค่าแอลดีแอลคอเลสเตอรอล และค่าเอชดีแอล คอเลสเตอรอล และความแตกต่างด้านสุขภาพ (ความแตกต่างด้านสุขภาพโดยรวม ความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความ

แตกต่างด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ) ไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ค่าไตรกลีเซอไรด์ ดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาริบัติ ส่วนใหญ่มีความแตกต่างด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และต่ำ จึงควรมีการพัฒนา และส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การจัดอบรมให้ความรู้ ประเมินการปฏิบัติและการดูแลตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเนื้อหาของข้อมูลควรสั้น ใช้งานง่าย เข้าใจง่าย มีความชัดเจน เน้นข้อมูลที่สำคัญ เพื่อเพิ่มความแตกต่างด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีสุขภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ในกลุ่มผู้ที่มีอายุในช่วง 50-59 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้ศึกษา ไม่ได้ทำงาน หรือมีรายได้น้อย ไม่มีประวัติครอบครัวที่เป็นความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดผิดปกติ พบความแตกต่างด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพจึงควรมุ่งเน้นให้ความสำคัญในการให้ข้อมูลความรู้ และการทวนซ้ำของข้อมูล เพื่อตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกัน นอกจากนี้ควรส่งเสริมและพัฒนาความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้มีความแตกต่างด้านสุขภาพโดยรวมในระดับที่สูงขึ้น นำไปสู่การพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ ส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อนและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อไป
2. การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเชิงทำนายและการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อความแตกต่างด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย และนำไปขยายผล รวมทั้งบูรณาการแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เช่น เพื่อนและครอบครัว
3. ควรมีการศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพในกลุ่มอื่นที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล ที่มีบริบทแตกต่างจากการศึกษานี้เพื่อขยายองค์ความรู้
4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาอาจต้องพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของตัวอย่างผู้ป่วย และแบบวิจัยที่ศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลอาคารหลัก หัวหน้า



หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว เจ้าหน้าที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามธิบดี และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและช่วยอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

References

- World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Hypertension fact sheet Department of Sustainable Development and Healthy Environments 2011. [database on the Internet]. [cited 2015 July 10]. Available from: http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/media/non_communicable_diseases_hypertension_fs.pdf.
- Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Mortality rates of non-communicable diseases and road traffic accidents between 2007-2012. [database on the Internet]. [cited 2015 December 8]. Available from: <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
- Nutbeam D. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health Education Research. Oxford University Press; 2008.
- Jindawong B. The study of health literacy among patients who are admitted to Srinakarin hospital. Thesis of Master of Science: Faculty of Medicine, Khonkaen University; 2012.
- Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. A guide to health literacy for promoting healthy behavior of people who are at risks for type II diabetes and hypertension. Public Health Ministry: Nonthaburi; 2012.
- National Statistical Office. Average revenue per year in Thailand. 2010. [database on the Internet]. [cited 2015 December 8]. Available from: <http://service.nso.go.th/nso/web/income/income53.html>.
- Goh K. Health Literacy among Eye Surgery Patients. Thesis of Master of Science (Public Health), Faculty of Public Health, Mahidol University; 2009.
- Wagner C, Knight K, Steptoe A, et al. Functional health literacy and health-promoting behavior in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61: 1086-1090.
- Havighurst RJ. Havighurst's Developmental Task Theory. 1972. [database on the Internet]. [cited 2015 December 8]. Available from: <http://www.peoi.org/Courses/Coursesen/nursepractice/ch/ch6a.html>.
- Rongmuang D, Udompat P. Factors associated with hypertension among people in Tambol Pakmark, Suratthani. *Journal of Nursing and Health Care* 2016; 34(1): 73-82.
- Morris NS, MacLean CD, Littenberg B. Literacy and health outcomes: a cross-sectional study in 1002 adults with diabetes. *Literacy and health outcomes: a cross-sectional study in 1002 adults with diabetes. BMC Fam Pract* 2006; 7:49
- Orem DE. *Nursing: Concept of Practice*. (6th ed.). St. Louis: Mosby; 2001.
- Thanyawan O. *Career guidance*. Bangkok, Thailand. O.S. Printing House; 1996.
- Artinian NT, Lange MP, Templin T, et al. Functional Health Literacy in an Urban Primary Care Clinic. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice* 2003;5(3):10. [database on the Internet]. [cited 2015 December 8]. Available from: <http://digital-commons.wayne.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=nursingfrp>.
- Wingood GM. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 2nd edition. Glanz K, Lewis FM, Rimer BK (eds). Jossey-Bass Inc., San Francisco, CA, 1997. [database on the Internet]. [cited 2015 December 8]. Available from: <http://her.oxfordjournals.org/content/20/3/275.short>.
- Al Sayah F, Majumdar SR, Williams B, et al. Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. *J Gen Intern Med* 2013; 28: 444-452.
- Schillinger D, Grumbach K, Piette J, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA* 2002; 288: 475-482.
- Williams MV, Baker DW, Parker RM, et al. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med* 1998; 158: 166-172.
- Swavely D, Vorderstrasse A, Maldonado E, et al. Implementation and evaluation of a low health literacy and culturally sensitive diabetes education program. *J Healthc Qual* 2014; 36: 16-23.
- Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, et al. Primary prevention of coronary heart disease: guidance from Framingham: a statement for healthcare professionals from the AHA AHA Task Force on Risk Reduction. *American Heart Association. Circulation* 1998; 97: 1876-1887.
- Adeseun GA, Bonney CC, Rosas SE. Health literacy associated with blood pressure but not other cardiovascular disease risk factors among dialysis patients. *Am J Hypertens* 2012; 25: 348-353.
- Nguyen HT, Keeratiyutawong P, Deoisres W. Factor predicting eating behavior among persons with type 2 diabetes in can tho university hospital, Vietnam. *Journal of Nursing and Health Care* 2016; 34(2): 96-104.



ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพโดยรวม ความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานกับปัจจัยส่วนบุคคล (n = 400)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความแตกฉานด้านสุขภาพโดยรวม			P	ความแตกฉานด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน			P
	ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)		ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)	
เพศ				0.518				0.006
ชาย	34 (22.2)	116 (75.8)	3 (2.0)		28 (18.3)	123 (80.4)	2 (1.3)	
หญิง	53 (21.5)	184 (74.5)	10 (4.0)		66 (26.7)	166 (67.2)	15 (6.1)	
สถานภาพสมรส				0.708				0.628
โสด	12 (19.0)	49 (77.8)	2 (3.2)		15 (23.8)	46 (73.0)	2 (3.2)	
คู่	57 (20.8)	208 (75.9)	9 (3.3)		64 (23.4)	200 (73.0)	10 (3.6)	
สมรส	18 (28.6)	43 (68.3)	2 (3.2)		15 (23.8)	43 (68.3)	5 (7.9)	
ระดับการศึกษา				<0.001*				0.001
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	42 (37.5)	64 (57.1)	6 (5.4)		41 (36.6)	67 (59.8)	4 (3.6)	
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	22 (17.7)	102 (82.3)	0 (0.0)		29 (23.4)	92 (74.2)	3 (2.4)	
อนุปริญญาขึ้นไป	23 (14.0)	134 (81.7)	7 (4.3)		24 (14.6)	130 (79.3)	10 (6.1)	
อาชีพ				0.059				0.014
ไม่ทำงาน	34 (28.8)	80 (67.8)	4 (3.4)		35 (29.7)	77 (65.3)	6 (5.1)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	30 (24.4)	89 (72.4)	4 (3.3)		33 (26.8)	89 (72.4)	1 (0.8)	
งานอิสระ ³	23 (14.5)	131 (82.4)	5 (3.1)		26 (16.4)	123 (77.4)	10 (6.3)	
รายได้ (ปี/บาท)⁴				<0.001				0.006
น้อย ⁵	48 (32.9)	95 (65.1)	3 (2.1)		44 (30.1)	99 (67.8)	3 (2.1)	
ปานกลาง	28 (17.3)	130 (80.2)	4 (2.5)		35 (21.6)	122 (75.3)	5 (3.1)	
มาก	11 (12.0)	75 (81.5)	6 (6.5)		15 (16.3)	68 (73.9)	9 (9.8)	
ประวัติบิดามารดาหรือญาติสายตรงที่เป็นความดันโลหิตสูง				0.687				0.201
เป็น	56 (23.0)	181 (74.2)	7 (2.9)		56 (23.0)	181 (74.2)	7 (2.9)	
ไม่เป็น	31 (19.9)	119 (76.3)	6 (3.8)		38 (24.4)	108 (69.2)	10 (6.4)	
ประวัติบิดามารดาหรือญาติสายตรงที่เป็นไขมันในเลือดผิดปกติ				0.415				0.551
เป็น	60 (20.5)	222 (75.8)	11 (3.8)		66 (22.5)	213 (72.7)	14 (4.8)	
ไม่เป็น	27 (25.2)	78 (72.9)	2 (1.9)		28 (26.2)	76 (71.0)	3 (2.8)	
ประวัติบิดามารดาหรือญาติสายตรงที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2				0.370				0.368
เป็น	34 (25.6)	94 (70.7)	5 (3.8)		31 (23.3)	99 (74.4)	3 (2.3)	
ไม่เป็น	53 (19.9)	206 (77.2)	8 (3.0)		63 (23.6)	190 (71.2)	14 (5.2)	
จำนวนปัญหาสุขภาพ				0.867				0.550
1 ปัญหา	39 (19.9)	151 (77.0)	6 (3.1)		49 (25.0)	136 (69.4)	11 (5.6)	
2 ปัญหา	33 (23.9)	101 (73.2)	4 (2.9)		31 (22.5)	102 (73.9)	5 (3.6)	
3 ปัญหา	15 (22.7)	48 (72.7)	3 (4.5)		14 (21.2)	51 (77.3)	1 (1.5)	

หมายเหตุ: *Fisher's exact test ¹รวมปวส. ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี ²รวมแม่บ้าน นักเรียน นักศึกษา ³รวมทำไร่ทำนาทำสวน รับจ้างทั่วไป ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวรวมไม่ได้เรียนหนังสือพนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน ⁴จัดตัดรายได้ของประชากรเฉลี่ยต่อคนต่อปี พ.ศ. 2556 = 193,394 บาท; ยังอิงสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2556 5รวมไม่มีรายได้

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ทางคลินิก (n = 400)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. ความแตกฉานโดยรวม	1.00												
2. ความแตกฉานขั้นพื้นฐาน	.730**	1.00											
3. ความแตกฉานขั้นปฏิสัมพันธ์	.876** _p	.580** _s	1.00										
4. ความแตกฉานขั้นวิจารณ์ญาณ	.816** _p	.350** _s	.524** _p	1.00									
5. ความดันโลหิตซิสโตลิก	.002 _s	-.045 _s	.022 _s	.001 _s	1.00								
6. ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	.012 _p	-.060 _p	.000 _p	.055 _p	.575** _s	1.00							
7. ค่าคอเลสเตอรอลรวมในเลือด	.067 _p	.105* _s	.101* _s	.017 _p	-.017 _s	.015 _p	1.00						
8. ค่าไตรกลีเซอไรด์	.003 _p	.000 _s	.005 _s	.030 _p	.078 _s	.131** _s	.309** _s	1.00					
9. ค่าเอชดีแอลคอเลสเตอรอล	.093 _s	.074 _s	.122* _p	.045 _p	-.093 _s	-.128* _s	.224** _s	-.396** _s	1.00				
10. ค่าแอลดีแอลคอเลสเตอรอล	.052 _p	.115* _s	.054 _p	.016 _p	-.017 _s	-.032 _p	.760** _p	.210** _s	.029 _p	1.00			
11. ดัชนีมวลกาย	-.044 _p	-.043 _p	-.010 _p	-.065 _p	.233** _s	.278** _p	.015 _p	-.132** _s	-.132 _s	-.003 _p	1.00		
12. ค่าน้ำตาลในเลือด	-.102* _s	-.037 _s	-.077 _s	-.112 _s	.162** _s	.120* _s	.030 _s	-.173** _s	-.173** _s	.060 _s	.178** _s	1.00	
13. ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม	-.131 _s	-.084 _s	-.124 _s	-.093 _s	.017 _s	.090 _s	.072 _s	-.097 _s	-.097 _s	.071 _s	.138 _s	.635** _s	1.00

*p < .05 **p < .01