

ความรู้ด้านสุขภาพต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ของประชากรกลุ่มวัยทำงาน ในเขตสุขภาพที่ 10
Health Literacy on NCDs among working age Population
in Health Region 10

เจนวิทย์ ศรีพรหม^{1*} Jenwit Sornpom^{1*}

ธเนศ ศรีพรหม² Tanet Sornpom²

บทคัดย่อ

ความสำคัญและปัญหา โรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ การป้องกันด้วยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีหลักฐานที่สนับสนุนเพื่อช่วยลดโรค แต่อย่างไรก็ตาม เขตสุขภาพที่ 10 ยังขาดข้อมูลขนาดของปัญหาที่ทันสมัยและการประเมินความรู้ด้านสุขภาพต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อย

วัตถุประสงค์ เพื่อประมาณการความชุกและประเมินความรู้ด้านสุขภาพต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อย ของประชากรกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 10

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากสมุดสุขภาพประชาชน กรมอนามัย รวบรวมข้อมูลระหว่าง ม.ค.-ก.ค. 2565 ขนาดตัวอย่าง 25,092 คน ประมาณการความชุกและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก (logistic regression)

ผลการศึกษา พบความชุกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 7.79 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.92 และมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ร้อยละ 31 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอเป็นปัจจัยป้องกัน ร้อยละ 13 (AOR = 0.87; 95%CI: 0.79 to 0.97; $P < 0.001$) และความรู้ด้านสุขภาพต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอเป็นปัจจัยป้องกัน ร้อยละ 15 (AOR = 0.85; 95%CI: 0.78 to 0.93; $P < 0.001$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ

สรุปผลการศึกษา ความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะช่วยเพิ่มการป้องกันการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อย แต่ทั้งนี้ค่าความเสี่ยง (Adjusted OR) ความรู้ด้านสุขภาพจากการศึกษามีค่าไม่สูงมากนัก แสดงให้เห็นว่าเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันการเป็นโรคได้แต่ยังส่งผลไม่มากนัก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงควรต้องเพิ่มประสิทธิภาพของการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ ความรู้ด้านสุขภาพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง วัยทำงาน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: boyddd.19@gmail.com

Abstract

Introduction: Non-communicable diseases (NCDs) such as the most common types of type 2 diabetes and hypertension, were the major public health problem. However, in Health region 10 Thailand, the data up to date on the magnitude of NCDs were lacking and not applying to evaluation Health Literacy (HL) on NCDs.

Objective: This study aimed to estimate the most common type of NCDs and assessed the relationship between Health Literacy and NCDs.

Methods: Participants answered questionnaires via the Health for you (H4U) application in health region 10, 2022. The relationship between these factors and the most common type of NCDs was evaluated by using adjusted odd ratios (AOR) and 95% confidence intervals (CI) from logistic regressions.

Results: The prevalence of type 2 diabetes is 7.79% and hypertension is 9.92%. The level of Low HL is considered as 31%. Results showed that 25,092 participants who had a very height level of HL could protect type 2 diabetes were 13% (AOR = 87; 95%CI: 0.79 to 0.97; $P < 0.001$), Participants who had a very height level of HL could protect hypertension were 15% (AOR = 85; 95%CI: 0.78 to 0.93; $P < 0.001$), compared to the low HL in working age population.

Conclusion: Our study found that working age population with a very height HL can reduce the chances of developing non-communicable diseases. However, the magnitude of chance in the study was low significant. Therefore, the efficiency of health literacy building must be optimized to achieve better results.

Keywords: health literacy, non-communicable diseases, type 2 diabetes, hypertension, working age population

¹ Public Health Technical Officer, Practitioner Level of Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

² Assistant Professor, Ubon Ratchathani Rajabhat University

* Corresponding Author Email: boyddd.19@gmail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) ชนิดที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus: T2DM) และโรคความดันโลหิตสูง (hypertension) แม้จะมีความพยายามแก้ไขปัญหามาเป็นระยะเวลานานแต่ก็ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับประเทศ โดยที่ สถานการณ์โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 108 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2523 เป็น 422 ล้านคนในปี พ.ศ. 2557 และความชุกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงรายได้ปานกลาง อุบัติการณ์ทั่วโลกยังสูงขึ้นทุกปี โดยคาดการณ์ใหม่ว่า ในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน⁽¹⁾ ในประเทศไทยที่มีรายได้ปานกลางมีสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สอดคล้องกับสถานการณ์โลก โดยพบว่า ความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 11.6 ในปี พ.ศ. 2564⁽²⁾ ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นี้ มีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพและภาวะแทรกซ้อน ที่ตา ไต หัวใจ และหลอดเลือดสมอง^(3, 4) เป็นสาเหตุทำให้มีผู้เสียชีวิตกว่า 1.5 ล้านคนในปี พ.ศ.2562⁽⁵⁾ การเกิดโรคเบาหวานรวมถึงเบาหวานชนิดที่ 2 ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมประเทศชาติที่จะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมป้องกัน ดูแลรักษาโรคและภาวะแทรกซ้อน ความพิการที่เกิดขึ้นได้รวมไปถึงค่าใช้จ่ายจากการขาดงาน และการสูญเสียรายได้⁽⁶⁾

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) พบในประชากรโลกกว่า 113 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 30-79 ปี โดยที่สัดส่วน 2 ใน 3 ของคนที่เป็นโรคนี้อาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางถึงต่ำ มากกว่าร้อยละ 46 ไม่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่ได้วินิจฉัยและได้รับการรักษาตามกระบวนการ⁽⁷⁾ ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ปี 2562⁽⁷⁾ พบว่าความชุกของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 โดยทั่วไปโรคนี้มักไม่สังเกตพบอาการจึงทำให้ผู้ป่วยไม่รู้ตัวเป็นโรคถ้าหากเป็นแล้วปล่อยไว้โดยไม่รักษา โรคความดันโลหิตสูงอาจนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างกะทันหันเนื่องจากอาการหรือภาวะแทรกซ้อนได้

เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร และมุกดาหาร สถานการณ์ความชุกปี 2561 และผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2563⁽⁸⁾ พบโรคเบาหวานร้อยละ 24.75 เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 415.61 ต่อแสนประชากร และโรคความดันโลหิต ร้อยละ 8.93 โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ 1130.05 ต่อประชากรแสนคน ทำให้เห็นว่าเขตสุขภาพที่ 10 มีแนวโน้มการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อยเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกับสถานการณ์ภาพรวมของประเทศ

จากการศึกษาพบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ โรคความดันโลหิตสูง เป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคส่วนใหญ่ที่มีความคล้ายคลึงกัน⁽⁹⁾ ได้แก่ 1) ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ⁽¹⁰⁻¹²⁾ เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การออกกำลังกายไม่เพียงพอ และมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง⁽¹³⁾ การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์⁽¹⁴⁾ ความอ้วน ความเครียด⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ เป็นต้น 2) ปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และฝุ่น PM10⁽¹⁸⁾ 3) ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น เชื้อชาติ เพศ การศึกษา⁽¹⁴⁾ ถิ่นที่อยู่อาศัย สถานะสมรส⁽¹⁹⁾ อาชีพ เศรษฐฐานะ⁽²⁰⁾ และการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ประวัติทางการแพทย์และการใช้ยาบางชนิด^(21, 22)

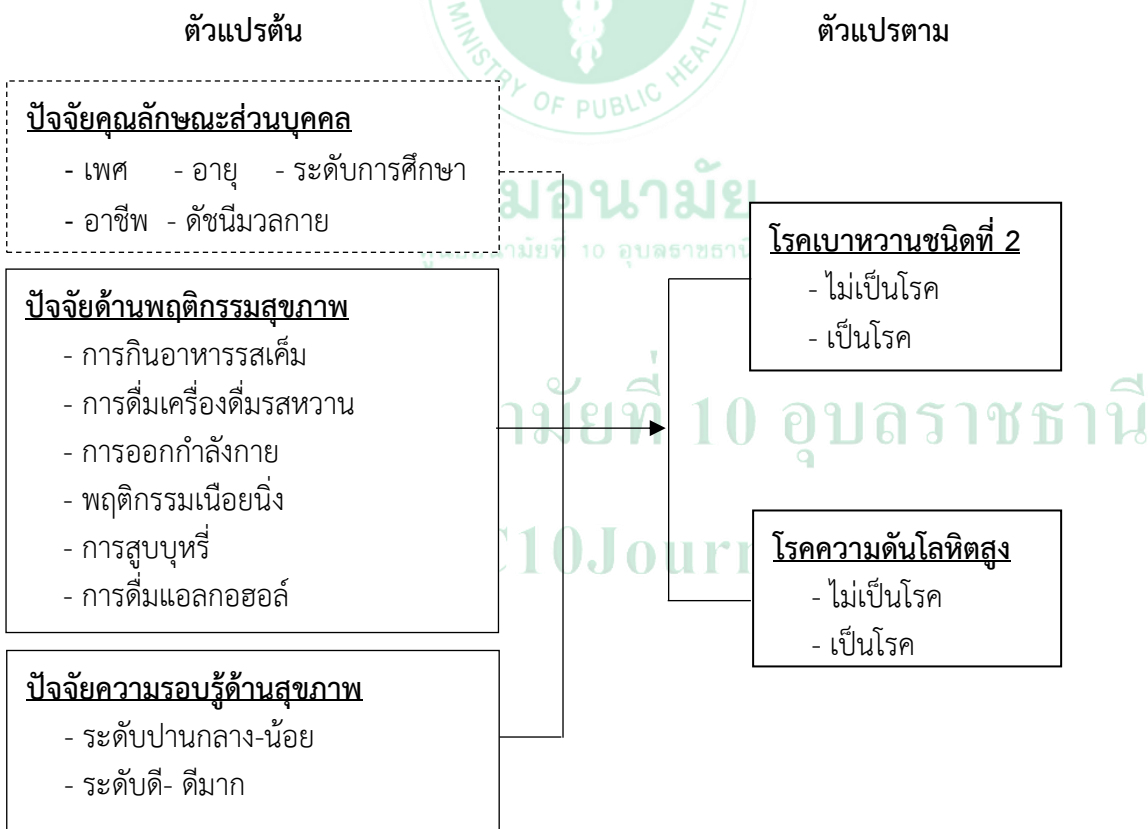
จากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ประเทศไทยได้ให้ความสนใจกับการลดปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง⁽²³⁾ ซึ่ง เขตสุขภาพที่ 10 ได้ปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการสร้างความรอบรู้ให้กับประชาชน มาตั้งแต่ปี

พ.ศ. 2560⁽²³⁾ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา เขตสุขภาพที่ 10 ยังไม่เคยประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มวัยทำงานมาก่อน นักวิจัยจึงศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศที่นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานอย่างเหมาะสม ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ไม่ป่วยไม่ตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความชุกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ประชากรกลุ่มวัยทำงาน ในเขตสุขภาพที่ 10
- 2) ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประชากรกลุ่มวัยทำงาน ในเขตสุขภาพที่ 10
- 3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชนิดที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ประชากรกลุ่มวัยทำงาน ในเขตสุขภาพที่ 10

3. กรอบแนวคิด



4. วิธีดำเนินการวิจัย

4.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากสมุดสุขภาพประชาชน (H4U) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างเดือน มกราคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2565

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (population) คือ ประชาชนวัยทำงาน ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร และมุกดาหาร จำนวน 1,772,167 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากสมุดสุขภาพประชาชน (H4U) จำนวน 33,389 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คัดออก ใช้เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ มีภูมิลำเนาในเขตสุขภาพที่ 10 อายุระหว่าง 35 ถึง 59 ปี เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีโรคประจำตัวอื่นที่ไม่ใช่โรคติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง และไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์ โดยจากเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าคัดออก ที่กำหนดได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25,092 คน มีอำนาจทดสอบ (Power of test) ประมาณร้อยละ 98-100 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เพียงพอต่อการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง เมื่อคุมตัวแปรอื่น

4.4 เครื่องมือในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากสมุดสุขภาพประชาชน (H4U) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นแอปพลิเคชันที่จัดทำขึ้นร่วมกันเพื่อสนับสนุนการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพและการสาธารณสุขสำหรับประชาชน ในรูปแบบดิจิทัลที่ประชาชนดาวน์โหลดและลงบันทึกด้วยตนเอง ซึ่งสามารถจำแนกเป็นแบบข้อมูลตาม Google Form โดยผู้วิจัยได้เลือกตัวแปรในการศึกษาจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา โดยใช้ทั้งหมด 3 แบบฟอร์มมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ 1) แบบฟอร์ม ข้อมูลคุณลักษณะ ได้แก่ จังหวัด ที่อยู่ (รหัสตำบล อำเภอ และจังหวัด) เพศ อายุ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานะสุขภาพและโรคประจำตัว 2) แบบฟอร์ม พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การกินอาหารรสเค็ม การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน การออกกำลังกาย พฤติกรรมเนือยนิ่ง การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ และ 3) แบบฟอร์ม ประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนที่มีอายุ 35-59 ปี เขตสุขภาพที่ 10

4.5 การรวบรวมและประมวลผลข้อมูล

ดำเนินการระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 1) ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป 2) ตรวจสอบความถูกต้องในการเชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งข้อมูล 3) ทดสอบการแจกแจงข้อมูลทางสถิติ (Distribution) ตามข้อกำหนดทางสถิติวิเคราะห์ (Assumption) 4) นำข้อมูลไปวิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

4.6 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA version 15 Texas USA 2007 (ลิขสิทธิ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) โดยใช้เทคนิคทางสถิติ ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

4.6.1 สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การบรรยายคุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง กรณีข้อมูลแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) กรณีข้อมูลต่อเนื่องใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) และวิธีการทางสถิติที่ใช้เพื่อตอบวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการความชุกการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง ด้วยสูตร (จำนวนผู้ป่วยที่มีอยู่/ประชากรทั้งหมดในพื้นที่) × ค่าคงที่จุดเวลาหนึ่ง

4.6.2 สถิติเชิงอนุมานที่ใช้เพื่อตอบวัตถุประสงค์การศึกษา

สถิติเชิงอนุมานในการใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อยด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) เพื่อระบุความสัมพันธ์โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้ 1) การวิเคราะห์แบบทวิภาค (Bivariate) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple logistic regression) จะแสดงค่า Odd Ratio อย่างหยาบ (Crude OR) และ 95%CI ของ Crude OR 2) การวิเคราะห์แบบครวหลายตัวแปร (Multivariable analysis) โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (Multiple Logistic Regression) เริ่มจากนำตัวแปรต้นทุกตัวจากการวิเคราะห์อย่างหยาบ (crude analysis) ก่อนหน้า เข้าสู่โมเดล จากนั้นพิจารณาจัดตัวแปรที่ไม่มีผลต่อโมเดลออก ด้วยวิธี Backward elimination จนได้โมเดลสุดท้าย (final model) ที่รวมเฉพาะตัวแปรที่มีผลต่อโมเดล นำเสนอขนาดของความสัมพันธ์เป็นค่า Adjusted OR (AOR) และ 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

5. ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าคัดออก จำนวน 25,092 คน ในเขตสุขภาพที่ 10 (ตารางที่ 1 และ 2) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัย ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีผู้มีความรู้ด้านสุขภาพ เพศ ช่วงอายุการ ประกอบอาชีพ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง และด้านพฤติกรรม พบว่ามีเพียงการกินอาหารรสเค็ม ที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ความรู้ด้านสุขภาพ คุณลักษณะส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=25,092)

ปัจจัย	ไม่เป็นโรคเบาหวาน	เป็นโรคเบาหวาน	p-value
	ชนิดที่ 2 (n=2,213)	ชนิดที่ 2 (n=1,955)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ความรู้ด้านสุขภาพ			
ระดับความรู้ด้านสุขภาพ			
เพียงพอ	7,053 (30.48)	677 (34.63)	<0.001*
ไม่เพียงพอ	16,084 (69.59)	1,278 (65.37)	
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
เพศ			
ชาย	6,992 (30.22)	412 (21.07)	<0.001*
หญิง	16,145 (69.78)	1,543 (78.93)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 (n=2,2137) จำนวน (ร้อยละ)	เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 (n=1,955) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อายุ (ปี)			<0.001*
35-44	6,981 (30.17)	250 (12.79)	
45-59	16,156 (69.83)	1,705 (87.21)	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	48.98 (6.35)		
อาชีพ			<0.001*
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ ลูกจ้างรัฐ	2,123 (9.18)	95 (4.86)	
พนักงานเอกชน/ ธุรกิจส่วนตัว	2,879 (12.44)	261 (13.35)	
เกษตรกร/ รับจ้าง	18,135 (78.73)	1,599 (81.79)	
ดัชนีมวลกาย			<0.001*
เกณฑ์ปกติ (≤ 25)	16,028 (69.27)	1,128 (57.70)	
เกินเกณฑ์ (> 25)	7,109 (30.73)	827 (42.30)	
พฤติกรรมสุขภาพ			
การกินอาหารรสเค็ม			0.653
ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็ม	5,898 (25.49)	502 (25.68)	
เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง	14,593 (63.07)	1,217 (62.25)	
เติมเครื่องปรุงรสเค็มทุกครั้ง	2,646 (11.44)	236 (12.07)	
การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน			<0.001*
≤ 3 ครั้งต่อสัปดาห์	6,180 (26.71)	398 (20.36)	
> 3 ครั้งต่อสัปดาห์	16,957 (73.29)	1,557 (79.64)	
การออกกำลังกาย			
≥ 150 นาที/ สัปดาห์	15,232 (65.83)	1,139 (58.26)	<0.001*
< 150 นาที/ สัปดาห์	7,905 (34.17)	816 (41.74)	
พฤติกรรมเนือยนิ่ง			<0.001*
0-2 วัน/ สัปดาห์	8,516 (36.81)	613 (31.36)	
3-5 วัน/ สัปดาห์	10,416 (45.02)	950 (48.59)	
6-7 วันต่อสัปดาห์	4,205 (18.17)	392 (20.05)	
การสูบบุหรี่			<0.001*
ไม่สูบ	20,568 (88.90)	1,837 (93.96)	
สูบ/ เคยสูบ	2,569 (11.10)	118 (6.04)	
การดื่มแอลกอฮอล์			<0.001*
ไม่ดื่ม	14,243 (61.56)	1,391 (71.15)	
ดื่ม 1-4 ครั้งต่อเดือน	7,732 (33.42)	501 (25.63)	
ดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวัน	1,162 (5.02)	63 (3.22)	

Note * = มีนัยสำคัญทางสถิติ ทดสอบด้วย Fisher's exact test

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และ ของกลุ่มตัวอย่าง โรคความดันโลหิตสูง (n=25,092)

ปัจจัย	ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (n=22,604) จำนวน (ร้อยละ)	เป็นโรคความดันโลหิตสูง (n=2,488) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ			<0.001*
เพียงพอ	6,879 (30.43)	851 (34.20)	
ไม่เพียงพอ	15,725 (69.57)	1,637 (65.80)	
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
เพศ			<0.001*
ชาย	6,797 (30.07)	607 (24.40)	
หญิง	15,807 (69.93)	1,881 (75.60)	
อายุ (ปี)			<0.001*
35-44	6,944 (30.72)	287 (11.54)	
45-59	15,660 (69.28)	2,201 (88.46)	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	48.98 (6.35)		
อาชีพ			0.001*
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ ลูกจ้างรัฐ	2,047 (9.06)	171 (6.87)	
พนักงานเอกชน/ ธุรกิจส่วนตัว	2,802 (12.40)	338 (13.59)	
เกษตรกร/ รับจ้าง	17,755 (78.55)	1,979 (79.54)	
ดัชนีมวลกาย			<0.001*
เกณฑ์ปกติ (≤ 25)	15,914 (70.40)	1,242 (49.92)	
เกินเกณฑ์ (> 25)	6,690 (29.60)	1,246 (50.08)	
พฤติกรรมสุขภาพ			
การกินอาหารรสเค็ม			0.756
ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็ม	5,585 (11.44)	297 (11.94)	
เติมเครื่องปรุงรสเค็มบางครั้ง	14,252 (63.05)	1,558 (62.62)	
เติมเครื่องปรุงรสเค็มทุกครั้ง	5,767 (25.51)	633 (25.44)	
การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน			<0.001*
≤ 3 ครั้งต่อสัปดาห์	6,024 (26.65)	554 (22.27)	
> 3 ครั้งต่อสัปดาห์	16,580 (73.35)	1,934 (77.73)	
การออกกำลังกาย			<0.001*
≥ 150 นาที/ สัปดาห์	14,864 (65.76)	1,507 (60.57)	
< 150 นาที/ สัปดาห์	7,740 (34.24)	981 (39.43)	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (n=22,604)	เป็นโรคความดันโลหิตสูง (n=2,488)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
พฤติกรรมเนือยนิ่ง			<0.001*
0-2 วัน/ สัปดาห์	4,098 (18.13)	499 (20.06)	
3-5 วัน/ สัปดาห์	10,193 (45.09)	1,173 (47.15)	
6-7 วันต่อสัปดาห์	8,313 (36.78)	816 (32.80)	
การสูบบุหรี่			<0.001*
ไม่สูบ	20,088 (88.87)	2,317 (93.13)	
สูบ/ เคยสูบ	2,516 (11.13)	171 (6.87)	
การดื่มแอลกอฮอล์			<0.001*
ไม่ดื่ม	13,953 (61.73)	1,681 (67.56)	
ดื่ม 1-4 ครั้งต่อเดือน	7,523 (33.28)	710 (28.54)	
ดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวัน	1,128 (4.99)	97 (3.90)	

Note * = มีนัยสำคัญทางสถิติ ทดสอบด้วย Fisher's exact test

การประมาณค่าความชุกการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อย (ตารางที่ 3) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 1,955 คน ร้อยละ 7.79 (95%CI: 7.46 to 8.13) เป็นโรคความดันโลหิตสูง 2,488 คน ร้อยละ 9.92 (95%CI: 9.96 to 10.29) และเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูง 670 คน ร้อยละ 2.67 (95%CI: 2.47 to 2.88)

ตารางที่ 3 ค่าความชุกการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=25,092)	ค่าความชุก		
	จำนวน	ร้อยละ	95% CI
โรคเบาหวานชนิดที่ 2	1,955	7.79	7.46 to 8.13
โรคความดันโลหิตสูง	2,488	9.92	9.96 to 10.29
เบาหวาน+ความดันโลหิต	670	2.67	2.47 to 2.88

ผลการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ร้อยละ 30.81 มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพออยู่ในระดับปานกลาง ถึง น้อย และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นกับการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อย พบว่า 1) ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อควบคุมปัจจัย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน การออกกำลังกาย พฤติกรรมเนือยนิ่ง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอในระดับดี ถึง ดีมาก เป็นปัจจัยป้องกันการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 13 (AOR =0.87; 95%CI: 0.79 to 0.97; P=<0.001) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ถึง น้อย 2) ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อควบคุมปัจจัย เพศ

อายุ ดัชนีมวลกาย การกินอาหารรสเค็ม การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน การออกกำลังกาย พฤติกรรมเนือยนิ่ง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอในระดับ ดี ถึง ดีมาก เป็นปัจจัยป้องกันการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15 (AOR = 0.85; 95%CI: 0.78 to 0.93; $P < 0.001$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ถึง น้อย 3 แสดงดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ครวละหลายปัจจัยในคราวเดียวกันระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นกับการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัย	จำนวน	% DM	COR	AOR	95%CI	<i>p-value</i>
โรคเบาหวานชนิดที่ 2	1,955	7.79	N/A	N/A	N/A	
ความรู้ด้านสุขภาพ						0.010*
ปานกลาง-น้อย	677	8.76	1	1		
ดี-ดีมาก	1,278	7.36	0.83	0.87	0.79 to 0.97	
เพศ						< 0.001*
ชาย	412	5.56	1	1		
หญิง	1,543	8.72	1.62	1.30	1.15 to 1.48	
อายุ (ปี)						< 0.001*
35-44	319	3.81	1	1		
45-59	1,636	7.79	2.73	2.60	2.30 to 2.94	
ดัชนีมวลกาย						< 0.001*
เกณฑ์มาตรฐาน	1,128	6.57	1	1		
เกินเกณฑ์มาตรฐาน	827	10.42	1.65	1.54	1.40 to 1.70	< 0.001*
เครื่องดื่มรสหวาน						
<= 3 ครั้งต่อสัปดาห์	398	6.05	1	1		
> 3 ครั้งต่อสัปดาห์	1,557	8.41	1.43	1.36		
การออกกำลังกาย						< 0.001*
>= 150 นาที/ สัปดาห์	1,139	6.96	1	1		
< 150 นาที/ สัปดาห์	816	9.36	1.38	1.32	1.20 to 1.46	
พฤติกรรมเนือยนิ่ง						< 0.001*
0-2 วัน/ สัปดาห์	613	6.71	1	1		
3-5 วัน/ สัปดาห์	950	8.36	1.27	1.22	1.10 to 1.36	
6-7 วันต่อสัปดาห์	392	8.53	1.30	1.42	1.24 to 1.63	
การสูบบุหรี่						< 0.001*
ไม่สูบ	1,837	8.20	1	1		
สูบ/เคยสูบ	118	4.39	0.51	0.75	0.60 to 0.93	

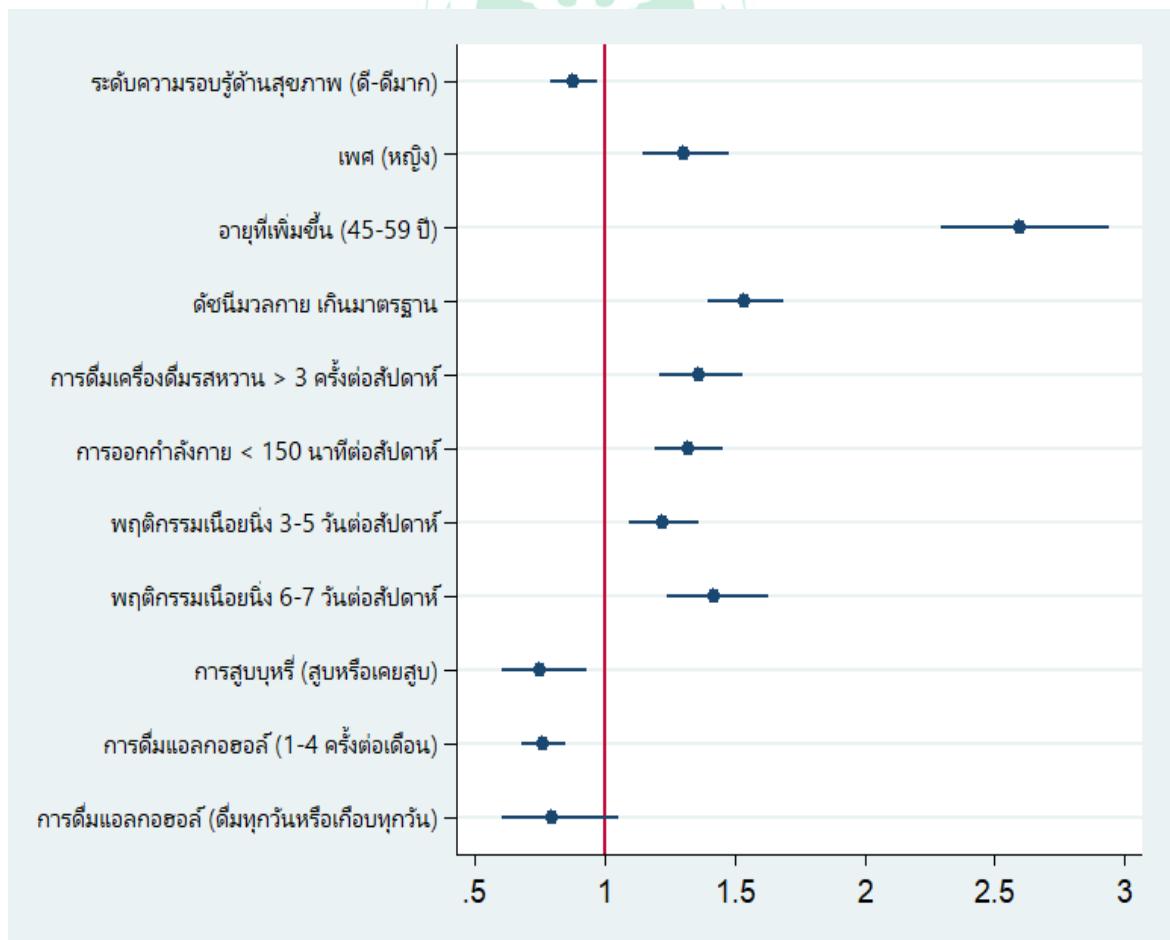
ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	% DM	COR	AOR	95%CI	p-value
การดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่ดื่ม	1,391	8.90	1	1		< 0.001*
ดื่ม 1-4 ครั้งต่อเดือน	501	6.09	0.66	0.76	0.68 to 0.85	
ดื่มทุกวันหรือ เกือบทุกวัน	63	5.14	0.55	0.80	0.61 to 1.05	

N/A = Not applicable

Note: * = มีนัยสำคัญทางสถิติ ประเมินความสัมพันธ์ด้วย Multivariable analysis

ภาพที่ 1 แสดงขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นกับการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายงานด้วยค่า Adjusted Odd Ratio (AOR)



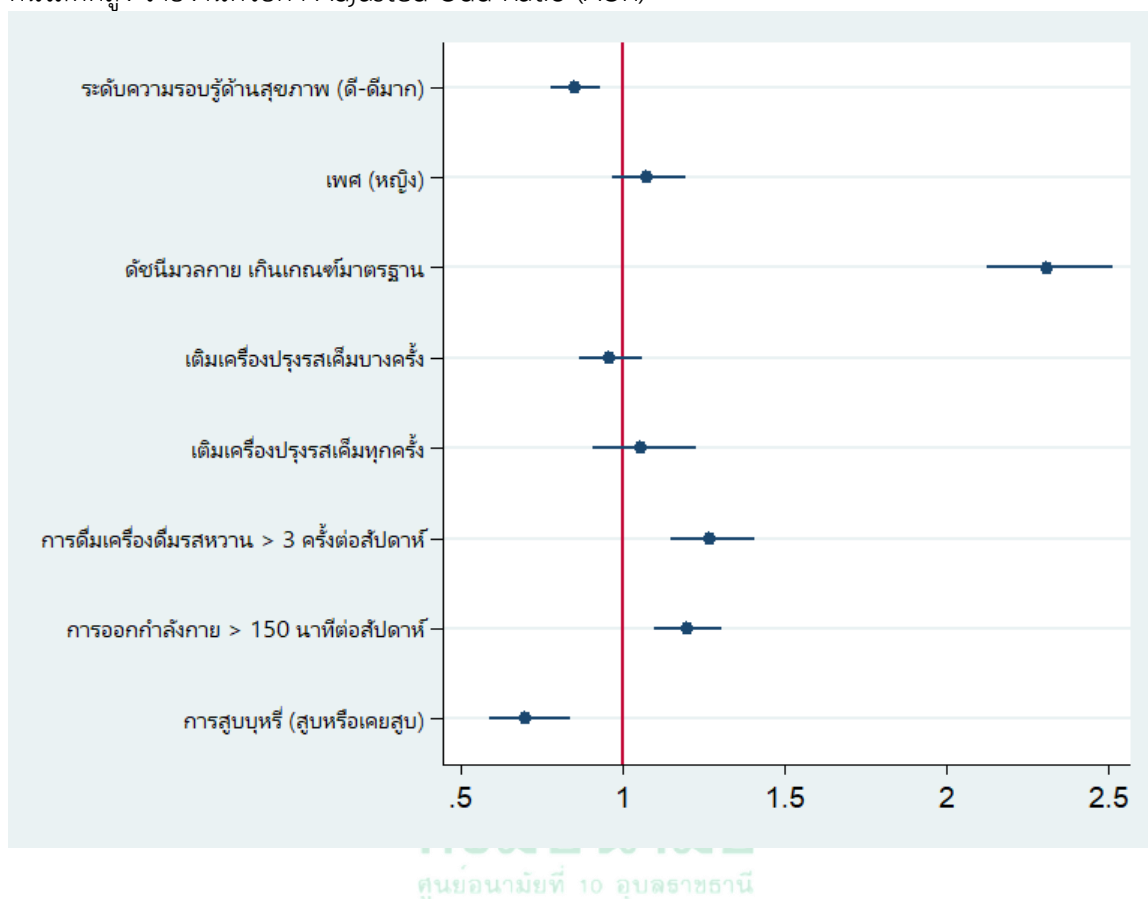
ตารางที่ 5 การวิเคราะห์คร่าวหลายปัจจัยในคราวเดียวกันระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นกับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัย	จำนวน	% HT	COR	AOR	95%CI	p-value
โรคความดันโลหิตสูง	2,488	9.92	N/A		N/A	N/A
ระดับความรู้ด้านสุขภาพ						0.001*
ปานกลาง-น้อย	851	11.01	1	1		
ดี-ดีมาก	1,637	9.43	0.84	0.85	0.78 to 0.93	
เพศ						0.181
ชาย	607	8.20	1	1		
หญิง	1,881	10.63	1.33	1.07	0.97 to 1.97	
ดัชนีมวลกาย						<0.001*
เกณฑ์มาตรฐาน	1,242	7.24	1	1		
เกินเกณฑ์มาตรฐาน	1,246	15.70	2.39	2.31		
การกินอาหารรสเค็ม						0.320
ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็ม	633	9.89	1			
เติมเครื่องปรุงรสเค็ม	1,558	9.85	0.96	0.96	0.87 to 1.06	
บางครั้ง						
เติมเครื่องปรุงรสเค็ม	297	10.31	1.05	1.05	0.90 to 1.23	
ทุกครั้ง						
การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน						<0.001*
<= 3 ครั้งต่อสัปดาห์	554	8.42	1	1		
> 3 ครั้งต่อสัปดาห์	1,934	10.45	1.27	1.27	1.15 to 1.41	
การออกกำลังกาย						<0.001*
>= 150 นาที/ สัปดาห์	1,507	9.21	1	1		
< 150 นาที/ สัปดาห์	981	11.25	1.25	1.20	1.10 to 1.31	
การสูบบุหรี่						<0.001*
ไม่สูบ	2,317	10.34	1	1	0.59 to 0.84	
สูบ/เคยสูบ	171	6.36	0.60	0.70		

N/A = Not applicable

Note: * = มีนัยสำคัญทางสถิติ ประเมินความสัมพันธ์ด้วย Multivariable analysis

ภาพที่ 2 แสดงขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นกับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง รายงานด้วยค่า Adjusted Odd Ratio (AOR)



6. อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความชุกร้อยละ 7.79 เมื่อเทียบเคียงกับการศึกษาอื่นรวมถึงรายงานการสำรวจที่ผ่านมาซึ่งมีความชุกที่น้อยกว่าการสำรวจในเขตสุขภาพที่ 10 ปี พ.ศ. 2561 พบโรคเบาหวานร้อยละ 24.75 เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 415.61 ต่อแสนประชากร⁽⁸⁾ และจากการศึกษาในปี พ.ศ. 2564 ที่พบความชุกร้อยละ 11.6⁽¹⁾ มีแนวโน้มการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อยเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกับสถานการณ์ภาพรวมของประเทศ แต่ที่สำคัญคือมีคนเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่รู้ว่าเป็นถึงร้อยละ 50 ส่วนอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานทั่วโลกยังพบเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และจากข้อมูลรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 2563 และ 2565 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ยังมีแนวโน้มคงที่คือ 349,756 คน 311,807 คน และ 349,542 คน ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพการดำเนินงานในระยะ 5 ปีจนถึงปัจจุบัน ยังไม่ประสบความสำเร็จในการลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่⁽²⁵⁾ 2) โรคความดันโลหิตสูงในการศึกษานี้ พบความชุกร้อยละ 9.92 ใกล้เคียงกับรายงานการสำรวจเขตสุขภาพที่ 10 ปี พ.ศ. 2561 พบ ร้อยละ 8.93 โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ 1130.05 ต่อประชากรแสนคน ทำให้เห็นว่าเขตสุขภาพที่ 10 มีแนวโน้มการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อยเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกับสถานการณ์ภาพรวมของประเทศ แต่ภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 10 พบมีความชุกน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้โดยในปี พ.ศ. 2552 พบร้อยละ 15 และปี พ.ศ. 2557 พบร้อยละ 24.7⁽²⁶⁾ โดยกว่าร้อยละ 46 ผู้ที่เป็นจะไม่ทราบว่าตนเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่ได้วินิจฉัยและได้รับการรักษาตามกระบวนการ⁽⁷⁾

จากผลการศึกษานี้ ความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อยเหล่านี้ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ ก่อนหน้านั้น ได้ค่าความชุกที่ต่ำกว่าทุกการศึกษา เนื่องจากการศึกษานี้

ได้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ที่ใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยการสอบถามออนไลน์ในการประเมินผลลัพธ์การเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้ใช้วิธีการตรวจร่างกาย หรือการตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยโรค ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่ค่าความชุกจะต่ำกว่าความเป็นจริง อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรค หรือผู้ป่วยอาจไม่ต้องการให้ข้อมูล ดังนั้นขนาดปัญหาแท้จริงจึงน่าจะมีจำนวนของผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อยมากกว่า ผลการศึกษาของเรา สูงเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 40-50 และหากเป็นเช่นนั้น ความรุนแรงและขนาดของปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 10 จะถือได้ว่าเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับแก้ไขลำดับต้น ๆ เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคในพื้นที่ เพราะหากยังไม่มีวิธีการหรือนวัตกรรมใหม่ โดยเฉพาะนวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นปัจจัยกำหนดที่สำคัญของการส่งเสริมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้เหล่านี้ ด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยป้องกันด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสม ย่อมจะส่งผลให้ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาเรื้อรังและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

การประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่ามีความรู้ไม่เพียงพออยู่ในระดับปานกลาง ถึง ต่ำ ร้อยละ 30.81 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจก่อนหน้านี้ ในปี พ.ศ. 2558 ของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ด้าน 3อ 2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ไม่ดื่มสุรา) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) พบว่า ผู้มีความรู้อยู่ในระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 59.4 และในปี 2562 โดยกรมอนามัย⁽²⁶⁾ พบว่า คนไทยมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.09 โดยเฉพาะผู้ที่มิ Line/Facebook และมีปัญหาทางการได้ยิน นอกจากนี้ คนไทยยังมีข้อจำกัดในการสืบค้นและค้นหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ โดยเฉพาะเรื่องผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ เมื่อแยกรายเขต เขตสุขภาพที่ 10 มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากที่สุดถึงร้อยละ 24.05 จะเห็นได้ว่าในเขตสุขภาพที่ 10 มีความรู้ด้านสุขภาพจากการศึกษานี้ไม่เพียงพอมากกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ด้วยหลักฐานทางการศึกษาที่สนับสนุนว่าการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽²³⁾ และยังสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข⁽²⁷⁾ ตามยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) ในแผนงานที่ 2 การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อลดอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่ รวมถึงจัดการปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตในประเทศไทย นอกจากนี้ยังมีแผนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปัจจัยเสี่ยงร่วมที่เกี่ยวข้องกับ NCDs เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การควบคุมยาสูบ นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การลดโซเดียมในประเทศไทย แผนหัวใจและหลอดเลือด และ แผนยุทธศาสตร์กิจกรรมทางกาย ดังนั้น ภาคประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงต้องมีการวางแผนร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนให้เพียงพอต่อการป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อย 1) ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อควบคุมปัจจัย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน การออกกำลังกาย พฤติกรรมเนือยนิ่ง การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอในระดับดี ถึง ดีมาก เป็นปัจจัยป้องกันการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 13 (AOR = 87; 95%CI: 0.79 to 0.97; $P < 0.001$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ถึง น้อย จากผลดังกล่าวปัจจัยที่สนใจ คือความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การปรับปรุงความรู้ด้านสุขภาพอาจเป็นกลยุทธ์การป้องกันที่เป็นไปได้ แต่จากการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์แบบ Meta-analysis^(28, 29) จาก 115 การศึกษา ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2559 พบว่า คนที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ยังมีความ

ไม่ชัดเจนว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือไม่ ดังนี้ 1) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเอง 3) ความแตกต่างทางเพศ 4) ประสิทธิภาพของมาตรการเพื่อปรับปรุงความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5) ความคุ้มค่าของการของมาตรการเพื่อปรับปรุงความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 6) อิทธิพลขององค์กรสภาพแวดล้อมที่มีต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และถึงแม้จะยังไม่มีคำตอบชัดเจนแต่ทั้งนี้ก็ยังมีการศึกษาอื่น ๆ ที่น่าสนใจในปีหลัง ๆ และที่มีผลการศึกษาว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น การศึกษาภาคตัดขวางตามประชากรในเยอรมนี⁽²²⁾ พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปร อาสาสมัครที่มี “ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ” ได้คะแนน German Diabetes Risk Score (GDRS) สูงกว่า 2.38 คะแนน (95% CI 0.378 ถึง 4.336; $P = 0.020$) และมีโอกาสเสี่ยงต่อการประเมินการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้น 2.04 เท่า (95% CI 1.33 ถึง 3.14; $P = 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มี “ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ” 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อควบคุมปัจจัย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย การกินอาหารรสเค็ม การดื่มเครื่องดื่มรสหวาน การออกกำลังกาย พฤติกรรมเนือยนิ่ง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอในระดับ ดี ถึง ดีมาก เป็นปัจจัยป้องกันการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15 (AOR = 85; 95%CI: 0.78 to 0.93; $P < 0.001$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ถึง น้อย แต่จากการทบทวนจากอดีตจนถึงปี 2017 จำนวน 20 รายงานการศึกษาในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรอบรู้ไม่เพียงพอ มีหลักฐานไม่สอดคล้องกันของความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ทางคลินิกของความดันซิสโตลิก (systolic and diastolic) และไดแอสโตลิก (systolic and diastolic)⁽³⁰⁾ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนงานวิจัยเพิ่มเติม พบว่ามีรายงานที่สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้กับโรคความดันโลหิตสูง ในประเทศญี่ปุ่น⁽³¹⁾ พบว่าคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าคะแนน functional HL มีแนวโน้มที่จะมีประวัติความดันโลหิตสูง ($P=0.003$) และโรคเบาหวาน ($P=0.02$)

จึงพอสรุปผลการศึกษาได้ว่า คนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ในระดับดี ถึง ดีมาก จะช่วยเพิ่มโอกาสการป้องกันการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทั้งนี้ค่าความเสี่ยง (AOR) จากการศึกษาไม่สูงมากนัก แสดงให้เห็นว่าการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อยได้ แต่ส่งผลยังไม่มากนัก ผู้ปฏิบัติงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรต้องเพิ่มประสิทธิภาพของการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ชัดเจนและดียิ่งขึ้น

7. ข้อเสนอแนะ

7.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

1) ควรส่งเสริมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์ต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อยเพื่อนำไปเพิ่มประสิทธิภาพของนโยบาย แผนงาน และมาตรการเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนให้เข้มข้นขึ้น เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีในการป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดที่พบได้บ่อยในเขตสุขภาพที่ 10

2) ควรประยุกต์ความรู้ด้านสุขภาพกับแนวคิดและทฤษฎีอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยป้องกัน และปรับปรุงมาตรการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

7.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษาทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อพิจารณาถึงความคุ้มค่าในการลงทุนด้านสุขภาพ ด้วยนโยบาย แผนงาน และมาตรการในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนนำไปสู่การปฏิบัติหรือ ชะลอ ยุติ ในบางประเด็นที่ไม่คุ้มค่า
- 2) ควรมีการศึกษาภาคทัศน์ ในประเด็นนโยบาย แผนงานการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อคาดการณ์และประเมินผลในอนาคต
- 3) ควรมีการศึกษาวิจัยประเมินผลนโยบาย แผนงาน มาตรการและผลลัพธ์ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่ดำเนินการในพื้นที่ ในประชากรวัยทำงาน และกลุ่มอายุที่น้อยลงเนื่องจากการมีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นในช่วงวัยอื่น ๆ

8. เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562 พฤษภาคม 2563.
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2562. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดิไซน์; รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562.
3. WHO. Diabetes 2022 [cited 2023 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
4. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, สัญชัย ชาสสมบัติ. การศึกษาสถานการณ์การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประเทศไทย: กองโรคไม่ติดต่อ 2560 2560 [cited 2023 31 June]. Available from: <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable>
5. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019. Results. 2020 [cited 2023 26]. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.
6. ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร, อลงกรณ์ ฉลาดสุข, พิมพ์ชนก เกียรติอด, ภัทร อภิวัฒน์กุล, ขวัญกมล ถนัดคำ. รายงานการศึกษาเรื่อง: ประเมินการค่าใช้จ่ายสาธารณสุขด้านสุขภาพในอีก 15 ปีข้างหน้า. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2561.
7. WHO. Hypertention 2022 [cited 2023 1 Feb]. Available from: https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab_2.
8. จินทภา อันพิมพ์, จตุพร ผลเกิด. การสร้างทีมที่เล็งระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน "ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs" (CBI NCDs). สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี กรมควบคุมโรค; 2564.
9. WHO. Noncommunicable diseases 2022 [cited 2023 26 Jan]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
10. Zhang Y, Pan XF, Chen J, Xia L, Cao A, Zhang Y, et al. Combined lifestyle factors and risk of incident type 2 diabetes and prognosis among individuals with type 2

- diabetes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Diabetologia*. 2020;63(1):21-33.
11. Guariguata L, Brown C, Sobers N, Hambleton I, Samuels TA, Unwin N. An updated systematic review and meta-analysis on the social determinants of diabetes and related risk factors in the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e171.
 12. Bellou V, Belbasis L, Tzoulaki I, Evangelou E. Risk factors for type 2 diabetes mellitus: An exposure-wide umbrella review of meta-analyses. *PLoS One*. 2018;13(3):e0194127.
 13. Coughlin SS. Post-traumatic Stress Disorder and Cardiovascular Disease. *Open Cardiovasc Med J*. 2011;5:164-70.
 14. Pappan N, Rehman A. Dyslipidemia. *StatPearls* [Internet]. 2022.
 15. Tesfa E, Demeke D. Prevalence of and risk factors for hypertension in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *Health Sci Rep*. 2021;4(3):e372.
 16. Okui T, Park J. Difference in the prevalence of hypertension and its risk factors depending on area-level deprivation in Japan. *BMC Res Notes*. 2022;15(1):37.
 17. Del Rio AI, Moreno Velasquez I, Roa R, Montenegro Mendoza R, Motta J, Quintana HK. Prevalence of hypertension and possible risk factors of hypertension unawareness among individuals aged 30-75 years from two Panamanian provinces: Results from population-based cross-sectional studies, 2010 and 2019. *PLoS One*. 2022;17(11):e0276222.
 18. American Diabetes Association.(ADA). (2012). Standards of Medical Care in Diabetes 2012. *care.diabetesjournals.org*, 35(SUPPLEMENT 1), s11-s63.
 19. Gau GT, Wright RS. Pathophysiology, diagnosis, and management of dyslipidemia. *Curr Probl Cardiol*. 2006;31(7):445-86.
 20. Mamdouh H, Alnakhi WK, Hussain HY, Ibrahim GM, Hussein A, Mahmoud I, et al. Prevalence and associated risk factors of hypertension and pre-hypertension among the adult population: findings from the Dubai Household Survey, 2019. *BMC Cardiovasc Disord*. 2022;22(1):18.
 21. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart disease and stroke statistics-2016 update: a report from the American Heart Association. *circulation*. 2016;133(4):e38-e360.
 22. Tajdar D, Lühmann D, Fertmann R, Steinberg T, van den Bussche H, Scherer M, et al. Low health literacy is associated with higher risk of type 2 diabetes: a cross-sectional study in Germany. *BMC public health*. 2021;21(1):1-12.
 23. วิมล โรมา, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, มธุรส ทิพยมงคลกุล. การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1). *กรมอนามัย* 2560.

24. WHO. Health literacy development for the prevention and control of NCDs 2022 [cited 2023 4 May]. Available from: <https://www.who.int/groups/gcm/health-literacy-development-for-ncd-prevention-and-control>.
25. Health Data Center (HDC). อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานรายใหม่ 2566 [cited 2023 27 June]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=418ae93a872547ebe2fbf0ff4f73e65e.
26. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป. บริษัทห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟินนี่พับลิชชิง; 2562.
27. กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570). 2565.
28. Abdullah A, Liew SM, Salim H, Ng CJ, Chinna K. Prevalence of limited health literacy among patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review. PloS one. 2019;14(5):e0216402.
29. Caruso R, Magon A, Baroni I, Dellafiore F, Arrigoni C, Pittella F, et al. Health literacy in type 2 diabetes patients: a systematic review of systematic reviews. Acta diabetologica. 2018;55:1-12.
30. Du S, Zhou Y, Fu C, Wang Y, Du X, Xie R. Health literacy and health outcomes in hypertension: an integrative review. International journal of nursing sciences. 2018;5(3):301-9.
31. Shibuya A, Inoue R, Ohkubo T, Takeda Y, Teshima T, Imai Y, et al. The relation between health literacy, hypertension knowledge, and blood pressure among middle-aged Japanese adults. Blood pressure monitoring. 2011;16(5):224-30.

HPC10Journal