

ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

Health Intelligence and Health Promoting Behaviors and Disease Prevention of the Elderly in Muang District, Phayao Province

เกศราพรหม พันธุ์ศรีเกตุ คงเจริญ^{1*} และ นันทิมา นาคาพงษ์²
Ketsaraphan punsrigate Khongjarean^{1*} and Nanthima Nakaphong²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ ความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่มีภาวะความจำบกพร่อง โดยได้รับการทดสอบด้วยเครื่องมือ MMSE (Mini-Mental State Examination) ยินดีให้การสัมภาษณ์และเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง การหลีกเลี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง และด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยมีกรปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ พฤติกรรมส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่ ถึงร้อยละ 80 และจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน ส่วนน้อยที่มีความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ

ข้อเสนอแนะควรมีการกำหนดตัวชี้วัดระดับพื้นที่ในเรื่องอัตราการรู้หนังสือ การเพิ่มช่องทางการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทาง สุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ กำหนดให้มีนโยบายการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และ ผู้สูงอายุ และกำหนดให้หน่วยงานทางด้านการศึกษาและหน่วยงานทางด้านส่งเสริมสุขภาพ จัดทำหลักสูตรการรู้เท่าทันสื่อ การ วิเคราะห์ ประเมินสื่อ การเฝ้าระวังสื่อ แก่ประชากรทุกระดับ

คำสำคัญ: ความฉลาดทางสุขภาพ ผู้สูงอายุ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

Abstract

The purposes of this study were as follows: 1) to study the level of the elders' health literacy quotient; and 2) to study the relationship between health literacy and health promotion behaviors and disease prevention. The research was done with 400 elders, both male and female, living in Mueang District, Phayao Province, able to communicate in Thai, and no memory impaired by tested with MMSE (Mini-Mental State Examination). Instrument used in the research were questionnaires and interviews. Statistics used in data analysis included frequency, percentage, mean, and standard deviation. The results revealed that the overall level of the elders' health literacy was moderate. Most behaviors such as self-care behaviors, avoided risk behavior,

¹ อาจารย์ ดร. ประจักษ์วิทยาลัยการศึกษา มหาวิทยาลัยพะเยา

² อาจารย์ ดร. ประจักษ์วิทยาลัยการศึกษา มหาวิทยาลัยพะเยา

*Corresponding author; email: bunthi_ta@hotmail.com

and take medicine regularly were practiced less than 80%. Based on qualitative data, the samples of health literacy were mostly at the functional health literacy level. Only minority was interactive health literacy and critical health literacy.

From the findings, suggested that should be set for literacy rates, increasing access to accurate and reliable sources of health information, creating a health literacy policy from childhood, adolescence, adulthood and the elders and establishing education and health promotion department, and preparing media literacy courses, media analysis, media monitor to the population at all levels.

Keywords: Health Intelligence, Elders, Health Promotion Behaviors, Disease Prevention in Elders

บทนำ

ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี 2545 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 9.4 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 และ 12.2 ในปี 2550 2554 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ 20 และในปี 2578 ประชากรสูงอายุเพิ่มสูงถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งระดับการสูงวัยของประชากรในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันไป ใน พ.ศ. 2557 ภาคเหนือ มีดัชนีการสูงวัยสูงสุด เมื่อเทียบกับภาคอื่น ๆ รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ด้านสถานการณ์จำนวนประชากรผู้สูงวัยและดัชนีการสูงวัยในจังหวัดพะเยา พบว่า ในปี 2556 มีจำนวนประชากรสูงวัย จำนวน 72,918 และดัชนีการสูงวัยร้อยละ 99.75 และเพิ่มขึ้นจำนวน 83,000 คน คิดเป็นร้อยละ 128.09 ในปี 2558 และจำนวน 127,800 คน คิดเป็นร้อยละ 270.19 ในปี 2573 ตามลำดับ นอกจากนี้แนวโน้มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยสาเหตุมาจากการมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน การเสื่อมโทรมตามวัย เช่น หูตึง กระดูกเสื่อม เป็นต้น มีการดูแลโดยตนเอง ครอบครัว ญาติพี่น้อง และชุมชน ด้านโครงสร้างครอบครัวของประชาชนในจังหวัดพะเยามีแนวโน้มปรับเปลี่ยนจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ในปี 2552 มีครอบครัวถึงร้อยละ 6.5 ที่มีผู้สูงอายุอยู่โดดเดี่ยว (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2556)

จากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประกอบกับความซับซ้อนของระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลในการทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ การให้บริการสุขภาพในปัจจุบันเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษามากขึ้น ข้อมูลทางด้านสุขภาพเป็นข้อมูลทางเทคนิคที่มีความซับซ้อน ยากต่อการทำความเข้าใจ เช่น ขั้นตอนในการรักษา คำอธิบายเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา การเซ็นใบยินยอมก่อนผ่าตัด การบริหารยาที่มีผลข้างเคียงสูง หนังสือแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการดูแลในระยยะสุดท้ายผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพจะสามารถเข้าถึงบริการ สุขภาพ ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เข้าใจปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ สามารถประเมินความถูกต้องและ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ มีความเข้าใจในระบบสุขภาพ สามารถซักถามหรือร้องขอข้อมูล ทางด้านสุขภาพ รู้สึกมั่นใจและมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความฉลาดทางสุขภาพจึงเป็นระดับความสามารถของการได้มาซึ่งข้อมูลทางด้านสุขภาพผ่านกระบวนการและทำความเข้าใจการจำแนกระดับของความฉลาดทางสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Nutbeam D., 2008 : 228) คือ ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ Functional Health Literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่ จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดย Kickbusch (Kickbusch, 2001 : 292) ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ Communicative/Interactive Health Literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพหุปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสาร ที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ หรือ Critical Health Literacy ได้แก่ ทักษะ

ทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการ สถานการณ์ ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ความฉลาดทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (Individual Action) และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคมการเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงประ โยชน์ ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

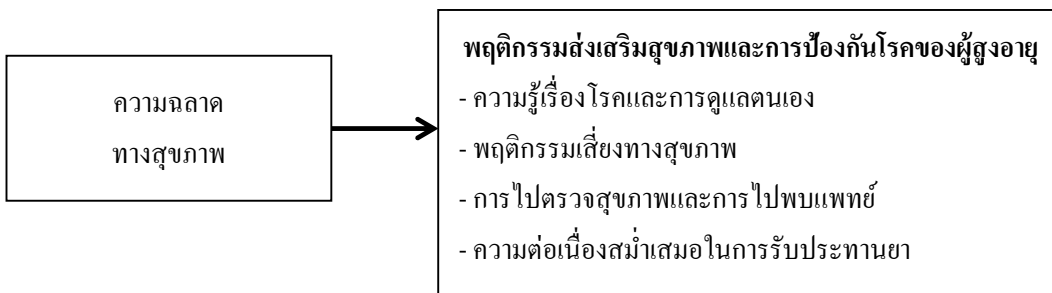
ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานด้านพัฒนาชุมชน จึงต้องการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเด็น ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุง พัฒนาการดำเนินงานให้สอดคล้องกับ สถานการณ์ปัจจุบันในพื้นที่ที่ศึกษา และนำไปพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของพื้นที่ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการเชื่อมโยงระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพโดย มีตัวแปร ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ การไปตรวจสุขภาพและการไปพบแพทย์ และความ ต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับปรึกษา ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ดังนี้



วิธีการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

ขอบเขตการวิจัย

ประชากร ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 20,404 คน (สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย, 2559) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่มีภาวะความจำบกพร่อง โดยได้รับการทดสอบด้วยเครื่องมือ MMSE ยินดีให้การสัมภาษณ์และเป็นกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในเทศบาลที่สังกัดในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ได้แก่ เทศบาลเมืองพะเยา เทศบาลตำบลท่าวังทอง, เทศบาลตำบลแม่กา, เทศบาลตำบลแม่ปืม, เทศบาลตำบลบ้านด้อม, เทศบาลตำบลบ้านต้า, เทศบาลตำบลบ้านสาง, เทศบาล

ตำบลบ้านใหม่, เทศบาลตำบลท่าจำปี, เทศบาลตำบลสันป่าม่วง จำนวน 400 คน ซึ่งได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตารางของ เครซี่ และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970; อ้างอิงใน ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ, 2553 : 190) โดยเป็นการเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เพื่อให้เหมาะสมกับปัญหาการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว

2. แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพ ใช้แนวคิดของ Nutbeam (2008 : 246) โดยแบ่งระดับความฉลาดทางสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ และระดับขั้นวิจารณ์ ซึ่งแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีคำถามทั้งหมด 18 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 18 - 90 คะแนน

3. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ การไปตรวจสุขภาพและการไปพบแพทย์ และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 20 - 100 คะแนน

4. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างปลายเปิด (Semi Structure Interview Questionnaires) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 1-1.30 ชั่วโมง ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน โดยเป็นการเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

5. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างปลายเปิด (Semi Structure Interview Questionnaires) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 1-1.30 ชั่วโมง ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ/จังหวัด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เทศบาล สำนักงานพัฒนาความมั่นคงและสังคม การศึกษานอกระบบ จำนวน 15 คน โดยเป็นการเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างปลายเปิด (Semi Structure Interview Questionnaires) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 1-1.30 ชั่วโมง ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองพะเยา เทศบาลตำบลท่าวังทอง เทศบาลตำบลแม่กา เทศบาลตำบลแม่ปืม เทศบาลตำบลบ้านด้อม เทศบาลตำบลบ้านต้า, เทศบาลตำบลบ้านสาง เทศบาลตำบลบ้านใหม่ เทศบาลตำบลท่าจำปี เทศบาลตำบลสันป่าม่วง จำนวน 30 คน โดยมาจากแต่ละเทศบาลฯ ละ 3 คน

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างปลายเปิด (Semi Structure Interview Questionnaires) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 1-1.30 ชั่วโมง ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ/จังหวัด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เทศบาล สำนักงานพัฒนาความมั่นคงและสังคม การศึกษานอกระบบ รวม 15 คน

3. การทำประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) เพื่อหาข้อเท็จจริง กระบวนการขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยมีประเด็นการประชุมกลุ่มย่อย ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จากแพทย์ที่รักษาประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน จากรายการโทรทัศน์ วิทยุ จากเฟซบุ๊กหรือไลน์ จากเอกสารแผ่นพับ จากปากต่อปาก

รวมถึงการค้นหาและเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพ 2) ความรู้ ความเข้าใจ ข้อมูลสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารทางสุขภาพ 4) ทักษะการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติตนเรื่องสุขภาพ 5) การจัดการตนเองในเรื่องสุขภาพ 6) การรู้เท่าทันสื่อ

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือจากวิทยาลัยการศึกษามหาวิทยาลัยพะเยา ถึงกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การบันทึกข้อมูลและการวิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้คอมพิวเตอร์ การนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เพื่อระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.50 มีอายุระหว่าง 60-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 34 การศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 68.80 มีสถานภาพอยู่เป็นคู่ คิดเป็นร้อยละ 59.00 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ประกอบอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 48.30 รองลงมาคือ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 28.80 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 600-1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 76.00 รายได้ที่ได้มาส่วนใหญ่ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 75.80 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ซึ่งได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไช้มัน เบาหวาน หัวใจ ไต เก๊าต์ ข้อเสื่อม และอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 59.50

ตอนที่ 2 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ ด้านการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร ส่วนด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด

ตอนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง รองลงมา คือ ด้านการไปตรวจสุขภาพและการไปพบแพทย์ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย และด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา เช่น หยุดยาเอง เมื่ออาการดีขึ้น และยืมยาของบุคคลอื่นมารับประทาน มีการปฏิบัติน้อยที่สุด/ไม่ปฏิบัติเลย

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

1. ความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคประจำตัว พบว่า อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเพศ รายได้ และการมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุกับความฉลาดทางสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการไปตรวจสุขภาพและการไปพบแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความฉลาดทางสุขภาพ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง ด้านพฤติกรรมเสี่ยง และด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ

สรุปและอภิปรายผล

1. จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาถึงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 42.8 มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.00 ไม่ได้เรียนหนังสือและร้อยละ 68.81 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา แนวโน้มของผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงจะมีความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าเนื่องจากคนที่รู้หนังสือน้อยหรือมีระดับการรู้หนังสือต่ำ (Low Literacy) จะมีผลต่อการใช้ข้อมูล ข่าวสาร การเข้ารับบริการสุขภาพ ทำให้ขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Health Canada, 2002; เบญจมาศ สุรมิตร ไมตรี, 2556) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Parker, et al. (1995) พบว่า ประชาชนที่รู้หนังสือน้อยหรือมีระดับการรู้หนังสือต่ำ (Low Literacy) จะส่งผลโดยตรง และทางอ้อมต่อสภาวะสุขภาพ เนื่องมาจากการอ่านออกเขียนได้ ทำให้คนนั้นสามารถเข้าถึงข้อมูล ได้ดีขึ้น สามารถที่จะค้นหาหรือแสวงหาข้อมูล ทำให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีความสามารถในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เนื่องจาก การรู้หนังสือ (Literacy) เป็นความสามารถในการอ่าน เขียน พูดภาษาหลัก การคำนวณ และคิดแก้ปัญหาการทำงานหรือการดำรงชีวิตในสังคมเพื่อให้ บรรลุเป้าหมายในชีวิตของตนเองและพัฒนาตนเองได้

เมื่อพิจารณาความฉลาดทางสุขภาพใน 3 ระดับ ทั้งระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy) คือทักษะที่จำเป็นต้องมีเพื่อให้สามารถนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) คือความสามารถเลือกใช้แยกแยะ และประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเอง และระดับวิจรรณญาณ (Critical Health Literacy) คือ ความสามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบ ประเมิน และนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ใน 6 ด้าน พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านความรู้ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 3.41, S.D. = 1.05) รองลงมา คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) และด้านการจัดการตนเอง (Self-Management) (ค่าเฉลี่ย 3.31, S.D. = 1.03, 1.06) ส่วนด้านทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.10, S.D. = 1.10) การที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าตนเองมีความฉลาดทางสุขภาพในทุกด้านอยู่ระดับปานกลางก็เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการนำข้อมูลข่าวสารไปใช้ในชีวิตประจำวัน ได้แต่ยังขาดความสามารถในการประเมินความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากสื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสื่อบุคคล สื่อมวลชน (วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์) สื่อเฉพาะกิจ (เอกสารแผ่นพับเฉพาะโรค กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่กล้าซักถามหรือร้องขอข้อมูลทางด้านสุขภาพ ความรู้สึกลังเลไม่มั่นใจ ขาดอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เนื่องด้วยปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ความซับซ้อนของระบบบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ทำให้ประชาชนถูกคาดหวังให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองมากขึ้น มีข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมากมายที่ควรทราบเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตนเองให้แข็งแรง รู้วิธีป้องกัน โรคภัยต่าง ๆ แต่เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่าง

2. จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการไปตรวจสุขภาพและการไปพบแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความฉลาดทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง ด้านพฤติกรรมเสี่ยง และด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ เมื่อพิจารณาถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำและปานกลางมีการดูแลสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 28.0 มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ร้อยละ 15.5 ขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา 22.3 ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของ Agency for Healthcare Research and Quality (2007) พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของบุคคล ความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำ ทำให้ไม่

เข้าใจกระบวนการเกิดโรค ไม่สามารถจดจำหรือเข้าใจคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น มีความเชื่อทางสุขภาพที่ขัดต่อ การดูแลรักษา ผู้ที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพที่จำกัด มักมีปัญหาเกี่ยวกับความผิดพลาดในการใช้ยา มีทักษะการตัดสินใจและ ทักษะการจัดการตนเองไม่ดี มีอัตราการเกิดโรคเรื้อรัง อัตราการรับบริการที่ห้องฉุกเฉินและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้น (Brach, C., et al., 2012) ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (WHO, 2009) ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษา โรคที่มีราคาแพง

ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพมีความซับซ้อน การใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเข้ามาช่วย ในการดูแลผู้รับบริการ ประกอบกับการให้บริการสุขภาพในปัจจุบันเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการรักษา ซึ่งข้อมูลทางด้านสุขภาพมักเป็นข้อมูลทางที่มีความซับซ้อนยากต่อการทำความเข้าใจ เช่น การอธิบายเกี่ยวกับ ทางเลือกในการรักษา การยินยอมให้รักษาด้วยยาที่มีความเสี่ยงสูง การเซ็นใบยินยอมก่อนผ่าตัด ฯลฯ ซึ่งมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ ความสามารถของผู้ป่วยในการทำความเข้าใจกับคำศัพท์ที่แพทย์และพยาบาลใช้พบว่า ถึงแม้ผู้ป่วยเข้าใจว่าแพทย์และพยาบาลกำลัง พูดยังเรื่องอะไร แต่มักเข้าใจได้ไม่ทั้งหมด หรือเข้าใจไม่ถูกต้อง (McCray, 2005) โดยเฉพาะการสื่อสารในสถานการณ์ที่มี ความวิตกกังวล ไม่แน่นอน หรือมีความรีบเร่ง เช่น ในภาวะที่มีความเจ็บป่วย ก้าว หรือความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จะส่งผล ให้การทำความเข้าใจหรือรับข้อมูลข่าวสารมีความยากลำบากมากขึ้น (อภิญา อินทรรัตน์, 2557) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่งผลให้ความสามารถในการเรียนรู้และการจดจำในสิ่งใหม่ลดลง เป็นผลมาจากการ เปลี่ยนแปลงในระบบประสาทในผู้สูงอายุ พบว่า น้ำหนักของสมองจะสูงสุดราว 1400 กรัม ที่อายุ 20 ปี และคงที่จนถึงอายุประมาณ 40 – 50 ปี จากนั้นลดลงราวร้อยละ 2 – 3 ต่อ 10 ปี จนกระทั่งอายุ 80 ปี น้ำหนักสมองจะลดลงราวร้อยละ 10 จากในวัยหนุ่มสาว เนื่องจากเซลล์ประสาทลดจำนวนลง ทำให้ขนาดของสมองเหี่ยวลง ช่องว่างระหว่างกลีบสมองถ่างกว้างออก สมองบางส่วนจะฝ่อ ตัวมากกว่าส่วนอื่น เช่น ส่วนที่รับผิดชอบเกี่ยวกับความคิดอ่าน สติปัญญาที่กลีบสมองส่วนหน้า หรือส่วนซึ่งรับผิดชอบเกี่ยวกับ ความจำที่ temporal cortex จะมีการสูญเสียเซลล์ประสาทมากที่สุดกว่าส่วนอื่น โดยเฉพาะความจำระยะสั้น ต้องใช้เวลานานขึ้นใน การนึกบททวน ส่วนความสามารถในการเรียนรู้จะลดลงเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

การศึกษาล่าสุดนี้พบว่ากลุ่มผู้ตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของตนเอง การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ พฤติกรรม ส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่ถึงร้อยละ 80 เมื่อพิจารณาจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน คือ ทักษะพื้นฐานในด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ความเข้าใจต่อรูปแบบ การให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เกศษกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย แต่ยังมีส่วนน้อยที่มีความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจรณ์ญาณ เนื่องจากยังมีข้อจำกัด ในการรู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารเชิงเปรียบเทียบ เพื่อสามารถเลือกทางเลือกที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ที่พบว่าความฉลาดทางสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไม่สามารถ จัดการตนเองด้านสุขภาพได้ (self-Management) หรือไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมได้ นอกจากนี้กลุ่มที่ มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ จะมีร้อยละการไม่ออกกำลังกายต่ำด้วย เนื่องด้วยการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง ทำให้กลุ่มที่รอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดระดับพื้นที่ ในเรื่องอัตราการรู้หนังสือ (Literacy Rate)

2. ควรมีการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้
3. กำหนดให้มีนโยบายการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็กวัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ
4. กำหนดให้หน่วยงานทางด้านการศึกษาและหน่วยงานทางด้านส่งเสริมสุขภาพ จัดทำหลักสูตรการเรียนรู้เท่าทันสื่อ การ

วิเคราะห์และประเมินสื่อ การเฝ้าระวังสื่อ แก่ประชากรทุกระดับตลอดถึงการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. การให้ข้อมูลทางสุขภาพควรมีการใช้สื่อทางสุขภาพที่หลากหลาย เช่น รูปภาพ วีดีโอ สาริต วิธีการปฏิบัติ เป็นภาษาที่อ่านที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เทคนิคและศัพท์ทางการแพทย์
2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ การบริการทางสุขภาพ เช่น บอร์ดให้ความรู้ป้ายบอกทางและสัญลักษณ์ต่างๆ รวมทั้งการประยุกต์ใช้เครื่องมือสื่อสารที่ผู้รับบริการเข้าถึงได้ง่าย เช่น โทรศัพท์ การใช้จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ข้อความสั้น ให้มาบริการตามนัด หรือให้ข้อมูลผู้ป่วยต้องปฏิบัติก่อนมาตรวจตามนัด
3. การจัดหาอาสาสมัครหรือผู้ช่วยเหลือในการให้ข้อมูลการตรวจรักษา สิทธิการรักษา การตรวจพิเศษต่างๆ การมาตรวจตามนัดในครั้งต่อไปแก่ผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการสุขภาพทุกระดับ
4. พัฒนาศักยภาพด้านการสื่อสารกับผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพ โดยให้คำนึงถึงความแตกต่างของผู้มารับบริการสุขภาพ ทั้งทางด้านการศึกษา วัฒนธรรม และความฉลาดทางสุขภาพ
5. พัฒนาทักษะความฉลาดทางสุขภาพ เพื่อยกระดับความฉลาดทางสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน
6. สถานบริการสุขภาพ ควรมีการพัฒนากระบวนการสื่อสารข้อมูลข่าวสารไปสู่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ และมีการประเมินประสิทธิผลของการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาเครื่องมือวัดและประเมินผลความฉลาดทางสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทสังคม วัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ
2. การวิจัยติดตามความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มประชากรที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ผู้ที่มีรายได้ต่ำ กลุ่มที่มีฐานะทางสุขภาพไม่ดี/มีโรคเรื้อรัง ชนกลุ่มน้อยในสังคม
3. การวิจัยและพัฒนา ตามองค์ประกอบต่างๆของความฉลาดทางสุขภาพ โดยเฉพาะระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) และระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy)

เอกสารอ้างอิง

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **ความฉลาดทางสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: นิวัฒธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.

ฉัตรสุมน พฤทธิภิญโญ. (2553). **หลักการวิจัยทางสังคม**. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.

เบญจมาศ สุรมิตร ไผตรี. (2556). **การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน**. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการต่างประเทศ.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). **ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน**. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.

สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย. (2559). **ข้อมูลสถิติผู้สูงอายุ ปี 2559**. กรุงเทพมหานคร: สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2556). **สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2555**. พะเยา : สำนักงาน.

- อภิญา อินทรรัตน์. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 174-178.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2007). **CAHPS health literacy item set**. Retrieved from www.cahps.ahrq.gov/content/products/HL/PROD_HL_Intro.asp.
- Apinya Intararat. (2014). Health intelligence of health professionals. *Journal of the Army Nurses*, 15(3), 174-178.
- Benjamas Suramitmitree. (2013). **Health Literacy and Operation Situation Enhance the health intelligence of Thai people in order to support the ASEAN community**. Bangkok: Ministry of Foreign Affairs.
- Brach, C., et al. 2012. **Ten Attributes of health literate health care organization**. Retrieved from http://www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2012/Discussion-Papers/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf [November 3, 2014].
- Bureau of Registration Administration Ministry of the Interior.(2016). **Elderly Statistics 2016**. Bangkok: Office of Registration Administration Ministry of the Interior.
- Chatsumon Pertpinyo. (2010). **Principle of social research**. Bangkok: Charoendee Mon-khong Printing.
- Health Canada. 2002. **What determines health**. Retrieved from http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/deter_biblio.html.
- Health Education Division, Department of Health Service Support Ministry of Public Health. (2011). **Health intelligence**. Bangkok: New Thammada Printing (Thailand) Ltd.
- Kickbusch, I.S. 2001. **Health Literacy: addressing the health and education divide**. Yale. : University School of Public Health. New Haven, CT, USA.
- McCray., A.T. 2005. Promoting health literacy. *Journal of American Medical Informatics Association*. 12(2), 152-163.
- Nutbeam, D. 2008. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 67: 2072-2078.
- Parker, RM., Baker, D.W., William, M.V. and Nurss, J.R. 1995. The test of Functional Health Literacy In Adult: a new instrument for measuring patient's literacy skills. *Journal of General internal Medicine*, 10, 537-541.
- Phayao Provincial Public Health Office. (2013). **Summary of Phayao Provincial Public Health Performance FY 2012**. Phayao: Office.
- Prasert Assantachai. (2009). **Common health problems in the elderly and prevention**. Bangkok: Union Creation.
- World Health Organization (WHO). 2009. Health Literacy and Health Promotion. Individual Empowerment conference Working Document. 7th **Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development**. Nairobi: Kenya.