

## ความแตกต่างทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

พิชญ์รักษ์ กันทวี\* ปรด. และ สติกรร พงศ์พานิช ปรด.\*\*

### บทคัดย่อ

#### ความเป็นมา

ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในระยะที่กำลังจะเปลี่ยนแปลงภาวะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต กล่าวคือ เปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อ (Communicable disease) ไปสู่โรคที่ไม่ติดต่อ (Non - Communicable disease) จากข้อมูลสถิติพบว่า ปี 2557 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูง จำนวน 7,115 คนซึ่งแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เช่นเดียวกับการรายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ปี 2554-2556 พบว่า อัตราตายต่อแสนประชากรด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 3.47, 17.16, 17.61 ตามลำดับ และได้จัดการการคัดกรองประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่จังหวัดเชียงรายพบว่า อำเภอแม่จันเป็นพื้นที่พบผู้ป่วยมากที่สุดเป็นอันดับที่สองรองจากอำเภอนาน้อย (10,301 คน)

#### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับความแตกต่างทางสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภค ของกลุ่มผู้สูงอายุตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย

#### วิธีการศึกษา

การวิจัยภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จำนวน 302 คน ใช้การสุ่มแบบตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling Technique) เครื่องมือที่ใช้แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหาร และความแตกต่างทางสุขภาพ ซึ่งผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.954 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

#### ผลการศึกษา

พบว่าร้อยละ 51.3 ของผู้สูงอายุ มีระดับความแตกต่างทางสุขภาพอยู่ในระดับสูงในทุกด้าน พฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.3 มีปัจจัยที่สัมพันธ์ได้แก่ ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ( $p=0.21$ ) สภาพการอยู่อาศัย ( $p<0.01$ ) จำนวนผู้อาศัยร่วมด้วย ( $p=0.041$ ) รายได้ของครอบครัว ( $p=0.027$ ) ระดับการศึกษา ( $p<0.01$ ) การประกอบอาชีพ ( $p<0.01$ ) บทบาทหน้าที่ทางสังคม ( $p<0.01$ ) ภาวะสุขภาพโดยรวม ( $p<0.01$ ) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคอาหาร ( $p=0.032$ ) และ ความสามารถในการเขียน อ่าน พูดคุย ได้ยิน มองเห็น กิจวัตรประจำวัน ( $p<0.01$ ) มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่  $p<0.05$  และ  $p<0.01$

#### สรุปและข้อเสนอแนะ

ระดับความแตกต่างทางสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงในทุกด้าน ดังนั้นควรมีการพัฒนาความแตกต่างทางด้านสุขภาพในผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มในพื้นที่ที่ยังประสบปัญหาในระดับความแตกต่างทางสุขภาพ

**คำสำคัญ** ความแตกต่างทางสุขภาพ ผู้สูงอายุ พฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหาร

\*สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เชียงราย

\*\*วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ

E-mail : phitsanuruk.kan@mfu.ac.th

THE STUDY OF HEALTH LITERACY AMONG ELDERLY PEOPLE,  
PA-TEUNG SUB-DISTRICT, MAE CHAN DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE.

Phitsanuruk Kanthawee, Ph.D\* Sathirakorn Pongpanich, Ph.D\*\*

**ABSTRACT**

**BACKGROUND**

Currently, Thailand is changing The Living conditions and livelihoods, Changing from Communicable disease to Non - Communicable disease. In addition, The number of deaths due to Hypertension in Thailand annual 2014 found 7,115 people and tend to be increased continuously in all sectors. Similarly, The mortality rate caused by Hypertension in Chiang Rai from 2011 – 2013 found that 3.47, 17.16, 17.61 respectively. Likewise, Mae Chan district is the second highest hypertension patients from Phan district (10,301).

**OBJECTIVE**

To Study levels of Health literacy among Elderly People and risk behavior for eating, Pa-Teung sub-district, Mae Chan district, Chiang Rai province.

**METHODS**

A cross-sectional study was used in Elderly with Hypertension, Pa-Teung sub-district, Mae Chan district; 302 peoples were recruited by Stratified Sampling Technique. Demographic data of Elderly were recorded. Eating risk behavior and Health literacy were obtained by questionnaire, with a scoring range of 1-5. Content validity of the instrument was verified by three experts and Cronbach's alpha reliability was 0.954. Data was analyzed by percentage, mean, standard deviation and Pearson's Correlation Coefficient.

**RESULTS**

51.3 percent of all subjects had higher Health literacy levels in all aspects. Elderly people had 59.3% on moderate level with risk behavior for eating. Elderly had marital status ( $p=0.21$ ), dwelling ( $p<0.01$ ), dwelling members ( $p=0.041$ ), household income ( $p=0.027$ ), education ( $p<0.01$ ), occupation ( $p<0.01$ ), social role ( $p<0.01$ ), health status ( $p<0.01$ ), risk behavior for eating ( $p=0.032$ ) and physical ability ( $p<0.01$ ). There was statistically significant relation to Health literacy in elderly. ( $p$ -value  $\leq 0.05$  and  $\leq 0.01$ )

**CONCLUSIONS AND DISCUSSIONS**

Elderly people in Pa-Teung sub-district, Mae Chan district, Chiang Rai province are high Health literacy levels in all aspects. So, Access to suitable Health literacy development in specific elderly group is still experiencing with non-appropriated level in health literacy.

**KEYWORDS:** Health literacy Elderly Eating risk behavior

\*Public Health Department, School of Health Science, Mae Fah Luang University

\*\*College of Public Health Science, Chulalongkorn University

E-mail : phitsanuruk.kan@mfu.ac.th

## ความเป็นมา

ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แม้มีนโยบายหลายเรื่องเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่ก็ไม่บรรลุผลเท่าที่ควร เรายังเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยจากสาเหตุของหลายโรคที่ป้องกันได้ ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ไม่จำเป็น ส่งผลกระทบต่อคนใกล้ชิดและสมาชิกในครอบครัว ขณะเดียวกัน แนวคิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และการดำเนินการขณะนี้ ตัวอย่างเช่น การกำหนดให้มีเขตสุขภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระจายอำนาจการบริหารจัดการทรัพยากร แต่ระบบยังต้องการการปรับโครงสร้างการมีเทคโนโลยี และความรู้ใหม่ที่ช่วยให้เห็นนโยบายและการดำเนินการมีประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมมากขึ้น ไม่เช่นนั้น สุขภาพของคนไทยก็จะยังคงยึดโยงกับบริการสุขภาพมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคตที่ข้อมูลด้านต่างๆ รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไม่ว่าจะทางตรง ทางอ้อม ทั้งส่งผลดีและเสีย หากเชื่อและปฏิบัติตามจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเนื่องจากเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีความก้าวหน้าอย่างมาก ช่วยให้การเข้าถึงข้อมูลทำได้ง่ายและเร็วขึ้น อีกทั้งการสื่อสารยุคใหม่ใคร่ครวญก็สามารถผลิตข้อมูลลงสู่การสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ และกระจายไปยังสังคมออนไลน์ ทำให้การเข้าถึงยิ่งจะสะดวกมากขึ้น ซึ่งรวมถึงทีวีสาธารณะ เคเบิลทีวี หรือทีวีออนไลน์หลายช่อง ปรากฏการณ์นี้ ยิ่งทำให้ประชาชนถูกโจมตีด้วยข้อมูลมากมาย จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องหาทางให้ประชาชนและสังคมมีศักยภาพด้านสุขภาพ กล่าวคือ สามารถค้นหา เข้าถึง วิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ และเลือกที่จะนำข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมาปฏิบัติ ตลอดจนสามารถประเมินผลได้ ศักยภาพนี้เรียกว่า “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” หรือ “Health literacy”<sup>1</sup> นอกจากนั้นศักยภาพนี้น่าจะเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้ประชาชนสามารถที่จะดูแลสุขภาพและจัดการกับตนเองได้อย่างเหมาะสม มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพิ่มความเป็นธรรมและประสิทธิภาพให้แก่ระบบสุขภาพ

เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในระยะที่กำลังจะเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาภาวะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ก็มีการเปลี่ยนแปลงไป เช่นเดียวกับประเทศที่กำลังพัฒนาอื่น ๆ จะมีปัญหาทางสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ เปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อ (Communicable disease) ไปสู่โรคที่ไม่ติดต่อ (Non - Communicable disease) จากข้อมูลสถิติ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปี 2557 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูง เป็นจำนวน 7,115 คน สถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่าง

ต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเทียบจากปี 2544 - 2556 พบว่า อัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน ด้วยโรคความดันโลหิตสูงคือ 1,433.61, 1,570.63, และ 1,629.95 ตามลำดับ โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายที่กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป<sup>2-4</sup> เช่นเดียวกับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ 8 ภูมิภาคเหนือตอนบนนั้น ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล 21 แห่งมาตรฐานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 8 แห่ง กลุ่มโรคที่เฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง และโรคเรื้อรังทางเดินหายใจ ในปี 2555 ที่ผ่านมา พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค มีผู้ป่วยสะสมทั้งหมด 1,367,753 ราย อัตราความชุกเท่ากับ 24,115.10 ต่อประชากรแสนคน และพบผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสะสมทั้งหมด 10,813 ราย อัตราตายเท่ากับ 190.65 ต่อประชากรแสนคน โรคที่มีอัตราความชุกสูงสุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงเป็น 15,192.59 ต่อประชากรแสนคน โรคที่มีอัตราตายสูงสุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็น 101.86 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดที่มีอุบัติการณ์สูงสุด ได้แก่ จังหวัดน่าน 1,920.30 ต่อประชากรแสนคน, จังหวัดเชียงราย 841.97 ต่อประชากรแสนคน, จังหวัดเชียงใหม่ 670.84 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ<sup>4-6</sup> เมื่อพิจารณาข้อมูลสถิติในจังหวัดเชียงราย จากรายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ปี 2554-2556 พบว่า อัตราตายต่อแสนประชากรด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 3.47, 17.16, 17.61 ตามลำดับ จากการคัดกรองประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่จังหวัดเชียงรายพบว่า อำเภอแม่จัน มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นลำดับที่ 2 รองจากโรงพยาบาลพาน 11,160 ราย โรงพยาบาลแม่จัน 10,301 ราย และโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ 11,090 ราย ตามลำดับ<sup>7</sup> ยิ่งไปกว่านั้นจากข้อมูลจาก 43 แห่ง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหน่วยปฐมภูมิต่อการใช้บริการในโรงพยาบาลในเขตอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ปี 2558 สถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีอุบัติการณ์สูงสุด ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันติสุข หมู่ที่ 19 ร้อยละ 93.06, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีคำ หมู่ที่ 4 ร้อยละ 91.75 , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าตึง หมู่ 7 ร้อยละ 84.99 ตามลำดับ<sup>8</sup>

จากปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมในระบบการบริการส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขตำบลหน้า เพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ ซึ่งเป็นโรคที่มาจากกรรมพันธุ์ และจากพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดระบบการส่งเสริมสุขภาพที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงและก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี จึงจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาโปรแกรมที่จะพัฒนาความแตกต่างทางสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวกต่อกลุ่มที่ยังไม่ป่วยแต่มีความเสี่ยงและมีแนวโน้มที่จะป่วยในอนาคต ซึ่งหากกลุ่มคนเหล่านี้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสามารถที่จะยืดระยะเวลาการเป็นผู้ป่วยรายใหม่ได้หรือไม่ป่วยเลย สามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของภาครัฐได้อย่างมาก ประกอบกับยังไม่มี การศึกษาวิจัยในเรื่องความแตกต่างทางสุขภาพ (Health literacy) ในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัด เชียงราย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความแตกต่างทางสุขภาพ (Health Literacy) ในเรื่อง ระดับความสามารถในการค้นหาหรือการเข้าถึง สร้างความเข้าใจ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลทางด้านสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัด เชียงราย ประเทศไทย และ ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคที่มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัด เชียงราย ประเทศไทย

### วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross – sectional study design) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในพื้นที่ ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัด เชียงราย ใช้วิธีการสุ่มแบบ ตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling Technique) คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane<sup>9</sup> กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05 ได้จำนวน 302 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้เครื่องมือคือแบบสอบถามได้ประยุกต์และพัฒนา ปรับปรุงเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรมโดยแบ่ง ออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

1. สถานภาพส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ สถานภาพการอยู่อาศัย บทบาททางสังคม รายได้ครอบครัว เบี้ยยังชีพ เบี้ยยังชีพผู้พิการ ประวัติทางด้าน สุขภาพ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ผลการตรวจสุขภาพ

2. พฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภค ลักษณะคำถามแบบปรนัยมี คำตอบให้เลือก 4 คำตอบ จำนวน 12 ข้อ โดยแบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับ<sup>10</sup> แบ่งเป็น พฤติกรรมเสี่ยงระดับน้อยค่าระดับคะแนน 12.00 – 23.99 พฤติกรรมเสี่ยงระดับปานกลาง ค่าระดับ คะแนน 24.00 – 35.99 พฤติกรรมเสี่ยงระดับมาก ค่าระดับ คะแนน 36.00 – 48.00

3. แบบประเมินความแตกต่างทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบประเมินความสามารถด้านต่าง ๆ ภาวะสุขภาพโดยรวม และโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 ความแตกต่างทางสุขภาพ (แบบสัมภาษณ์ภาษาไทยที่ สบรส. ร่วมกับ Deakin University เป็นผู้ออกแบบเครื่องมือและ นำมาประยุกต์ใช้) ลักษณะคำถามแบบปรนัยมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ จำนวน 68 ข้อ โดยแบ่งเกณฑ์เป็น 5 ระดับความแตกต่างทางสุขภาพ ระดับสูงมากค่าระดับคะแนน 4.21– 5.00 ความแตกต่างทางสุขภาพ ระดับสูงค่าระดับคะแนน 3.41– 4.20 ความแตกต่างทางสุขภาพ ระดับปานกลาง ค่าระดับคะแนน 2.61– 3.40 ความแตกต่างทางสุขภาพ ระดับต่ำ ค่าระดับคะแนน 1.81 – 2.60 ความแตกต่างทาง สุขภาพ ระดับต่ำมาก ค่าระดับคะแนน 1.00 – 1.80

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติอยู่ 2 แบบ คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ สถิตีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด เชียงราย เลขที่ 17/2558 และ คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักวิชาวิทยาศาสตร์ สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

### ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.3 อายุเฉลี่ย 68 ปี ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 77.66 สถานภาพสมรสหรือมีคู่แล้วร้อยละ 68.2 อาศัยอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 92 ซึ่งแต่ละครอบครัวมีจำนวนสมาชิกที่อยู่อาศัย 1-3 คน การประกอบอาชีพร้อยละ 51.3 จะประกอบอาชีพเกษตรกร รับจ้าง และค้าขาย ตามลำดับเฉลี่ยรายได้ประมาณ 5,000 บาทต่อเดือน ประวัติทางสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุมีค่าดัชนีมวลกายระดับ 15.5-22.9 และป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 65.5 โรคเบาหวาน ร้อยละ 92.1 ผลจากการตรวจสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา พบว่าร้อยละ 60 ขึ้นไปไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพเว้นแต่การตรวจโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เคยเข้ารับการตรวจ ร้อยละ 75.5 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคอาหารของกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าอยู่ในระดับปานกลางถึงร้อยละ 59.3 (ตารางที่ 1)

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่าการสูบบุหรี่ หรือ บุหรี่มวนเอง (บุหรี่ขี้โย) มีระดับพฤติกรรมเสี่ยงในระดับต่ำที่สุด mean±SD, 1.84±1.159 เมื่อประเมินความสามารถด้านต่าง ๆ ของกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่มีความสามารถด้านต่าง ๆ อยู่ในระดับมาก พบเพียงความสามารถด้านการเขียน และการอ่านหนังสือเข้าใจ ที่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2) นั้นแสดงถึงภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลป่าตึงที่มีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.9 (ตารางที่ 3)

ความแตกต่างทางสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งได้แบ่งออก 16 ด้านพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุส่วนมากจะมีระดับความแตกต่างทางสุขภาพในระดับสูงเมื่อเทียบกับเกณฑ์การให้คะแนนทั้ง 5 ระดับ (ตารางที่ 4) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดโดยพิจารณาในรายหมู่บ้านทั้ง 9 แห่ง พบว่า หมู่บ้านในเขตพื้นที่ส่วนใหญ่มีระดับความแตกต่างทางสุขภาพในระดับที่สูง แต่พบในบางประเด็นที่ระดับความแตกต่างทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คือ ประเด็นการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานและความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ ของหมู่ที่ 9 ยิ่งไปกว่านั้นพบว่าหมู่บ้าน หมู่ที่ 2 มีระดับความแตกต่างทางสุขภาพในระดับปานกลางซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างที่ต่ำกว่าหมู่บ้านอื่น ๆ (ตารางที่ 5) เมื่อนำปัจจัยในด้านต่างมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับความแตกต่างทางสุขภาพพบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส (p=0.21) สภาพการอยู่อาศัย (p=0.001) จำนวนผู้อาศัยร่วมด้วย (p=0.041) รายได้ของครอบครัว (p=0.027) ระดับการศึกษา (p=0.00) การประกอบอาชีพ (p=0.001) บทบาทหน้าที่ทางสังคม (p=0.00) ภาวะสุขภาพโดยรวม (p=0.00) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคอาหาร (p=0.032) และ ความสามารถในการเขียนอ่าน พูดคุย ได้ยิน มองเห็น กิจกรรมประจำวัน (p=0.00) มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p<0.05 และ p<0.01 (ตารางที่ 6)

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงรายจำแนกตามระดับความเสี่ยง

ระดับพฤติกรรมเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมเสี่ยงระดับสูง	71	23.5
พฤติกรรมเสี่ยงระดับปานกลาง	179	59.3
พฤติกรรมเสี่ยงระดับต่ำ	52	17.2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของแบบประเมินความสามารถด้านต่างๆของประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงรายจำแนกรายข้อ

ความสามารถด้านต่าง ๆ	ไม่ได้เลย	ทำได้น้อย	ทำได้	ทำได้ดี	Mean	S.D.	แปรผล
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
เขียนได้	32(10.6)	57(18.9)	165(54.6)	48(15.8)	1.76	0.851	ปานกลาง
อ่านหนังสือได้เข้าใจ	39(12.9)	46(15.2)	165(54.6)	52(17.2)	1.76	0.894	ปานกลาง
พูดคุยกับคนอื่นได้รู้เรื่อง	4(1.3)	34(11.3)	183(60.6)	81(26.8)	2.14	0.656	มาก
ได้ยินเสียงชัดเจน	5(1.7)	60(19.9)	154(51.0)	83(27.5)	2.05	0.743	มาก
มองเห็นสิ่งต่างๆได้ชัดเจน	-	55(18.2)	175(57.9)	72(23.8)	2.06	0.654	มาก
ทำกิจกรรมประจำวัน	1(0.3)	26(8.6)	190(62.9)	85(28.1)	2.20	0.594	มาก
ไปไหนมาไหนด้วยตนเอง	8(2.6)	28(9.3)	181(59.9)	85(28.1)	2.15	0.678	มาก

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพโดยรวมของประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

ภาวะสุขภาพโดยรวม	จำนวน	ร้อยละ
แย่มาก	2	0.7
แย่	19	6.3
ปานกลาง	175	57.9
ดี	87	28.8
ดีมาก	19	6.3

**ตารางที่ 4** ระดับของความแตกฉานทางสุขภาพ จำแนกรายด้านของประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

ลำดับ	ความแตกฉานทางสุขภาพด้าน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1	การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐาน	3.65	0.61	ระดับสูง
2	การสนับสนุนสุขภาพในชุมชน	3.66	0.54	ระดับสูง
3	ความสามารถในการรับบริการสุขภาพ	3.62	0.57	ระดับสูง
4	ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ	3.75	0.54	ระดับสูง
5	ครอบครัวสุขภาพ	3.62	0.57	ระดับสูง
6	ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	3.65	0.54	ระดับสูง
7	การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ	3.66	0.54	ระดับสูง
8	ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ	3.57	0.64	ระดับสูง
9	ความสามารถในการเดินทาง หรืออุปสรรค	3.73	0.49	ระดับสูง
10	ความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ	3.64	0.50	ระดับสูง
11	ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	3.73	0.53	ระดับสูง
12	ความเครียด	3.75	0.49	ระดับสูง
13	การใช้ยา	3.72	0.52	ระดับสูง
14	สมุนไพรและอาหารเสริม	3.67	0.53	ระดับสูง
15	ปัจจัยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ กับผู้ป่วยอื่นๆ	3.67	0.53	ระดับสูง
16	ความสามารถในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงตัวเอง	3.66	0.54	ระดับสูง

ตารางที่ 5 การจัดกลุ่มระดับของความแตกฉานทางสุขภาพของผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัด

ลำดับที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9
หมู่ที่	6	10	5	1	4	11	3	9	2
จำนวน	19	69	14	30	46	29	54	15	26
เพศชาย n%	7(36.8)	33(47.8)	7(50.0)	14(46.7)	27(58.7)	17(58.6)	27(50.0)	6(40.0)	9(34.6)
เพศหญิง n%	12(63.2)	36(52.2)	7(50.0)	16(53.3)	19(41.3)	12(41.4)	27(50.0)	9(60.0)	17(65.4)
การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐาน	4.68	4.10	4.14	3.96	3.63	4.06	3.81	2.86	3.53
การสนับสนุนสุขภาพในชุมชน	5.00	4.90	4.92	4.80	4.56	4.77	4.68	3.80	4.03
ความสามารถในการรับบริการสุขภาพ	4.78	4.13	4.07	4.06	4.10	3.89	3.94	4.13	3.34
ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ	4.73	4.10	4.07	3.86	3.93	4.03	3.92	3.73	3.20
ครอบครัวสุขภาพ	4.42	4.11	4.07	3.90	3.95	3.72	3.77	3.60	3.11
ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	4.10	4.07	4.07	4.06	4.13	3.65	3.62	3.93	3.07
การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ	4.52	4.10	4.07	3.96	3.91	3.79	3.85	3.53	3.11
ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ	4.31	4.04	4.07	4.03	3.60	3.72	3.92	3.00	3.15
ความสามารถในการเดินทาง หรืออุปสรรค	4.47	4.13	4.07	3.96	4.04	3.86	3.85	4.06	3.15
ความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ	4.26	4.08	4.07	3.93	3.93	3.82	3.74	3.66	3.38
ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	4.73	4.10	4.07	3.93	3.91	3.96	3.94	3.60	3.23
ความเครียด	4.15	4.10	4.07	3.90	4.06	3.93	3.87	4.20	3.26
การใช้ยา	4.31	4.08	4.07	3.96	4.13	3.79	3.72	4.26	3.11
สมุนไพรและอาหารเสริม	4.63	4.07	4.00	3.93	3.89	3.89	3.90	3.53	3.30
ปัจจัยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ กับผู้ป่วยอื่นๆ	4.15	4.05	4.00	3.83	4.02	3.72	3.68	4.26	3.46
ความสามารถในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงตัวเอง	4.42	4.07	4.07	3.90	3.95	3.79	3.81	3.60	3.07
คะแนนเฉลี่ย	4.47	4.13	4.11	3.99	3.98	3.89	3.87	3.73	3.28

**ตารางที่ 6** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างทางสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
สถานภาพการสมรส	0.133	0.021*
ระดับการศึกษา	0.209	0.00**
การประกอบอาชีพ	0.194	0.001**
สภาพการอยู่อาศัย	0.198	0.001*
จำนวนผู้ที่อยู่อาศัยร่วม	0.119	0.041*
บทบาทหน้าที่ทางสังคม	-0.247	0.00**
รายได้ของครอบครัว	0.128	0.027*
ภาวะสุขภาพโดยรวม	0.225	0.00**
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคอาหาร	0.173	0.032*
ความสามารถในการเขียน อ่าน พุดคุย ได้ยิน มองเห็น กิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว	0.298	0.00**

\*.Correlation is significant at the 0.05 level

\*\*Correlation is significant at the 0.01 level

**อภิปรายผลและสรุปผล**

การจัดกลุ่มระดับของความแตกต่างทางสุขภาพของผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษา ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย จำนวนผู้สูงอายุ 302 คน จำแนกเป็นหมู่บ้าน ได้ 9 หมู่บ้าน (หมู่ที่ 1,2,3,4,5,6,9,10,11) หมู่ที่ 6 มีผู้สูงอายุจำนวน 19 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.2 มีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างทางสุขภาพเท่ากับ 4.47 คะแนน ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยส่วนใหญ่ในแต่ละด้านเฉลี่ยสูงที่สุด ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุจำนวน 19 คน หรือร้อยละ 6.3 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพในประเด็นต่างๆ อยู่ในเกณฑ์ดีมาก หมายถึงทุกครั้งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถเข้าใจได้เป็นอย่างดีโดยไม่มีข้อสงสัยซึ่งสามารถจัดระดับความแตกต่างทางสุขภาพอยู่ในระดับสูงมาก เมื่อพิจารณาในอีก 8 หมู่บ้านพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างทางสุขภาพจะเริ่มลดลงตามลำดับ อย่างไรก็ตามพบว่าคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างทางสุขภาพของหมู่ที่ 10และ5 หมู่ที่ 1และ4 มีคะแนนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกันเนื่องจากทั้ง 2 กลุ่มนี้มีแนวโน้มการตอบคำถามในบางประเด็นใกล้เคียงกัน คะแนนที่ออกมาจึงมีความใกล้เคียงกันแต่บางประเด็นก็มีความแตกต่างกันของค่าคะแนนเฉลี่ย แต่หมู่ที่ 10และ5 เป็นสองกลุ่มที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่ตอบคำถามไปในทิศทางเดียวกันมากที่สุดซึ่งจัดระดับความแตกต่างทางสุขภาพที่ระดับสูง ถัดมาคือหมู่ที่ 3 มีค่าคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกับหมู่ที่ 11 แต่พบว่าทั้งสองประเด็นที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดของหมู่ที่ 3 คือ การสนับสนุนสุขภาพในชุมชน และ ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ ถัดมาหมู่บ้านที่มีค่าคะแนนในระดับสูง แต่ยังคงค้นพบว่าในบางประเด็นที่กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความ

แตกต่างทางสุขภาพในระดับปานกลางคือหมู่ที่ 9 ซึ่งประเด็นที่ค้นพบมีอยู่สองประเด็นที่ควรให้ความสำคัญได้แก่ การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานและ ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพส่วนหมู่บ้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความแตกต่างทางสุขภาพที่ต่ำที่สุดคือ หมู่ที่ 2 พบว่าค่าคะแนนในแต่ละประเด็นส่วนใหญ่มีค่าคะแนนในระดับปานกลาง นั้นหมายถึงทุกครั้งที่ได้รับข่าวสารทางสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถเข้าใจได้ในระดับปานกลาง ยังมีข้อสงสัยในเนื้อหาของข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพมีเพียงประเด็นด้านการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานการสนับสนุนสุขภาพในชุมชน และปัจจัยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ กับผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง อย่างไรก็ตามหมู่ที่ 2 ยังคงต้องให้ความสำคัญและเล็งเห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนหมู่ที่ 2 แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาเรื่องความสามารถในการเรียนรู้และเข้าใจสื่อความรู้ด้านสุขภาพที่ยังไม่เพียงพอ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมซึ่งมีผลต่อระดับความแตกต่างทางสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 2

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าปัจจัยด้านสถานภาพสมรส สถานภาพการอยู่อาศัย จำนวนผู้อาศัยร่วมด้วย รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ บทบาทหน้าที่ทางสังคม ภาวะสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคอาหาร และ ความสามารถในการเขียน อ่าน พุดคุย ได้ยิน มองเห็น กิจวัตรประจำวัน

จากตารางที่ 1 พบว่าระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของกลุ่มผู้สูงอายุอยู่ในระดับประถมศึกษา อยู่ร้อยละ 77.8 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับความแตกต่างทางสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระดับความแตกต่างด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษา กล่าวคือคนที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ เนื่องจากการศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษาจึงปฏิบัติกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้มาก ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่าตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ<sup>11</sup>

สถานภาพการสมรสของกลุ่มผู้สูงอายุอยู่ในสถานภาพสมรสหรือคู่ ร้อยละ 68.2 มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับความแตกต่างทางสุขภาพเช่นเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิเคราะห์สอดคล้องกับการศึกษาที่ทำการศึกษาคือความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงในประเทศอิหร่านพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความแตกต่างทางสุขภาพสูงกว่าสถานภาพอื่นๆ ซึ่งอธิบายว่า การมีคู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสารโดยคู่สมรสจะเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยพูดคุยปรึกษาเป็นผู้ที่ช่วยพิจารณาตัดสินใจใช้ข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับและการศึกษาขั้นนี้ยังพบว่า สถานภาพการอยู่อาศัยที่มีผู้อื่นอาศัยอยู่ร่วมด้วย ตั้งแต่ 1-3 คนขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับความแตกต่างทางสุขภาพเช่นเดียวกัน<sup>12-13</sup> ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่ศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มที่มีสถานภาพโสดมีความแตกต่างด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพคู่และม่าย หย่า<sup>14</sup> การประกอบอาชีพและรายได้ของครอบครัวของกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 62.9 จะประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ค่าขายรับจ้าง รับราชการ ซึ่งรายได้ของครอบครัวของอยู่ที่ 5,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การประกอบอาชีพจะมีระดับความแตกต่างทางสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อธิบายได้ว่าผู้ที่มีอาชีพส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีการศึกษาและรายได้ที่ดีจะทำให้มีความสามารถในการอ่าน เข้าใจ ค้นหาและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มีการประกอบอาชีพนั้นอาจเป็นเพราะผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงจะมีฐานะที่ดีทำให้ได้รับการดูแลรักษาที่ดี และมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่น้อย<sup>15</sup>

บทบาทหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 62.3 ไม่มีบทบาทหน้าที่ในสังคม เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน/กรรมการหมู่บ้าน หรือกรรมการชมรมสร้างสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงลบ ที่ว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาททางสังคมมีความสัมพันธ์ของระดับความแตกต่างทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างทางสุขภาพ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยาพบว่า กลุ่มอสม.มีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างทางสุขภาพแตกต่างจากกลุ่มประชาชนทั่วไป เนื่องจาก อสม. มีการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบุคลากรทางการแพทย์จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ประสบการณ์จนนำไปสู่การมีระดับความแตกต่างทางสุขภาพมากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป<sup>16</sup>

ภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.9 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความแตกต่างทางสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุเมื่อภาวะสุขภาพโดยรวมดี ระดับความแตกต่างจะแปรผันตรงกับภาวะสุขภาพ มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ได้แบ่งสถานะทางสุขภาพออกเป็น 5 ระดับ เพื่อใช้ในการประเมินสถานะทางสุขภาพ ซึ่งพบว่าสถานะทางสุขภาพมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความแตกต่างทางสุขภาพ อธิบายได้ว่าถ้าต้องการเพิ่มระดับความแตกต่างทางสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นจะต้องมีการเข้าถึงปรับเปลี่ยน ภาวะสุขภาพโดยรวมให้ดีขึ้นยิ่งไปกว่านั้น จะลดโอกาสการเจ็บป่วยของกลุ่มผู้สูงอายุและการใช้บริการทางสุขภาพลดลง<sup>17-19</sup> ซึ่งส่งผลความสามารถในการรับรู้ (การเขียน อ่าน พูดคุย ได้ยิน มองเห็น กิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว) ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นซึ่งมีความสัมพันธ์กับความแตกต่างทางสุขภาพ กล่าวคือ เมื่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุดี จะส่งผลโดยตรงกับความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพได้ดี สามารถในการ อ่าน เข้าใจ ค้นหาและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีความแตกต่างทางสุขภาพในระดับที่เพียงพอ จะสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย และเข้าใจความรู้/ข่าวสารทางสุขภาพสามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลทางสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้เหมาะสม รวมทั้งสามารถนำความรู้มาสู่การดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมกับสุขภาพได้<sup>13</sup> เช่นเดียวกับผลการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่า ระดับพฤติกรรมเสี่ยงการบริโภคอาหารของกลุ่มผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระดับความแตกต่างทางสุขภาพเช่นเดียวกัน

อธิบายได้ว่าบุคคลที่มีระดับความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำหรือไม่เพียงพอ จะส่งผลให้มีความรู้ที่น้อยเกี่ยวกับโรคที่ได้รับอยู่และความสามารถในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องลดลงเช่นกัน<sup>20</sup>

### ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นความแตกฉานทางสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ซึ่งสามารถนำผลที่ได้ ไปสู่การจัดการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความแตกฉานทางสุขภาพต่อไป โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ขาดความแตกฉานทางสุขภาพหรือมีระดับความแตกฉานไม่เพียงพอ ที่มีปัญหาในการค้นหา การเข้าถึง การวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพ จากผลการศึกษาพบว่าหมู่บ้าน หมู่ที่ 2 เป็นหมู่บ้านที่ยังมีระดับความแตกฉานอยู่ในระดับปานกลางควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ, โปรแกรมพัฒนาระดับความแตกฉานและประเมินความแตกฉานทางสุขภาพของหมู่บ้าน 2 ต่อไป อาจเพราะมีบางปัจจัยที่เป็นประเด็นปัญหาเฉพาะตัว เพื่อนำผลมาออกแบบการแก้ปัญหาที่สอดคล้องมากขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนงานวิจัยจากทุนยุทธศาสตร์การวิจัยเชิงลึก ปี 2557 กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (CU-57-068-AS) และงานวิจัยสำเร็จไปได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างดีเจ้าหน้าที่ทุกท่าน และหลายภาคส่วนในเขตพื้นที่ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงรายที่ได้ให้คำแนะนำและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกที่นักวิจัยตลอดมา สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการเข้าร่วมโครงการ

### REFERENCES

1. Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F, Tsouros a. Health literacy: the solid facts. Copenhagen WHO Reg Off ... [Internet]. 2013;7-8. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Health+literacy+The+solid+facts#1>

2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2558. สวัสดิ์มงคลนางศรีเพ็ญ, editor. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559. 104 p.
3. พงษ์จันทน์ธาริณี, พันธุ์เวทย์นิตยา. ประเด็นสารณนรงค์วัน ความดันโลหิตสูงโลก 2558. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2557.
4. มโนสุนทรศุภวรรณ. รายงานการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูง. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค;
5. สายคำทองพ. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนปี 2558. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง; 2558.
6. กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บ(ภาพรวมประเทศ). สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2553.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ปี 2554-2556. เชียงราย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย; 2558.
8. เทพสิทธิภักมลินก, จงพิริยะอนันต์ภาคภูมิ, ทองหงษ์อมรา. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข;
9. คงสวัสดิ์เกียรติกิตติพันธ์, สุตะเมืองไกรชิต, เย็นเยือกเฉลิมพร, อ้นนันทน์เรวดี. ระเบียบวิธีวิจัยทางธุรกิจ. กรุงเทพมหานคร: วิรัตน์ เอ็ดดุกะเซ็น จำกัด; 2552.
10. Hampromarat K. Oral Health Care Behaviors of Preschool Children's Parent in Nakhonchaiburin Region. Naresuan Univ J Sci Technol. 2014;22(3):58-68.
11. Orem DE. Nursing: concepts of practice [Internet]. McGraw-Hill; 1985. Available from: <https://books.google.co.th/books?id=dRdtAAAAMAAJ>
12. Reisi M, Javadzade SH, Heydarabadi AB, Mostafavi F, Tavassoli E, Sharifirad G. The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. J Educ Health Promot [Internet]. 2014;3:119. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4275619&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
13. กิ่งแก้วแสงเดือน, ประเสริฐศรีนุสรุ. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (Nursing J Minist Public Heal ). 2558;25(3):43-54.

14. แก้วทองนงลักษณ์, เต็มศิริกุลชัยลักษณ์, ลีระพันธ์ ประสิทธิ์, เก่งการพานิชรัตต, แก้วดำเกิงขวัญเมือง. ความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. 2557;30(1 (มกราคม - เมษายน)).
15. ปราบสงบกัณฑพงษ์, สมสุขสุจิตา, ศรีบุญแอนนา. ความสัมพันธ์ของความแตกฉานด้านสุขภาพกับลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (เบาหวานชนิดที่ 2) ใน อาเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. 2016;
16. ปันสกุลนัฐพล. การศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
17. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. Soc Sci Med [Internet]. 2008;66(8):1809–16. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953608000166>\npapers3://publication/doi/10.1016/j.socscimed.2008.01.003
18. Pignone MP, DeWalt DA. Literacy and health outcomes: is adherence the missing link? J Gen Intern Med [Internet]. Springer; 2006 Aug [cited 2016 Oct 2];21(8):896–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16881956>
19. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. JAMA [Internet]. American Medical Association; 2002 Jul 24 [cited 2016 Oct 2];288(4):475. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.288.4.475>
20. Lee S-YD, Arozullah AM, Cho YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. Soc Sci Med. 2004;58(7):1309–21.