

## การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอ ของเขตสุขภาพที่ 7

Development of Health management model for Socially joined older  
people Through District Health System of Region Health 7

ภัทรภร แคว้นคอนฉิม และ พรสุข หุ่นรินทร์

Phattaraphon Khwaenkhonchim and Pornsuk Hunnirun

มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

Western University

E-mail: phattaraphonk85@gmail.com, ponsuk1955@gmail.com

(Received : February 4, 2020 Revised : March 21, 2020 Accepted : March 30, 2020)

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Action and development) เรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการจัดการ  
พัฒนาและประเมินรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 7 การวิจัยแบ่ง  
ออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอ ผู้ให้ข้อมูล  
คือผู้สูงอายุติดสังคม กลุ่มตัวอย่าง 394 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน รวบรวมข้อมูลโดยแบบวัดความ  
รอบรู้สุขภาพผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสัมภาษณ์เชิงลึกภาคีเครือข่ายในการจัดการ  
สุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 40 คน และการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม AIC เพื่อสร้างรูปแบบ  
การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ระยะที่ 2 ขึ้นพัฒนารูปแบบ การ  
ทดลองใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอ จัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ  
ผู้สูงอายุติดสังคม ระยะที่ 3 ขึ้นศึกษาประสิทธิผล การประเมินผลรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม  
ระดับอำเภอ วิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้สุขภาพระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบด้วย E1/E2 และสถิติ  
Pair t-test ผลการวิจัยพบว่า 1) โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับสูง มีเพียงด้านกร  
รู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดสังคมอยู่ในระดับปานกลาง การ  
จัดสภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ 2) รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอต้อง  
แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับอำเภอช่วยขับเคลื่อนการจัดสภาพแวดล้อม  
สาธารณะให้เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ทุกกิจกรรมมีประสิทธิผลมากกว่าร้อยละ 75.0 และ 3) หลังใช้รูปแบบ  
กลุ่มทดลองมีความรอบรู้สุขภาพสูงขึ้นทุกด้าน และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูงและสูงขึ้น  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดสังคมมีระดับความรอบรู้สุขภาพที่สูงขึ้นและมี

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น อันส่งผลผู้สูงอายุติดสังคมในพื้นที่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีลดภาระต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

**คำสำคัญ:** การจัดการสุขภาพ ผู้สูงอายุติดสังคม

## Abstract

This research was conducted to study health management for the socially joined older people at district level by the Regional Health 7 in order to develop and evaluate the health management for the socially joined older people at district level by the Regional Health 7. The research was divided into 3 phases. In first phase, A sample of 394 subjects. Data were collected by using health literacy questionnaire of the socially joined older people. he quantitative statistics were used to analyze data for frequency, percentage, and standard deviation. In addition, in-depth interview were implemented 40 people and collected data for guideline to organize a participatory action meeting using an AIC technique to create health management model for the socially joined older people. The second phase, the model was implemented to promote health literacy of the socially joined older people. There were 70 subjects. The third phase, health management model for the socially joined older people at district level was evaluated in term of its effectiveness. Also, health literacy of the socially joined older people was measured, and the results of both before and after using health management model were statistically compared using paired t-test. The findings revealed that 1) the socially joined older people totally showed high level of health literacy; except the aspect of media literacy showing moderate level. In term of self-health care behavior, it was also at moderate level. Moreover, environment management was not appropriated for socially joined older people's health. 2) As a result, a subcommittee for managing the socially joined older people needed to be appointed to improve quality of life among the socially joined older people at district level. In addition, activities to promote health literacy should be provided for them. According to evaluation of an activity package, each activity showed its effectiveness of over 75%. And 3) After implementing the model, the sample had high level of health literacy in all aspects including self-healthcare behavior. It was higher significantly at a level of .05. resulting in the socially joined older people becoming addicted to society with a higher level of health knowledge and higher self-care behaviors. As a result, socially joined older people in the area have good quality of life, reducing burden on families, communities and society.

**Keywords:** Health management, Socially joined older people

## บทนำ

ในปี พ.ศ. 2560 โลกมีประชากรผู้สูงอายุหรือคนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 962 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรโลกทั้งหมด โลกได้กลายเป็นสังคมสูงอายุแล้ว ประเทศในอาเซียนที่เป็นสังคมสูงอายุแล้ว 3 ประเทศ คือ สิงคโปร์ (ร้อยละ 20) ไทย (ร้อยละ 17) และเวียดนาม (ร้อยละ 11) ส่วนของประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17 ของประชากร 65.5 ล้านคน คาดประมาณว่าอีกไม่เกิน 4 ปี ข้างหน้าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Siriphanich, 2017) ปრაการการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงอายุ มีผลกระทบต่อการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากประชากรสูงอายุไทยมีปัญหาเรื่องสุขภาพ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ไม่สามารถประกอบกิจวัตรพื้นฐาน) มากถึงร้อยละ 5 โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มีถึงร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (Siriphanich, 2017) ประเทศไทยต้องทำให้การสูงอายุของประชากรเป็นโอกาส แทนที่ผู้สูงอายุจำนวนมากเหล่านั้นจะเพิ่มภาระในการดูแลให้กับปัจเจกบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือสังคมได้ หรือ เรียกว่า ผู้สูงอายุติดสังคม ควรมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพให้มีสุขภาพที่ดีต่อเนื่องยาวนาน

เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการจัดการสุขภาพที่ดีทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญ ร่วมมือกันในการดำเนินงาน ผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐจึงมีการเตรียมความพร้อมจัดทำนโยบายและแผนระยะยาวไว้รองรับเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม ในปี 2525 เป็นต้นมาได้มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 และต่อเนื่องด้วยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ในปี พ.ศ. 2560 ได้มีโครงการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ในระยะที่ 3 ปี พ.ศ.2555 – พ.ศ. 2559 พบว่า สถานที่สาธารณะจำนวนมากยังขาดอุปกรณ์อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ปัจจุบันยังไม่มีมาตรการการเกื้อหนุนให้เอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ ส่วนด้านกระบวนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ การดำเนินงานยังไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากมีหลายหน่วยงานไม่ให้ความสำคัญกับภารกิจที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การดำเนินงานขาดการบูรณาการที่เป็นรูปธรรม การกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจไปสู่ท้องถิ่นยังไม่สมบูรณ์ และยังขาดการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่น การปรับปรุง ติดตามและพัฒนาตามแผนผู้สูงอายุเป็นไปอย่างล่าช้า และไม่ตอบสนองกับปัญหาที่เกิดขึ้น ควรสร้างความรอบรู้สุขภาพและระบบการดูแลสุขภาพ อย่างเป็นรูปธรรมแก่ผู้สูงอายุ (Photisiri, 2017)

ในส่วนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมมีรูปแบบไม่ชัดเจน ขึ้นอยู่กับบริบทพื้นที่ ที่ผ่านมามีประเทศไทยมีการนำเอาแนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ เข้ามาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพ

ของประชาชน (Health system research institute, 2014) รูปแบบการดำเนินงานใช้หลักการดำเนินงาน 5 องค์ประกอบ UCARE (Nonthasut, 2014) ในปี 2559 ผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไปมีสภาวะติดเตียงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.6 จากช่วงอายุ 60-64 ปี ที่มีเพียงร้อยละ 0.9 ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 8.7 ในปี 2557 โดยส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางจิตและทางกายรวมทั้งขาดผู้ดูแล นอกจากนี้ประเทศไทยยังมีปัญหาระบบบริการสาธารณสุขยังไม่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ สะท้อนจากมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 7.2 ที่พึงพอใจในระบบบริการสาธารณสุขทุกระบบ และสถานที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ทางลาด บันไดมีราวจับ ห้องสุขาที่ใช้งานได้สำหรับผู้สูงอายุ (Office of the national economic and social development council, 2017)

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น การสร้างเสริมความรู้สุขภาพ (Health literacy) จึงเป็นวิธีทางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับผู้สูงอายุในการตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ จากการศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (Health system research institute, 2015) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้สุขภาพในระดับที่สูง แต่ยังมีบางประเด็นที่ผู้สูงอายุยังขาดทักษะ ความรู้ และความเข้าใจด้านสุขภาพที่จะจัดการประเด็นสุขภาพดังกล่าว เช่น เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ การพัฒนาความรู้สุขภาพต้องพัฒนาผู้ดูแลหรือคนในครอบครัวร่วมด้วยดังนั้น หากผู้สูงอายุสามารถแสวงหาและเพิ่มพูนความรู้ที่ถูกต้อง และนำความรู้ที่นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดพลังสามารถจัดการควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้าต่างๆ อันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ ผู้สูงอายุก็น่าจะมีภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นมาจากความรู้สุขภาพในการใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง และพึงพาระบบบริการสุขภาพน้อยลง สอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุต้องได้รับความร่วมมือจากตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน สังคม พื้นที่ที่สามารถพัฒนาสังคมสภาพแวดล้อมด้วยแนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ ด้วยกระบวนการเทคนิค AIC การเพิ่มศักยภาพของคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับอำเภอ ในการจัดการสุขภาพส่วนบุคคลของผู้สูงอายุเน้นการสร้างเสริมความรู้สุขภาพ (Health literacy) ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้รับความรู้สุขภาพของตนเอง และตัดสินใจเลือกทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถบอกต่อคนอื่นได้ รวมถึงการรู้เท่าทันผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ ที่มีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สุขภาพที่สูงขึ้น มีการเรียนรู้จากประสบการณ์ นำมาใช้ร่วมกันในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มีความรู้สุขภาพอยู่ในระดับที่ดีและสามารถดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

### สมมติฐาน

ความรู้สุขภาพของผู้สูงอายุติดสังคมของเขตสุขภาพที่ 7 หลังจากใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 7

## ระเบียบวิธีวิจัย

### ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 7

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประชากร คือ ภาควิชาการในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมของแต่ละอำเภอในจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดมหาสารคาม ทั้งหมด 312 คน ประกอบไปด้วย นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุติดสังคม อำเภอแวงใหญ่ อำเภอแวงน้อย และอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น อำเภอบรบือ อำเภอกุตุรง จังหวัดมหาสารคาม อำเภอละ 8 คนรวม 40 คน

กลุ่มที่ 2 ประชากร คือ ภาควิชาการในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม อำเภอแวงใหญ่ อำเภอแวงน้อย และอำเภอโคกโพธิ์ไชย จังหวัดขอนแก่น อำเภอบรบือ และอำเภอกุตุรง จังหวัดมหาสารคาม อำเภอละ 8 คน รวม 40 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในพื้นที่อำเภอที่มีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม 1 อำเภอ ภาควิชาการ 8 คน ทำการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการ AIC เพื่อร่างรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม

กลุ่มที่ 3 ประชากร คือ ผู้สูงอายุติดสังคมของจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดมหาสารคาม ผู้สูงอายุติดสังคมจังหวัดขอนแก่นทำการสุ่มอย่างง่ายได้ อำเภอแวงใหญ่ อำเภอแวงน้อย อำเภอโคกโพธิ์ไชย จำนวน 7,916 คน (ได้จากการประเมิน ADL ได้ 12-20คะแนน) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2561) และผู้สูงอายุติดสังคมจังหวัดมหาสารคามทำการสุ่มอย่างง่ายได้ อำเภอบรบือ และอำเภอกุตุรง 17,412 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2561) รวม 25,328 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 2010) ได้กลุ่มตัวอย่าง 394 คน ทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

#### 2. เครื่องมือในการวิจัย

2.1 แบบวัดความรู้สุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและทดลองใช้แล้วในพื้นที่คล้ายกัน เพื่อศึกษาสภาพการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม

2.2 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสัมภาษณ์เชิงลึกภาควิชาการในการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุติดสังคม รวบรวมข้อมูลตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ

2.3 ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมAICเพื่อสร้างรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม

2.4 นำรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและนำไปใช้ในระยยะที่ 2

ต่อไป

### 3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

## ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 7

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 ประชากร คือ ผู้สูงอายุติดสังคมอำเภอที่มีความพร้อมและสมัครใจร่วมโครงการวิจัย ได้แก่ อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น และอำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุติดสังคม อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น 4,081 คน (Khon Kaen Provincial Health Office, 2018) และอำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม 957 คน (Maha Sarakham Provincial Public Health Office, 2018) รวม 5,038 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุติดสังคมที่ได้รับการสุ่มอย่างง่ายจากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุติดสังคมในแต่ละอำเภอ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมครั้งนี้อำเภอละ 35 คน รวม 70 คน

กลุ่มที่ 2 ประชากร คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ 22 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและหัวหน้าสำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล 22 คน กำนัน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1,100 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว 2,350 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของอำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น และอำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม เลือกตามตำแหน่งและทำการสุ่มอย่างง่าย ตามทะเบียนรายชื่อ อำเภอละ 16 คน รวม 32 คน

### 2. เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่

2.1 นำรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมมาทดลองใช้ โดยแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับอำเภอ อำเภอละ 16 คน แต่งตั้งโดยนายอำเภอแต่ละอำเภอ

2.2 เสริมสร้างสมรรถนะคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับอำเภอโดยการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามรูปแบบ การให้ข้อมูลผู้สูงอายุติดสังคมที่ได้จากการเก็บข้อมูลในระยะที่ 1 และใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมที่ได้จากระยะที่ 1

2.3 ดำเนินงานตามรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับอำเภอ ร่วมประชุมวางแผนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม

2.4 ประเมินความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุติดสังคม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 คน ในอำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น และอำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ด้วยแบบวัดความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นหลังจากได้ข้อมูลปัญหาในระยะที่ 1

2.5 จัดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยกิจกรรมการอบรมและฝึกปฏิบัติ โดยจัดกิจกรรมการอบรมและฝึกปฏิบัติ จำนวน 3 ครั้งๆละ 1 วัน เป็นเวลา 3 วัน

ครั้งที่ 1 ส่งเสริมทักษะความรู้ความเข้าใจการแปลความที่ถูกต้องและการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ 4 ๐ ใช้เวลา 4 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 ส่งเสริมการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยง และการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของผู้สูงอายุ กิจกรรมฉันทคีไร 2 ชั่วโมง เรื่องเล่าเร้าพลัง โดยผู้สูงอายุต้นแบบ 2 ชั่วโมง ครั้งที่ 3 ส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยกิจกรรมละครชีวิต เป็นการกำหนดบทบาทให้ผู้สูงอายุแสดงตามแบบจำลองใช้แนวคิดการสร้างเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ (Capacity Building) การนำไปใช้ในชีวิตประจำวันในการจัดกิจกรรมอบรมทั้ง 3 ครั้ง และเว้นระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์

### 3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 3 เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 7

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุติดสังคมในพื้นที่อำเภอทดลองใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม ได้แก่ อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น และอำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม อำเภอละ 35 คน รวม 70 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดสังคมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 70 คน

#### 2. เครื่องมือในการวิจัย

2.1 แบบวัดความรอบรู้สุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและทดลองใช้แล้วในพื้นที่คล้ายกัน เพื่อศึกษาความรอบรู้สุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม

2.2 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลผู้สูงอายุติดสังคมที่ร่วมกิจกรรมเพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุติดสังคม รวบรวมข้อมูลตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ

#### 3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมต่อความรอบรู้สุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการให้สูตรการประเมินประสิทธิผล (บุญชม ศรีสะอาด, 2553) เพื่อเปรียบเทียบความก้าวหน้าในการเรียนรู้ของผู้ร่วมกิจกรรม โดยเทียบคะแนนที่เพิ่มขึ้นจาก คะแนนการทดสอบก่อนร่วมกิจกรรม กับคะแนนที่ได้จากการทดสอบหลังร่วมกิจกรรม E1/E2 ตามเกณฑ์กำหนด 70/70

3.3 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

## ผลการวิจัย

## ระยะที่ 1 สภาพการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอ ของเขตสุขภาพที่ 7

## 1. ปัญหาความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุติดสังคม

ผู้สูงอายุติดสังคมมีความรอบรู้สุขภาพโดยภาพรวมมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับสูงร้อยละ 97.2 ข้อที่ตอบผิดมากที่สุด คือ การงดน้ำ งดอาหารหลัง 22.00 นาฬิกาก่อนมาตรวจ ผู้สูงอายุควรรู้ว่าผลไม้บางชนิดมีน้ำตาลและพลังงานควรกินแต่น้อย ส่วนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมภาพรวมอยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ย 2.50 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.37) ข้อคะแนนเฉลี่ยน้อยคือ การสามารถขอคำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาล เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ การเลือกแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ และการอ่านข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ แผ่นพับ เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.24 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.38) ข้อคะแนนเฉลี่ยน้อย คือ การไม่เข้าใจเนื้อหาที่ฟังคำแนะนำการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุ จากบุคคลต่างๆ การไม่เข้าใจเนื้อหาจากการอ่านแผ่นพับ หรือคู่มือเกี่ยวกับการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุ และการแนะนำเพื่อนผู้สูงอายุในการลดอาการนอนไม่หลับ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของผู้สูงอายุติดสังคมภาพรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.50 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.29) คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คือ การไม่ดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน การออกกำลังกายทุกวันและการสามารถเลือกรับประทานอาหารโดยคำนึงถึงสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดสังคมภาพรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.45 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.40) ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจากโทรทัศน์แล้วปฏิบัติตามโดยไม่หาข้อมูลเพิ่มเติม เมื่ออ่านแผ่นพับเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามโรงพยาบาลแล้วเกิดข้อสงสัยจะยังไม่ปฏิบัติตามจนกว่าจะได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และเมื่อเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพทางโทรทัศน์สามารถแยกแยะได้ว่าเป็นโฆษณาชวนเชื่อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดสังคมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุติดสังคมส่วนใหญ่จะไม่ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8-10 แก้ว (ร้อยละ 83.0) เมื่อมีความเครียดจากสิ่งต่างๆ รอบตัวสามารถเลือกปฏิบัติคือทำใจเป็นกลางมองโลกในแง่ดี (ร้อยละ 77.90) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายที่เหมาะสมวันละ 30 นาที (ร้อยละ 72.1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดสังคมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมที่มีปัญหามากที่สุด คือการออกกำลังกายที่เหมาะสมครั้งละ 30 นาทีสัปดาห์ละ 3 วัน (ร้อยละ 17.8) และไม่นอนหลับสนิท 7-8 ชั่วโมงต่อคืน (ร้อยละ 15.7) สูบบุหรี่หรือดมควันบุหรี่ (ร้อยละ 15.5) และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 14.0) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สภาพปัญหาความรอบรู้สุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมของเขตสุขภาพที่ 7

ความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุติดสังคม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1. ความรู้ความเข้าใจในการจัดการสุขภาพ	21.25	1.44	สูง
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพของผู้สูงอายุติดสังคม	2.50	0.37	สูง
3. การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญของผู้สูงอายุติดสังคม	2.24	0.38	ปานกลาง
4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของผู้สูงอายุติดสังคม	2.50	0.29	สูง
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศของผู้สูงอายุติดสังคม	2.43	0.39	สูง
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม	4.52	1.34	ปานกลาง
7. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุติดสังคม	11.02	1.58	ปานกลาง

## 2. สภาพการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม

ผลการสัมภาษณ์ภาคีเครือข่าย สรุปได้ว่านโยบายการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมในพื้นที่ทุกอำเภอมีนโยบายในระดับประเทศ มีบางอำเภอที่นำนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุมาปฏิบัติได้เป็นอย่างดี ทุกอำเภอดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ส่วนผู้สูงอายุติดสังคมเป็นนโยบายผู้สูงอายุรวมๆที่แต่ละอำเภอนำลงสู่การปฏิบัติในผู้สูงอายุติดสังคม คือการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามช่วงอายุทุกคน ผู้สูงอายุทุกคนมีสิทธิในการรักษาพยาบาล การให้บริการช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุในการใช้ร่วมสาธารณะในสถานบริการน้ำมัน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น

การดูแลผู้สูงอายุติดสังคมในระดับอำเภอ เป็นการทำงานร่วมกันในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แต่การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เน้นผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ในแต่ละอำเภอจะมีคณะกรรมการตาม พรบ. คณะกรรมการ พชอ. 2561 กำหนด แต่การทำหน้าที่ของคณะกรรมการนั้นบางอำเภอก็สามารถทำงานร่วมกันได้ทุกภาคส่วน บางอำเภอก็ทำงานร่วมกันบางภาคส่วน การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนมีน้อย ถ้าต้องการการมีส่วนร่วมต้องมีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อจัดการปัญหาต่างๆ เป็นประเด็นๆ ไป ผู้ให้บริการมีความรู้สึกถึงการได้ทำประโยชน์ ได้ดูแล ได้เป็นผู้ให้ แต่ผู้รับบริการบางท่านรู้สึกว่าการให้บริการนั้นมีคุณค่าต่อคุณภาพชีวิตของเขา แต่บางท่านก็ยังไม่เพียงพอ การแบ่งปันทรัพยากรในนามของคณะกรรมการ พชอ. มีมากขึ้น โดยจัดตั้งกองทุนเพื่อให้การสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการ การแบ่งปันทรัพยากรด้านอื่นๆ ยังไม่ชัดเจน การแบ่งปันทรัพยากรในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุมีน้อย การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น เป็นบริการสุขภาพที่ผู้ให้บริการเห็นว่ามีค่าจำเป็น และเป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งมีบางประเด็นตัวผู้สูงอายุเองไม่ได้ถือว่าเป็นปัญหา เช่น การมีค่าดัชนีมวลกายเกิน การไม่ออกกำลังกาย

ภาคีเครือข่ายเสนอแนะ รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมควรมีกิจกรรมจากหลายภาคส่วน รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นสาธารณะของภาครัฐที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ช่องทางด่วนการรับบริการของผู้สูงอายุ ทั้งจากสถานพยาบาล หรือจากหน่วยงานอื่นๆที่เป็นบริการของรัฐ โรงเรียนผู้สูงอายุ เหมาะกับผู้สูงอายุติดสังคม จัดณรงคให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าใจ ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน รวมถึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการประกอบอาชีพเล็กๆน้อยๆ มีรายได้เพียงพอในการดำเนินชีวิต สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีแกนนำสามารถนำองค์กรไปสู่เป้าหมาย หรือส่งเสริมให้มีผู้สูงอายุเป็นบุคคลต้นแบบ ฟันฟูประเพณีแนวคิดแบบดั้งเดิมให้ทุกคนเห็นความสำคัญและเคารพผู้สูงอายุมากขึ้น ให้โอกาสผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน จัดสถานที่ให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายร่วมกัน จัดให้มีการเยี่ยมผู้สูงอายุในกรณีเจ็บป่วย เมื่อผู้สูงอายุเกิดเจ็บป่วยได้รับการรักษาที่มีคุณภาพเท่าเทียม จัดให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมทางศาสนา ร่วมกัน เพื่อให้ได้มีความสุขใจ

## ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอ ของเขตสุขภาพที่ 7

นำรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมในระยะที่ 1 เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่านเพื่อขอความเห็นของผู้เชี่ยวชาญให้พิจารณาความเป็นไปได้และความเหมาะสมของรูปแบบ ได้ค่า เท่ากับ 3.56 อยู่ในระดับเหมาะสมมาก สามารถนำไปใช้ได้ไม่ต้องปรับปรุง (Srisa-ard, 2010) นำรูปแบบที่ได้มาใช้ในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม แบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ส่วน คือ คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับอำเภอ ทำหน้าที่รับและกำหนดนโยบาย ประสานจัดหางบประมาณ ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผน และดำเนินงานเพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ตัวผู้สูงอายุติดสังคม สร้างเสริมศักยภาพให้เกิดความรอบรู้สุขภาพโดยการจัดแผนกิจกรรม 3 กิจกรรมคือ กิจกรรมการประชุมแบบมีส่วนร่วมและฝึกปฏิบัติโดยจัดกิจกรรมและฝึกปฏิบัติจำนวน 3 ครั้งๆละ 1 วันๆละ 7 ชั่วโมงเป็นเวลา 3 วัน

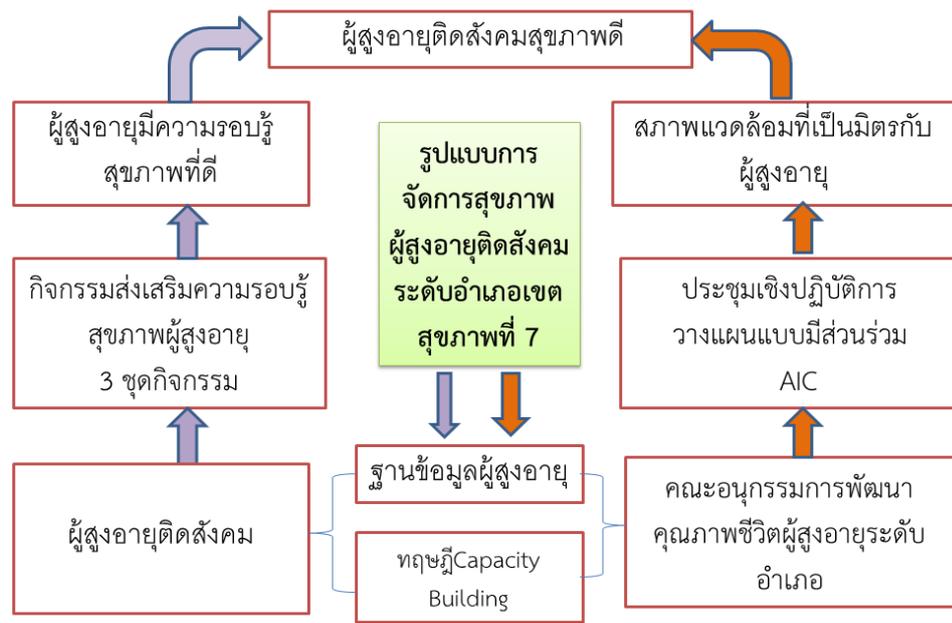
กิจกรรมที่ 1 ได้แก่ 10 อ ที่ผู้สูงอายุต้องรู้ โดยการแบ่งฐานให้ความรู้ แบ่งกลุ่มย่อย เพื่อเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ ส่งเสริมทักษะความรู้ความเข้าใจ การแปลความที่ถูกต้อง และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ 10 อ ใช้เวลา 7 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 ได้แก่ “ฉันคือใคร” และ“เรื่องเล่าเร้าพลัง” ส่งเสริมการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยง และการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของผู้สูงอายุ กิจกรรมฉันคือใคร 4 ชั่วโมง เรื่องเล่าเร้าพลัง โดยผู้สูงอายุต้นแบบเล่าถึงการส่งเสริมสุขภาพตนเองตามหลัก 10 อ เป็นเวลา 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3 ได้แก่ “ละครชีวิต” ส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยกิจกรรมละครชีวิตเป็นการกำหนดบทบาทให้ผู้สูงอายุแสดงตามเหตุการณ์จำลอง

การจัดกิจกรรมทั้ง 3 ครั้งใช้แนวคิดการสร้างเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ (Capacity building) การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ (Role model) และการนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน โดยการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งเว้นระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์

## รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 7

การประเมินประสิทธิผล (E1/E2) ของกิจกรรมตามรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งได้จัดให้กับผู้สูงอายุติดสังคมกลุ่มตัวอย่าง เป็นกิจกรรมที่มีประสิทธิผลสามารถสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเกิดความรอบรู้สุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 75 รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประสิทธิภาพของกิจกรรมใช้ในการสร้างเสริมศักยภาพด้านความรู้สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดสังคมกลุ่มทดลอง (n= 70)

ความรู้สุขภาพ	คะแนนก่อนร่วม		ประสิทธิผล
	กิจกรรม	กิจกรรม	
1. ด้านความรู้ความเข้าใจ	788	1625	0.8700
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	1302	1594	0.7772
3. ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ	1331	1600	0.7707
4. ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ	1297	1595	0.7780
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	1120	1546	0.7607
6. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	374	514	0.7526
7. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ	690	908	0.7517

จากตารางที่ 2 พบว่า ความรู้ความเข้าใจ กิจกรรมมีประสิทธิภาพร้อยละ 87.00 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพร้อยละ 77.72 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุมี

ประสิทธิผลร้อยละ 77.07 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพมีประสิทธิผลร้อยละ 77.80 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพมีประสิทธิผลร้อยละ 76.07 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพร้อยละ 75.26 พฤติกรรมที่ดีด้านสุขภาพมีประสิทธิผลร้อยละ 75.17

### ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 7

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมเขตสุขภาพที่ 7 ทำการประเมินผลก่อนใช้รูปแบบ 1 สัปดาห์และประเมินผลหลังทดลองใช้รูปแบบ 2 สัปดาห์รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุติดสังคมระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม รายด้าน (n=70)

ความรอบรู้สุขภาพของ ผู้สูงอายุติดสังคม	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t	df	P
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			
1. ความรู้ความเข้าใจในการจัดการสุขภาพ	13.80	2.52	23.21	2.02	-38.79	69	<0.001*
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดสังคม	2.32	0.24	2.84	0.14	18.41	69	<0.001*
3. การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดสังคม	2.37	0.25	2.85	0.12	16.39	69	<0.001*
4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดสังคม	2.31	0.18	2.84	0.13	20.74	69	<0.001*
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม	2.03	0.37	2.76	0.12	16.77	69	<0.001*
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม	5.34	0.67	7.34	0.73	18.25	69	<0.001*
7. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุติดสังคม	10.00	0.99	12.97	0.90	23.69	69	<0.001*

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุติดสังคมกลุ่มทดลอง หลังใช้รูปแบบมีความรู้เฉลี่ยสูงขึ้น มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดสังคมเฉลี่ยสูงขึ้น มีการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดสังคมสูงขึ้น มีการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดสังคมสูงขึ้น มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศสูงขึ้น มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องสูงขึ้น และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดสังคมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### การอภิปรายผล

1. หลังใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจที่สูงขึ้น กลุ่มตัวอย่างหลังใช้รูปแบบมีความรู้ความเข้าใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้า ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับถูกต้องบ้าง (Srikuankaew, Jiawiwatkul & Thayansin, 2014) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา และมีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาค่อนข้างต่ำทำให้ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้และความสามารถในการเรียนรู้ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับคนที่มีการศึกษาสูง และรายได้น้อยอาจทำให้การเข้าถึงแหล่งความรู้ ค่อนข้าง มีจำกัด ประกอบกับผู้สูงอายุมีความเสื่อมของอวัยวะที่ใช้ในการสื่อสาร จึงทำให้สื่อสาร ความรู้ด้านสุขภาพได้ไม่ดี ดังนั้นรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นจึงเน้นกิจกรรมการให้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติ แบ่งกลุ่มย่อยออกเป็นฐาน ได้แสดงออก ซักถามจนเข้าใจ และเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ (Role model) ด้านการดูแลสุขภาพที่เป็นผู้สูงอายุติดสังคมที่อาศัยอยู่ในบริบทพื้นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จึงทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ มีระดับความรู้ความเข้าใจที่สูงขึ้น

2. หลังใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดสังคมสูงขึ้น หลังใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดสังคมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าการสร้างเสริมความรู้สุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการรับรู้ ทักษะทางสังคมในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งต้องได้รับการส่งเสริมตามรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมที่สร้างขึ้นและระดับการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Kaeodumkoeng & Thammakul, 2015)

3. หลังใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มตัวอย่างมีการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดสังคมสูงขึ้น หลังใช้รูปแบบมีการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดสังคมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ พบว่า การสร้างเสริมความรู้สุขภาพ (Health literacy) เป็นวิถีทางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับ

ประชาชนในการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่อย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้สูงอายุจะสามารถต้านทานหรือจัดการควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้าต่างๆ อันเป็นปัจจัย เสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ (Kaedumkoeng & Thammakul, 2015)

4. หลังใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดสังคมที่สูงขึ้น หลังใช้รูปแบบมีการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดสังคมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกิจกรรมที่ใช้ในรูปแบบการจัดการสุขภาพสอดคล้องกับทฤษฎีการสร้างเสริมศักยภาพ (Personal capacity building) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้นำเอาศักยภาพของตนเองออกมาจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ ตามความรู้ที่ได้รับ ตามบทบาทสมมติที่ได้รับร่วมแสดง รวมถึงการรู้คุณค่าของตนเองจากกิจกรรมที่ทำ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพที่สูงขึ้น ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการพัฒนาให้เกิดความรอบรู้สุขภาพ (Health literacy enhancing interventions) ต้องใช้วิธีการกิจกรรมต่างๆ ตามบริบทของงานสาธารณสุขมิติของความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการได้รับข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับตัวกำหนดด้านสุขภาพในสภาวะแวดล้อมปัจจุบันทั้งด้านสังคมและกายภาพ 2) เข้าใจข้อมูล ตีความหมายของข้อมูล 3) ประเมินข้อมูลเหล่านั้น และ 4) ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลเหล่านั้น (Suwan, 2019)

5. หลังใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดสังคมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษา การออกแบบสื่อที่เหมาะสมกับลักษณะของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ใช้บุคคลต้นแบบ ใช้บทบาทสมมติ ในการสื่อสาร ซึ่งหากส่งเสริมการสื่อสารและการเข้าถึงข้อมูลให้แก่ผู้สูงอายุแล้วจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้เท่าทันสื่อ และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้นจะช่วยลดภาวะความเจ็บป่วยและการใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุได้ (Sriprom, 2013)

6. หลังใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดสังคมที่ถูกต้องมากขึ้น หลังใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดสังคมเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษา ทักษะการตัดสินใจนั้นจัดกิจกรรมให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมโดยใช้การสนทนากลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มตัวอย่างได้ การกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยกำหนดประเด็นขึ้นอย่างทั่ว ถึง มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ช่วยให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพได้ (Arahung, 2017) ในงานวิจัยครั้งนี้ได้จัดกิจกรรมเรื่องเล่าเร้าพลัง โดยบุคคลต้นแบบที่เป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี จึงสามารถที่จะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุติดสังคมกลุ่มตัวอย่างเกิดการตัดสินใจที่ถูกต้องด้านการจัดการสุขภาพได้ในระดับสูงขึ้น

7. หลังใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดสังคมที่ดีขึ้น หลังใช้รูปแบบผู้สูงอายุ

ติดสังคมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษา ความรอบรู้ทางสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุ ทั้งในภาวะ สุขภาพที่ปกติและผิดปกติ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ หากประชาชนได้รับการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น (Taechavijitjara, 2018) การส่งเสริมพัฒนาตนเองให้เกิดการ เปลี่ยนแปลง ความรู้เจตคติ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมโดยยึดถือแนวคิดของสุขบัญญัติแห่งชาติมาใช้ใน ชีวิตประจำวันของตนเอง เพื่อการมีสุขภาพที่ดี (Hunnirun, 2013) นอกจากนี้ความรู้สุขภาพยังเป็น ตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงให้เห็นถึง พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเองตลอดจนผลลัพธ์ทางสุขภาพ บุคคลที่มีระดับ ความรอบรู้ทางสุขภาพที่สูงกว่าย่อมมีการดูแลตนเองที่ดีกว่าซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยตลอดจนการ เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลรวมถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพน้อยกว่า บุคคลที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพที่ต่ำกว่า (Taechavijitjara, 2018)

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 7 ที่ผ่านมาไม่มีรูปแบบการ จัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมที่เป็นรูปแบบชัดเจน การจัดการขึ้นอยู่กับบริบทพื้นที่ ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กิจกรรมที่ส่วนใหญ่จัดให้ผู้สูงอายุติดสังคม คือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ กิจกรรมรดน้ำ ขอพรผู้สูงอายุ พื้นที่ที่มีความพร้อมจะจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุซึ่งจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ยังไม่มี การส่งเสริมความรู้สุขภาพให้กับผู้สูงอายุติดสังคม ซึ่งการส่งเสริมความรู้สุขภาพให้กับผู้สูงอายุจะเป็น วิธีทางหนึ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับบริบทพื้นที่วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับสูง แต่ผู้สูงอายุติดสังคมมีความรู้เท่าทันสื่ออยู่ใน ระดับปานกลาง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เป็นไปตาม วัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ตั้งไว้ มีการจัดสภาพแวดล้อมไม่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งผลให้ต้องมีแนวคิด วางแผนเพื่อสร้างเสริมความรู้สุขภาพให้กับผู้สูงอายุติดสังคม เน้นทักษะการรู้เท่าทันสื่อ พฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพของตนเอง โดยใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอซึ่งแบ่งการดำเนินงาน เป็น 2 ส่วน 1) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับอำเภอช่วยขับเคลื่อนเพื่อจัด สภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุขึ้นใหม่ 2) จัดแผนกิจกรรมสร้างเสริมความรู้สุขภาพแก่กลุ่ม ทดลอง โดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมศักยภาพ (Capacity building) และแนวคิดบุคคลต้นแบบ (Role model) จัดชุดกิจกรรม 3 กิจกรรม เน้นการส่งเสริมความรู้สุขภาพตามหลัก 10 อ หลังร่วมกิจกรรม 2 สัปดาห์ ประเมินประสิทธิผล พบว่า แต่ละกิจกรรมมีประสิทธิผลมากกว่าร้อยละ 75.0 และหลังใช้รูปแบบกลุ่ม ตัวอย่างมีความรอบรู้สุขภาพสูงขึ้นทุกด้าน และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูงและสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่ารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมที่พัฒนาขึ้น แบ่ง ออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับอำเภอ พัฒนาในส่วน สภาพแวดล้อมสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งปัจจุบันยังไม่ครอบคลุม ส่วนของตัวผู้สูงอายุควรมี

กิจกรรมเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งควรทำอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน เพื่อให้ประเทศไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เป็นสังคมที่เข้มแข็งมีพลัง พัฒนาและขับเคลื่อนประเทศต่อไป

### องค์ความรู้ใหม่และผลที่เกิดต่อสังคม ชุมชน ท้องถิ่น

รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอ ประกอบไปด้วยการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับอำเภอ เพิ่มศักยภาพของคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับอำเภอด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการ AIC ได้แผนการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุติดสังคมในพื้นที่ เกิดการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เป็นสาธารณะให้เอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เสริมสร้างความรู้สุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม ด้วย 3 ชุดกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรม 10 อ “เรื่องเล่าเร้าพลัง” และ “ละครชีวิต” ซึ่งเป็นชุดกิจกรรมที่มีประสิทธิผล ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดสังคมมีระดับความรู้สุขภาพที่สูงขึ้นและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น ผู้สูงอายุติดสังคมในพื้นที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีลดภาระต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

### References

- Arahung, R. (2017). *The Effects of Health Literacy Enhancement Program in Hypotensive Prevention of Behavior of Pre- Hypertension Risk Group at a Community in Nakhon Pathom Province*. (Master of Nursing Science, Christian University). (In Thai)
- Daniel, W.W. (2010). *Biostatistics : Basic Concepts and Methodology for the Health.*: John Wiley & Sons (Asia) Pte Ltd .
- Health system research institute. (2014). *District Health System (DHS)*. Bangkok: Ministry of Public Health. (In Thai)
- Health system research institute. (2015). *Annual Report 2015*. Nonthaburi: Health System Research Institute. (In Thai)
- Hunnirun, P. (2013). *Behavioral Science in Health Education*. Bangkok: Srinakharinwirot University. (In Thai)
- Kaeodumkoeng, K., & Thammakul, D. (2015). Promoting Health Literacy in the Elderly Population. *Journal of Health Science Research*, 9(2), 1-8. (In Thai)
- Khon Kaen Provincial Health Office. (2018). *Basic Information Year 2018*. Khon Kaen Provincial Health Office. (In Thai)

- Office of the national economic and social development council. (2017). *The Twelfth National Economics and Social Development Plan (2017-2021)*. Bangkok: Office of Prime Ministry. (In Thai)
- Nonthasut, A. (2014). *Social Innovation in Health System Management*. Academic Conference Documents.
- Maha Sarakham Provincial Public Health Office. (2018). *Basic Information Year 2018*. Maha Sarakham Provincial: Public Health Office.
- Photisiri, W. (2017). *Demographic Changes and Important Statistical Data about the Elderly In Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute and College of Population Studies, Chulalongkorn University*. Thai Elderly Situation Report 2017. Bangkok: Pongpanich. (In Thai)
- Siriphanich, B. (2017). *Situation of the Thai Elderly 2016*. Nakhon Pathom: Printery Co., Ltd. (In Thai)
- Srikuankaew, A., Jiawiwatkul, A., &Thayansin, S. (2014). The Relationship between Happiness, Health Literacy and Quality of Life of Elderly: A Case Study in Wiang Elderly School, Fang District, Chiang Mai Province. *MFU Connexion: Journal of Humanities and Soccial Sciences*, 7(2), 76-95.
- Srisa-ard, B. (2010). *Research for Teachers*. (3<sup>th</sup> ed.). Bangkok: Suwiriya Sarasan. (In Thai)
- Sriprom, C. (2013). *Model of Health Promotion for the Elderly. (Doctoral dissertation in Regional Development Strategies*. Graduate School Ubon Rachatani Rajabhat University). (In Thai)
- Suwan, P. (2019). *Health Literacy: One of the Thai Goal to Reform Public Health and Environment*. Retrieved from <https://www.western.ac.th/media/attachments/2018/08/18/11-1.pdf> (In Thai)
- Taechavijitjara, C. (2018). Health Literacy: A key Indicator towards Good Health Behavior and Health Outcomes. *Journal of the Thai Amy Nurses*, 19(special), 1-11. (In Thai)