

ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างการบริหารตามลักษณะ องค์กรอริสสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กับการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”

Predictive Correlation between Administration According to Characteristic of Health Literacy Organization of Elderly Clubs in Bangkok and Elderly Members' Health Promotion 4 Smart “Do not Fall, Do not Forget, Do not Depress, and Deliciously Eating”

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข) ¹

Vanida Durongritichai, Dr.P.H. (Public Health Nursing) ¹

กานดาวิสี มาลีวงษ์, ส.ด. (โภชนาการ) ² หทัยชนก บัวเจริญ, ป.ร.ด. (การพยาบาล) ³

Kandavasee Maleevong, Dr.P.H. (Nutrition) ² Hataichanok Buajalearn, Ph.D. (Nursing) ³

ชัชวาล วงศ์สวัสดิ์, ป.ร.ด. (การบริหารการพยาบาล) ⁴

Chutchavarn Wongsaree, Ph.D. (Nursing Management) ⁴

Received: December 11, 2020 Revised: December 4, 2022 Accepted: December 6, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” และศึกษาอำนาจการทำนายของ

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: vanida.dur@mail.pbru.ac.th

² นักวิชาการสาธารณสุข สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรุงเทพมหานคร

² Public Health Technical Officer, Metropolitan Health and Wellness Institution, Bangkok

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

⁴ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

⁴ Instructor, Faculty of Nursing, Pathumthani University

การบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart กลุ่มตัวอย่างเป็นชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร จำนวน 221 ชมรม เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของชมรมผู้สูงอายุ 2) การจัดกิจกรรมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ 3) การบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .96 และ 4) การส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” มีค่าความเชื่อมั่น .97 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2561 ถึงเดือนมกราคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ชมรมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 2.23$, $SD = .41$) 2) ชมรมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ในระดับปานกลาง ($M = 3.10$, $SD = 1.30$) และ 3) การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิก และการเป็นแบบอย่างของกรรมการชมรมในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพสู่สมาชิกสามารถร่วมกันทำนุบำรุงส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart ได้ร้อยละ 32.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .327$, $p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานสุขภาพควรนำองค์ประกอบการบริหารที่มีอำนาจการทำนุบำรุงส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุ ไปวางแผนพัฒนาทักษะการบริหารแก่กรรมการชมรมเพื่อให้ชมรมสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ชมรมผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ องค์การรอบรู้สุขภาพ

Abstract

This predictive correlational research aimed to study the elderly members' health promotion 4 smart “do not fall, do not forget, do not depress, and deliciously eating” and the predictive power of the administration according to characteristic of health literacy organization of elderly clubs on the elderly members' health promotion 4 smart. The samples were 221 elderly clubs in Bangkok. The research instrument was a four-part questionnaire including: 1) general data of elderly clubs, 2) health activities organized by elderly clubs, 3) administration according to characteristic of health literacy organization with reliability of .96, and 4) elderly members' health promotion 4 smart “do not fall, do not forget, do not depress, and deliciously eating” with reliability of .97. Data were collected from November, 2018 to January, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that 1) the elderly clubs had the total mean score of administration according to characteristic of health literacy organization at a moderate level ($M = 2.23, SD = .41$), 2) the elderly clubs had the mean score of elderly members' health promotion 4 smart "do not fall, do not forget, do not depress, and deliciously eating" at a moderate level ($M = 3.10, SD = 1.30$), and 3) providing accessibility and transferring health information to members, communicating for rights protection, and being role model of club committees in disseminating health information were statistically significantly predicted the elderly members' health promotion 4 smart at 32.70% ($R^2 = .327, p < .001$).

This research suggests that health agencies should take the compositions of administration which could predict the elderly members' health promotion to design a development plan for administrative skills of elderly club committee. This will help elderly clubs increase response to needs of the members.

Keywords: Elderly club, Health promotion, Health literacy organization

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่แห่งสังคมสูงอายุ โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 17.05 ของประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563; กองยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, 2562) โดยเขตที่เป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete-aged society) มีจำนวนมากถึง 25 เขต ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมถึงร้อยละ 92 (อนันต์ อนันตกุล, ม.ป.ป.) ผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ ต้องปรับตัวให้เท่าทันกับความทันสมัยที่หลั่งไหลเข้ามา เพื่อให้สามารถเป็นผู้สูงอายุยุคคุณค่าบนสังคมเมืองหลวง จากการศึกษารูปแบบการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุยุคคุณค่า พบว่า ช่วงวัยสูงอายุเป็นเพียงตัวเลขที่แสดงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเกษียณหรือต้องทำงานแบบทางานน้อยลง แม้การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะทำให้การเคลื่อนไหวและการคิดอ่านช้าลง แต่ผู้สูงอายุยุคคุณค่าซึ่งมักเป็นกลุ่มติดสังคมยังคงสนใจดูแลภาพลักษณ์ ทำให้มีอายุใจ (subjective age) ต่ำกว่าอายุจริง (chronological age) ไม่ต้องการพึ่งพาลูกหลานหรือบุคคลอื่น และยังมีเวลามากขึ้นที่จะส่งเสริมสุขภาพของตนเอง รวมทั้งชักชวนผู้สูงอายุอื่นมาทำกิจกรรมเชิงสังคมมากขึ้น (วิทยาลัย

การจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561)

ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่มีความสำคัญ เพราะยังสามารถทำกิจกรรมพื้นฐานและกิจวัตรต่อเนื่องได้อย่างอิสระ แต่หากไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ความเสื่อมถอยของวัยจะเร่งให้เข้าสู่ภาวะเปราะบาง (fragile seniors) ที่ทำให้เกิดความบกพร่องเชิงโครงสร้างและหน้าที่ในหลายระบบ ลดความสามารถทางกาย เพิ่มความบกพร่องทางความคิดและจิตใจ เพิ่มความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย มีภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา และชักนำให้มีปัญหาสุขภาพสะสมต่อเนื่อง กลายเป็นกลุ่มติดบ้านและติดเตียงได้ ในที่สุด ความเสื่อมสำคัญที่มีผลให้เกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ได้แก่ หกล้ม หลงลืม ซึมเศร้า มีปัญหาประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ไม่สามารถเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ส่งผลให้เพิ่มอัตราการพึ่งพิงและอัตราส่วนเกื้อหนุนที่เป็นภาระต่อตนเองและครอบครัว (ธัญรัชต์ องค์กรมีเกียรติ, 2561; Carneiro et al., 2017) และจากการศึกษาระบุว่า อัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตเมืองสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (นิพา ศรีช้าง และลลิตรา กำวี,

ม.ป.ป.) โดยพบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ มีการพลัดตก หกล้มร้อยละ 7.14 ต่อปี (กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และผจงจิต ไกรถาวร, 2558) ในช่วงปี พ.ศ. 2557–2559 มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 3,005 คน 3,553 คน และ 3,784 คน ตามลำดับ (ศิริภา นัตรเงิน, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, และอุมาพร ห่านรุ่งชโรทร, 2561) มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.40 โดยแบ่งออกเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 11.70 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 2.90 และภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ .80 (นิรัชรา ศศิธร, 2557) ผู้สูงอายุวัยปลายมากกว่าร้อยละ 70 มีฟันไม่ครบ 20 ซี่ และผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายมากกว่าร้อยละ 50 มีฟันไม่ครบ 20 ซี่ (บรรลุ ศิริพานิช, 2559; สมฤทัย บุญสุรากุล, ม.ป.ป.) ซึ่งความสำคัญดังกล่าว กรมอนามัยจึงดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องด้วยหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” โดยด้าน “ไม่ล้ม (smart walk)” คือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อร่างกายที่แข็งแรง ด้าน “ไม่ลืม (smart brain)” คือ การดูแล ฝึกฝนทักษะทางสมอง เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ด้าน “ไม่ซึมเศร้า (smart sleep & emotional)” คือ การนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 7–8 ชั่วโมง การทำจิตใจให้เบิกบาน ไม่เครียด ไม่เศร้าหมอง และด้าน “กินข้าวอร่อย (smart eat)” คือ การกินอาหารอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการ การมีสุขภาพช่องปากที่ดี เพื่อความสามารถในการบดเคี้ยวอาหาร มีฟันอย่างน้อย 20 ซี่ 4 คู่สบ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ความรอบรู้สุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพราะช่วยให้คงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง แสวงหาและตรวจสอบข้อมูลที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะโรคที่ป้องกันได้และภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ สามารถวิเคราะห์ผลดีผลเสีย ตัดสินใจกำหนดทางเลือกวิธีปฏิบัติตนด้านสุขภาพ มีทักษะการเลือกรับและประเมินความถูกต้องของข้อมูลจากสื่อต่างๆ ในสังคม

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้สุขภาพในระดับต่ำ เนื่องจากความสามารถในการเรียนรู้ และทักษะต่างๆ ลดลง แต่หากได้รับการฝึกฝนหรือสนับสนุนให้มีทักษะทางการรับรู้และทางสังคมเพียงพอที่จะยังมีประสิทธิภาพในการเข้าถึง เข้าใจ เลือกใช้ข้อมูล และเท่าทันสื่อ เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ช่วยเหลือตนเองได้เต็มศักยภาพและยาวนานที่สุด ควบคุมปัจจัยกำหนดเพื่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งได้รับการคุ้มครองให้สามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองหรือได้รับการส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น (กานดาวลี มาลีวงษ์ และคณะ, 2561; กิจปพน ศรีธานี, 2560; Ezebiuhe & Sigley, 2016)

ชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ จัดตั้งตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข บริหารจัดการโดยผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ เป็นระบบทางสังคมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มใช้ศักยภาพและบูรณาการความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของสมาชิก มาแลกเปลี่ยนกันเพื่อประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น มีเป้าหมายเพื่อดูแลสมาชิกทุกด้านอย่างเป็นองค์รวม ทำหน้าที่ตอบสนองให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตัวเองให้นานที่สุดด้วยการมีสุขภาพที่ดี เตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่าในแต่ละช่วงเวลา ทำให้ผู้สูงอายุมีอิสรภาพทางการเงิน สามารถพบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นการทำงานเพื่อสังคมหรืองานที่ชอบเพื่อคงไว้หรือพัฒนาศักยภาพ การเป็นชมรมจะมีระเบียบ ข้อบังคับ หรือข้อตกลงของชมรม ที่มีคณะกรรมการบริหารจัดการทำงานแบบบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจัดกิจกรรมร่วมกับภาคีเครือข่ายแบบหุ้นส่วน (กานดาวลี มาลีวงษ์ และคณะ, 2561) จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ชมรมผู้สูงอายุเป็นปัจจัยทางบวกที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ และสมาชิกมีความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมในระดับมาก (ภาวิน ทองไชย, 2556) จำนวนและลักษณะกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ดังที่สำนักพัฒนาสังคม รายงานว่ามีชมรมผู้สูงอายุ 395 ชมรม สมาชิก 44,344

คน โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม กิจกรรมเป็นหัวใจสำคัญที่บ่งชี้ความสำเร็จ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก คือ กิจกรรมเชิงสังคม และกิจกรรมเชิงสุขภาพ ความสำเร็จของการดำเนินงานเกิดจากความร่วมมือของสมาชิก ชุมชน และทีมสุขภาพ (ชนนิจพัทธ์ ประเสริฐพรรณ, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ, สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ, และ กมลรัตน์ กิตติพิพนานนท์, 2557)

โดยทั่วไป ชุมรมผู้สูงอายุมีโครงสร้างการบริหารที่คล้ายกัน ประกอบด้วยประธานชมรม รองประธานชมรม เลขานุการ ผู้ช่วยเลขานุการ เภรณญิก ผู้ช่วยเภรณญิก และกรรมการกลางไม่เกิน 9 คน ส่วนกิจกรรมมีการกำหนดลักษณะเป็นกิจกรรมทั่วไปและกิจกรรมเชิงพัฒนา (สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ, ม.ป.ป.) แต่ความเข้มแข็งและยั่งยืนจะแตกต่างกันตามศักยภาพการบริหารของคณะกรรมการชมรมในการพัฒนากิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ เมื่อพิจารณาการบริหารของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ พบว่าสอดคล้องกับลักษณะองค์รรอบรู้สุขภาพ กล่าวคือ โครงสร้างของชมรมมีคณะกรรมการบริหารที่ทำหน้าที่เป็นผู้นำองค์กร มีนโยบาย พันธกิจ โครงสร้าง การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพเรื่องการสื่อสารด้านสุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความรอบรู้สุขภาพ รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพและบริการของชมรม ทำให้ตัดสินใจนำประโยชน์จากการร่วมกิจกรรมไปจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ชมรมยังมีการวางแผนจัดโครงการหรือกิจกรรมเพื่อพัฒนาคณะกรรมการชมรม และสมาชิก โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองปัญหาหรือความต้องการของสมาชิกที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพ มีการสื่อสารให้สมาชิกรับทราบข้อมูลอย่างเข้าใจง่าย และต่อเนื่อง และประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นกับสมาชิก (Brach et al., 2012)

ชมรมผู้สูงอายุที่ถือว่าเป็นองค์กรรอบรู้สุขภาพที่มีการนำองค์กร การวางแผน การประเมินผล การพัฒนาบุคลากร การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย การสร้าง

การเข้าถึงข้อมูลและบริการ และการส่งเสริมการเรียนรู้ จะต้องเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุ พัฒนานวัตกรรม การเรียนรู้ จัดทำข้อมูลที่เหมาะสมเข้าถึง สร้างกระแสสังคมหรือแนวโน้มให้สมาชิกเลือกใช้หรือตัดสินใจ ขยายเครือข่ายให้สมาชิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสร้างช่องทางหรือเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การบริหารตามลักษณะองค์รรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุจะทำให้ชมรมจัดระบบงาน ออกแบบโครงการหรือกิจกรรมที่ให้ความสำคัญกับความหมายของคำในข้อมูล และส่งข้อมูลจำเป็นที่ทำให้สมาชิกชมรมตัดสินใจเลือกข้อมูลที่เหมาะสม เข้าถึงและสื่อสารข้อมูลในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เข้าใจง่าย เรียนรู้เป็น เรียนรู้ใหม่ และเรียนรู้เพิ่มเติมต่อยอดได้เอง จนมีผลลัพธ์ตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” อย่างถูกต้อง (จุฑาพร คำมณี, 2558; วิมล โรมา, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2561–2564) ที่สนับสนุนระบบการดูแลผู้สูงอายุบนการสร้างความรู้ทั้งระดับบุคคลและระดับองค์กร เพื่อบรรลุการส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 4 Smart เพิ่มการสร้างคุณค่าของวัยด้วยความสามารถ ศักยภาพผ่านกิจกรรมต่างๆ ในสังคม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต ช่วยชะลอการเป็นผู้สูงอายุเปราะบางที่ติดบ้านหรือติดเตียง และนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีแบบองค์รวมอย่างยั่งยืน (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบงานวิจัยที่ค้นหาอำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์รรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุ พบเพียงการศึกษาปัจจัยที่ทำให้ชมรมประสบความสำเร็จ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับบทบาทของคณะกรรมการชมรม และการสังเคราะห์ระบบกลไกองค์รรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ (กานดาวิสิมาลีวงศ์ และคณะ, 2561; จุฑาพร คำมณี, 2558; รัชญาธิญา ทรงวุฒิ, วิราสิริ วีสิริวิ, และสุธรรม

นันทมงคลชัย, ม.ป.ป.) หากทราบได้ว่าส่วนใดในการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุที่มีผลเชิงทำนายต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุ จะทำให้ชมรมสามารถปรับปรุงการบริหารจัดการ วางแผนพัฒนา หรือยกระดับการทำงานของคณะกรรมการบริหารชมรมและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้เป็นองค์การรอบรู้สุขภาพที่เข้าถึงความต้องการของสมาชิกผู้สูงอายุ ออกแบบกระบวนการเพิ่มความสามารถหรือศักยภาพของสมาชิกผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ให้ความรู้ ความเข้าใจ ชักถามข้อมูลเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติได้ด้วยตนเอง จนถ่ายทอดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเองสู่บุคคลอื่นจนบรรลุการมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ขยายเครือข่ายให้สมาชิกผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างช่องทางหรือเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพ อันเป็นการสร้างศักยภาพและการเรียนรู้ตลอดชีวิตแก่สมาชิกผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีแบบองค์รวมอย่างยั่งยืน (เชนวนทอง ธนสุกาญจน์, วิมล โรมา, และ มุกดา ดำนวนกลาง, 2561; วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2560)

วัตถุประสงค์การวิจัย

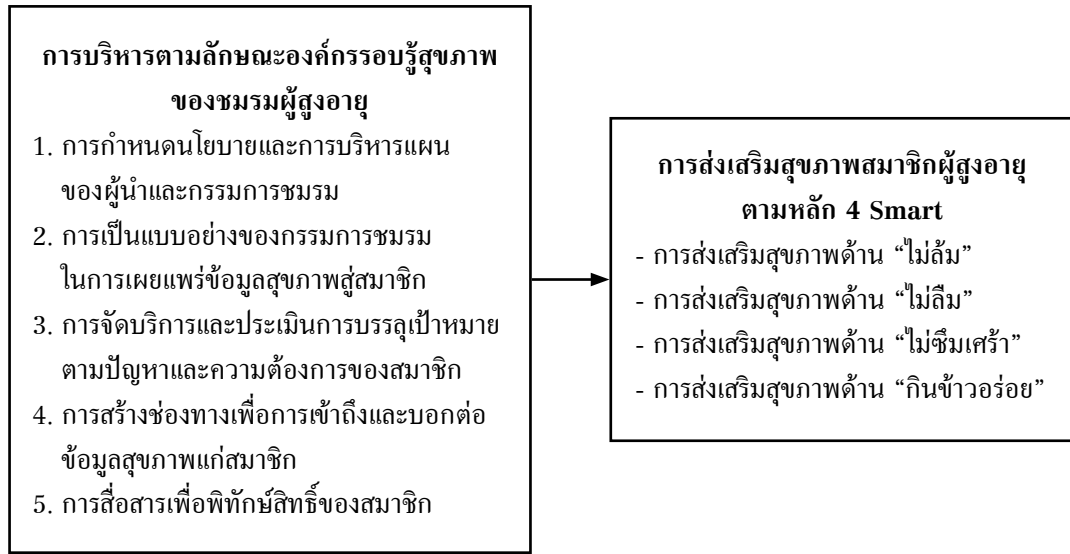
1. เพื่อศึกษาการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”

สมมติฐานการวิจัย

การบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบายและการบริหารแผนของผู้นำและกรรมการชมรม 2) การเป็นแบบอย่างของกรรมการชมรมในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพสู่สมาชิก 3) การจัดบริการและประเมินการบรรลุเป้าหมายตามปัญหาและความต้องการของสมาชิก 4) การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก และ 5) การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิของสมาชิก สามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดองค์การรอบรู้สุขภาพขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2013) มาเป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งกล่าวไว้ว่า องค์การรอบรู้สุขภาพต้องประกอบด้วยผู้นำและการนำองค์กร การวางแผน การประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ การพัฒนาบุคลากร การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ การสื่อสารที่มีประสิทธิผล การเข้าถึงข้อมูลและบริการ การออกแบบสื่อที่ง่ายต่อการเข้าถึง และการสร้างการเรียนรู้ โดยเชื่อว่า ชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ มีการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพ และการบริหารตามลักษณะดังกล่าวมีความสัมพันธ์เชิงทำนายต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร จำนวน 395 ชมรม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ มีอายุการจัดตั้งไม่น้อยกว่า 2 ปี และมีการจัดกิจกรรมให้แก่สมาชิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 221 ชมรม เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเขตพื้นที่ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก ตามสัดส่วนประชากรในแต่ละเขตพื้นที่ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มกรุงเทพเหนือ จำนวน 81 ชมรม กลุ่มกรุงเทพกลาง จำนวน 32 ชมรม กลุ่มกรุงเทพใต้ จำนวน 26 ชมรม กลุ่มกรุงเทพตะวันออก จำนวน 32 ชมรม กลุ่มกรุงเทพมหานครเหนือ จำนวน 28 ชมรม และกลุ่มกรุงเทพมหานครใต้ จำนวน 22 ชมรม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น

4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุการจัดตั้ง การจดทะเบียน ลักษณะพื้นที่ที่ดำเนินการ และจำนวนสมาชิก จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 การจัดกิจกรรมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบว่ามีหรือไม่มี โดยเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่า มี ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่า ไม่มี ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 1-10 คะแนน

ส่วนที่ 3 การบริหารตามลักษณะองค์รกรอบรู้สุขภาพ แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การกำหนดนโยบายและการบริหารแผนของผู้นำและกรรมการชมรม 2) การเป็นแบบอย่างของกรรมการชมรมในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพสู่สมาชิก 3) การจัดการบริการและประเมินการบรรลุเป้าหมายตามปัญหาและความต้องการของสมาชิก 4) การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก และ 5) การสื่อสารเพื่อพิทักษ์

สิทธิของสมาชิก รวมจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่มีเลย มีแต่ยังไม่ชัดเจน และมี ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพในระดับน้อย (1.00-1.66 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และในระดับมาก (2.34-3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยทำ ทำให้สมาชิกรู้จำ ทำให้สมาชิกทำได้ ทำให้สมาชิกทำได้ดี ต่อเนื่อง และทำให้สมาชิกบอกต่อสิ่งที่ทำได้ดี ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุในระดับน้อย (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับมาก (3.68-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือ ได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นแบบสอบถามส่วนที่ 3 การบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพ และส่วนที่ 4 การส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” นำไปทดลองใช้กับชมรมผู้สูงอายุในเขตเมืองของจังหวัดในเขตปริมณฑล รวมจำนวน 30 ชมรม หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .96 และ .97 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร (เอกสารรับรองเลขที่ E010h/611 วันที่ 11 กันยายน 2561) ผู้วิจัย

จึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงประธานชมรมผู้สูงอายุหรือผู้แทนถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อประธานชมรมผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นขอความร่วมมือให้แจ้งประธานชมรมผู้สูงอายุในกลุ่มของตนเพื่อนัดทำแบบสอบถามพร้อมๆ กัน ในวันนัดทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยพบประธานชมรมผู้สูงอายุหรือผู้แทน ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2561 ถึงเดือนมกราคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของชมรมผู้สูงอายุ ข้อมูลการจัดกิจกรรมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ ข้อมูลการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพ และข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุกับการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ชมรมผู้สูงอายุมีอายุการจัดตั้งอยู่ในช่วง 11-15 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 28.50 โดยมีอายุการจัดตั้งเฉลี่ย 15.53 ปี ($SD = 8.61$) ส่วนใหญ่จดทะเบียนกับสาขาสมาคมผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 60.20 เป็นชมรมที่ดำเนินการ

ในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 60.20 และมีจำนวนสมาชิกอยู่ในช่วง 51–100 คน และน้อยกว่า 50 คน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 25.50 เท่ากัน

2. การบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ชมรมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 2.23, SD = .41$) เมื่อจำแนกเป็นรายองค์ประกอบ พบว่า ชมรมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพในระดับมาก 1 องค์ประกอบ คือ การจัดบริการและประเมินการบรรลุเป้าหมายตามปัญหาและความต้องการของสมาชิก ($M = 2.50, SD = .39$) มีคะแนนเฉลี่ยการบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพในระดับปานกลาง 3 องค์ประกอบ คือ การกำหนดนโยบายและการบริหารแผนของผู้นำและกรรมการชมรม ($M = 2.21, SD = .52$) การเป็นแบบอย่างของกรรมการชมรมในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพสู่สมาชิก ($M = 2.30, SD = .47$) และการสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก ($M = 2.11, SD = .50$) และมีคะแนนเฉลี่ยการบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพในระดับน้อย 1 องค์ประกอบ คือ การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิก ($M = 1.63, SD = .60$)

3. การส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ของชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ชมรมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart ในระดับปานกลาง ($M = 3.10, SD = 1.30$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ซึมเศร้า” มากที่สุด ($M = 3.44, SD = 1.59$) และมีคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ลืม” น้อยที่สุด ($M = 2.60,$

$SD = 1.26$) เมื่อพิจารณาการส่งเสริมสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า ชมรมผู้สูงอายุทำให้สมาชิกผู้สูงอายุปฏิบัติ การส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ล้ม” ในระดับเข้าใจ ลองฝึกทำตาม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.08 ทำให้สมาชิกผู้สูงอายุปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ลืม” ในระดับเข้าใจ ลองฝึกทำตาม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.24 ทำให้สมาชิกผู้สูงอายุปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ซึมเศร้า” ในระดับตัดสินใจและทำได้เอง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.43 และทำให้สมาชิกผู้สูงอายุปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพด้าน “กินข้าวอร่อย” ในระดับเข้าใจ ลองฝึกทำตาม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.62

4. อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”

4.1 อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์กรรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ล้ม” พบว่า การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก และการสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิก สามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ล้ม” ได้ร้อยละ 18.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .184, p < .05$) โดยการสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิกสามารถทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ลืม” ได้มากที่สุด ($Beta = -.307, p < .001$) รองลงมา คือ การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของสมาชิก ($Beta = -.168, p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ
ต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ลื้ม” (n = 221)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p
การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและ บอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก	-.968	.241	-.307	-4.025	< .001
การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิของสมาชิก	-.433	.197	-.168	-2.197	.029

Constant = 23.474, R = .429, R² = .184, adj. R² = .177, F = 4.827, p < .05

4.2 อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ลื้ม” พบว่าการกำหนดนโยบายและการบริหารแผนของผู้นำและกรรมการชมรม และการสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก สามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ลื้ม” ได้ร้อยละ 25.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R² = .254,

p < .001) โดยการสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิกสามารถทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ลื้ม” ได้มากที่สุด (Beta = -.296, p < .001) รองลงมา คือ การกำหนดนโยบายและการบริหารแผนของผู้นำและกรรมการชมรม (Beta = -.258, p < .01) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ
ต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ลื้ม” (n = 221)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p
การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและ บอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก	-.751	.197	-.296	-3.821	< .001
การกำหนดนโยบายและการบริหาร แผนของผู้นำและกรรมการชมรม	-.619	.186	-.258	-3.330	.001

Constant = 16.651, R = .504, R² = .254, adj. R² = .247, F = 11.087, p < .001

4.3 อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ซึมเศร้า” พบว่าการสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูล

สุขภาพแก่สมาชิก และการสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิของสมาชิก สามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ซึมเศร้า” ได้ร้อยละ 26.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R² = .266, p < .05) โดย

การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิกสามารถทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ซึมเศร้า” ได้มากที่สุด (Beta = -.407,

$p < .001$) รองลงมา คือ การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิของสมาชิก (Beta = -.157, $p < .05$) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ซึมเศร้า” (n = 221)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p
การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก	-1.307	.232	-.407	-5.625	< .001
การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิของสมาชิก	-.412	.190	-.157	-2.165	.032

Constant = 20.595, R = .516, $R^2 = .266$, adj. $R^2 = .260$, F = 4.685, $p < .05$

4.4 อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “กินข้าวอร่อย” พบว่า การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก และการสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิของสมาชิก สามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “กินข้าวอร่อย” ได้ร้อยละ 25.80

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .258$, $p < .01$) โดยการสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิกสามารถทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “กินข้าวอร่อย” ได้มากที่สุด (Beta = -.341, $p < .001$) รองลงมา คือ การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิของสมาชิก (Beta = -.224, $p < .01$) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “กินข้าวอร่อย” (n = 221)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p
การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก	-1.129	.241	-.341	-4.690	< .001
การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิของสมาชิก	-.607	.197	-.224	-3.076	.002

Constant = 26.352, R = .508, $R^2 = .258$, adj. $R^2 = .251$, F = 9.464, $p < .01$

4.5 อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” พบว่า การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิของสมาชิก และการเป็นแบบอย่างของกรรมการชมรมในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพสู่สมาชิก สามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart ได้ร้อยละ

32.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .327, p < .001$) โดยการสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิกสามารถทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart ได้มากที่สุด (Beta = $-.324, p < .001$) รองลงมา คือ การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิของสมาชิก (Beta = $-.156, p < .05$) และการเป็นแบบอย่างของกรรมการชมรมในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพสู่สมาชิก (Beta = $-.169, p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 อำนาจการทำนายของการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” (n = 221)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p
การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก	-.849	.222	-.324	-3.830	< .001
การสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิของสมาชิก	-.337	.155	-.156	-2.166	.031
การเป็นแบบอย่างของกรรมการชมรมในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพสู่สมาชิก	-.564	.279	-.169	-2.024	.044

Constant = 6.852, R = .572, $R^2 = .327$, adj. $R^2 = .318$, F = 35.190, $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ชมรมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ในระดับปานกลางเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุมีลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพที่ยังไม่สมบูรณ์ เน้นการตอบสนองความต้องการทางสุขภาพระดับพื้นฐานหรือในเบื้องต้นของสมาชิก ซึ่งมักเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จัดกิจกรรมตาม

นโยบายภาครัฐหรือสถานการณ์สังคมและสุขภาพ ณ ปัจจุบัน (ปาจริย์ ผลประเสริฐ และวรวงคณา จันทรงค์, 2561) ชมรมส่วนใหญ่จัดตั้งขึ้นจากความต้องการรวมกลุ่มทำกิจกรรมตามความสนใจมากกว่าที่จะดำเนินงานแบบซับซ้อนหรือเป็นทางการ ดังผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ชมรมผู้สูงอายุมีการจัดบริการและประเมินการบรรลุเป้าหมายตามปัญหาและความต้องการของสมาชิกในระดับมาก ในขณะที่ผู้นำและกรรมการชมรมมีการกำหนดนโยบายและการบริหารแผนของชมรม และมีการสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก ในระดับปานกลาง แต่มีการสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิของสมาชิกในระดับน้อย สะท้อนให้

เห็นว่า ชุมรมมีทักษะหรือการเรียนรู้วิธีทำงานเชิงบริหาร มีวิธีพัฒนากิจกรรมเพื่อยกระดับทักษะปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกที่ยังไม่ได้เกิดจากประสบการณ์ของการทำงานเชิงวิเคราะห์สาเหตุ เพื่อนำมากำหนดโครงการหรือกิจกรรมตามเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4 Smart ที่ชัดเจน ซึ่งหากจะเป็นองค์กรรอบรู้สุขภาพตามหลักการเชิงทฤษฎีนั้น ชุมรมผู้สูงอายุจะต้องมีผู้นำที่วางระบบและกลไกสู่การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่ชัดเจน ไปจนกระทั่งสามารถประเมินอย่างมั่นใจได้ว่าสมาชิกของชุมรมปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4 Smart ตามระบบกลไกที่วางไว้ (Palumbo, 2016)

ผลการวิจัยพบว่า ชุมรมผู้สูงอายุมีการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ซึมเศร้า” มากที่สุด ในขณะที่มีการส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ล้ม” น้อยที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ซึมเศร้า” เป็นกิจกรรมที่สร้างความสนุก ความผาสุกทางใจ คลายเครียด เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการได้ง่าย ไม่ซับซ้อน ตรงกับความต้องการหลักของสมาชิกผู้สูงอายุที่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งช่วยให้รู้สึกว่ามีคุณค่าต่อตนเองและบุคคลอื่น สอดคล้องกับธรรมชาติของผู้สูงอายุที่มีความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม มากกว่าความต้องการด้านสภาพร่างกาย เพราะยอมรับว่าสภาพร่างกายมีความเสื่อมถอยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Thomas, 2017) ซึ่งทฤษฎีการทำกิจกรรม (Activity Theory) กล่าวว่า การได้รับการตอบสนองด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแรงเพียงพอที่จะยังกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ (Winstead, Yost, Cotten, Berkowsky, & Anderson, 2014) ส่วนการส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ล้ม” ที่พบว่ามีน้อยที่สุดนั้น เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ใหม่และไม่คุ้นเคย เมื่อเทียบกับกิจกรรมด้านอื่นๆ ประกอบกับจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และความเครียด โดยจะต้องเข้าใจเทคนิคหรือวิธีการป้องกันเพื่อชะลอโรคในด้านความจำ

ที่สัมพันธ์กับการทำงานของร่างกาย ซึ่งกรรมการชุมรมไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้ ต้องอาศัยบุคลากรสุขภาพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ (ปิตรพร สิริพิพักร, 2557) ดังผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ชุมรมผู้สูงอายุทำให้สมาชิกผู้สูงอายุปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ซึมเศร้า” ในระดับตัดสินใจและทำได้เอง มากที่สุด (ร้อยละ 24.43) และทำให้สมาชิกผู้สูงอายุปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ล้ม” ในระดับเข้าใจ ลองฝึกทำตาม มากที่สุด (ร้อยละ 26.24)

ผลการวิจัยพบว่า การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก และการสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิของสมาชิก สามารถร่วมกันทำนุบำรุงการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุด้าน “ไม่ล้ม” ด้าน “ไม่ซึมเศร้า” และด้าน “กินข้าวอร่อย” ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิก และการสื่อสารเพื่อพิทักษ์สิทธิของสมาชิก เป็นวิธีดำเนินการที่ชุมรมทำได้ง่ายและสามารถทำได้ตลอดเวลา เพราะกรรมการชุมรมและสมาชิกชุมรมมักเป็นคนในชุมชนเดียวกัน จึงไปมาหาสู่กันได้สะดวก โดยสิ่งที่ชุมรมสื่อสารไปยังสมาชิกล้วนเป็นประเด็นการดูแลตนเองที่จำเป็นและปฏิบัติได้ไม่ยาก คือ ด้าน “ไม่ล้ม” ด้าน “ไม่ซึมเศร้า” และด้าน “กินข้าวอร่อย” การสร้างช่องทางและการสื่อสารเช่นนี้จึงเป็นสิ่งเร้าที่ช่วยให้สมาชิกตอบสนองจนเกิดความรู้ ความเข้าใจ แสวงหาข้อมูลที่ต้องการด้วยตนเอง ปฏิบัติจนเกิดความเคยชิน และบอกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3 ด้านนี้ได้ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งการเป็นบุคคลที่มีคุณค่า (active aging) ที่จะบรรลุนิยามความต้องการตามธรรมชาติของตนเองตั้งแต่ระดับความต้องการทางกายภาพไปจนถึงความต้องการบรรลุในสิ่งที่ตั้งใจ โดยยังคงพึ่งพาตนเองได้มากที่สุดและพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด (Huitt, 2007) ในขณะที่ผู้นำและกรรมการชุมรมใช้การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิกควบคู่กับการกำหนดนโยบายและการบริหารแผน เพื่อ

กำหนดโครงการหรือกิจกรรมให้สมาชิกบรรลุพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน “ไม่ลืมหืม” ซึ่งชักนำให้สมาชิกปฏิบัติได้ยากกว่าด้าน “ไม่ลืมหืม” ด้าน “ไม่ซึมเศร้า” และด้าน “กินข้าวอร่อย” เนื่องจากเป็นความเสื่อมของผู้สูงอายุที่ยังใกล้เคียงเมื่อเทียบกับอีก 3 ด้าน สอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่า ผู้สูงอายุมิมีปัญหาสุขภาพทางกายมากกว่าปัญหาสมรรถภาพทางสมอง (วีรพล กิตติพิบูลย์ และนิธิรัตน์ บุญตานนท์, 2563) ซึ่งการกำหนดเป็นนโยบายจะทำให้ชมรมเห็นความสำคัญว่า การส่งเสริมสุขภาพในการคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่จะต้องปฏิบัติ ต้องกำหนดวัตถุประสงค์การทำงานที่ชัดเจน และกำหนดกิจกรรมสำคัญในด้านนี้ที่จะต้องบรรลุ (Wright, 2017)

ผลการวิจัยพบว่า การสร้างช่องทางเพื่อการเข้าถึงและบอกต่อข้อมูลสุขภาพแก่สมาชิกสามารถทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ลืมหืม ไม่ลืมหืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ได้มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากชมรมมีความพยายามอย่างมากที่จะทำให้สมาชิกรับรู้ข่าวสารที่ได้รับมาจากหน่วยงานต่างๆ ให้ได้มากที่สุด ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีข้อมูลเพียงพอที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจปรับปรุง แสวงหา เสริมแรง การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองให้สำเร็จได้เป็นลำดับอย่างมั่นใจ (McMichael & Butler, 2006) ส่งผลให้ชมรมสามารถลดบทบาทของตนในการทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ แต่กลับกลายเป็นสมาชิกสามารถส่งเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง ชมรมทำหน้าที่เป็นเพียงสื่อเชื่อมหรือส่งข้อมูลไปถึงสมาชิกให้มากที่สุด ทั้งนี้ การสร้างให้สมาชิกมีความรู้ความคิด สื่อสารได้ชัดเจน สามารถตัดสินใจและจัดการภาวะโรคเรื้อรังและความเสื่อมที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ไม่ยากนักด้วยข้อจำกัดตามธรรมชาติด้านสรีระและด้านการสื่อสาร ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นและพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพ จึงทำให้ชมรมผู้สูงอายุสามารถส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานสุขภาพควรรวบรวมองค์ประกอบการบริหารตามลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุที่มีอำนาจการทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุแต่ละด้าน ไปวางแผนพัฒนาทักษะการบริหารแก่กรรมการชมรม เพื่อให้ชมรมสามารถตอบสนองความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพแต่ละด้านของสมาชิกได้มากยิ่งขึ้น

1.2 หน่วยงานสุขภาพควรจัดกิจกรรมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่กรรมการชมรมผู้สูงอายุเกี่ยวกับองค์ประกอบของการบริหารที่มีอำนาจการทำนายการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุแต่ละด้าน เพื่อให้เกิดความตระหนักและให้ความสำคัญกับการออกแบบกิจกรรมแก่สมาชิกเพิ่มมากขึ้น

1.3 หน่วยงานสุขภาพควรวางแผนพัฒนาทักษะการบริหารแก่กรรมการชมรมเป็นระยะ โดยกำหนดให้โครงการหรือกิจกรรมในแผนมีลักษณะต่อเนื่องแบบยกระดับทักษะ หรือเลือกทักษะการบริหารที่สำคัญหรือที่เฉพาะเจาะจงกับการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุแต่ละด้าน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิเคราะห์เพื่อค้นหาคุณลักษณะสำคัญของผู้นำองค์กร การวางแผน การประเมินผลการพัฒนาบุคลากร การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ การสื่อสารที่สร้างการเข้าถึงข้อมูลและบริการ และการสร้างการเรียนรู้ อันเป็นองค์ประกอบขององค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งจะขึ้นเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการบริหารของชมรมให้เกิดผลลัพธ์ต่อสมาชิกมากที่สุด

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเป็นองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองกับการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart “ไม่ลืมหืม ไม่ลืมหืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” เพื่อให้มีข้อมูลเชิงลึกประกอบการบริหารของชมรม

2.3 ควรมีการพัฒนาการประเมินลักษณะองค์การรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุให้มีความละเอียดมากยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถสะท้อนบริบทการปฏิบัติงานจริงที่เชื่อมโยงกับการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุตามหลัก 4 Smart

เอกสารอ้างอิง

กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์, และผจงจิต ไกรถาวร.

(2558). ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการหกล้มที่ใช้ชุมชนเป็นฐานต่อสมรรถภาพทางกายและการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร: การศึกษาดิตตามผล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(1), 98–113.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2563). *ข้อมูลสถิติจำนวนผู้สูงอายุประเทศไทย ปี 2561 ด้วยระบบ Power Bi / pdf*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/1/153>

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *กรมอนามัยห่วงสุขภาพผู้สูงวัย แนะนำหลัก 'ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย'*. สืบค้นจาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/news04042562/>

กองยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. (2562). *รายงานข้อมูลผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครจากฐานประชากรในระบบทะเบียนราษฎร ณ เดือนธันวาคม 2561 และเปรียบเทียบกับข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2560*. สืบค้นจาก https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000132/download/22_02_62fullpaper.pdf

กานดาวิ มาลีวงษ์, วณิดา คุรงค์ฤทธิชัย, ยงยศ หัตถพรสวรรค์, ศรีสุดา สว่างสาส์, วณิดา มงคลสินธุ์, ภูซงค์ เสนานุช, สุวิมล แสนเวียงจันทร์, และสมศักดิ์ อมรสิริพงศ์. (2561). ความรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”: กรณีศึกษาเขตดอนเมือง. *วารสารเกื้อการุณย์*, 25(2), 119–136.

กิปปน ศรีธานี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(1), 26–36.

จุฑาพร คำมณี. (2558). *ปัจจัยที่ทำให้ชมรมผู้สูงอายุประสบความสำเร็จสู่การเป็นชมรมที่เข้มแข็ง* (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ชนนิกพัทธ์ ประเสริฐพรรณ, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ, และกมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์. (2557). กิจกรรมและผลการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเมือง: กรณีศึกษา. *รามาริบดีพยาบาลสาร*, 20(3), 388–400.

ชนวนทอง ชนสุกาญจน์, วิมล โรมา, และมุกดาสำนวนกลาง. (2561). *แนวคิด หลักการขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ*. สืบค้นจาก http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1578714596.pdf

รัชฎาธิญา ทรงวุฒิ, วิราสิริ วลีวีริย์, และสุธรรม นันทมกมลชัย. (ม.ป.ป.). *บทบาทของคณะกรรมการในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี*. สืบค้นจาก <https://oldweb.western.ac.th/images/HealthK/Research/A.Role.pdf>

- ธัญรัชต์ องค์กรเกียรติ. (2561). ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(3), 5–19.
- นิพา ศรีช้าง, และลลิตรา คำวี. (ม.ป.ป.). รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560–2564. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/document/file/violence/การพยากรณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ%20ปี%202560-2564.pdf>
- นิรัชรา ศศิธร. (2557). ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1512367202-108_0.pdf
- ปาจริย์ ผลประเสริฐ, และวรางคณา จันทรง. (2561). บริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ อย่างไรให้สำเร็จ?. *วารสารชุมชนวิจัย*, 12(2), 26–36.
- ปติพร สิริพิพากร. (2557). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล. *วารสารพยาบาล*, 63(4), 12–19.
- ภาวิน ทองไชย. (2556). สุขภาพจิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). งานวิจัย AWUSO Society 4.0 แก่แต่วัย หัวใจยังเฝ้า. สืบค้นจาก <http://www.cmmu.mahidol.ac.th/cmmu/index.php/9-college-news/540-awuso-society-4-0>
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2560). แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2561–2564). สืบค้นจาก https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000132/download/AgingPlan_II.pdf
- วิมล โรมา. (2561). แนวทางการพัฒนาสู่องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) ของสถาบันพัฒนานามัยเด็กแห่งชาติ. สืบค้นจาก <http://dohhl.anamai.moph.go.th/download/2561/HLO%2011.1.61.pdf>
- วีรพล กิตติพิบูลย์, และนิริรัตน์ บุญตานนท์. (2563). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(34), 158–171.
- ศิรินภา จัตรเงิน, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, และอุมาพร ห่านรุ่งชโรทร. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 34(1), 81–90.
- สมฤทัย บุญสุชากุล. (ม.ป.ป.). ฐานข้อมูลทางวิชาการด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข. สืบค้นจาก <https://www.senate.go.th/assets/portals/28/fileups/146/files/ฐานข้อมูลทางวิชาการ.pdf>
- สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ. (ม.ป.ป.). คู่มือชมรมผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20161706104732_1.pdf
- อนันต์ อนันตกุล. (ม.ป.ป.). สังคมสูงวัย...ความท้าทายประเทศไทย. สืบค้นจาก <https://tinyurl.com/mr3v73k5>

- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A. J., & Schillinger, D. (2012). *Ten attributes of health literate health care organizations*. Retrieved from https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf
- Carneiro, J. A., Cardoso, R. R., Durães, M. S., Guedes, M. C. A., Santos, F. L., Costa, F. M. D., & Caldeira, A. P. (2017). Frailty in the elderly: Prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 747–752. doi:10.1590/0034-7167-2016-0633
- Ezebuihe, I., & Sigley, C. (2016). Health literacy: Concept analysis. *International Journal of Healthcare Sciences*, 4(2), 55–62. Retrieved from <https://www.researchpublish.com/upload/book/HEALTH%20LITERACY%20CONCEPT%20ANALYSIS-3764.pdf>
- Huitt, W. (2007). *Maslow's hierarchy of needs*. Retrieved from <http://www.edpsycinteractive.org/topics/conation/maslow.html>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- McMichael, A. J., & Butler, C. D. (2006). Emerging health issues: The widening challenge for population health promotion. *Health Promotion International*, 21(Suppl. 1), 15–24. doi:10.1093/heapro/dal047
- Palumbo, R. (2016). Designing health-literate health care organization: A literature review. *Health Services Management Research*, 29(3), 79–87. doi:10.1177/0951484816639741
- Thomas, J. (Ed.). (2017). *Ageing: Learning from the global south*. Dhaka, Bangladesh: Partners in Population and Development.
- Winstead, V., Yost, E. A., Cotten, S. R., Berkowsky, R. W., & Anderson, W. A. (2014). The impact of activity interventions on the well-being of older adults in continuing care communities. *Journal of Applied Gerontology*, 33(7), 888–911. doi:10.1177/0733464814537701
- World Health Organization. (2013). *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Wright, A. (2017). *What's so important about health policy implementation?*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/320101578_What's_so_important_about_health_policy_implementation