

การยอมรับนวัตกรรม 4 สมาร์ทในแกนนำผู้สูงอายุเขตดอนเมือง

วันที่รับบทความ: 8 มกราคม 2564 / วันที่แก้ไขบทความ: 30 มีนาคม 2564 / วันที่ตอบรับบทความ: 20 กรกฎาคม 2564

มลินี สมภพเจริญ
ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื้อ
กานดาวลี มาลีวงษ์

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการเผยแพร่ นวัตกรรมหลักสูตร 4 สมาร์ท ได้แก่ ไม่ซึมเศร้า ไม่ล้ม ไม่ลืม กินข้าวอร่อย ให้เกิดการยอมรับในกลุ่มแกนนำชมรมผู้สูงอายุ เขตดอนเมือง เพื่อประโยชน์ในการนำความรู้ทั้ง 4 สมาร์ทไปเผยแพร่บอกต่อขยายผลในกลุ่มสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองต่อไป ขั้นตอนของการวิจัยเริ่มจากนำแกนนำชมรมผู้สูงอายุจำนวน 14 ราย อบรมหลักสูตร 4 สมาร์ทจำนวน 2 วัน และทำการรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินทั้ง 4 สมาร์ท และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นวิทยากรนำ สนับสนุนการอบรม 4 สมาร์ท รวมทั้งติดตามแกนนำผู้สูงอายุไปสังเกตการจติกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ที่ได้รับการอบรมไปยังเพื่อนสมาชิก ทำการวิเคราะห์แบบประเมินทั้ง 4 สมาร์ท ด้วยการแจกแจงจำนวนความถี่ ทั้ง 4 สมาร์ทพบว่าด้านโภชนาการมีแกนนำผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านโภชนาการ ถึง 13 ราย และพบว่าผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะพลัดตกหกล้มได้ในอนาคตแม้ว่าผลประเมินด้านการพลัดตกหกล้มแกนนำชมรมทุกคนจะมีความเสี่ยงต่ำ แต่พบว่ามิปัจจัยหลายอย่างที่อาจทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ในอนาคต เช่น อาศัยอยู่บ้านยกพื้นสูงตั้งแต่ 5.1 เมตรขึ้นไป หรือมีลักษณะเป็นบ้านสองชั้น มีประวัติการได้รับยารักษาโรคอย่างต่อเนื่อง และแกนนำในบางชมรมมีแต่เพศหญิง ด้านแบบประเมินภาวะซึมเศร้าไม่พบแกนนำมีภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยเชิงคุณภาพด้านการยอมรับนวัตกรรมดังกล่าวของแกนนำชมรมผู้สูงอายุเน้นใช้การสื่อสารภายในกลุ่มชมรม และระหว่างกลุ่มชมรมผ่านการสื่อสารแบบเห็นหน้ากัน และการสื่อสารผ่านสื่อสังคมด้วยแอปพลิเคชันไลน์ซึ่งใช้ส่งข่าวสารที่เป็นข้อความและรูปภาพและสามารถใช้โปรแกรมดังกล่าวได้อย่างคล่องแคล่วเนื่องจากใช้งานง่ายและมีต้นทุนค่าใช้จ่ายในการใช้สื่อนี้เพื่อการสื่อสารกับเพื่อนสมาชิกไม่สูง และได้ผลของการสื่อสารเกินกว่าที่คาดหวังไว้ทั้งนี้เป็นไปตามคำอธิบายในทฤษฎี Technological acceptance model (TAM) ผลจากการศึกษานี้สามารถบูรณาการการใช้สื่อระหว่างบุคคล ร่วมกับการสื่อสารเพื่อผ่านสื่อสังคมด้วยแอปพลิเคชัน ทั้งนี้เพื่อสร้างการยอมรับนวัตกรรมแนวทางการป้องกันสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ และควรเน้นจัดกิจกรรมด้านโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเนื่องจากหากผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการไม่ดีจะนำไปสู่ ภาวะสมองเสื่อม การพลัดตกหกล้ม และซึมเศร้าในอนาคตได้

คำสำคัญ: แกนนำชมรมผู้สูงอายุ, การยอมรับนวัตกรรม, ไม่ซึมเศร้า ไม่ลืม ไม่ล้ม กินข้าวอร่อย

มลินี สมภพเจริญ (ปร.ด. (การสื่อสารการเมือง) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2546 ; malisom2002@hotmail.com) ปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื้อ (ปร.ด. (การพยาบาล) School of Nursing, University of North Carolina at Chapel Hill, USA, 2545) อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ กานดาวลี มาลีวงษ์ (ปร.ด. (โภชนาการสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546) ปัจจุบันเป็นที่ปรึกษาสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของ/ปรับปรุงจากโครงการวิจัยเรื่อง “หลักสูตรพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ” ซึ่งได้รับงบประมาณ/ทุนสนับสนุนจากสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

4 Smarts' Innovation Adoption in Elderly Club Leader, Don Mueng District

Received: January 8, 2021 / Received in revised form: March 30, 2021 / Accepted: July 20, 2021

*Malinee Sompopcharoen
Kwanjai Amnajsatsue
Kandawasee Malewong*

Abstract

This research is a mixed-method model consisted of quantitative research and qualitative research. The objective was to study the process of diffusion innovation in the 4 SMART curricula, namely, do not depression, do not fall, do not forget, and enjoy eating among the leaders of the Elderly Club in Don Mueang District for the benefit of bringing knowledge of all 4 Smart to expand these curricula toward the members of the elderly club for healthy well-being. The research process started with 14 senior elderly club leaders, trained a 4-SMART course for two days, and collected data using the 4 SMART assessments and participatory observation. Team researchers play the facilitator's role in supporting 4 SMART training, including following elderly leaders to observe and organize activities to disseminate knowledge trained to their members of the elderly club. The 4 SMARTs analyzed by using frequencies. It found that 13 cases as a malnutrition risk assessment inferred that the elderly were likely to fall in the future, even though the fall assessment results were low for all club leaders. However, it found that many factors may increase the risk of falling in the future, such as living in a house with a raised platform height of 5.1 meters or more or 2 -floored house, routinely medical drug consumption. Results from the innovation adoption process of elderly club leader in qualitative research found that they used interpersonal communication and line application due to text and picture transmission with fluency, low-cost, over-expectation according to the Technological Acceptance Model premise (TAM). In conclusion, It integrated interpersonal communication through face-to-face communication and social media like line application to disseminate health messages for older adults' well-being. Moreover, the leaders in some clubs are female. In terms of the depression assessment, and there was no cause of depression. The results of this study can use as a preventive guideline for elderly health. Because the elderly has poor nutrition will lead to dementia, falling and depression in the future.

Keywords: Elderly Club Leader, Innovation Adoption, Not Depression /Not forgetting /Not falling/ Enjoy Eating

Malinee Sompopcharoen (Doctor of Philosophy (Political Communication) Thammasat University, Thailand, 2003; Email: malisom2002@hotmail.com), is currently an Assistant Professor in Health Education and Behavioral Sciences Department, Faculty of Public Health. Mahidol University, Kwanjai Amnajsatsue (Ph.D. (Nursing) School of Nursing, University of North Carolina at Chapel Hill, USA, 2002), is currently an Assistant Professor in Public Health Nursing Department, Faculty of Public Health. Mahidol University and Kandawasee Malewong (Doctor of Philosophy (Public Health of Nutrition) Mahidol University, Thailand, 2003), is currently an Urban Health Development Institute Advisor, Health Department, Ministry of Health

This article was a part of the research project "Training for the trainer program Health Literate Elderly Club (HLEC)". Fully Fund supported by Metropolitan Health and Wellness Institution, Department of Health, Ministry of Public Health

บทนำ

องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า ในระหว่างปี 2013-2050 จาก 841 ล้านคน เป็น 2 พันล้านคน และในปี 2047 เป็นครั้งแรกที่ประชากรผู้สูงอายุจะมีมากกว่าจำนวนประชากรวัยเด็กที่มีอยู่ทั่วโลก (United Nations, 2013) ในประเทศไทยนับปี พ.ศ. 2564 เป็นปีของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Absolute ageing society) เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เริ่มมีมากในสังคมไทย มีสุขภาพแข็งแรงทั้งสุขภาพทางกายและทางใจ หลายหน่วยงานจึงได้สร้างโครงการต่าง ๆ มากมายเพื่อให้ผู้สูงอายุกลายเป็นผู้สูงวัยที่มีลักษณะเป็นผู้สูงวัยพดุมพลัง (Active ageing) ซึ่งเป็นแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงวัยพึ่งตนเองได้ ทำประโยชน์ทั้งแก่ตนเอง ครอบครัวและสังคม สำนักงานพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ เมือง สังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำโครงการพัฒนาแกนนำผู้สูงวัยในชมรมผู้สูงอายุเขตดอนเมืองให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็น 4 สมาร์ทครอบครัว 4 ประเด็นด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การไม่พลัดตกหกล้ม ไม่ซึมเศร้า ไม่หลงลืม และรับประทานอาหารอร่อย โดยที่เรียกสั้น ๆ ว่า “ไม่ซึมเศร้า ไม่ลืม ไม่ลืมกินข้าวอร่อย” ภายใต้โครงการที่เรียกว่าหลักสูตร 4 สมาร์ท

คำว่า สังคมสูงอายุ (Aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7) และคำว่า สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete-aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14) ส่วนคำว่าสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20) (กองยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร)

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ยังมีผู้สูงอายุบางส่วนที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม ไม่ทราบวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง เน้นการรักษา มากกว่าการดูแลสุขภาพและเห็นว่าการส่งเสริม

สุขภาพเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ (ทิตยวดี ศรีพนม, 2551) และเมื่อจัดกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุพบว่าจะมีการทำกิจกรรมทางกาย การดูแลตนเอง ด้านโภชนาการ ด้านจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หรือมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมดีขึ้น นั้นหมายความว่ามักกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง (อรวรรณ แพนคง และสุนทรีย์ คำเพ็ง, 2551 ; ปิ่นนเรศ กาศอุดม และมณฑนา เหมชะญาติ, 2554) แต่ขาดการเข้าถึงองค์ความรู้ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้โครงการนี้ขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุผ่านแกนนำชมรมผู้สูงอายุเพื่อขยายผลไปยังเพื่อนสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ

จากข้อมูลสถิติพบว่าโรคที่เกิดกับผู้สูงอายุ จะนำไปสู่ค่าเสียเวลา ค่าดูแลรักษา มีการศึกษาพบว่าหากเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีกรนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 9.2 วัน หากสมองบาดเจ็บจะใช้เวลาเฉลี่ย 13.6 วันและไขสันหลังบาดเจ็บใช้เวลาเฉลี่ยจำนวน 26.8 วัน (ธัญพร ชื่นกลิ่นและคณะ, 2563) รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 ระบุว่าผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อม 6 แสนคนในปี 2559 และจะเพิ่มสูงขึ้นอีกใน 20 ปีข้างหน้าเป็น 1.4 ล้านคน จากรายงานดังกล่าวมีการเสนอแนะในเชิงนโยบายด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ ข้อที่ 4 และ 5 ครอบครัวตามหลักสูตร 4 สมาร์ท ได้แก่ ข้อที่ 4 เพิ่มประสิทธิภาพการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งเบาหวาน ความดันเลือด การหกล้ม สุขภาพจิต และข้อที่ 5 การส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นต้น

ข้อมูลพื้นฐานของเขตดอนเมือง เขตดอนเมืองจัดเป็นเขตกรุงเทพตอนเหนือสุด มีจำนวนครัวเรือนทั้งหมด 75,954 หลัง มีประชากรทั้งหมด 169,259 คน มีประชากรสัญจรไปมามากกว่าเขตอื่น ๆ เนื่องจากมีแหล่งการคมนาคมสำคัญ ได้แก่ เป็นที่ตั้งของสนามบิน และสถานีรถไฟ

หลักสูตร 4 สมาร์ท คือ การอบรมแกนนำชมรมผู้สูงอายุในประเด็น 4 ประเด็น ดังนี้ ได้แก่ ไม่ซึมเศร้า (ไม่มีภาวะซึมเศร้า) ไม่ลืม (การไม่หลงลืม) ไม่ล้ม (การป้องกันไม่ให้เกิดการพลัดตกหกล้ม) กินข้าวอร่อย (กินอาหารอร่อย และการดูแลสุขภาพฟันและช่องปาก) เพื่อให้หลักสูตรเป็น

เครื่องมือสำคัญ (Self-help material) (Gans, et al, 2015) ในการศึกษา นำร่องและนำไปเผยแพร่ไปยังชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ปราศจากการเจ็บป่วย

ไม่ล้ม หมายถึง การจัดหลักสูตรอบรมท่าทางการออกกำลังกาย รวมทั้งหลักการทางโภชนาการ เพื่อให้กล้ามเนื้อ เช่น กล้ามเนื้อต้นขา ของผู้สูงอายุแข็งแรง หลักสูตรท่าทางการออกกำลังกาย ได้แก่ การประเณมีการก้าวยาวของผู้สูงอายุแต่ละคน เช่น หากสามารถกระโดดก้าวได้จากตารางที่กำหนดระยะไว้ ในระยะ 1.3 เมตร ใช้วัดโอกาสเสี่ยงการล้ม และการทำมือวางประสานระดับอก พร้อมทั้งยืนและนั่งลงบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงโดยมีเพื่อนจับที่พนักพิงเพื่อกันเก้าอี้ล้ม โดยลุกยืนนั่งมีเกณฑ์ทำได้ 5 ครั้งภายใน 11 วินาที ถ้าทำได้แสดงว่าผ่านเกณฑ์ ไม่เสี่ยงต่อการหกล้ม เป็นต้น การทำท่าลุกนั่งพร้อมเอามือประสานระดับอก เป็นการวัดความแข็งแรงของต้นขา ทั้งนี้เพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ไม่ล้ม หมายถึง ป้องกันการไม่หลงลืม ด้วยหลักสูตรอบรมครอบคลุมเนื้อหาการป้องกันโรคสมองเสื่อม และให้การอบรมถึงหลักการทางโภชนาการ เช่น การเลือกโปรตีนจากปลาเพื่อรับประทานอาหารให้ครบถ้วนเนื่องจากหากผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่ครบมีภาวะบกพร่องทางโภชนาการอาจเป็นสาเหตุส่วนสำคัญของการเกิดโรคสมองเสื่อมในอนาคตได้ ส่วนในการอบรมเรื่องไม่ล้ม ได้แก่ การทำท่าทางเพื่อฝึกการจดจำของสมอง ได้แก่ การทำท่า

จับแอล โดยข้างหนึ่งทำนิ้วเป็นรูปตัวแอล อีกข้างหนึ่งทำเป็นจิบนิ้ว จากนั้นให้จิ้งหะและสลัดทำไปมาระหว่างมือขวาและมือซ้าย นอกจากนี้ยังมีทำไขว้มือแล้ว โดยที่มือหนึ่งจับจุมูก และมือไขว้อีกข้างหนึ่งจับหู และสลัดการจับเหมือนท่าจับแอล และทำอื่น ๆ นอกจากนี้ วิทยากรอบรมยังแนะนำผู้สูงอายุเดินทางไปในที่ใหม่ ๆ เพื่อเพิ่มใยประสาทในสมอง และยังช่วยป้องกันการเกิดสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอีกด้วย

ไม่ซึมเศร้า กิจกรรมของการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุไม่ซึมเศร้า ได้แก่ การฝึกคิดบวก การประเณแบบทดสอบโรคซึมเศร้า ด้วยข้อคำถามแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 ข้อคำถาม (2Q) และ แบบประเณอาการของโรคซึมเศร้า 9 ข้อคำถาม (9Q) ซึ่งหากพบว่ามีความเสี่ยงไม่เกินไปตามเกณฑ์ก็จะทำการส่งต่อเข้าสู่การรักษา

กินข้าวอร่อย ได้แก่ การดูแลรักษาสุขภาพฟันและช่องปาก รวมทั้งฟันปลอม และครอบคลุมการให้ความรู้เรื่องโภชนาการที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพด้วยการอบรมเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่คิดค้นโดยนักโภชนาการ เช่น เมนูแกงเลียง เมนูอาหารที่ทำจากเนื้อปลา การเลือกผลไม้ที่มีความสุกระดับใดถึงได้รับสารอาหารเต็มที่ เป็นต้น

แกนนำชมรมผู้สูงอายุทั้ง 4 ชมรม ได้แก่ ชมรมไทยเหียน ชมรมหมู่บ้านทัดชาวิลลา ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) ทุ่งสองห้อง และชมรมสตรีเหล็กพัฒนา มีบริบทของชมรมดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงบริบทของชมรมผู้สูงอายุทั้ง 4 ชมรม

ลักษณะต่าง ๆ	ชมรมผู้สูงอายุ			
	ไทยเทียน	ชุมชนหัตถาวิถิลำ	ศบส.53	สตรีเหล็กพัฒนา
ประวัติชมรม	ตั้งขึ้นเมื่อปี 2551 ปัจจุบัน มีสมาชิกรวม 93 คน มี กรรมการบริหาร 9 คน	ตั้งขึ้นเมื่อปี 2558 ปัจจุบัน มีสมาชิกรวม 105 คน มี กรรมการบริหาร 11 คน	จัดตั้งเมื่อปี 2548 ปัจจุบัน มีสมาชิกรวม 81 คน มี กรรมการบริหาร 24 คน	จัดตั้งเมื่อปี 2552 ปัจจุบัน มีสมาชิกรวม 51 คน มี กรรมการบริหาร 7 คน
บริบทชุมชน	หมู่บ้านจัดสรรขนาด 30 หลังคาเรือนเป็นชมรม หมู่บ้านจัดสรรขนาดเล็ก	หมู่บ้านจัดสรรชานเมือง ขนาด 70 หลังคาเรือน เป็นชมรมหมู่บ้านจัดสรร ขนาดกลาง	ชุมชนเมืองที่มีความ หลากหลาย มีจำนวน 70 หลังคาเรือน เป็นชมรมใน ศูนย์บริการสาธารณสุข	ชุมชนริมคลอง และแฟลต เอื้ออาทรมีปัญหาด้าน เศรษฐกิจและสังคม ขนาด 70 หลังคาเรือน ถือเป็น ชมรมในชุมชนแออัด
บริบทของชมรม	สมาชิกผู้เกษียณอายุจาก บริษัทเดียวกัน	เริ่มจากการรวมกลุ่มทาง สังคมสำหรับผู้สูงอายุ	จดทะเบียนและดำเนิน กิจกรรมโดยมีนักสังคม สงเคราะห์เป็นที่เลี้ยง	เริ่มจากความต้องการด้าน สิทธิและสวัสดิการที่รัฐ จัดทำให้
ทักษะการบริหาร จัดการของแกนนำ ชมรม	การทำงานเป็นระบบและ เป็นทีม	ทำงานเข้มแข็งและ ประสานงาน	การบริหารจัดการตาม ระบบราชการเนื่องจาก ใช้สถานที่ของศูนย์บริการ สาธารณสุข 53 ในการ จัดกิจกรรมของชมรม	ยังไม่เห็นระบบการแบ่ง งานหรือการบริหาร เครือข่ายที่ชัดเจน
เครือข่าย	ศูนย์บริการสาธารณสุข 60 เป็นที่เลี้ยงสำคัญ	ขอคำแนะนำจากชมรมไทย เทียน และศูนย์บริการ สาธารณสุข 60	ยังไม่เห็นทุนทางสังคม แต่สมาชิกมีความปรารถนา มุ่งดี มุ่งช่วยเหลือกันและ กัน	ไม่เห็นทุนทางสังคมมี ความสัมพันธ์กับเครือข่าย ภายนอกที่ไม่เกี่ยวกับด้าน การส่งเสริมสุขภาพเข้มแข็ง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการการยอมรับนวัตกรรม 4 สมาร์ท ไม่ซีมีตรา ไม่ล้ม ไม่ลืม กินข้าวอร่อยผ่านการสื่อสารรูปแบบต่าง ๆ ของแกนนำชมรมผู้สูงอายุในเขตดอนเมือง

แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ส่วนชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ตั้งแต่ 30 คนขึ้นไป ทั้งหญิงและชาย และวัยผู้ที่มีอายุระหว่าง 24-59 ปีไม่เกิน 1 ใน 4 ของสมาชิกที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป การก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุเกิดขึ้นในหมู่บ้านหรือชุมชน มีที่ตั้งชัดเจนและเกิดจากความ

ร่วมมือของสมาชิกสูงอายุในชุมชนเอง ส่วนสถานที่ อาจจะมีสถานที่ในชุมชน ไม่จำเป็นต้องสร้างขึ้นใหม่ อาจใช้ศาลาวัด ศาลาประชาคม หรือโรงเรียนที่ไม่มีการเรียนการสอนแล้ว ส่วนจำนวนสมาชิกควรมีระหว่าง 30-100 คน เพื่อให้สามารถดูแลกันได้อย่างทั่วถึง โดยมีกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มวัยอื่น ๆ ที่มีความตั้งใจที่จะทำงานร่วมกันทั้งที่มีสุขภาพดีและไม่ดี ด้านกรรมการ กรรมการมาจากการเลือกตั้งจากสมาชิกที่พร้อมเสียสละ ทำงานเพื่อส่วนร่วม และมีความเข้มแข็งในการทำงาน (สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย) และการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาจากแกนนำของชมรมผู้สูงอายุ (วิกรม รุจยากรกุล, 2560)

ศาสตร์และศิลป์การสอนผู้ใหญ่ (Andragogy)

ศาสตร์และศิลป์การสอนผู้ใหญ่ (Andragogy) เป็นวิธีการสอนในผู้เรียนที่เป็นผู้ใหญ่ ซึ่งแนวคิดนี้คิดค้นโดยมัลคอม โนลด์ (Malcolm Knowles) ประกอบด้วยการนำมโนทัศน์ของตนเองมาประกอบเป็นภาพการเรียนรู้ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ชี้แนะตนเอง (Self-directed), การอาศัยประสบการณ์ที่สั่งสมมา (Experience) สามารถดึงประสบการณ์ชีวิตมาช่วยในการเรียนรู้ได้ทันทีและมีความพร้อมในการเรียนรู้มาก (Readiness) เพราะคิดว่าเนื้อหาเหล่านั้นจำเป็นต่อบทบาทและสถานภาพของตนเองและการเรียนรู้ของผู้ใหญ่นั้นเป็นการเรียนที่เอาไปปฏิบัติได้ทันที (นันทวัฒน์ ภัทรกรนันท์, 2559) รวมทั้งวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีแรงจูงใจภายในเป็นปัจจัยสำคัญในการเรียนรู้มากกว่าปัจจัยภายนอก (ปิยะ ศักดิ์เจริญ, 2558) ซึ่งแนวคิดนี้ครูจะไม่เป็นผู้สอนหรือผู้แสดงฝ่ายเดียวแต่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียน (facilitator) ครูช่วยให้ผู้ใหญ่เกิดการเรียนรู้ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตั้งแต่ทักษะ พฤติกรรม ค่านิยมและทัศนคติ ครูจะช่วยให้ผู้ใหญ่เรียนรู้และตกผลึกเอง

แบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (The Technology Acceptance Model : TAM)

แบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (The Technology Acceptance Model : TAM) ซึ่งคิดค้นโดย Davis ในปี 1985 มาใช้เป็นการรอบในการศึกษา ซึ่งทฤษฎีนี้จะกล่าวถึงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ส่งผลต่อจิตวิทยาของคน โดยทฤษฎีนี้อธิบายว่า ถ้าเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่เข้ามามีการใช้งานง่าย เป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้ จะส่งผลกระทบต่อทัศนคติเชิงบวก ทำให้คนชอบใช้และนำไปสู่การยอมรับการใช้เทคโนโลยีนั้น ๆ การยอมรับในเทคโนโลยีหนึ่ง ๆ มาพร้อมกับการประเมิน โดยเฉพาะพิจารณาประเมินจากต้นทุน ต้นทุนที่ว่าได้แก่ คุณค่าของราคา เช่น ค่ำค่ากับเงินที่เสียไปหรือไม่ และถ้าใช้เทคโนโลยีนั้นใช้ประโยชน์ได้ และขณะใช้ก็มีความสุข พอใจ มีความสุขไปพร้อม ๆ กัน ก็จะเปิดรับเทคโนโลยีสื่อนั้นเข้าได้อีก ซึ่งในการสร้างการยอมรับนวัตกรรม 4 สมาร์ทแกนนำได้นำเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้ในการสื่อสารแลกเปลี่ยนเพื่อทำความเข้าใจหลักสูตรฯและถ่ายทอดหลักสูตรฯไปยังเพื่อนสมาชิกชมรม เช่น การนำคิวอาร์โค้ดมาใช้ให้สแกนเพื่อตอบแบบประเมิน 4 สมาร์ท

ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ การส่งข่าวสารต่าง ๆ ของหลักสูตร 4 สมาร์ทผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ เป็นต้น

ภาวะผู้นำ (Leadership)

ภาวะผู้นำ คือ กระบวนการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือมากกว่า พยายามใช้อิทธิพลของตนหรือกลุ่มของตน กระตุ้น ชี้นำ ผลักดัน ให้บุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคลอื่น มีความเต็มใจ และกระตือรือร้นในการทำสิ่งต่าง ๆ ตามต้องการ โดยมีความสำเร็จของกลุ่ม หรือองค์การเป็นเป้าหมายในการเป็นผู้นำองค์กรมีการกล่าวไว้ว่า ผู้นำเป็นเสมือนความหวัง กำหนดการเปลี่ยนแปลง และกำหนดอนาคต ผู้นำจะเป็นผู้กำหนดแก่นค่านิยม (Core value) และแก่นวัตถุประสงค์ขององค์กร ผู้นำจะสร้างสรรค์ระบบเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการได้ ต้องสร้างสรรค์วิสัยทัศน์และกลยุทธ์ กำหนดแนวทางการสื่อสารและเป้าหมาย กระตุ้นให้เกิดการดำเนินงาน และควบคุมผู้คนในองค์กร ผู้นำในชมรมผู้สูงอายุ จะมี ลักษณะของการเป็น Collaborative Leadership โดยเฉพาะมีบทบาทของการสร้างสัมพันธ์กับทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน หน่วยงานรัฐที่ ประสานประโยชน์ เช่น ภาครัฐสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุมีการสร้างสัมพันธ์กับศูนย์บริการสาธารณสุข ในพื้นที่ชมรมของตนเอง รวมทั้งการสร้างสัมพันธ์กับชมรมผู้สูงอายุอื่น ๆ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะการสร้างความร่วมมือเหล่านี้ ผู้นำลักษณะแบบนี้จะเห็นว่าการสร้างสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะช่วยเติมเต็มความสำเร็จแต่ละด้านขององค์กร มีการแบ่งปันคุณค่าไปยังเพื่อสมาชิกรายอื่น ๆ ด้วยการรับฟังและตอบสนองความต้องการของเพื่อนสมาชิกอย่างรวดเร็วและมีความไว้วางใจระหว่างซึ่งกันและกันในระหว่างกรรมการบริหารชมรม (Archer & Cameron, 2009)

ทฤษฎี การแพร่ กระจายนวัตกรรม (Diffusion of innovation)

ทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรม (Diffusion of innovation) โดย เอเวอร์เรตส์ เอ็ม โรเจอร์ส (Everette M. Rogers) เป็นทฤษฎีที่อธิบายการยอมรับนวัตกรรมของบุคคลในสังคมด้วยการใช้ช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ ในการเผยแพร่ นวัตกรรมนั้น ๆ ให้ได้รับกายยอมรับ นวัตกรรม หมายถึง ความรู้ใหม่ แนวคิดใหม่ แบบแผนพฤติกรรมใหม่ เทคโนโลยีใหม่ที่เพิ่งเข้าสู่สังคมหนึ่ง ๆ ซึ่งทฤษฎีนี้มีการอธิบายการ

ยอมรับนวัตกรรมโดยมีขั้นตอนตั้งแต่ การสร้างความตระหนักรู้ให้มีความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น ๆ การจูงใจ การตัดสินใจนำไปทดลองใช้ การทดลองใช้ และการยอมรับ/ปฏิเสชนวัตกรรมนั้น ๆ และมีการแบ่งความสามารถในการยอมรับนวัตกรรมของบุคคลออกเป็น 5 กลุ่ม รวมทั้งยังมีการอธิบายลักษณะของนวัตกรรมที่เอื้อต่อการยอมรับจาก 5 ประการมาเป็น 10 ประการในเวลาต่อมา เช่น นวัตกรรมดังกล่าวนั้นสามารถอธิบายเพื่อบอกต่อให้เข้าใจได้ง่าย (Communicability) ราคาของนวัตกรรมคุ้มค่าแก่การลงทุน (Profitability) การแพร่ขยายนวัตกรรมทำได้ง่าย (pervasiveness) (Dearing, 2009) ในที่นี้ แกนนามธรรมผู้สูงอายุเป็นแกนนำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) โดยมีหลักสูตร 4 สมาร์ทเป็นนวัตกรรมสำคัญของการศึกษาวัยนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ติดสังคม ช่วยเหลือตนเองได้ดี โดยอาจมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อม ไขมันในเลือดสูง ฯ (มะลิ โพธิ์พิมพ์และคณะ, 2561) นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านการมองเห็น ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกายที่ช้าลง ซึ่งจากปัญหาสุขภาพเหล่านี้จะส่งผลสืบเนื่องให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา ทำให้วัยสูงอายุกลายเป็นวัยที่ต้องการการบริการด้านสุขภาพมากขึ้น แต่ถ้ามุ่งส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้จะช่วยลดภาระงบประมาณด้านการรักษาทั้งในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเป็นสมาชิกอยู่และลดภาระงบประมาณของรัฐในการรักษาสุขภาพได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดปลัดตกหกล้ม สามารถแบ่งเป็นปัจจัยภายในบุคคล และภายนอกบุคคล ปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิดการหกล้มมากกว่าเพศชาย เนื่องจากมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อน้อยกว่า ทรงตัวได้ไม่ดี (ดาราวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จีราพร ทองดี, และ จิตติยา สมบัติบุรณ์, 2561) ด้านอายุพบว่า อายุที่มากขึ้นมีความเสี่ยงในการหกล้มเพิ่มมากขึ้นเป็น 2 เท่า (นงนุช วรโธสง, 2551) นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงทางร่างกาย เช่น มีความผิดปกติของระบบ

โครงสร้างและกล้ามเนื้อ สายตาคิดปกติ ความเสื่อมของหูชั้นในทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ มึนงง ทรงตัวได้ไม่ดี เกิดการสะดุดหรือกลิ้งปัสสาวะได้น้อยลง เข้าห้องน้ำถี่บ่อยขึ้น การขาดวิตามินดีมีส่วนให้กระดูกและกล้ามเนื้อไม่แข็งแรง และหากมีประวัติการปลัดตกหกล้มจะมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติการปลัดตกหกล้ม (จุฬารัตน์ ท้าวหาญ ชัยวัฒน์ อ่อนไธสง วีระพงษ์ เปรมสกลิต, 2561)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ

ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ สัมพันธ์กับการเกิดโรค โดยโรคที่พบได้บ่อยได้แก่ โรคขาดสารอาหารหรือภาวะบกพร่องทางอาหาร สาเหตุมาจากการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ขาดแคลนเงินซื้ออาหาร ไม่มีความอยากอาหาร ระบบการย่อยและดูดซึมเสื่อมสภาพ อารมณ์แปรเปลี่ยน ทั้งว่าเหว วิดกกังวลทำให้ความอยากอาหารลดลง (ตรีธันว์ ศรีวิเชียร, 2559, หน้า 119-130) จำเป็นที่ลูกหลานต้องพาเปลี่ยนบรรยากาศการรับประทานอาหารด้วยการพาไปกินนอกบ้านและอยู่ร่วมโต๊ะอาหารกับผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความอยากอาหาร (ที่มา www.gj.mahidol.ac.th/main/knowledge-2/nutrition/) นอกจากนี้การรับประทานอาหารที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ยังเกิดการมีจำนวนฟันแท้อย่างน้อย 20 ซี่ เพราะการสูญเสียฟันทำให้ประสิทธิภาพการเคี้ยวลดลง ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการบดเคี้ยว มักจะบริโภคอาหารที่เคี้ยวง่ายซึ่งมักเป็นอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง แต่มีใยอาหารและสารอาหารอื่นต่ำ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการหรือภาวะบกพร่องทางอาหาร (จินตนา สุวิทวัส, 2561)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามหลักสูตร 4 สมาร์ทของแกนนำชมรมผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารนำพาความรู้ดังกล่าวและสร้างการยอมรับไปปฏิบัติเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีในกลุ่มแกนนำชมรมผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการเปิดรับสื่อของผู้สูงอายุ

การเปิดรับของผู้สูงอายุ มีการศึกษาในงาน Chory-Assad และ Yanen ในปี 2010 พบว่า การเปิดรับโทรทัศน์ ผู้สูงวัยจะเปิดรับสื่อโทรทัศน์มากกว่าวัยอื่น ๆ เนื่องจากมีเวลาเพิ่มมากขึ้น เปิดรับได้สะดวก ขาดแคลนข้อมูล เพื่อความบันเทิง เป็นเพื่อนคลายเหงา ในส่วนของสื่อสังคมหรือ

สื่อโซเชียลมีเดีย พบว่าวัยผู้สูงอายุเสพติดการใช้มือถือด้วยการใช้แอปพลิเคชันต่าง ๆ มากกว่าวัยอื่น ๆ การศึกษาของ Madden พบว่าผู้ที่มีอายุระหว่าง 50-64 ปีมีการใช้อินเทอร์เน็ตในปี 2000 ถึง ปี 2009 อยู่น้อยละ 70 และในปี 2010 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88 และพบว่าสื่อสังคมสร้างการเชื่อมโยงเชิงสังคมช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต เพราะทำให้ผู้สูงอายุสามารถสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ ได้ ลดความเหงาและความว้าเหว่ (Coto et al, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าสื่อสังคมเช่นเฟซบุ๊กสามารถทำให้เกิดการรับรู้ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนสูงวัยที่อยู่ในกลุ่มเฟซบุ๊กเดียวกันด้วย (Eun Hwa Jung and S. Shyam Sundar. 2021)

จากงานวิจัยของกานดาวาสี มาลีวงษ์และคณะ ศึกษาเรื่องความรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” กรณีศึกษาเขตดอนเมือง (2561) พบว่า ร้อยละ 90 ของชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านจัดสรร จัดตั้งระหว่าง 5-10 ปี สมาชิกน้อยกว่า 50 คน ช่วงอายุสมาชิกระหว่าง 70-79 ปี จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยชมรมเอง โดยการบริหารจัดการเป็นตามศักยภาพของผู้นำชมรมผู้สูงอายุ มุ่งเน้นทำกิจกรรม “ไม่ซึมเศร้า” ที่เน้นสร้างความสุขทางใจเป็นอันดับแรก แต่ก็มีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพโดยตรง เช่น การร่วมกันออกกำลังกาย สันทนาการ การรับฟังความรู้ทางสุขภาพ รวมทั้งกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ฝึกอาชีพ แต่ขาดการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการดำเนินการขององค์กรชมรมผู้สูงอายุ นอกจากนี้ในการศึกษาปัจจัยที่กำหนดความสำเร็จของชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยสำคัญได้แก่ การมีโครงสร้างองค์กรชัดเจน,ระบบการดำเนินงานไม่ซับซ้อน รูปแบบการบริหารประธานชมรมเสมือนผู้ปกครอง มีการจัดแบ่งงานที่ชัดเจนและเหมาะสม เสริมสร้างทักษะการทำงานอย่างสม่ำเสมอ ค่านิยมร่วมสร้างศรัทธากับตนเองและองค์กรภายนอก การสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย ประสานงานความร่วมมือทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานการปกครองท้องถิ่น (สวรยา ธรรมอภิพล, นันทิชา อ่อนละมัย, จรรย์พร ตันเจริญ, 2561)

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย กระทรวง

สาธารณสุข รหัสโครงการ 377 เอกสารรับรองโครงการวิจัย วันที่พิจารณารับรอง 9 มกราคม 2563 เอกสารแนะนำอาสาสมัคร RF09-04-377 ใบยินยอม RF09-05-377 เครื่องมือ RF09-10.1-377, RF09-10.2-377

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method Research) ประกอบด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการใช้แบบประเมินวัดภาวะเสี่ยงแต่ละด้าน และการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการใช้แบบสังเกตในวันที่แกนนำชมรมผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมหลักสูตร 4 สัปดาห์ โดยแกนนำผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย ประธานชมรม เลขาธิการชมรม เภรณุกิจชมรม กรรมการบริหารชมรม รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์แกนนำผู้สูงอายุทุกคนที่เข้าร่วมการอบรมหลักสูตร 4 สัปดาห์ ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย จำนวน 14 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวัดประเมิน ได้แก่

1. ด้านโภชนาการ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินคัดกรองภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน
2. ด้านการพลัดตกหกล้ม ใช้แบบการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
3. ด้านความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ใช้แบบการประเมินภาวะสมองเสื่อม (Mini Cog)
4. ด้านความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แบบ 2Q และ 9 Q

ในด้านวิทยากรนำการอบรมได้แก่ ทีมวิจัย บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีความชำนาญการในแต่ละหัวข้อของการอบรม มีการวางแผนการอบรม เล่มหลักสูตรและให้มีการสาธิตย้อนกลับ (Tech back) เมื่ออบรมในแต่ละหัวข้อ

ขั้นตอนกิจกรรมการอบรม

การจัดกิจกรรมแบ่งออกเป็น 2 วันได้แก่ วันที่ 18 และ 24 ธันวาคม พ.ศ. 2562 วิทยากรประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญแต่ละหัวข้อ เช่น ด้านโภชนาการวิทยากรเป็นนักโภชนาการที่มีความเชี่ยวชาญในการออกแบบเมนูอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงวัย ด้านไม่ซึมเศร้า เป็นพยาบาลเชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา สถานที่จัดการอบรมสถาบันพัฒนาสุขภาพ

เขตเมือง บางเขน กรุงเทพมหานคร ซึ่งประกอบด้วยห้องประชุมจัดรูปตัวแอล และพื้นที่กว้างโล่งสำหรับการทำท่าทางการออกกำลังกาย

หัวข้อวันแรกของการอบรมมีประเด็นด้านโภชนาการ ภายใต้ชื่อ ฉลาดกิน ได้แก่ ทำความรู้จักอาหาร 5 หมู่ อะไรต้องกิน อะไรต้องงดหรือลด กินอย่างไรให้ไกลโรค ประเด็นที่สอง ได้แก่ ด้านการไม่ดื่ม ภายใต้ชื่อ ทำความรู้จักกับสมองเสื่อม ผ่านการรับชมภาพยนตร์สั้น สถานการณ์และความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ประเมินและวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การจัดการปัจจัยเสี่ยงและสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ด้วยการออกกำลังกาย ตามตาราง 9 ช่องที่เป็นเกมฝึกสมองพร้อมกับก้าวกระโดดในตารางผืนผ้าเขียนเลขเรียง 1- 9 โดยชั้นแรกเรียงเลข 1-3 ชั้นที่ 2 เรียงเลข 4-6 และชั้นที่ 3 เรียงเลข 6-9 ในการฝึกจะแจ้งตัวเลขในผืนผ้าที่วางบนพื้นและให้ผู้สูงอายุก้าวกระโดดตาม

วันที่สอง ช่วงเช้าอบรม เรื่องการไม่ล้ม หัวข้อกิจกรรมได้แก่ สถานการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แบบประเมินภาวะเสี่ยงหกล้มผู้สูงอายุในชุมชน การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการ

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของแกนนำชมรมผู้สูงอายุทั้ง 4 ชมรม

ชื่อชมรมผู้สูงอายุ	เพศชาย	เพศหญิง
ชมรมผู้สูงอายุไทยเทยีน	4	1
ชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้านทัศนวิสัย	1	2
ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 53	-	6
ชมรมผู้สูงอายุสตรีเหล็กพัฒนา	2	2
รวม	7	11

จากตารางที่ 2 ผู้เข้าร่วมอบรมประกอบด้วยแกนนำชมรมผู้สูงอายุจากชมรมไทยเทยีนเป็นชมรมที่ตั้งในหมู่บ้านจัดสรรขนาดเล็ก จำนวน 5 ราย (เหลือ 4 รายในการอบรมครั้งที่ 2) ชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้านทัศนวิสัย ซึ่งเป็นชมรมที่ตั้งในหมู่บ้านจัดสรรขนาดกลาง จำนวน 3 รายและ

พลัดตกหกล้ม ช่วงบ่ายอบรมเรื่อง ไม่ซึมเศร้า ได้แก่ หัวข้อ สถานการณ์และความรุนแรงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แบบประเมินภาวะเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การป้องกันภาวะซึมเศร้า

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ผลสรุปข้อมูลทั่วไปและข้อมูลจากแบบประเมินต่าง ๆ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงจำนวนความถี่ และ ส่วนที่ 2 ผลจากการสังเกตเพื่อสรุปกระบวนการยอมรับนวัตกรรมหลักสูตร 4 สมาร์ท ไม่ล้ม ไม่ดื่ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย

ส่วนที่ 1 ผลสรุปจากแบบประเมินต่าง ๆ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินคัดกรองภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในชุมชน การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การประเมินภาวะสมองเสื่อม การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไปของชมรมผู้สูงอายุทั้ง 4 ชมรม

จำนวนผู้เข้าอบรมที่เป็นแกนนำชมรมผู้สูงอายุรวมทั้งหมด 16 คนในครั้งแรก และในครั้งที่สองเหลือจำนวน 14 คน ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ชมรมผู้สูงอายุจากศูนย์บริการสาธารณสุข 53 จำนวน 6 ราย และแกนนำชมรมผู้สูงอายุที่มาจากชมรมผู้สูงอายุสตรีเหล็กพัฒนาซึ่งตั้งอยู่ในชุมชนแออัดจำนวน 5 ราย (เหลือ 4 รายในการอบรมครั้งที่ 2)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินคัดกรองภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในชุมชน

คำถามแบบประเมินคัดกรองภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในชุมชน (n=16)	ใช่/มี (จำนวนคน)
1. ท่านรับประทานอาหารน้อยกว่า 1 มื้อต่อวัน	5
2. ท่านรับประทานผักผลไม้หรือผลิตภัณฑ์จากนมปริมาณน้อย	6
3. ท่านดื่มเบียร์เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไวน์วันละ 3 แก้วหรือมากกว่า	2
4. ท่านมีฟันที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ (รวมฟันแท้และฟันปลอม) โดยต้องมีฟัน 4 คู่สบ	13
5. ท่านมีปัญหาของปากฟันและการกลืนที่เป็นอุปสรรคในการรับประทานอาหาร	2
6. บางครั้งท่านไม่มีอาหารรับประทาน	1
7. ท่านรับประทานอาหารตามลำพัง	8
8. ท่านรับประทานยาทั้งยาที่แพทย์ใช้รักษาโรค และยาที่ซื้อเองมากกว่า 3 ชนิดในแต่ละวัน	2
9. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่าน ลดลงประมาณ 4-5 กก. โดยไม่ได้ตั้งใจ	0
10. ท่านไม่สามารถซื้อหาอาหาร ทำอาหาร หรือรับประทานอาหารได้เองเป็นบางครั้ง	1
11. ท่านมีอายุมากกว่า 80 ปี	1

แบบการประเมินคัดกรองภาวะโภชนาการแกนนำชมรมผู้สูงอายุในชุมชนโดยให้อ่านความจำในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ด้านการแปลผลค่าจากแบบการประเมินคัดกรองภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในชุมชน มี ดังนี้

คะแนน 0-2 คะแนน หมายความว่า ดี ให้ตรวจตามแบบประเมินคัดกรองภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในชุมชน อีก 6 เดือนข้างหน้า

คะแนน 3-5 หมายความว่า มีภาวะเสี่ยงทางโภชนาการระดับปานกลาง และ

คะแนน 6 และมากกว่า หมายความว่า มีภาวะความเสี่ยงทางโภชนาการสูง

จากตารางที่ 3 พบว่ามีแกนนำที่มีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ จำนวน 13 ราย มีแกนนำชมรมผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารลำพังจำนวน 8 รายและมีแกนนำที่รับประทานผักผลไม้หรือผลิตภัณฑ์จากนมปริมาณน้อยจำนวน 6 ราย และยังพบว่า มีแกนนำรับประทานอาหารน้อยกว่า 1 มื้อต่อวัน จำนวนถึง 5 คน

จากการรวบรวมข้อมูลจากแกนนำชมรมผู้สูงอายุจำนวน 16 คน เมื่อรวมคะแนนแบบคัดกรองภาวะโภชนาการแกนนำชมรมผู้สูงอายุแล้ว พบว่ามีคะแนนดังตารางแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปคะแนนรวมแบบประเมินคัดกรองภาวะโภชนาการแกนนำผู้สูงอายุในชุมชน

ระดับคะแนนรวมแบบประเมินคัดกรองภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในชุมชน	จำนวน(คน) (n=16)	การแปลผล
2	3	ดี
3	3	มีภาวะเสี่ยงทางโภชนาการระดับปานกลาง
4	2	มีภาวะเสี่ยงทางโภชนาการระดับปานกลาง
5	5	มีภาวะเสี่ยงทางโภชนาการระดับปานกลาง
6	1	มีภาวะความเสี่ยงทางโภชนาการสูง
7	2	มีภาวะความเสี่ยงทางโภชนาการสูง

จากตารางที่ 4 เป็นการสรุปคะแนนรวมแบบประเมินคัดกรองภาวะโภชนาการ ซึ่งผลสรุปแสดงให้เห็นว่า ยังมีแกนนำชมรมผู้สูงอายุที่มีภาวะความเสี่ยงทางโภชนาการสูงอยู่ 3 คน จากจำนวนแกนนำชมรมผู้สูงอายุ 16 คนและมีแกนนำผู้สูงอายุมีความเสี่ยงทางโภชนาการใน

ระดับปานกลางถึง 10 คน ซึ่งหากรวมทั้งสองระดับได้แก่กลุ่มมีความเสี่ยงทางโภชนาการระดับปานกลางและระดับสูงจะมีจำนวนผู้มีความเสี่ยงถึง 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.25

ตารางที่ 5 แสดงสรุปการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในแกนนำชมรมผู้สูงอายุ

คำถาม (n=14)	ไม่ใช่	ใช่
1. เป็นเพศหญิง	6	8
2. การมองเห็นบกพร่อง	14	0
3. การเดินและการทรงตัวบกพร่อง	14	0
4. มีประวัติการได้รับยา	11	3
ยาลดความดันโลหิต	-	2
ยากล่อมประสาท	-	1
5. มีประวัติการพลัดตกหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	14	0
6. อาศัยอยู่บ้านยกพื้นสูงตั้งแต่ 5.1 เมตรขึ้นไปหรือบ้านสองชั้น	5	9

จากตารางที่ 5 แสดงว่ายังมีแกนนำผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม ด้วยปัจจัยของความเป็นเพศหญิง ซึ่งงานวิจัยระบุว่ามีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากกว่าเพศชายถึง 3 เท่า ดังนั้นชมรมที่มีแกนนำเป็นสตรีทำหน้าที่ในการดำเนินการ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ต้องระมัดระวังเรื่องของการพลัดตกหกล้ม

ให้มาก นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ การอาศัยอยู่บ้านที่ยกพื้นสูงตั้งแต่ 5.1 เมตรขึ้นไป ซึ่งนับความสูงจากพื้นชั้นล่างไปถึงหลังคาชั้นที่สอง หรือการอยู่บ้านที่มีลักษณะสองชั้น ซึ่งมีอยู่ทั้งสิ้น 9 คนจากจำนวนแกนนำทั้งหมด 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.29

ตารางที่ 6 สรุปคะแนนรวมการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในแกนนำชมรมผู้สูงอายุจำนวน 14 คน

ระดับคะแนนรวมการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในแกนนำผู้สูงอายุ	จำนวน (คน) (n=14)	การแปลผล
0	2	เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มน้อย
1	6	เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มน้อย
2	4	เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มน้อย
3	2	เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มน้อย

การแปลผลคะแนนแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในแกนนำผู้สูงอายุ ดังนี้ คะแนนรวม 0-3 คะแนน หมายถึง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มน้อย คะแนนรวม 4-11 คะแนน หมายถึง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ต้องได้รับคำปรึกษาคำแนะนำเรื่องปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผลจากตารางที่ 6 พบว่าแกนนำชมรมผู้สูงอายุมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-3 ซึ่งเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในระดับน้อย

ตารางที่ 7 แสดงการประเมินภาวะสมองเสื่อม (Mini Cog) ของแกนนำชมรมผู้สูงอายุจำนวน 14 คน

ระดับคะแนนรวมการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม	จำนวน (คน) (n=14)
จำได้ 3 คำ (รถยนต์ เสือ แก้ว) ไม่มีความเสี่ยงสมองเสื่อม	14
จำไม่ได้ มีความเสี่ยงสมองเสื่อม	0

จากตารางที่ 7 พบว่าไม่มีแกนนำผู้สูงอายุคนใดที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยมีขั้นตอนการประเมินดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. ผู้ประเมินให้แกนนำชมรมผู้สูงอายุดูภาพรถยนต์ เสือ แก้วแล้วพูดทวนชื่อทั้งสาม คือ รถยนต์ เสือ แก้วเพียง 1 ครั้งและให้ผู้สูงอายุ จำของ 3 สิ่งไว้เพราะสักครู่ผู้ประเมินจะกลับมาถามใหม่

ขั้นตอนที่ 2 ให้วาดรูปหน้าปัดนาฬิกาบอกเวลา 11.10 น. (Clock drawing test)

ขั้นตอนที่ 3 ให้กลับมาถามถึงสิ่งของ 3 อย่างที่ฝากให้จำในครั้งแรก (ต้องไม่ให้เห็นภาพ เพราะต้องการทดสอบเรื่องความจำของผู้สูงอายุ และต้องพูดถูกทั้งสามภาพ ห้ามขาดภาพใดภาพหนึ่ง โดยอาจไม่เรียงลำดับของภาพก็ได้ จึงจะถือว่าแกนนำชมรมผู้สูงอายุ ตอบได้ถูกต้อง)

ตารางที่ 8 แสดงการประเมินภาวะซึมเศร้าในแกนนำชมรมผู้สูงอายุ ด้วยคำถาม 2 Q

ข้อความคำถาม	มี	ไม่มี
ในสองสัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่	0	15
ในสองสัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่	0	15

จากตารางที่ 8 แสดงการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ด้วยคำถาม 2 Q โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ถ้าตอบมีตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป แสดงว่าอาจมีภาวะซึมเศร้า ให้ใช้แบบประเมิน 9 Q และหากมีคะแนนซึมเศร้ามาก ให้ดำเนินการส่งต่อเพื่อเข้าขอรับการรักษาภาวะซึมเศร้าต่อไป จากการสำรวจพบว่า ไม่มีแกนนำชมรมผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

ผลการวิจัยส่วนที่ 2

กระบวนการสร้างให้เกิดการยอมรับนวัตกรรมอบรมทั้ง 4 สมาร์ท ใช้การอบรมเป็นการสื่อสารกลุ่มเล็ก (จำนวน 14-16 คน) และมีวิทยากรที่มีความรู้เป็นผู้บรรยาย และสาธิต จากนั้นให้ผู้สูงอายุทำตาม นอกจากนี้ยังต้องบอกแหล่งข้อมูลให้ผู้สูงอายุสามารถค้นหาออนไลน์ เพื่อนำไปสอนเพื่อนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอีกทอดหนึ่ง ผลการสำรวจด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกหลังการอบรมที่เรียกกระบวนการนี้ว่า After Action Research (AAR) สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. ระดับความสามารถของแกนนำชมรมผู้สูงอายุ

ในการยอมรับนวัตกรรมหลักสูตร 4 สมาร์ท ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อยได้ มี 3 ลักษณะ ดังนี้

1.1 ชมรมผู้สูงอายุที่มีการเปิดรับกับนวัตกรรมตลอดเวลา เช่น ชมรมไทยเย็น ที่เปิดรับกับนวัตกรรมตลอดเวลา เนื่องจากเป็นองค์กรนำในกลุ่มชมรมผู้สูงอายุที่มีโครงการเสนอขอรับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ให้กับกิจกรรมของชมรมฯตนเองมาโดยตลอด และก่อนหน้านั้นมีการรับการอบรมจากโครงการจุฬาอารี ในเรื่องโภชนาการที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการส่งตัวแทนสมาชิกชมรมประสานงานกับศูนย์บริการสาธารณสุข 60 รสสุคนธ์มโนชญาการ ซึ่งศูนย์บริการสาธารณสุข 60 รสสุคนธ์มโนชญาการ จะทำหน้าที่เป็นผู้ฝึกสอน พี่เลี้ยงให้เข้าร่วมการประชุมกิจกรรมสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขทุกครั้ง ดังนั้นระบบการสื่อสารภายในชมรมเพื่อขยายผลการเรียนรู้เรื่องสุขภาพไปยังสมาชิกชมรมมีระบบการสื่อสารที่ดีโดยผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จะมีความ

เชี่ยวชาญในการใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร โดยเฉพาะโปรแกรมไลน์ ส่งภาพและข้อความสั้น ๆ ที่ครอบคลุมประเด็น ใครทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร เนื่องจากโปรแกรมไลน์ใช้งานได้ง่าย และให้ผลของการสื่อสาร ได้แก่ สื่อสารกระจายข้อมูลทั้งข้อความและภาพกิจกรรมไปยังเพื่อนสมาชิกได้อย่างรวดเร็ว และเพื่อนสมาชิกสามารถสื่อสารตอบกลับในกรณีมีข้อสงสัยเวลาในช่วงเวลาอันสั้นได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Eun Hwa Jung และ Sundar ในปี 2021 ที่พบว่าเมื่อผู้สูงอายุสามารถใช้แอปพลิเคชันสื่อสังคม เช่น เฟซบุ๊ก ผ่านกิจกรรมการส่งรูปขึ้นหน้าเฟซบุ๊กได้ จะส่งผลต่อการรับรู้ว่าคุณนั้นมีความสามารถและสร้างสุขภาวะที่ดีแก่ผู้สูงอายุที่ใช้การสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันสื่อสังคมนี้ได้ นอกจากนี้ยังเป็นชมรมที่มีเครือข่ายความร่วมมือกันในการทำงานพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ กับชมรมผู้สูงอายุอื่น ๆ เช่น ชมรมไทยเทยีนเป็นที่เล็งในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุที่เพิ่งก่อตั้ง เช่น เป็นที่เลี้ยงให้กับชมรมหมู่บ้านทัดชาวิลล่า ดังนั้น ชมรมไทยเทยีนมีลักษณะเป็น Innovator รวมทั้งเป็นผู้นำความคิด (Opinion leader) เรื่องนวัตกรรม 4 สมาร์ทแก่ชมรมผู้สูงอายุอื่น ๆ

1.2 ชมรมที่ต้องพึ่งตนเอง เป็นชมรมที่เปิดรับนวัตกรรมได้บ้าง เช่น ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 53 สถานที่ตั้งชมรมมีส่วนต่อการจัดระดับความสามารถในการยอมรับนวัตกรรม (ชมรมที่ตั้งอยู่ในศูนย์บริการสาธารณสุขการใช้สถานที่แต่ละครั้งต้องขออนุญาตจากศูนย์บริการสาธารณสุข) การมีเงินบ้านาญเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายส่วนตัวและค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุก็มีส่วนสำคัญ ซึ่งแกนนำชมรมฯ บางคนมีเงินบ้านาญ บางคนไม่มีเงินบ้านาญต้องอาศัยเงินจากลูกหลาน ดังนั้นความสามารถในการยอมรับนวัตกรรม 4 สมาร์ทของชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 53 จัดอยู่ในกลุ่ม Early majority การสื่อสารภายในชมรมของชมรมที่ต้องพึ่งตนเองใช้การสื่อสารแบบปากต่อปากเป็นหลัก และโปรแกรมไลน์แกนนำในชมรมส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงจะมีการชักชวนเพื่อฝึกอาชีพเป็นระยะ ๆ ดังนั้นจึงสื่อสารแบบปากต่อปากร่วมกับการสื่อสารผ่านโปรแกรมไลน์เป็นหลัก

3. ชมรมที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้องค้นหาเลี้ยงชีพในแต่ละวัน ได้แก่ ชมรมสตรีเหล็กพัฒนา สถานที่ตั้งอยู่ในชุมชนแออัด อาศัยในบ้านที่ยื่นล้ำในลำคลอง ผู้สูงอายุบางรายรับเลี้ยงเด็กกลางวัน บางรายมีปัญหาครอบครัว มีผู้ป่วยติดเตียงขาดการเหลียวแลจากญาติ มีความพร้อมระดับน้อยที่จะเรียนรู้กิจกรรม 4 สมาร์ท สมาชิกมารวมตัวทำกิจกรรมเพื่อต้องการรับทราบและวิธีการเข้าถึงสิทธิ์ต่าง ๆ ที่รัฐจัดหาให้ ทำให้รับนวัตกรรม 4 สมาร์ทได้ไม่ครบถ้วน จัดอยู่ในกลุ่ม Late Majority ส่วนการสื่อสารภายในชมรม เน้นการแจ้งข่าวสารกันแบบปากต่อปาก เนื่องจากบ้านอยู่ติดกัน สามารถเดินไปแจ้งข่าวสารกิจกรรมต่าง ๆ ได้

2. ขั้นตอนการยอมรับนวัตกรรม

เมื่อนำมาพิจารณากระบวนการการยอมรับนวัตกรรมหลักสูตร 4 สมาร์ท สามารถอธิบายขั้นตอนการยอมรับของแกนนำชมรมที่มีความพร้อมในการยอมรับนวัตกรรมดังกล่าวได้ ดังนี้

2.1 ขั้นของการสร้างความตระหนัก (Awareness Stage) ได้แก่ การให้ความรู้นวัตกรรม 4 สมาร์ท ใช้สื่อบุคคลในการให้ความรู้ 4 สมาร์ท ได้แก่ หัวหน้าโครงการทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลัก และสร้างการรับรู้เรื่องของหลักสูตร 4 สมาร์ท แก่แกนนำชมรมผู้สูงอายุจำนวน 1 ชมรม ได้แก่ ชมรมไทยเทยีน และหลังจากนั้นให้แกนนำชมรมฯ ไทยเทยีน ไปชักจูงแกนนำชมรมผู้สูงอายุอีก 3 ชมรม ซึ่งใช้การสื่อสารระหว่างบุคคลในการสื่อสารระหว่างกัน ได้แก่ การโทรไลน์ หรือการส่งข้อความและภาพกิจกรรมผ่านโปรแกรมไลน์ เพื่อให้ทุกคนรับทราบหลักสูตร 4 สมาร์ท หรือในโอกาสไปร่วมประชุมชมรมผู้สูงอายุเป็นประจำที่ศูนย์บริการสาธารณสุขก็จะกลายเป็นเครือข่ายในการสื่อสารบอกต่อข่าวสารสุขภาพระหว่างชมรมด้วยตนเอง

2.2 ขั้นการชักจูงใจ (Persuasion Stage) ผู้สูงอายุสนใจในนวัตกรรม 4 สมาร์ทและมีทัศนคติที่ดี เกิดความโน้มเอียงเห็นดีเห็นงามตามแนวคิด 4 สมาร์ทมากขึ้น เนื่องจากเมื่อเรียนรู้แนวคิด 4 สมาร์ทแล้ว สามารถนำไปทำเขียนแผนและวางแผนการทำกิจกรรมเพื่อขอสนับสนุนทุนจากหน่วยงานรัฐในสังกัดของกรุงเทพมหานครที่จัดสรรเงิน

เพื่อการดำเนินการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งประเด็นดังกล่าวใช้เป็นประเด็นในการจูงใจที่ทำให้แกนนำชมรมผู้สูงอายุนำไปหารือกับเพื่อนสมาชิกของชมรมฯ และตัดสินใจเข้าร่วมรับการอบรม จากนั้นทำการนัดหมายเวลาที่เหมาะสมในการเข้ารับการอบรมหลักสูตร 4 สมาร์ท

2.3 ขั้นการตัดสินใจ (Decision Stage) แกนนำชมรมผู้สูงอายุทดลองทำและพิจารณาเห็นข้อดีข้อเสียของการฝึกอบรมหลักสูตร 4 สมาร์ท ได้แก่ ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ชิมเศร้า กินข้าวอร่อย และตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามหรือไม่ ปฏิบัติตามนวัตกรรมนั้น ๆ โดยรับฟังจากหัวหน้าโครงการในการประชุมประจำเดือน ระหว่างแกนนำกับสมาชิกชมรม รวมทั้งสื่อสารผ่านโปรแกรมไลน์ และพบว่าน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการไปปรับใช้ โดยเมื่อสำเร็จหลักสูตร 4 สมาร์ทแกนนำจะสามารถนำความรู้จากโครงการอบรมไปเขียนโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากหน่วยงานของรัฐในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้กับสมาชิกของชมรมตนเองอย่างต่อเนื่องต่อไป และยังเป็นการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มเติมจากการส่งเสริมกิจกรรมแค่การออกกำลังกายร่วมกัน หรือสวดมนต์ร่วมกัน ก็สามารถเสริมพลังในเรื่องของการทำอาหารให้เหมาะกับสุขภาพร่างกายและสุขภาพพื้นที่บดเคี้ยวได้ไม่ดี รวมทั้งเรื่องของการดูแลฟันของผู้สูงอายุ ซึ่งสองหัวข้อหลังเป็นหัวข้อที่เพิ่มเติมมาและรับกับความต้องการของผู้สูงอายุในชมรมพอดี

2.4 ขั้นการประยุกต์ใช้ (Implementation stage) แกนนำชมรมผู้สูงอายุลงมือดำเนินการตามนวัตกรรม หลักสูตร 4 สมาร์ท ได้แก่ ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ชิมเศร้า กินข้าวอร่อย โดยบูรณาการเข้ากับโครงการที่มีอยู่เดิม เช่น ชมรมที่มีความพร้อมมากที่สุดในการยอมรับนวัตกรรม พบว่ามีการออกกำลังกายเป็นประจำด้วยการใช้ไม้พลองอยู่แล้ว ก็จะประยุกต์ด้วยการนำท่าทางจากการอบรมเรื่องการเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การวัดการทรงตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มไปปรับขยายผลต่อเนื่องกับสมาชิกชมรมและให้เข้ากับตารางกิจกรรมการออกกำลังกายของชมรม เช่น ชมรมไทยเทควันโด ชมรมหมู่บ้าน ทัดชาวิลล่า ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 53 เป็นต้น ทั้งนี้การสื่อสารผ่านไปยังเพื่อนสมาชิกให้เห็นดีเห็น

งามในกิจกรรม 4 สมาร์ทจะผ่านการประชุมกลุ่มเพื่อนสมาชิกชมรม และผ่านกลุ่มสื่อสารของชมรมด้วยโปรแกรมไลน์

2.5 ขั้นการยอมรับนวัตกรรม (Adoption Stage)

แกนนำชมรมผู้สูงอายุปฏิบัติตามนวัตกรรมขั้นนั้น ๆ หลังจากได้เริ่มปฏิบัติครั้งแรกไปแล้ว พบว่าแกนนำมีการนำทักษะที่ได้จากการอบรมมาปรับใช้มากขึ้นจากเดิมที่มีอยู่แล้ว เช่น ทักษะด้านการทำอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ชมรมไทยเทควันโดสามารถทำเมนูอาหารเพื่อสุขภาพได้ดี เช่น ทำเมนูน้ำพริกทองเป็นเมนูอาหารว่างช่วงเช้าก่อนเข้าอาหารกลางวัน ทำเมนูอาหารที่ทำมาจากเนื้อปลา เช่น ขนมจีนน้ำยาเนื้อปลาโดยใช้พริกแกงจากเมนูอาหารปักษ์ใต้ รับประทานกับผักหลากหลายชนิดเพื่อให้ย่อยง่าย และไฟเบอร์จากผักทำให้ขับถ่ายได้ดี ผ่านการสื่อสารทางไลน์ หรือนัดประชุมกับสมาชิกที่มีความสามารถในการประกอบอาหารมาทำการสาธิตการทำอาหารเมนูสุขภาพ ประกอบกับสมาชิกในชมรมที่มีความพร้อมในการยอมรับนวัตกรรมมีการแบ่งหน้าที่ตามความชำนาญ ก็จะมีมีการนำทักษะด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุมาใช้ในเมนูอาหารใหม่ ๆ ชวนรับประทานที่จัดเลี้ยงให้แก่สมาชิกและรวมทั้งขยายผลเมนูสุขภาพไปยังสมาชิกภายในครอบครัวของผู้สูงอายุได้ด้วย

3. คุณลักษณะของนวัตกรรมที่เอื้อต่อการยอมรับ

นวัตกรรม ได้แก่ หลักสูตร 4 สมาร์ท ไม่ชิมเศร้า ไม่ล้ม ไม่ลืม กินข้าวอร่อยมีลักษณะที่เอื้อต่อการยอมรับเข้ามาปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ง่าย โดยหลักสูตรมีลักษณะของการเป็นนวัตกรรมที่เอื้อต่อการยอมรับ ดังนี้

ประการแรก นวัตกรรมมีข้อดีมากกว่าของเก่าที่มีอยู่เดิม (Relative advantage) เนื้อหาของการอบรมสั้น กระชับเหมือนกับเนื้อหาที่เคยได้รับผ่าน ๆ มา และสอดคล้องกับความต้องการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีการชกถามในบทเรียนที่ตนเองสนใจเป็นระยะ เช่น การทำความสะอาดฟันปลอม การดูแลรักษาฟันที่เหลื่ออยู่โดยวิทยาการอบรมเป็นทันตแพทย์ บรรยายด้วยการชี้ให้เห็นถึงเชื้อโรคที่สะสมอยู่ในฟัน สอนการย้อมสีฟันหลังจากการแปรงฟัน เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ของการแปรงฟันที่ผิดวิธี หรือสอนวิธีที่ง่ายในการตรวจว่าแปรงฟันสะอาดหรือไม่ ด้วยการใช้นิ้วถูกับฟัน หากฟันสีเรียบก็หมายความว่าแปรงฟันได้

สะอาดดี สถานการณ์การสอนที่แสดงให้เห็นภาพชัดเจนทำให้ผู้สูงอายุสนใจซักถามเป็นระยะ และเมื่อนำไปถ่ายทอดให้กับเพื่อนสมาชิกก็พบว่ามีการนำหัวข้อดังกล่าวไปสอนแก่เพื่อนสมาชิกชมรมด้วย เป็นต้น

ประการที่สอง นวัตกรรมมีความเข้ากันได้กับสภาพร่างกายและสิ่งแวดล้อมของชมรมผู้สูงอายุ (Compatibility) เช่น การทำท่าเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ท่าจีบแอล ท่าปิดหูปิดจมูกแบบไขว้มือ ๆ ซึ่งสามารถทำได้ง่ายขณะนั่งพักผ่อนอยู่ที่บ้าน หรือเลี้ยงหลานไปด้วยได้

ประการที่สาม นวัตกรรมทั้ง 4 สมาร์ท ไม่ซับซ้อน (Less complexity) บทเรียนต่าง ๆ ง่ายต่อการทำความเข้าใจและปฏิบัติตามได้ง่าย เนื่องจากหลักสูตรมีการจัดทำคู่มือ(Self-help material) เนื้อหารวบรวมไว้ทั้งหมดเพื่อนำกลับไปทบทวน พร้อมกับที่ชมรมเองก็มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายร่วมกันเป็นประจำอยู่แล้ว ทำให้สิ่งที่อบรมไปแล้ว ยังได้รับการนำไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องภายหลังรับการอบรม

ประการที่สี่ นวัตกรรมทั้ง 4 สมาร์ท สามารถทดลองใช้ได้ (Triability) เมื่ออบรมแต่ละหัวข้อจะกำหนดให้ผู้เข้าอบรมได้ทำตามวิทยากร เช่น การฝึกเดินตามตารางเก้าช่องเพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ทั้งนี้การฝึกอบรมในเรื่องของการไม่ล้ม ต้องมีกิจกรรมทางกาย การทำท่าทางตามวิทยากรนำ จึงต้องจัดให้มีพื้นที่ในการทดลองทำท่าทางตาม ขณะทำวิทยากรนำท่าทำ ผู้สูงอายุจะทำท่าสาธิตตาม ทำให้ได้รับความสนุกสนาน สังเกตได้จากมีการทำท่าทางตามวิทยากรไม่ต่ำกว่า 3 ครั้งในแต่ละหัวข้อที่ฝึก เป็นต้น หรือการตรวจความสะอาดของฟันหลังจากการแปรงฟัน ด้วยการเอากลืนดูไปกับฟัน หรือการย้อมสีฟัน เป็นการแสดงผลของการสอนให้เห็นทันที หากฟันไม่สะอาดสีที่ย้อมไปบนฟันจะติด แสดงให้เห็นคราบสกปรกที่ติดอยู่บนฟัน หรือเอากลืนดูฟันหลังแปรงฟัน แล้วฟันสีนดี แสดงว่าแปรงฟันได้สะอาดดี ซึ่งเป็นหลักฐานประกอบการอธิบายที่ผู้เรียนเห็นชัดเจน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้อยอมรับนวัตกรรมและรับเอาความรู้ไปปรับใช้ได้ดียิ่งขึ้น

ประการที่ห้า นวัตกรรม 4 สมาร์ท สามารถสื่อสารบอกต่อได้ง่าย (Communicability) ซึ่งแกนนำผู้สูงอายุสามารถนำเรื่องราวการอบรมทั้ง 4 สมาร์ทไปบอกต่อเพื่อน

สมาชิกชมรมได้ เนื่องจากการอบรมมีการจัดเอกสารประกอบการบรรยายหรือคู่มือ (Self Help Material) และหากต้องเป็นท่าทางการออกกำลังกายที่ต้องทำตามก็จะมี การส่งลิงค์เพื่อให้ไปศึกษาทบทวนย้อนหลังที่เว็บไซต์ได้

ประการที่หก ย้อนกลับได้ (Reversibility) นวัตกรรม 4 สมาร์ทที่ได้รับไปแกนนำสามารถนำไปปรับใช้กับสิ่งที่แกนนำ และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทำอยู่เป็นประจำ เช่น ท่าทางการออกกำลังกาย เพื่อสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนนำชมรมฯสามารถนำท่าทางที่ได้อบรมใหม่ ไปทำร่วมกับท่าทางการออกกำลังกายที่ทางชมรมร่วมกันออกกำลังกายอยู่เป็นประจำ เช่น การใช้ไม้พลองในการฝึกกล้ามเนื้อขา ซึ่งเป็นท่าทางการออกกำลังกายที่ชมรมไทยเพี้ยนใช้ออกกำลังกายเป็นประจำ มีการนำท่าไม้พลองไปผนวกกับท่าทางการออกกำลังกายใหม่ ๆ ที่ได้จากการอบรม เช่น การออกกำลังกายแบบตารางเก้าช่อง ที่ต้องอาศัยการจำท่าทาง และฝึกก้าวกระโดดไปพร้อม ๆ กัน

ประการที่เจ็ด การขยายนวัตกรรมที่ได้รับให้เหมาะสมกับสภาพของชมรมผู้สูงอายุ (Modifiability) แกนนำได้นำสิ่งที่ได้รับเมื่อไปอบรมมาปรับใช้ในการทำกิจกรรมที่จัดให้กับสมาชิก ตัวอย่างเช่น แกนนำได้รับอาหารเป็นฟักทองต้ม กล้วยต้มเป็นอาหารว่าง และได้รับการบอกกล่าวจากวิทยากรที่มีความชำนาญด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุว่า อาหารดังกล่าวจะช่วยให้อยู่ท้อง เหมาะสำหรับกินรองท้องหากใครยังไม่ได้รับประทานอาหารเช้าเพราะต้องรีบเร่งมาร่วมประชุมให้ทันเวลาในช่วงเช้า ทางชมรมฯได้นำข้อคิดที่ได้จากวิทยากรไปประยุกต์ทำเป็นน้ำฟักทองใช้เลี้ยงเพื่อสมาชิก ซึ่งเป็นเมนูอาหารที่เหมาะสมเพราะสะดวกต่อการกลืนง่ายและอยู่ท้อง เป็นต้น

ประการที่แปด มีการปรับนวัตกรรมที่ได้รับกลายเป็นนวัตกรรมใหม่ขึ้นไปอีก เช่น เมื่อสอนเรื่องการแปรงฟันในบางชมรมที่ไม่มีโมเดลฟัน ก็จะนำกระบอกน้ำมาทำเป็นฟัน รวมทั้งเล่าเรื่องราวสุขภาพฟันของตนเองเสริมเข้าไปจากที่ได้รับการอบรมมา เช่น ตอนที่ได้รับการอบรมได้รับความรู้เฉพาะเรื่องการทำความสะอาดฟันปลอม แต่เมื่อมาแกนนำ มาบอกต่อเพื่อนสมาชิกชมรมก็จะเล่าถึงประสบการณ์การลิ้มฟันปลอมของตนเอง และแนะนำให้ต้องทำการถอดฟันปลอมก่อนเข้านอน เป็นต้น

4. ปัจจัยสนับสนุนให้เกิดการยอมรับนวัตกรรม

ทฤษฎีการยอมรับนวัตกรรมระบุว่า การยอมรับนวัตกรรมได้ต้นจากตัวนวัตกรรมที่เอื้อต่อการยอมรับ ผู้ถูกโน้มน้าวให้ยอมรับนวัตกรรมเล็งเห็นแล้วว่านวัตกรรมมีประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพได้จริง (Innovation Efficacy) ยังต้องประกอบด้วยสภาพแวดล้อมมีส่งผลต่อการยอมรับนวัตกรรม (Smith, Kim, Zhu, Doudou, Stemberg, & Thomas, 2018) จึงได้นำหลักการของการตั้งองค์กรที่ต้องถึงพร้อมด้วยหลัก 6 M มาเป็นกรอบในการแบ่งความสามารถในการยอมรับนวัตกรรม และแสดงให้เห็นปัญหาและอุปสรรคของการยอมรับนวัตกรรม 4 สมาร์ท ไม่ชิม เคร่า ไม่ล้ม ไม่ลืม กินข้าวอร่อยของแกนนำชมรมผู้สูงอายุในเขตดอนเมือง ได้แก่

4.1. สถานที่ตั้งชมรมมีส่วนอย่างยิ่งต่อการแบ่งระดับความสามารถในการยอมรับนวัตกรรม ชมรมในหมู่บ้านจัดสรร จะมีการยอมรับนวัตกรรมได้ดีกว่า เนื่องจากมีพื้นที่ส่วนกลางในการทำกิจกรรม ในขณะที่ชมรมในศูนย์บริการสาธารณสุขจะต้องขออนุญาตในการเข้าใช้พื้นที่ของศูนย์บริการสาธารณสุข หรือชมรมที่อยู่ในชุมชนแออัดจะต้องจัดสรรพื้นที่หน้าบ้านของประธานชมรมฯ มาจัดกิจกรรม เป็นต้น

4.2 M-Money การมีเงินบำนาญเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายส่วนตัวและค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุมีส่วนสำคัญ ชมรมผู้สูงอายุที่แกนนำได้รับบำนาญภายหลังเกษียณอายุจะสามารถบริหารจัดการและยอมรับนวัตกรรมได้ดี เนื่องจากไม่ต้องกังวลเรื่องงบประมาณที่จะมาจัดกิจกรรมให้กับชมรมและหากเกษียณจากหน่วยงานรัฐหรือเอกชน จะมีองค์ความรู้ด้านการบริหารจัดการชมรมอย่างเป็นระบบและมีความสามารถในการเขียนโครงการเพื่อของบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐที่สนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ และนำมาต่อยอดโครงการต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวสมาชิกชมรม เช่น จัดซื้ออุปกรณ์การออกกำลังกาย มีรายได้มาจ่ายค่าน้ำค่าไฟที่ทำการชมรม และจัดทำประโยชน์ต่อสาธารณะ เช่น ซื้อมาปลูกต้นไม้พืชมักสวนครัวรอบ ๆ ชุมชน จัดประสานงานให้มีรถเข้ามารับซื้อน้ำมันประกอบอาหารที่ใช้แล้วภายในชุมชน เป็นต้น

4.3 M-Manpower หากแกนนำชมรมมีการศึกษา

ดี หรือเกษียณมาจากองค์กรที่มีความมั่นคงเป็นองค์กรของรัฐหรือเอกชน (Endriulaitiene, et al, 2017) จะค่อนข้างมีวิสัยทัศน์ได้นำแนวปฏิบัติที่ตนได้รับจากการทำงานมาปรับใช้กับการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ มีการแบ่งงานในการบริหารจัดการชมรมให้กับแกนนำแต่ละคนไปรับผิดชอบกันแต่ละด้านอย่างชัดเจน เช่น แกนนำบางรายมีหน้าที่ไปประชุมในทุกหน่วยงานที่ร้องขอให้มีตัวแทนผู้สูงอายุเข้าร่วมรับรู้ออกแบบงานกำหนดให้มีหน้าที่เป็นนายทะเบียนเก็บข้อมูลทุกด้านของสมาชิกชมรม เป็นต้น

4. 4 M-Machinery เครื่องจักร อุปกรณ์ และเครื่องมือเครื่องใช้ เช่น คอมพิวเตอร์ อุปกรณ์ไอทีต่าง ๆ เพื่อประกอบการจัดกิจกรรมเผยแพร่ 4 สมาร์ทของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกิจกรรมการเผยแพร่ความรู้ ผู้สูงอายุจะใช้ อุปกรณ์ไอทีได้แก่ คอมพิวเตอร์ จอฉายภาพในการสอนเผยแพร่บอกต่อข้อมูลความรู้ที่ได้อบรมมาเผยแพร่บอกต่อไปยังเพื่อนสมาชิกในวันประชุมสมาชิกประจำเดือน ซึ่งชมรมที่อยู่ในหมู่บ้านจัดสรรจะมีอุปกรณ์เหล่านี้เป็นของตนเองติดตั้งไว้ที่ทำการของชมรม ในขณะที่ชมรมอื่น ๆ ต้องขอยืมจากเพื่อนสมาชิก หรือจากที่อื่น ๆ นอกจากนี้ อุปกรณ์สำคัญที่สมาชิกของชมรมฯควรมี ได้แก่ อุปกรณ์การสื่อสารส่วนตัว โทรศัพท์มือถือซึ่งสามารถส่งข่าวสาร ติดตามความคืบหน้าข่าวสารต่าง ๆ ของชมรมได้

4.5 Management หมายถึง การบริหารระบบ เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจและการเมือง ชมรมผู้สูงอายุดำเนินการบริหารงานภายใต้เงื่อนไขข้อจำกัดทั้งด้านเวลา กำลังคน เงิน ได้โดยใช้การสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์กับภาคีส่วนต่าง ๆ เช่น ชมรมหมู่บ้านทัดชาวิลล่า ร่วมมือกับชมรมไทยเทียร์ ในการดำเนินการกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุร่วมกัน เนื่องจากชมรมหมู่บ้านทัดชาวิลล่า เป็นชมรมผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นภายหลังและยังไม่มีประสบการณ์การประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่เขตดอนเมือง หรือชมรมผู้สูงอายุสตรีเหล็กพัฒนาเป็นชมรมผู้สูงอายุที่ยังต้องอาศัยภาคการเมืองท้องถิ่นในการจัดกิจกรรม เช่น สนับสนุนเรื่องอาหารให้แก่ผู้สูงอายุเมื่อชมรมต้องจัดกิจกรรม เป็นต้น นอกจากนี้ชมรมผู้สูงอายุทั้งที่ตั้งในหมู่บ้านจัดสรรและในศูนย์บริการ

สาธารณสุขจะมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนเป็นประจำผ่านการนัดหมายประชุมทุกเดือน เข้าร่วมกิจกรรมพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนข้อมูล ชักชวนกันไปทำกิจกรรม ทั้งกิจกรรมการผ่อนคลาย เช่น เรียนงานฝีมือ หรือกิจกรรมการป้องกันโรค เช่น แจกข่าวสารการนัดหมายตรวจฟันด้วยรถคลินิกตรวจสุขภาพฟันเคลื่อนที่ ที่จะเข้ามาบริการในชุมชน เป็นต้น

4.6 Morale ขวัญและกำลังใจ ชมรมผู้สูงอายุที่มีผู้นำที่เข้มแข็ง และมีเศรษฐกิจค่อนข้างดีจะช่วยให้เพื่อนสมาชิกมีขวัญและกำลังใจดีในการทำงานหรือเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรม จะช่วยลดความซึมเศร้า สมองเสื่อม การร่วมออกกำลังกายจะช่วยสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อป้องกันการพลัดตกหกล้ม สังเกตได้จาก ชมรมจะมีการรวมกันซื้ออาหารมาร่วมรับประทานในวันเกิดของสมาชิกแต่ละคน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำของชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 53 หรือ บางชมรมที่เข้มแข็งมาก ๆ ก็สามารถสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายให้สามารถยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นปกติสุข ด้วยการพยายามชักชวนให้ร่วมกิจกรรมชมรมอย่างต่อเนื่อง และอำนวยความสะดวกด้วยการไปรับไปส่ง ให้มาร่วมกิจกรรม เป็นต้น ซึ่งจัดเป็นการสื่อสารที่เสริมพลังอำนาจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี (Empowerment)

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้งสองส่วน สามารถนำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

อภิปรายผล

จากการสังเกตพบว่าการจัดการอบรมด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลักสูตร 4 สมาร์ท ด้วยการสื่อสารแบบเผชิญหน้ากลุ่มเล็ก เป็นวิธีการที่เหมาะสมในการยอมรับนวัตกรรม เนื่องจากการสื่อสารด้วยสื่อวิดีโอ หรือให้อ่านหลักสูตรเอง ไม่เหมาะกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสายตา แต่หากมีวิทยากรมาเล่าเรื่องให้ฟัง เปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ตนเองสงสัย ได้ทดลองทำตาม หรือสาธิตย้อนกลับเพื่อสร้างการจดจำได้ดียิ่งขึ้นโดยเปิดโอกาสให้สาธิตย้อนครั้งจนแน่ใจว่าผู้สูงอายุจะนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านและไปถ่ายทอดแก่เพื่อนสมาชิกชมรมได้ จะเป็นวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมอย่าง

ยิ่งในการถ่ายทอดความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่เป็นวัยพดพอลัง

การที่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงทางด้านโภชนาการ ทั้งที่เป็นพื้นที่ในเมือง แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่เป็นแกนนำซึ่งเป็นผู้นำมาเปลี่ยนแปลงยังไม่ได้ได้รับความปลอดภัยหรือความมั่นคงทางอาหาร ซึ่งหากไม่ได้รับอาหารที่เพียงพอถูกต้องตามหลักโภชนาการ อาจทำให้เกิดผลอื่น ๆ ตามมา เช่น การพลัดตกหกล้ม สมองเสื่อมและซึมเศร้าได้ ซึ่งงานวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการไม่ดี เสี่ยงต่อการได้รับการดูแลรักษาจากระบบบริการสุขภาพล่าช้า หรือไม่ได้รับการรักษาจากบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น ไม่ได้รับยารักษาโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานหรือยารักษาความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น รวมทั้งมีโอกาสเข้ารับการรักษาแบบฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการดี (Janio, and Sorkin, 2020) ซึ่งทั้งนี้มาจากการขาดรายได้ หรือการไม่มีรายได้ส่วนหนึ่ง ซึ่งพบในแกนนำของชมรมผู้สูงอายุในศูนย์บริการสาธารณสุข และชมรมผู้สูงอายุในชุมชนแออัด

ด้านการพลัดตกหกล้ม ผลการศึกษาพบว่า แม้แกนนำมีความเสี่ยงต่อการหกล้มน้อย แต่พบว่า มีความเสี่ยงที่เป็นเหตุให้เกิดการหกล้มได้ในอนาคต เช่น มีแกนนำผู้สูงอายุอาศัยอยู่บ้านยกพื้นสูงตั้งแต่ 5.1 หรือบ้านสองชั้นขึ้นไปจำนวน 9 คน จาก 14 คน มีประวัติการได้รับยา 3 ราย และเป็นเพศหญิง ถึง 8 คนจาก 14 คน ซึ่งควรจะต้องรีบดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการส่งเสริมป้องกันทั้งการส่งเสริมปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การออกกำลังกายเพื่อเสริมความแข็งแรงของต้นขา โดยเฉพาะชมรมผู้สูงอายุที่มีกรรมการบริหารส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จะต้องเน้นเรื่องการออกกำลังกายเพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาให้มากขึ้น รวมทั้งคำนึงถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ด้วยการปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน เช่น จัดให้มีที่นอนนอนของผู้สูงอายุชั้นล่างเพื่อไม่ต้องเสี่ยงต่อการปีนหรือการขึ้นบันไดและเป็นเหตุให้หกล้มได้ง่าย

ด้านการไม่ซึมเศร้า พบว่าแกนนำชมรมผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการรวมตัวกันเป็นชมรมมีการสื่อสารระหว่างบุคคลตั้งแต่กลุ่มเล็กจนถึงกลุ่มใหญ่ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมจะช่วยให้คลายความซึมเศร้าว่าเหวได้ เช่น จัดกิจกรรมเดินลีลา สวดมนต์ร่วมกัน ฝึก

อาชีพร่วมกัน บางครั้งสมาชิกก็มาสอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ ทำให้แกนนำมีกิจกรรมให้เฟลิตเฟลิตตลอดเวลา หรือบางชมรมฯ แม้ไม่มีเงินทุนในการดำเนินกิจกรรมมากนัก ก็ยังใช้การรวมเงินกันเพื่อจัดซื้ออาหารมารับประทานร่วมกันในวันเกิดของเพื่อนสมาชิกชมรม การจัดให้มีช่วงเวลาจัดให้มาสังสรรค์พบปะทำกิจกรรมร่วมกัน พูดคุยแลกเปลี่ยน จึงส่งผลโดยตรงต่อการลดภาวะซึมเศร้าได้ หรือแม้แต่การพูดคุยส่งรูปภาพกิจกรรมต่างผ่านโปรแกรมไลน์ซึ่งชมรมที่ยอมรับนวัตกรรมได้ดีทำเป็นประจำ ยังเป็นการเสริมศักยภาพและสร้างความเป็นอยู่ที่ดีแก่ผู้สูงวัยที่สื่อสารผ่านโซเชียลมีเดียนี้เป็นประจำด้วย (Eun Hwa Jung and S. Shyam Sundar. 2021)

ด้านการไม่ลืม พบว่าแกนนำชมรมไม่มีความเสี่ยงต่อการหลงลืม สืบเนื่องจากการรวมตัวเป็นชมรม ทำให้ได้มีโอกาสพบเจอ และพูดคุยแลกเปลี่ยนสถานการณ์การหลงลืมระหว่างกัน เช่น มีเพื่อนสมาชิกขี่จักรยานไปตลาดเมื่อซื้อของเสร็จก็เดินกลับบ้าน ลืมนำจักรยานกลับ เป็นต้น เพื่อนสมาชิกได้นำเอาสถานการณ์ดังกล่าวมาเป็นตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งที่มีการจัดประชุมประจำเดือน และนำไปใช้ในการเตือนตนเองไม่ให้ลืมเหมือนสถานการณ์ตัวอย่าง การจัดรวมตัวกันเป็นชมรม และสร้างระบบการสื่อสารผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารสื่อสังคมอย่างโปรแกรมไลน์เป็นประจำ ซึ่งข้อดีของแอปพลิเคชันสื่อสังคมเหล่านี้ ได้แก่ เข้าถึงได้ง่าย ต้นทุนราคาในการใช้สื่อต่ำ ผลการวิจัยพบว่าช่วยให้ลดความหวาดหวั่น และความรู้สึกโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี เพราะการมีกิจกรรมการสื่อสารโดยเฉพาะข่าวสารสุขภาพที่นำไปปรับใช้ในการดูแลตนเอง จะทำให้ผู้สูงวัยที่มีกิจกรรมการสื่อสารภายในกลุ่มด้วยโปรแกรมไลน์รู้สึกว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ตลอดจนสามารถลดอาการที่จะนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) และความบกพร่องของสมรรถนะทางสมองได้ (Cognitive impairment) (Quinn, 2018)

ด้านการสอนหลักสูตรต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุ ควรพิจารณาปัจจัยลักษณะทั่วไปของชมรม เช่น สถานที่ตั้ง รายได้ เศรษฐฐานะภาพรวมของสมาชิกชมรม ความสามารถหรือความพร้อมในการรับนวัตกรรมโดยภาพรวมของสมาชิกชมรม ต้องมีการไปสังเกตกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุที่ทำ

เป็นประจำ เพื่อจะได้เชื่อมโยงกับหลักสูตร และปรับให้เข้ากับสภาพแวดล้อมตามหลักการสอนศาสตร์และศิลปะการสอนผู้ใหญ่ที่นำชุดความรู้ใหม่จาก 4 สมาร์ทบูรณาการกับสิ่งที่ได้อยู่และมีอยู่แล้ว เพราะหากนำกิจกรรมที่หลักสูตรแนะนำให้แต่เมื่อปฏิบัติจริงก็ยังคงขึ้นกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุว่าจะยอมรับหรือไม่ เช่น บางกิจกรรมท่าทางการออกกำลังกายต้องพึ่งพิงเพื่อนในการช่วยจับเก้าอี้ เพื่อป้องกันการหกล้ม ก็อาจไม่ได้รับการยอมรับกิจกรรมทางกายดังกล่าวได้ เพราะเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยเพื่อนสมาชิกร่วมด้วย แต่กิจกรรมดังกล่าวจะสนุกสนานมากหากจัดในวันที่มีการประชุมประจำเดือนเพราะสร้างการมีส่วนร่วมของเพื่อนสมาชิกได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้ในบางหัวข้อโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องของสุขภาพช่องปาก เนื้อหามีความเฉพาะทางและมีความลึกซึ้งในเชิงวิชาการสูง ผู้สูงอายุไม่สามารถถ่ายทอดและสร้างความน่าเชื่อถือจนเพื่อนสมาชิกปฏิบัติตามเมื่อถ่ายทอดการดูแลสุขภาพฟันให้กับเพื่อนสมาชิกได้ สำหรับหัวข้อนี้ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านอย่างแท้จริง เช่น ทันตแพทย์ เป็นวิทยากรนำในหัวข้อเรื่องนี้ เพราะจะสร้างความน่าเชื่อถือ สามารถตอบข้อซักถามได้อย่างกระจ่างชัด และทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามข้อแนะนำได้ดีกว่าให้แกนนำผู้สูงอายุเป็นวิทยากรนำในเรื่องดังกล่าว

เมื่อพิจารณาความสามารถในการยอมรับนวัตกรรมหลักสูตร 4 สมาร์ท ไม่ซึมเศร้า ไม่ล้ม ไม่ลืม กินข้าวอร่อย สามารถแบ่งระดับความสามารถในการยอมรับได้ เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ยอมรับและนำนวัตกรรมไปปรับใช้ให้เข้ากับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีอยู่แล้วและรับรู้ว่านวัตกรรม “ไม่ลืม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” มีคุณค่า และรู้สึกมั่นใจว่านวัตกรรมนี้ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ เรียกว่ากลุ่มผู้นำเข้านวัตกรรม (Innovator) กลุ่มที่สอง ได้แก่ กลุ่มรับนวัตกรรมที่ได้เรียนรู้ไปแต่ไม่ทั้งหมด เนื่องจากขาดแคลนทรัพยากรบางอย่าง เช่น สถานที่ตั้งองค์กรที่เปิดเข้าไปใช้ได้ตลอดเวลา อุปกรณ์โสตทัศนที่ช่วยในการถ่ายทอดนวัตกรรม เป็นต้น แต่ก็สามารถนำนวัตกรรม 4 สมาร์ทไปปรับใช้กับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ชมรมที่ตนเองมีอยู่ได้เป็นอย่างดี เช่น ชมรมผู้สูงอายุในศูนย์บริการสาธารณสุขและกลุ่มที่สาม ได้แก่ กลุ่มที่ยังต้องค้นคว้าหาเลี้ยงชีพตนเอง ทำให้ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับนวัตกรรม 4 สมาร์ท

และยังไม่ค่อยพบว่า นานวัตกรรม 4 สมาร์ทไปใช้ในการทำกิจกรรมของชมรม ได้แก่ ชมรมในชุมชนแออัด

จากการแบ่งระดับความสามารถในการยอมรับนวัตกรรมของชมรมผู้สูงอายุข้างต้น ทำให้ในการเผยแพร่ นวัตกรรมใหม่จะต้องพิจารณาการฝึกอบรมให้เหมาะสมกับความสามารถในการยอมรับนวัตกรรมของชมรมผู้สูงอายุ เช่น หากเป็นชมรมผู้สูงอายุที่มีความพร้อมมาก สามารถนำเสนอวัตกรรมการเพื่อแนะนำให้นำไปปฏิบัติได้ทันที แต่หากเป็นชมรมที่มีความพร้อมน้อย หน่วยงานที่ต้องการเผยแพร่ นวัตกรรม ควรต้องสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นแก่ชมรมเหล่านั้นก่อน จึงจะสร้างการยอมรับนวัตกรรมนั้น ๆ ได้ อย่างไรก็ตาม พบว่า ในขอบข่ายของการสื่อสารโดยเฉพาะ การสื่อสารสุขภาพ เพื่อเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพไปยังกลุ่มเป้าหมายสำคัญกลุ่มต่าง ๆ เช่นกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นวัยพัฒนาหลังข้างต้น การสื่อสาร(การสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อสารผ่านสื่อสังคมอย่างโปรแกรมไลน์) ยังคงเป็นเครื่องมือตัวกลางสำคัญในการนำพาข่าวสารสุขภาพซึ่งนับเป็นนวัตกรรมเพื่อนำไปสู่การยอมรับและมีเป้าหมายสุดท้าย ได้แก่ การมีสุขภาพที่ดี แก่กลุ่มต่าง ๆ ในสังคมได้

ข้อเสนอแนะ

1. งานวิจัยนี้ได้ทดลองให้ทำแบบประเมินต่าง ๆ ตอบแบบสอบถามวัดก่อนและวัดหลังการเข้ารับการอบรม โดยสแกนคิวอาร์โค้ดและผ่านแอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือ

พบว่าประสบปัญหา เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาสายตา ไม่สามารถอ่านได้รวดเร็ว หน้าจอโทรศัพท์ที่แคบไม่สามารถเห็นตัวหนังสือได้กว้างขวางเหมือนหน้ากระดาษปกติ ดังนั้น หากต้องการให้ผู้สูงอายุเล่นเกม หรือตอบคำถามผ่านโทรศัพท์มือถืออาจจะต้องใช้อุปกรณ์การสื่อสารที่มีหน้าจอขนาดใหญ่ เช่น แท็บเล็ต (Tablet) ซึ่งมีขนาดของหน้าจอที่เห็นตัวอักษรและหน้ากระดาษได้กว้างขวางกว่า รวมทั้งปรับข้อความและตัวเลือกในแบบประเมินให้ง่ายแก่การทำความเข้าใจ เนื่องจากใช้ภาษาวิชาการยากแก่การตีความให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงของการดำเนินงานกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

2. ควรดำเนินการเผยแพร่หลักสูตร 4 สมาร์ทในชมรมผู้สูงอายุอื่น ๆ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่นอกเหนือจากเขตตอนเมืองและทำถอดบทเรียนการดำเนินการสร้างการยอมรับนวัตกรรมให้ประสบความสำเร็จในแต่ละชมรมผู้สูงอายุที่มีข้อมูลภูมิหลังที่ความแตกต่างกัน

3. หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการหลักสูตร 4 สมาร์ทควรต้องจัดให้มีโปรแกรมฟื้นฟูการทบทวนหัวข้อการอบรม (Booster program) เพื่อประเมินว่ายังคงรักษาพฤติกรรมในการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้านต่อเนื่องในระยะยาวอย่างยั่งยืน และประเมินผลลัพธ์ว่ากิจกรรมหลักสูตร 4 สมาร์ทสามารถส่งผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุและสร้างสุขภาพที่ดีได้

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล. *โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ*. วันที่เข้าถึงข้อมูล 6 ธันวาคม 2563 แหล่งที่มา www.gj.mahidol.ac.th/main/knowledge-2/nutrition/

กองยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สยป. กรุงเทพมหานคร. *รายงานข้อมูลผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครจากฐานประชากรในระบบทะเบียนราษฎร ณ เดือนธันวาคม 2561 และเปรียบเทียบกับข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2560*. วันที่เข้าถึงข้อมูล 12 ธันวาคม 2563 แหล่งที่มา http://www.bangkok.go.th/upload/user/00000132/download/22_02_fullpaper.pdf

กานดาวิ มาลีวงษ์ และคณะ (2561) ความรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” กรณีศึกษาเขตตอนเมือง. *วารสารเกื้อการุณย์*, 25(2). 119-136.

จินตนา สุวิทวัส.(2561). *การประเมินภาวะโภชนาการ*. ขอนแก่น : เพ็ญพรีนติ้ง.

- จุฬารัตน์ หัวหาญ ชัยวัฒน์ อ่อนไธสง วีระพงษ์ เปรมสกลิต. (2561). ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 1(1), 26-38.
- ดารารวรรณ ร่องเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จีราพร ทองดี, และจิตติยา สมบัติบุรณ์. (2561). อุบัติการณ์ ของ การหกล้ม และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัด สุราษฎร์ธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(3), 123-138.
- ตรีธันว์ ศรีวิเชียร. (2559). การศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนป้อมเพชร. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6(2), 119-130.
- ทิตยวดี ศรีพนม. (2551). *การพัฒนาบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธัญพร ชื่นกลิ่น; นงนภัทร รุ่งเนย; นภัส แก้ววิเชียร; เบลญพร สุธรรมชัย; วิชาญ เกิดวิชัย; ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. (2563) *การประเมินผลการดูแลสุขภาพพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทยตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- นงนุช วรไธสง. (2551). *การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นันท์วัฒน์ ภักทรนันท์.(2559). ศาสตร์และศิลป์การสอนผู้ใหญ่. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 14(2). 40-53.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม และมณฑนา เหมชะญาติ.(2554). รายงานการวิจัย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 22(2), 61-70.
- ปิยะ ศักดิ์เจริญ. (2558). ทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่และแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเอง : กระบวนการเรียนรู้เพื่อการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(1). 8-13.
- มะลิ โพธิพิมพ์, วลัยชัชชา เขตบำรุง, จุน หน่อแก้ว, จิรวิมล กุจะพันธ์. (2562). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม*. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).(2559). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. วันที่เข้าถึงข้อมูล 12 ธันวาคม 2563 แหล่งที่มา http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1512367202-108_0.pdf
- วิกรม รุจาการกุล. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์).
- สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. (มปป.) *คู่มือชมรมผู้สูงอายุ*. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. กรุงเทพมหานคร.
- สวรรยา ธรรมอภิพล,นันทิชา อ่อนละมัย,จรรยาพร ตันเจริญ. (2561). ปัจจัยความสำเร็จของชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่แค จังหวัดเพชรบุรี. *Veridian E-Journal, Silpakom University*.11(2).352-365.
- สุขภาพต่อความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติสร้างเสริมสุขภาพ ในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*.14(1). 119-130.
- สุขภาพผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ.รายงานการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพิรุณ.
- อมาราสี อัมพันธ์ศิริรัตน์ พิมพิมล วงศ์ไชยา. (2560). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : ลักษณะสำคัญและการประยุกต์ใช้ในชุมชน. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. 38(6). 192-202.
- อรรวรรณ แผนคง และสุนทรีย์ คำเพ็ง. (2551). ผลของการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการส่งเสริม. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 16(1), 1-13.

ภาษาอังกฤษ

- Archer, D. & Cameron, A. (2009). *Collaborative leadership: building relationship handling conflict and sharing control*. NY : Routledge.
- Coto, Mayela., Fulvio, Lizano, Sonia Mora, and Jennifer Fuentes. (2017). *Social Media and elderly People: Research Trends*. Conference Paper, May 2017.
- Crainer, S. and Dearlove, D. (2014). *Leadership: Organizational success through leadership*. McGrawHill Education.
- Dearing, J. W. (2009). Applying Diffusion of Innovation Theory to Intervention Development. *Research on social work practice, 19*(5), 503–518.
- Endriulaitiene, A., Stelmokiene, A., Geneviciute-Janoniene, G., Gustainiene, L., Jarasiunaite, G. and Buksnyte-Marmiene, L. (2017), Attitudes of staff members towards development of elder care organizations: The role of leadership effectiveness in private and public sectors, *International Journal of Public Leadership, 13*(1), 40-50.
- Eun Hwa Jung, S. Shyam Sundar. (2021) Older Adults' Activities on Facebook: Can Affordances Predict Intrinsic Motivation and Well-Being?. *Health Communication*. DOI: 10.1080/10410236.2020.1859722
- Gans, K.M. et al. (2015). Innovative video tailoring for dietary change: final results of the Good for you! Cluster randomized trial. *International Journal of behavioral nutrition and physical activity, (12)*: 130.
- Janio, E. A., & Sorkin, D. H. (2020). Food insecurity and healthcare access, utilization, and quality among middle and later life adults in California. *Journal of Aging and Health, 33*(3-4), 171-186
- Madden, M. (2010). *Older adults and social media: social networking use among those ages 50 and older nearly doubled over the past year*. Pew Research Center.
- Quinn, K. (2018). Cognitive Effects of Social Media Use: A Case of Older Adults. *Social Media + Society, 4* (3).
- Rebecca, B., Stephanie, S., Tommy, J., Mary, A. J., Arvine, B. & Jung Sun Lee. (2010). Food Insecurity Is Associated with Cost-Related Medication Non-Adherence in Community-Dwelling, Low-Income Older Adults in Georgia, *Journal of Nutrition for the Elderly, (29)*2, 170-191.
- Rebecca M. Chory-Assad & Ashley Yanen (2005) Hopelessness and Loneliness as Predictors of Older Adults' Involvement with Favorite Television Performers, *Journal of Broadcasting & Electronic Media, 49*(2), 182-201.
- Smith, R. A., Kim, Y., Zhu, X., Doudou, D. T., Sternberg, E. D., & Thomas, M. B. (2018). Integrating Models of Diffusion and Behavior to Predict Innovation Adoption, Maintenance, and Social Diffusion. *Journal of health communication, 23*(3), 264–271.
- United Nations, (2013), *World Population Ageing: 2013*. United Nations, New York.