



การพัฒนารูปแบบกิจกรรมแบบองค์รวมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ ติดบ้านในชุมชนบ้านอุดมทอง ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

Development of a Holistic Activity Model to Enhance the Well-being of Homebound Elderly in the Ban Udomthong Community, Phatong Subdistrict, Hat Yai District, Songkhla Province

พรรณชัญมณ เกตุรุ่ง^{1*} และ วิชุตตา หน่อทอง²

Patchayamon Ketrung^{1*} and Wichuth Northong²

¹ อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขชุมชน, คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี,
มหาวิทยาลัยหาดใหญ่

¹ Community Public Health, Faculty of Science and Technology, Hatyai University

² นักศึกษาระดับปริญญาตรี, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขชุมชน, คณะวิทยาศาสตร์และ
เทคโนโลยี, มหาวิทยาลัยหาดใหญ่

² Student of Community Public Health, Faculty of Science and Technology, Hatyai University.

*Corresponding author, E-mail: Patchayamon.ke@hu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาแบบองค์รวมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะ
ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้าน ในชุมชนบ้านอุดมทอง ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และ
เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ภาวะติดสังคม สถิติที่ใช้ใน
การวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard
Deviation) และ Paired Sample t-test ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้รูปแบบกิจกรรมแบบองค์รวมเพื่อ
เสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านในชุมชนบ้านอุดมทอง ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่
จังหวัดสงขลา ผู้สูงอายุภาวะติดบ้านจากร้อยละ 100 เหลือร้อยละ 73.33 มีภาวะติดสังคมเพิ่มเป็นร้อยละ
26.67 จำนวนผู้สูงอายุอยู่ในภาวะติดบ้าน จำนวน 15 คน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมแบบองค์รวม
เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้าน มีผู้สูงอายุอยู่ในภาวะติดบ้าน จำนวน 11 คน
และมีภาวะติดสังคม จำนวน 4 คน คะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
(ADL) ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแบบองค์รวมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้าน
จำนวน 15 คน มี ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับคะแนนเฉลี่ยที่ 7.67 หลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับ
คะแนนเฉลี่ยที่ 8.87 ผลการทดสอบแสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วม
กิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.00$)

คำสำคัญ: กิจกรรมแบบองค์รวม, เสริมสร้างสุขภาวะ, ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้าน

Abstract

This research aims to develop a holistic activity model to enhance the well-being
of homebound older adults in the Ban Udom Thong community, Patong Subdistrict, Hat



Yai District, Songkhla Province, and to study the effects of using the health-promoting activity model for homebound elderly towards social engagement. Statistical methods used for data analysis are described below. Data were collected using percentage, mean, standard deviation, and paired sample t-test. The study found that after implementing a holistic activity model to enhance the well-being of homebound older adults individuals in the Ban Udom Thong community, Patong Subdistrict, Hat Yai District, Songkhla Province, the percentage of homebound older adults decreased from 100% to 73.33%, while social engagement increased to 26.67%. There were 15 homebound older adults individuals among these groups after participating in the holistic activities. There were 11 homebound older adults individuals and 4 socially active older adults individuals. The assessment scores for Activities of Daily Living (ADL) before and after participating in a holistic activity program to enhance the well-being of 15 homebound older adults individuals showed an average pre-activity score of 7.67 and an average post-activity score of 8.87. The test results showed a statistically significant difference .05 ($p=0.00$) in the post-activity score compared to the pre-activity score.

Keywords: Holistic activities, promoting well-being, homebound elderly

บทนำ

โครงสร้างประชากรโลกกำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยอัตราการเกิดลดลง ขณะที่อายุคาดเฉลี่ยของประชากรเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้หลายประเทศรวมถึงประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aged Society) อย่างเต็มรูปแบบ ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2567) ระบุว่าประชากรสูงอายุมีสัดส่วนถึงร้อยละ 20.23 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.28 ในปี 2583 ซึ่งสะท้อนถึงความท้าทายด้านการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต

งานวิจัยและรายงานหลายฉบับชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโดดเดี่ยวทางสังคมและการเสื่อมถอยของสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แม้ว่าหน่วยงานภาครัฐและเอกชนจะจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่กิจกรรมส่วนใหญ่ดำเนินการในศูนย์บริการหรือพื้นที่ชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุติดบ้านที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางไม่สามารถเข้าร่วมได้อย่างทั่วถึง (สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ, 2567) ช่องว่างนี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่ตอบสนองต่อผู้สูงอายุติดบ้านโดยเฉพาะ แนวโน้มของสถานการณ์ในลักษณะนี้ชี้ให้เห็นถึงความต้องการด้านบริการและการดูแลที่บ้านและในชุมชน ที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และเนื่องจากปัจจุบันสมาชิกครอบครัวส่วนมากทำงาน นอกบ้านไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ด้วยตนเองหรือคนในครอบครัวได้ จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วดังกล่าว ส่งผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมโดยรวม การเตรียมการ เพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ กลุ่มนี้มักเผชิญกับภาวะโดดเดี่ยวขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมีแนวโน้มเกิดความเสื่อมถอยของสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม



แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่บ้าง แต่ยังคงงานวิจัยที่มุ่งเน้นการออกแบบกิจกรรมแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่สามารถดำเนินการได้ภายในบ้านและสอดคล้องกับบริบทชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้าน การวิพากษ์วรรณกรรมพบว่าการดูแลส่วนใหญ่ยังเน้นด้านสุขภาพร่างกายหรือเวชภัณฑ์ ขาดการบูรณาการมิติทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

ชุมชนบ้านอุดมทอง ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุติดบ้านจำนวนมาก และครอบครัวส่วนใหญ่มีสมาชิกทำงานนอกบ้าน ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างใกล้ชิด สถานการณ์นี้ทำให้ผู้สูงอายุติดบ้านมีความเสี่ยงที่จะถูกละเลยจากกระบวนการดูแลและพัฒนา การพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของครอบครัวและชุมชนจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากประเด็นปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมแบบองค์รวม เพื่อเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านในชุมชนบ้านอุดมทอง โดยมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนผ่านจากภาวะติดบ้านสู่ภาวะติดสังคม การวิจัยนี้ไม่เพียงตอบโจทย์ช่องว่างองค์ความรู้ แต่ยังเป็นแนวทางที่สามารถนำไปใช้จริงในชุมชน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ภาวะติดสังคม

แนวคิด ทฤษฎี กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุและสังคมผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปและมีสัญชาติไทยบุคคลที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต และมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างร่างกาย จิตใจและหน้าที่การงานทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการเสื่อมตามวัย โดยผู้สูงอายุนิยามนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological age) หรือทั่วไป เรียกว่า คนแก่ หรือคนชรา (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2546)

ผู้สูงอายุคือ ผู้สูงอายุ ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Elderly person เป็นสภาวะของบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความอ่อนแอทางร่างกายและจิตใจ มีความเจ็บป่วยหรือความพิการร่วมด้วยเป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่ความเสื่อมทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งวัยของผู้สูงอายุเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต ถ้ามีการเตรียมตัวเตรียมใจก่อนวัยนี้มาตั้งแต่วัยกลางคนจะสามารถปรับตัวรับบทบาทวัยสูงอายุได้สมควรแก่ฐานะซึ่งเกณฑ์การตัดสินความชรา (Cut-off Point) อยู่ที่ 60 ปี ที่ใช้กำหนดผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นคนชรา หรือผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเกณฑ์ที่อิงกลุ่มประเทศโลกที่สาม

ประเทศไทยกำหนดว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปตามเกณฑ์ปลดเกษียณ ซึ่งตรงกับที่ประชุมโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ในปี พ.ศ. 2525 ได้ตกลงกันให้ใช้อายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์มาตรฐานโลกในการที่จะกำหนดผู้ที่จะถูกเรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ (สุทธิพงศ์ บุญผดุง, 2554)



สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) หมายถึง กลุ่มของประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งได้แบ่งระดับของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุออกเป็น 3 ระดับได้แก่

ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีมากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-Aged Society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว จากรายงานขององค์การสหประชาชาติพบว่า ปัจจุบันโลกมีจำนวนประชากรมากถึง 8 พันล้านคนแล้ว โดยเพิ่มจาก 7 พันล้านคน ภายในเวลาเพียง 11 ปี และจำนวนประชากรโลกยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องอย่างรวดเร็วโดยการเพิ่มจำนวนประชากรส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งเป็นที่น่าสนใจว่าจำนวนประชากรสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) มีอัตราการเพิ่มขึ้นสูงกว่าจำนวนประชากรกลุ่มอื่น ๆ โดยเฉพาะประเทศไทยที่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 ประชากรสูงอายุจะมีจำนวนถึงหนึ่งในสามของประชากรทั้งประเทศ สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เกิดความท้าทายต่อระบบสุขภาพ สังคม และคุณภาพของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้สูงอายุมักประสบกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางร่างกาย เช่น โรคเรื้อรัง ความเสื่อมของระบบต่าง ๆ รวมถึงปัญหาทางจิตใจ เช่น ความเหงา ความรู้สึกหมดคุณค่า ความซึมเศร้า ไปจนถึงการถูกทอดทิ้งจากครอบครัวและสังคมแม้ความก้าวหน้าทางการแพทย์จะช่วยยืดอายุขัยของมนุษย์ แต่ก็ยังไม่สามารถตอบสนองต่อสุขภาวะองค์รวมได้อย่างแท้จริง เพราะสุขภาวะมิได้หมายถึงเพียงการไม่มีโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น หากแต่ครอบคลุมถึงสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญาในองค์รวม (Holistic Health)

2. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้สูงอายุ

ความหมายของสุขภาวะ (Well-being)

สุขภาวะ เป็นเรื่องของวิถีชีวิตทั้งหมด ไม่ใช่แยกคิดเป็นส่วน ๆ โดยสามารถแบ่งสุขภาวะออกเป็น 4 มิติที่มีความสัมพันธ์กัน คือ 1) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง การมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ มีกำลัง คล่องแคล่ว มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ 2) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข มีความเมตตา มีสติปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัว 3) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง มีความเสมอภาค มีระบบบริการที่ดีและ 4) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำดี เช่น การเสียสละ มีความเมตตากรุณา (วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

3. แนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมในบ้านแบบองค์รวม

สุขภาวะแบบองค์รวม เป็นภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และปัญญา เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลได้อย่างแท้จริง ซึ่งสุขภาวะเป็นกรอบการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้ง 4 ด้าน



ทั้งด้านสุขภาวะทางกาย การมีร่างกายแข็งแรง ปลอดภัย มีสัมมาชีพ ด้านสุขภาวะทางจิต การมีสุขภาพจิตดีเข้มแข็ง มีสติ ด้านสุขภาวะทางสังคม การมีสัมพันธ์ทางสังคมเข้มแข็ง สังคมยุติธรรม สังคมสันติ และด้านสุขภาวะทางปัญญา การมีปัญญารอบรู้เท่าทัน ปัญญาการอยู่ร่วมกัน และปัญญาบรรลุอิสรภาพ สุขภาวะจึงนับเป็นแนวคิดที่เสริมสร้างการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะวัยผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุ มีความสุขที่เกิดขึ้นจากร่างกายที่แข็งแรงช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ มีจิตใจแข็งแรงและมีจิตวิญญาณ ในทิศทางบวก สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าตามศักยภาพของตนเอง โดยไม่เป็นภาระของครอบครัว สังคม และประเทศชาติโดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันเป็นยุคของวิถีใหม่ มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต การรักษาสุขภาพ การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุต้องปรับตัว ปรับใจ มีความเข้มแข็งทางใจ และสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตได้ สังคมไทยเป็นสังคมที่มีประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งเป็นศาสนาที่มีหลักคำสอนเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตจึงน่าที่จะนำแนวคิดทางพุทธศาสนามาปรับใช้ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ดังนั้นสังคมไทยซึ่งมีรากฐานของศาสนาพุทธที่เน้นการเข้าใจธรรมชาติของชีวิต การรู้เท่าทันความเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาจิตใจ จึงมีศักยภาพอย่างยิ่งในการนำหลักพุทธธรรมมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในบริบทวิถีใหม่ โดยเฉพาะ “ไตรสิกขา”(ศีล สมาธิ ปัญญา) และ “อายุสสธรรม 5 ซึ่งเป็นหลักธรรมที่สำคัญที่สามารถเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสามารถในการดูแลตนเอง เข้าใจตนเอง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างสันติสุขเป็นการบูรณาการแนวคิดเรื่องสุขภาวะองค์รวมเข้ากับหลักพุทธธรรม เพื่อนำเสนอแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุในยุควิถีใหม่ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและศักดิ์ศรี สมกับการเป็นผู้ผ่านประสบการณ์ชีวิตมายาวนาน และเป็นทุนทางสังคมที่ยังสามารถสร้างคุณูปการต่อชุมชนและประเทศชาติได้อย่างยั่งยืน (นาฏฤดี พรงาม, 2568)

องค์ประกอบของกิจกรรมแบบองค์รวม

1. ร่างกาย (Physical) การเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย พุทธกิจกรรมการกิน
 2. จิตใจ/อารมณ์ (Mental/Emotional) การฝึกสติ การผ่อนคลาย การสร้างความสุข
 3. สังคม (Social) การมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในบ้านหรือชุมชน
 4. จิตวิญญาณ (Spiritual) การทำสมาธิ การฝึกจิต หรือการตระหนักรู้ในตนเอง
- #### 4. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

4.1 ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs)

การประยุกต์ใช้ในบริบทการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคคล ทฤษฎีของมาสโลว์อธิบายลำดับขั้นของความต้องการมนุษย์จำนวน 5 ระดับ ได้แก่ 1) ความต้องการทางกายภาพ เช่น อาหาร น้ำ และที่อยู่อาศัย 2) ความปลอดภัย เช่น ความมั่นคงในชีวิตและสุขภาพ 3) ความรักและการเป็นส่วนหนึ่ง เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคม 4) ความภาคภูมิใจในตนเอง และ 5) การบรรลุศักยภาพสูงสุดของตนเอง (Self-actualization) การศึกษานี้อาศัยการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในชุมชน พบว่า การตอบสนองความต้องการตามลำดับขั้นช่วยส่งเสริมความมั่นคงทางจิตใจ เพิ่มแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต และสร้างสมดุลระหว่างสุขภาพกายและใจ ผลการวิจัยสนับสนุนแนวคิดที่ว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตควรยึดหลักการตอบสนองความต้องการพื้นฐานอย่างเป็นลำดับ เพื่อให้บุคคลสามารถเติบโตและพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพในระยะยาวมาสโลว์ กำหนดไว้ว่า ความต้องการจำเป็นพื้นฐานซึ่งเป็นขั้นแรกของมนุษย์ คือ ความต้องการจำเป็นทางกายภาพ (Physiological Needs)



หมายถึง อากาศ ความอบอุ่น อาหาร การนอน ความต้องการจำเป็นนี้มีความเข้มมากเป็นความต้องการตลอดชีวิตของเรา หากไม่ได้รับมนุษย์ก็ต้องตาย ความต้องการจำเป็นขั้นที่สอง คือ ความต้องการจำเป็นด้านความปลอดภัย (Security/Safety Need) ความปลอดภัยจากภัยอันตรายทั้งปวง โดยเฉพาะในเด็กเล็กยิ่งต้องได้รับความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในการดำรงชีวิต ความต้องการจำเป็นขั้นที่สาม คือ ความต้องการจำเป็นด้านความรักและการได้เป็นเจ้าของ (Love and Belonging Needs) เป็นความต้องการจำเป็นที่ต้องการเพื่อน คนรัก รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการ เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความต้องการจำเป็น ขั้นที่สี่ คือ ความต้องการจำเป็นด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง (Esteem Needs) หมายถึง ความรู้สึก ภาคภูมิใจในการเป็นที่ยอมรับจากตนเองและผู้อื่น ในขั้นนี้มีความรู้สึกแยกเป็น 2 ระดับ ระดับที่ต่ำกว่าคือ ต้องการให้คนอื่นเชื่อถือ มีชื่อเสียง เป็นที่รู้จัก ระดับที่สูงกว่าคือ ต้องการความนับถือในตนเอง มีความเชื่อมั่น มีความสามารถบรรลุความสำเร็จของเป้าหมายที่กำหนด ความต้องการจำเป็นขั้นที่ห้า ซึ่งเป็นขั้นสุดท้าย คือ ความต้องการจำเป็นในการบรรลุศักยภาพแห่งตน (Self-Actualization Needs) เป็นความต้องการจำเป็นที่บุคคลไม่รู้สึกว่าตนเองมีความขาดแคลน แต่รู้สึกถึงการบรรลุความต้องการทั้งหมดที่ตนเองอยากได้ เป็นสถานะที่ตนเองรู้สึกได้ว่าสิ่งที่ต้องการครบถ้วนสมบูรณ์ (พีชรวงศ์ ชวนชม, ธีระวัฒน์ จันทิก และพิทักษ์ ศิริวงศ์, 2561)

4.2 ทฤษฎีการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care Theory)

หลักการของทฤษฎีการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care Theory) รวมถึงการประยุกต์ใช้ในบริบทของการดูแลบุคคลในระบบสุขภาพและชุมชน ทฤษฎีนี้มีแนวคิดสำคัญว่า การดูแลที่ดีควรคำนึงถึงความจำเป็นมนุษย์อย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่เน้นเพียงการรักษาโรคเท่านั้น แต่รวมถึงการส่งเสริมศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้รับการดูแล การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์เอกสารทางทฤษฎี และการสัมภาษณ์บุคลากรทางสุขภาพ เช่น พยาบาล แพทย์ และนักกิจกรรมบำบัด ผลการศึกษา พบว่าการดูแลแบบองค์รวมช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย ลดความเครียด และส่งเสริมการฟื้นฟูทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยระยะท้าย สรุปได้ว่าทฤษฎีการดูแลแบบองค์รวมเป็นแนวคิดที่ควรได้รับการส่งเสริมในการปฏิบัติจริง โดยควรบูรณาการเข้ากับระบบบริการสุขภาพ การศึกษา และการดูแลในระดับครอบครัวเพื่อสร้างระบบการดูแลที่มีคุณภาพ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ

5.1 งานวิจัยในประเทศ

จากการศึกษาของ ธีระวัฒน์ กุณาอิน, นครินทร์ คำดี, สถาพร คำแก้ว, ศิริลักษณ์ จันทเขต และชุตติกาญจน์ งานปริชาธร (2566) การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการเสริมสร้างสุขภาพแบบองค์รวม อย่างมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสนอแนะแนวทางการเสริมสร้างสุขภาพแบบองค์รวม อย่างมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในเขตชุมชนบางเบา ตำบลขี้เหล็ก อำเภอมะแตง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แนวคิด การมีส่วนร่วมของประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ แนวคิดการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ และแนวคิดการรักษาสุขภาพ แบบองค์รวม เป็นพื้นฐานในการศึกษา กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป รวมทั้งหมด 165 คน โดยมีแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบาย บรรยาย และสรุปข้อมูลที่เก็บรวบรวมในลักษณะของการแจกแจงความถี่ การวัดแนวโน้มเข้าสู่ศูนย์กลาง และการวัดการกระจายข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมในการเสริมสร้าง

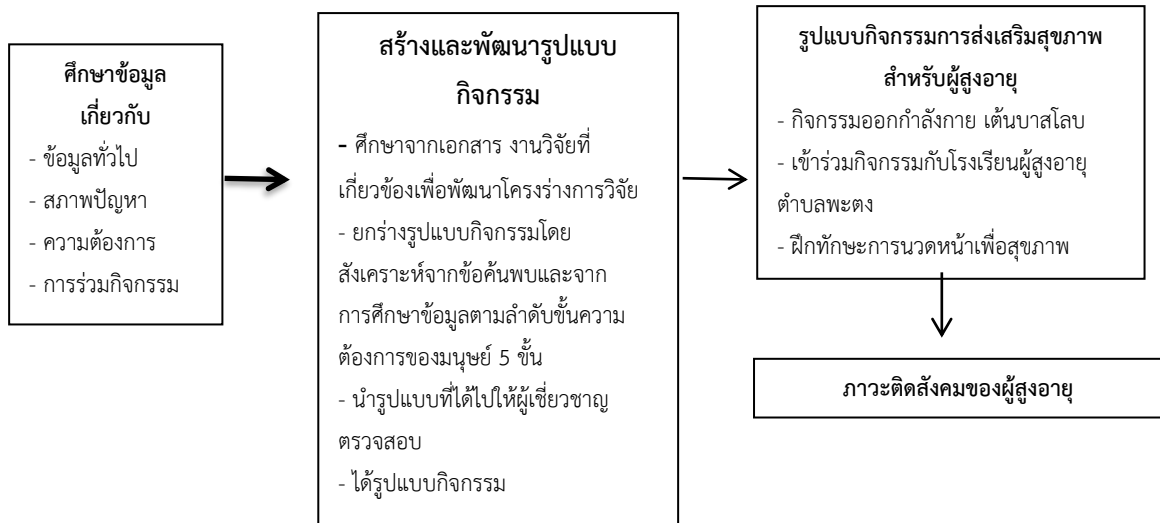


สุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชนบางปะก๊อ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 (SD = 0.66) ในด้านการรับผลประโยชน์ในสวัสดิการต่าง ๆ จากภาครัฐ อาทิ เบี้ยยังชีพ และการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในป่าชุมชน อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุยังขาดความต่อเนื่อง ในการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ และการประเมินผลต่อการเสริมสร้างสุขภาพ ในขณะที่ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสริมสร้าง สุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 (SD = 0.50) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงศักยภาพ อันเป็นจุดแข็งจากปัจจัยภายในของปัจเจกบุคคลและชุมชนได้เป็นอย่างดี ในทางกลับกัน ปัจจัยด้านองค์กร ยังมีข้อจำกัดด้านการจัดสรรงบประมาณในการส่งเสริมกิจกรรมต่าง ๆ และแนวทางการเสริมสร้างสุขภาพแบบองค์รวม อย่างมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชนบางปะก๊อ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 (SD = 0.54) ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและร่วมกันสร้างสุขภาวะในชุมชน หากได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายและงบประมาณที่เหมาะสม การบูรณาการกลยุทธ์การเสริมสร้างสุขภาพเข้าสู่แผนยุทธศาสตร์ท้องถิ่นจึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มั่นคงและยั่งยืนต่อไป

จากการศึกษาของ นิลุบล ประพพรหม (2567) จังหวัดน่านนับเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ หน่วยงานส่วนท้องถิ่นจึงมีแนวคิดจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไม่พักค้างคืนขึ้น ซึ่งมีเป้าหมายให้เป็นโครงการที่ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้ทำงานร่วมกันผ่านการวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์ในงานวิจัย คือ ศึกษากระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ เพื่อนำไปสู่การสร้างแนวทางการออกแบบศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมตามหลักบริการสุขภาพ และศึกษากิจกรรมการทำงานแบบมีส่วนร่วมที่ส่งเสริมทักษะจำเป็นในศตวรรษที่ 21 โดยผลการวิจัยภายใต้แนวคิดการทำงานแบบมีส่วนร่วมพบว่า ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไม่พักค้างคืน ควรมีพื้นที่ใช้สอยเพื่อการดูแล พื้นฟู สุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เป็นหลัก ได้แก่ ส่วนกายภาพบำบัด ส่วนกิจกรรมบำบัด และส่วนออกกำลังกายเพื่อบริหารกล้ามเนื้อ ซึ่งผลที่ได้นั้น เป็นผลลัพธ์ที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพึงพอใจ อีกทั้งกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมโดยมีสถาบันการศึกษาเป็นผู้ผลิตผลงาน ยังเป็นการสร้างระบบนิเวศน์แห่งการเรียนรู้ ทำให้ผู้เรียนเกิดทักษะในศตวรรษที่ 21 ตามความต้องการของตลาดในอนาคต

รูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ที่ถูกออกแบบให้ครอบคลุมทั้งมิติทากายภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งคาดว่าจะส่งผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามโดยสร้างและพัฒนา รูปแบบกิจกรรม สุขภาวะของผู้สูงอายุติดบ้าน ทั้งในด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) การลดภาวะติดบ้าน และการเพิ่มภาวะติดสังคม ความสัมพันธ์นี้สะท้อนให้เห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรมแบบองค์รวมจะช่วยเสริมสร้างสุขภาวะโดยรวมของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุติดบ้านสามารถพัฒนาสู่การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมากขึ้น และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอแนวทางการดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับพื้นที่ ที่ทำการศึกษารูปแบบวิจัย กลุ่มเป้าหมาย วิธีการดำเนินการวิจัย เครื่องมือ และการรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-Experimental Research: A type of pre- and post-experimental study)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุในชุมชนบ้านอุดมทอง ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 145 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านอุดมทอง ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 15 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า เกณฑ์คัดออก

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการวิจัย (Inclusion Criteria)

- 1) อายุเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
- 2) สถานการณ์เคลื่อนไหวจำกัดอยู่ในกลุ่ม ผู้สูงอายุติดบ้าน (Home-Bound Elderly) ตามเกณฑ์ของกรมอนามัย โดยเกณฑ์การวัดใช้การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ 5-11 คะแนน

3) สถานะสุขภาพจิตและสติปัญญา มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสาร ให้ข้อมูลได้ และผ่านการประเมินเบื้องต้นว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อมหรือโรคทางจิตเวชที่รุนแรง การประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วย Thai Mental State Examination (TMSE) เป็นการใช้อย่างทดสอบคัดกรองความสามารถด้านสติปัญญา และการรับรู้ของผู้สูงอายุ โดยมีคะแนน ≥ 24 คะแนน ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (ปกติ)

4) ความสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอม



เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

1) เจ็บป่วยฉุกเฉินหรือมีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงรุนแรง ระหว่างเข้าร่วมโครงการ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2) ย้ายที่อยู่อาศัย ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนได้

3) เสียชีวิต ระหว่างการเข้าร่วมโครงการ

4) เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า 80% ของจำนวนกิจกรรมทั้งหมดในโครงการ

5) ถอนความยินยอม หรือไม่ประสงค์จะเข้าร่วมต่อ แม้เคยลงนามยินยอมแล้ว

6) เกิดเหตุสุดวิสัยอื่น ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมได้ ปัญหาครอบครัวรุนแรง และข้อจำกัด

ด้านการเดินทาง

3. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและบริบทของผู้สูงอายุติดบ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนาารูปแบบกิจกรรมแบบองค์รวม ออกแบบและพัฒนา กิจกรรมที่ครอบคลุมสุขภาพทั้ง 4 มิติ ได้แก่ กาย จิตใจ สังคม และปัญญา

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและสรุปผลการวิจัย

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถาม โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามจำนวน 1 ชุดให้กลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินคัดกรอง ADL จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มี ผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้จะไม่ได้มีการขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเป็นทางการ แต่ผู้วิจัยได้ดำเนินการทุกขั้นตอนโดยยึดถือหลักการและแนวทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด 1) การเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่เสียประโยชน์ใด ๆ 2) การรักษาความลับและข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมถูกเก็บรักษาอย่างปลอดภัย ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น และไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ 3) การไม่ก่อให้เกิดอันตราย การทดลองถูกออกแบบให้ลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ ร่างกาย และจิตใจของผู้เข้าร่วมให้น้อยที่สุด 4) การใช้ข้อมูลอย่างมีความรับผิดชอบ ผลการวิจัยถูกนำเสนออย่างตรงไปตรงมา ไม่บิดเบือน และใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการและสังคม

การเก็บข้อมูล เตรียมแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจคุณภาพเครื่องมือแล้วไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลจากการสอบถามผู้สูงอายุ ในชุมชนบ้านอุดมทอง ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลาจำนวน 15 คน



6. การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้เพื่อสรุปข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม ค่าร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ผลการทดลอง Paired Sample t-test ใช้เปรียบเทียบแบบประเมินคัดกรอง ADL ก่อนและหลังทำกิจกรรม Chi-square test การทดสอบทางสถิติที่ใช้ตรวจสอบมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล เรื่อง การพัฒนารูปแบบกิจกรรมแบบองค์รวมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้าน ในชุมชนบ้านอุดมทอง ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีบุคลากรที่รับผิดชอบเกี่ยวข้องกับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน ในพื้นที่ชุมชนบ้านอุดมทอง ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน ทีมหมอมครอบครัว (Family Care Team) จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน

2. ผลของใช้รูปแบบกิจกรรมแบบองค์รวม

2.1 ตารางเปรียบเทียบคะแนนรวมแบบประเมิน ADL ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแบบองค์รวม

2.2 เปรียบเทียบค่าร้อยละ จำนวนผู้สูงอายุภาวะติดบ้านก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแบบองค์รวม

2.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแบบองค์รวมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบคะแนนรวมแบบประเมิน ADL ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแบบองค์รวมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้าน

ลำดับผู้สูงอายุ	ก่อนใช้รูปแบบกิจกรรม		หลังการใช้รูปแบบกิจกรรม	
	ผลรวมคะแนน ADL	แปรผล	ผลรวมคะแนน ADL	แปรผล
1	9	ภาวะติดบ้าน	10	ภาวะติดบ้าน
2	10	ภาวะติดบ้าน	12	ภาวะติดสังคม
3	6	ภาวะติดบ้าน	7	ภาวะติดบ้าน
4	11	ภาวะติดบ้าน	13	ภาวะติดสังคม
5	8	ภาวะติดบ้าน	8	ภาวะติดบ้าน
6	5	ภาวะติดบ้าน	6	ภาวะติดบ้าน
7	6	ภาวะติดบ้าน	6	ภาวะติดบ้าน
8	9	ภาวะติดบ้าน	12	ภาวะติดสังคม
9	7	ภาวะติดบ้าน	7	ภาวะติดบ้าน
10	8	ภาวะติดบ้าน	9	ภาวะติดบ้าน
11	9	ภาวะติดบ้าน	10	ภาวะติดบ้าน



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลำดับผู้สูงอายุ	ก่อนใช้รูปแบบกิจกรรม		หลังการใช้รูปแบบกิจกรรม	
	ผลรวม	แปรผล	ผลรวม	แปรผล
	คะแนน ADL		คะแนน ADL	
12	6	ภาวะติดบ้าน	8	ภาวะติดบ้าน
13	5	ภาวะติดบ้าน	6	ภาวะติดบ้าน
14	7	ภาวะติดบ้าน	7	ภาวะติดบ้าน
15	9	ภาวะติดบ้าน	12	ภาวะติดสังคม

จากตารางที่ 1 พบว่าผลการเปรียบเทียบคะแนนรวมแบบประเมิน ADL ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมแบบองค์รวมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้าน พบว่ามีผู้สูงอายุอยู่ในภาวะติดบ้านจำนวน 15 คน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมแบบองค์รวมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้าน พบว่ามีผู้สูงอายุอยู่ในภาวะติดบ้านจำนวน 11 คน และอยู่ในภาวะติดสังคมจำนวน 4 คน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าร้อยละ จำนวนผู้สูงอายุภาวะติดบ้านก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแบบองค์รวม

กลุ่ม	ก่อนใช้รูปแบบกิจกรรม		หลังการใช้รูปแบบกิจกรรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะติดบ้าน (5-11 คะแนน)	15	100.00	11	73.33
ภาวะติดสังคม (12-20 คะแนน)	0	0.00	4	26.67
รวม	15	100.00	15	100.00

จากตารางที่ 2 พบว่าการเปรียบเทียบค่าร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุภาวะติดบ้านก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแบบองค์รวม พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุจำนวน 15 คน (ร้อยละ 100) อยู่ในกลุ่มภาวะติดบ้าน (คะแนน 5-11 คะแนน) และไม่มีผู้ใดอยู่ในกลุ่มภาวะติดสังคม (คะแนน 12-20 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 0.00 หลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าผู้สูงอายุจำนวน 11 คน (ร้อยละ 73.33) ยังอยู่ในกลุ่มภาวะติดบ้าน ขณะที่ผู้สูงอายุจำนวน 4 คน (ร้อยละ 26.67) อยู่ในกลุ่มภาวะติดสังคม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแบบองค์รวมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ

กิจกรรมแบบองค์รวม	N	\bar{x}	S.D	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	15	7.67	1.84	16.15	.000
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	15	8.67	2.47	13.88	.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเข้ากิจกรรมแบบองค์รวมของผู้สูงอายุภาวะติดบ้านก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ที่ได้รับการทำกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาการพัฒนาารูปแบบกิจกรรมแบบองค์รวมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านในชุมชนบ้านอุดมทอง ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านลดลงจากจำนวน 15 คน (ร้อยละ 100) เหลือ 11 คน (ร้อยละ 73.33) และมีผู้สูงอายุที่เปลี่ยนผ่านไปสู่ภาวะติดสังคมจำนวน 4 คน (ร้อยละ 26.67) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมแบบองค์รวมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนรวมแบบประเมิน ADL ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ที่ และหลังเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้นเป็น โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมแบบองค์รวมสามารถเสริมสร้างสุขภาวะและเพิ่มศักยภาพการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การจัดกิจกรรมแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีส่วนช่วยลดจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้าน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดีขึ้น รวมทั้งสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่ภาวะติดสังคมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลของการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบกิจกรรมแบบองค์รวมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านในชุมชนบ้านอุดมทอง ตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา สามารถอภิปรายได้ดังนี้

หลังการเข้าร่วมกิจกรรมแบบองค์รวม ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดบ้านลดลงจากร้อยละ 100 เหลือร้อยละ 73.33 และมีผู้สูงอายุที่เปลี่ยนผ่านไปสู่ภาวะติดสังคมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.67 แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการมีส่วนร่วมทางสังคมมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกิจกรรมมีความหลากหลาย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มแรงจูงใจในการออกมามีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณรงค์ ดั่งปาน, รัตน์ชนก ไตรวรรณ และกิตติพร เนาวิสุวรรณ์ (2563) ที่พบว่าผู้สูงอายุสามารถเปลี่ยนจากภาวะติดบ้านไปสู่ภาวะติดสังคมได้ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ประมาณร้อยละ 23.3) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาวะเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของกิจกรรมแบบองค์รวมที่อาจมีความเข้มข้นหรือเหมาะสมกับบริบทชุมชนบ้านอุดมทองมากกว่า

ผลการเปลี่ยนแปลงชัดเจน โดยเฉพาะค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะที่เพิ่มขึ้นจาก 7.67 เป็น 8.87 แสดงถึงการพัฒนาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แม้จะมีข้อจำกัดด้านจำนวน แต่ก็สะท้อนถึงความเป็นไปได้ในการนำกิจกรรมไปปรับใช้ในวงกว้าง

การออกแบบกิจกรรมที่ครอบคลุมหลายมิติ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อม อีกทั้งยังสอดคล้องกับบริบทชุมชนที่มีความใกล้ชิดและสนับสนุนกัน ส่วนจุดอ่อนคือจำนวนกลุ่มตัวอย่าง



ค่อนข้างน้อย และการวัดผลยังอิงกับการประเมินตนเองเป็นหลัก ซึ่งอาจมีอคติหรือความคลาดเคลื่อน จึงควรมีการติดตามผลในระยะยาวและใช้วิธีการวัดที่หลากหลายมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ศึกษาผลของกิจกรรมแบบองค์รวมในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย
2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนชนบท เพื่อดูความแตกต่างของบริบทที่มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
3. วิเคราะห์เชิงลึกว่ากิจกรรมด้านใด (ร่างกาย จิตใจ หรือสังคม) มีผลมากที่สุดต่อการเปลี่ยนจากภาวะติดบ้านไปสู่ภาวะติดสังคม

เอกสารอ้างอิง

- ณรงค์ ต้วงปาน, รัตน์ชนก ไตรวรรณ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2563). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุการเปลี่ยนผ่านจากภาวะติดบ้านไปสู่ติดสังคมในจังหวัดสงขลา. ว.สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ, 26(1), 112-128.
- ธีระวัฒน์ กุณาอิน, นครินทร์ คำดี, สถาพร คำแก้ว, ศิริลักษณ์ จันทเขต และชุตติกาญจน์ งานปรีชาธร. (2566). กระบวนการเสริมสร้างสุขภาพแบบองค์รวมอย่างมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชนปางเปา ตำบลขี้เหล็ก อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารช่วงฝน, 17(2), 1-18.
- นาฎฤดี พรงาม. (2568). การพัฒนาสุขภาพของวัยของผู้สูงอายุวิถีใหม่ในสังคมไทยเชิงพุทธบูรณาการ. วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์, 21(2), 215-229.
- นิลกุล ประพรหม. (2567). แนวทางการออกแบบศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ของหน่วยงานภาครัฐและชุมชน จังหวัดน่าน. วารสารสถาปัตยกรรม การออกแบบและการก่อสร้าง, 6(3), 101-120.
- พัชรวงศ์ ชวนชม, ธีระวัฒน์ จันทิก และพิทักษ์ ศิริวงศ์. (2561). ลักษณะงานที่เหมาะสมกับแรงงานผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 13(1), 114-115.
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. (2546). ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 120, ตอนที่ 114 ก, หน้า 1-7 (31 ตุลาคม 2546).
- วิพุธ พูลเจริญ. (2544). สุขภาพ : อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุทธิพงศ์ บุญผดุง. (2554). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). สถิติรายปีประเทศไทย พ.ศ. 2567 (Statistical Yearbook Thailand 2024). สืบค้นเมื่อ 6 เมษายน 2568 จาก <https://www.nso.go.th/nsoweb/index>