

ภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย

ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์¹, สายฝน สุภาศรี¹, รวิพรดิ พูลลาภ¹, วารุณี พันธวงศ์¹

(วันที่รับบทความ: 4 พฤศจิกายน 2568; วันที่แก้ไข: 7 ธันวาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 18 มกราคม 2569)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย จำนวน 450 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น มีค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.66-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคของแอลฟาเท่ากับ 0.82 และแนวทางการสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และข้อมูลจากการสนทนากลุ่มนำมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.9) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 61.1) มีค่าเฉลี่ยของภาวะพดพพลังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.16, S.D. = 0.953) ด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.49, S.D. = 0.947) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะพดพพลังอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.30) รองลงมาได้แก่ ระดับดี (ร้อยละ 40.70) ตามลำดับ ส่วนภาวะพดพพลังตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีหลักประกันที่มั่นคงในการดำเนินชีวิต การมีสุขภาพที่ดี สามารถดูแลตนเอง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เข้าร่วมและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมภาวะพดพพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ นำไปสู่สุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมทางสังคม และการมีหลักประกันความมั่นคงในชีวิต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะพดพพลัง, วิถีชีวิตใหม่, ผู้สูงอายุ, จังหวัดเชียงราย

¹ อาจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, E-mail: tithima.ta@gmail.com,

saiphon525@gmail.com, aladinny@gmail.com, p.warunee2@gmail.com

Corresponding author: ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ E-mail: tithima.ta@gmail.com

Active Ageing among Older Adults in the New Normal in Chiang Rai Province

Thitima Thasuwanain¹, Saiphon Supasri¹, Rawipat Pullarp¹, Warunee Phanwong¹

(Received: 4th November 2025; Revised: 7th December 2025; Accepted: 18th January 2026)

Abstract

This descriptive research aimed to examine the active aging among older adults in the new normal in Chiang Rai Province. The samples consisted of 450 participants. The research instruments consisted of a personal data record form and Active Aging Questionnaire developed by the researcher, which had a Content validity index ranging from 0.66 to 1.00 and a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.82. Additionally, a focus group discussion guideline was used. Data were collected between January and March 2025. Data analysis was performed by using descriptive statistics and the focus group data were analyzed using content analysis.

The results showed that most participants were female (58.9%) and aged between 60-69 years (61.1%). The overall mean score of active aging was at a moderate level (Mean = 3.16, S.D. = 0.953). The domain with the highest mean score was security, which was at a high level (Mean = 3.49, S.D. = 0.947). The levels of active ageing were moderate (59.30%) and good (40.70%), respectively. Older adults perceived active ageing as having a secure foundation for daily living, maintaining good health, being capable of self-care, perform daily activities independently, participating and engaging in community activities.

The findings of this study can be used as guidance for promoting active ageing among older adults in the new normal, leading to better health, social participation, and life security, which contribute to improved quality of life.

Keywords: Active aging, New normal, Older adults, Chiang Rai province

¹ Lecturer, Faculty of Public Health, Chiang Rai Rajabhat University, E-mail: tithima.ta@gmail.com, saiphon525@gmail.com, aladinny@gmail.com, p.warunee2@gmail.com

Corresponding author: Thitima Thasuwanain, E-mail: tithima.ta@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันโลกมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.22 และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 จะมีประชากรสูงอายुर้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด¹ ซึ่งจะทำให้โลกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ สำหรับประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2567 มีจำนวนประชากรสูงอายुर้อยละ 20.94 ของประชากรทั้งหมด² แสดงถึงประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังพบว่าอัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 26.48 เพิ่มสูงขึ้นเป็น 31.02 ในปี พ.ศ. 2566³ ส่งกระทบต่อวัยแรงงานที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น อาจส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวตามมาได้

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น ความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของร่างกาย อาทิเช่น การมองเห็นลดลง การได้ยินลดลง มวลกระดูกและกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลต่อปัญหาการเดินและการทรงตัว ทำให้เกิดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม หรือกล้ามเนื้ออัมพาตเกร็งเกร็ง หย่อนตัว ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่ได้ เป็นต้น⁴ ความเสื่อมถอยของร่างกายทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน⁵ ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 จากการประเมินสุขภาพร่างกายโดยรวมในระหว่าง 7 วันก่อนสัมภาษณ์ของผู้สูงอายุ พบว่ามีเพียงร้อยละ 3.30 ที่ประเมินตนเองว่าสุขภาพดีมาก ส่วนใหญ่ร้อยละ 42.70 มีสุขภาพดี และร้อยละ 42.70 มีสุขภาพดีปานกลาง-ผลจากการสำรวจพบว่า

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2567 พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมิแนวโน้มการมีสุขภาพปานกลาง และมีผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 1.1 ติดบ้าน ร้อยละ 1.3 และติดสังคม ร้อยละ 97.6³ ทั้งนี้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ⁶ อันจะทำให้เกิดศักยภาพในการดูแลสุขภาพร่างกายตนเอง ทำให้มีส่วนร่วมในสังคม รวมถึงการมีหลักประกันความมั่นคงในชีวิต ซึ่งเป็นการส่งเสริมภาวะพลัมของของผู้สูงอายุ

ภาวะพลัม (Active ageing) เป็นกระบวนการนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมและการมีหลักประกันความมั่นคง⁷ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดศักยภาพในการดูแลตนเอง ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่โดยไม่พึ่งพาผู้อื่นหรือชะลอการเข้าสู่การพึ่งพิงให้ยาวนานมากที่สุดตามความสามารถของร่างกาย หากผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี โดยการป้องกันและส่งเสริมภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือกลุ่มอาการสูงอายุ และพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ⁸ และเมื่อมีภาวะสุขภาพที่ดีแล้ว จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุยังคงสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคม อีกทั้งการมีส่วนร่วมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลักดันให้เกิดศักยภาพในการดูแลตนเองยิ่งขึ้น นอกจากนี้แล้วยังพบว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ ก่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ⁹ ร่วมกับการสร้างหลักประกันให้กับผู้สูงอายุที่จะได้รับการปกป้อง เมื่ออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ รวมถึงการได้รับ

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจ¹⁰ ดังนั้นภาวะพหุพลังจึงเป็นเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง พึ่งพาตนเอง และอยู่ในสังคมอย่างรู้สึกรักมีคุณค่า ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครั้งใหญ่ของโลก รวมถึงประเทศไทยที่ต้องมีการปรับตัว และดำเนินชีวิตเข้าสู่วิถีชีวิตใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัว ในด้านการคิด การเรียนรู้ การสื่อสาร รวมถึงการจัดการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ที่มีความแตกต่างจากวิถีชีวิตเดิม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะพหุพลัง อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่มีจำนวนน้อย ร่วมกับบริบทของจังหวัดเชียงราย ได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยในปี พ.ศ. 2567 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 24.36 ของประชากรทั้งหมด³ และมีแนวโน้มจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าจังหวัดเชียงรายเป็นสังคมของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และเป็นจังหวัดที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม อันจะเชื่อมโยงพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ที่มีความแตกต่างตามความเชื่อ จึงควรศึกษาเกี่ยวกับภาวะพหุพลังในมิติสุขภาพ การมีส่วนร่วม และการมีหลักประกันความมั่นคง ในสังคมที่มีการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วิถีชีวิตใหม่ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนการสร้างเสริมภาวะพหุพลัง อันจะส่งผลให้เกิดศักยภาพในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพของแต่ละบุคคลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นการศึกษาวิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) เพื่อศึกษาภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย

ประชากร

เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ในจังหวัดเชียงราย จำนวน 265,859 คน²

กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามได้มาจากการคำนวณโดยใช้สูตร ทาโร่ ยามาเน่¹¹ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง 400 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 450 ราย แล้วทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นจากอำเภอในจังหวัดเชียงราย ได้แก่ อำเภอเวียงเชียงรุ้ง อำเภอเวียงป่าเป้า และอำเภอเทิง สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ตามสัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามแบบวัดของ Barthel activities of Daily living (ADL) ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน เป็นผู้ที่สามารถกันได้และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และเป็นผู้ที่อาศัยในเขตพื้นที่อำเภอเวียงเชียงรุ้ง อำเภอเวียงป่าเป้า และอำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย

ผู้ให้ข้อมูลสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 10 คน ได้แก่

ผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ผู้ดูแล จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ 1) สุขภาพแข็งแรง 2) เข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว อาศัยอยู่กับใคร ลักษณะบ้านเรือน และภาวะสุขภาพในปัจจุบัน

2. แบบประเมินภาวะพหุพลัง ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ตามกรอบนโยบายพหุพลังขององค์การอนามัยโลก เป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติทางด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ มิติทางด้านการมีส่วนร่วม 5 ข้อ และมิติด้านความมั่นคงปลอดภัย จำนวน 5 ข้อ กำหนดค่าคะแนนแต่ละข้อ ดังนี้ กรณีเป็นคำถามที่มีความหมายเชิงบวก กำหนดให้คะแนนดังนี้ เป็นประจำ ให้คะแนน 5 คะแนน บ่อย ให้คะแนน 4 คะแนน ปานกลาง ให้คะแนน 3 คะแนน เป็นบางครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน และไม่เคย ให้คะแนน 1 คะแนน กรณีเป็นคำถามที่มีความหมายเชิงลบ กำหนดให้คะแนนดังนี้ ไม่เคย ให้คะแนน 5 คะแนน เป็นบางครั้ง ให้คะแนน 4 คะแนน ปานกลาง ให้คะแนน 3 คะแนน บ่อย ให้คะแนน 2 คะแนน และเป็นประจำ ให้คะแนน 1 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน คะแนนระหว่าง 20-33 คะแนน

หมายถึง ภาวะพหุพลังอยู่ในระดับน้อย 34-66 คะแนน คะแนน หมายถึง ภาวะพหุพลังอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนระหว่าง 66-100 คะแนน คะแนน หมายถึง ภาวะพหุพลังอยู่ในระดับดี และวิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลโดยใช้ระดับการวัดข้อมูล ประเภทอันตรภาคชั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (1.00-1.66) ระดับปานกลาง (1.67-3.26) และระดับดี (3.27-5.00)

3. แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพด้านการมีส่วนร่วม และด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง โดยชักถามผู้ถูกสัมภาษณ์ทุกท่านด้วยคำถามเดียวกัน และทำการจดบันทึก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุไปตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Index of Item objective congruence : IOC) อยู่ระหว่าง 0.66-1.00 และทดสอบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ แอลฟาของแบบประเมินภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.82 ส่วนการตรวจสอบคุณภาพของแนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่มไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประสานงานกับชุมชนในเขตพื้นที่อำเภอเวียงเชียงรุ้ง อำเภอเวียงป่าเป้า และอำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ประสานงานกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนในพื้นที่ เพื่อนัดกลุ่มผู้สูงอายุในการให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
3. ประชุมชี้แจงกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่ออธิบายถึงกระบวนการในการวิจัย วัตถุประสงค์ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 โดยในการศึกษานี้ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 450 ราย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านให้ฟังแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ โดยเริ่มจากข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามลำดับ ขั้นตอนที่ 2 การสนทนากลุ่ม โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 10 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ผู้ดูแล จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน
5. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของแบบสอบถาม หลังจากนั้น

จึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ส่วนข้อมูลจากการสนทนากลุ่มนำไปวิเคราะห์เนื้อหาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล มาตรวจสอบความสมบูรณ์และทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลจากการสนทนากลุ่มนำมาวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย รหัส CRPPHO 164/2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย จำนวน 450 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 265 คน คิดเป็นร้อยละ 58.90 อายุ 60-69 ปี (ผู้สูงอายุตอนต้น) จำนวน 275 คน คิดเป็นร้อยละ 61.10 สถานภาพสมรส/คู่ จำนวน 298 คน คิดเป็นร้อยละ 66.20 ยังคงประกอบอาชีพ จำนวน 240 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 รายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยผู้สูงอายุและลูก จำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 40.40 มีโรคเรื้อรัง จำนวน 297 คน คิดเป็นร้อยละ 66.90 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 109 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.20 รองลงมาได้แก่โรคเบาหวาน จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 12.00 อาศัยอยู่กับ

คู่สมรส จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 26.4
พักอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเอง จำนวน 368 คน
คิดเป็นร้อยละ 81.80 พบว่าภาวะสุขภาพ
ในปัจจุบันของตนเองแข็งแรงดี จำนวน 190 คน
คิดเป็นร้อยละ 42.20 และมีอาการเจ็บป่วย
เล็กน้อย แต่ยังคงช่วยเหลือตัวเองได้ จำนวน 185 คน
คิดเป็นร้อยละ 41.10 คน

ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิต ใหม่ในจังหวัดเชียงราย

พบว่าระดับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ
ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 267 ราย
คิดเป็นร้อยละ 59.30 รองลงมาได้แก่ ระดับดี
จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 40.70 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของระดับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ (n = 450)

ระดับภาวะพหุพลัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดี (67-100 คะแนน)	183	40.70
ปานกลาง (34-66 คะแนน)	267	59.30
รวม	450	100.00

เมื่อจำแนกภาวะพหุพลังตามมิติรายด้าน
พบว่า ด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง มีค่าเฉลี่ย
มากที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.49, S.D. = 0.947)
รองลงมา ได้แก่ ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

(Mean = 3.21, S.D. = 0.993) และด้านการ
มีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับ
ปานกลาง (Mean = 2.72, S.D. = 0.862)
(ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย
จำแนกตามมิติรายด้าน (n = 450)

มิติรายด้านภาวะพหุพลัง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ ภาวะพหุพลัง
ด้านสุขภาพ	3.21	0.993	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วม	2.72	0.862	ปานกลาง
ด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง	3.49	0.947	มาก

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ย
ภาวะพหุพลังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง
(Mean = 3.167, S.D. = 0.953) เมื่อพิจารณารายข้อ
พบว่า การไม่สูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับสูง

(Mean = 4.73, S.D. = 0.772) รองลงมาได้แก่
ความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้
เมื่อเจ็บป่วย อยู่ในระดับสูง (Mean = 4.15,
S.D. = 0.574) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะพหุผลของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย (n = 450)

คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับภาวะพหุผล
1. ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้เมื่อเจ็บป่วย	4.15	0.574	สูง
2. การจัดการกับภาวะสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง	3.25	0.710	ปานกลาง
3. การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	2.82	0.598	ปานกลาง
4. การอ่านและเข้าใจแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองจากสื่อ	2.95	1.101	ปานกลาง
5. การได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตจากสมาชิกในครอบครัวหรือชุมชน	3.76	0.831	สูง
6. การได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากสมาชิกในครอบครัว	3.35	1.083	สูง
7. การตรวจสุขภาพร่างกายและช่องปากเป็นประจำทุกปี	2.78	1.233	ปานกลาง
8. ความสามารถสังเกตอาการที่ผิดปกติของร่างกายได้	3.13	0.694	ปานกลาง
9. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	2.80	1.178	ปานกลาง
10. การเข้าร่วมกลุ่มหารายได้ในชุมชน	1.63	0.729	น้อย
11. การประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้	2.58	1.331	ปานกลาง
12. การมีปัญหาเกี่ยวกับทรงตัว เช่น สะดุดแต่ยังไม่ล้ม เป็นต้น	1.79	0.859	ปานกลาง
13. การมีปัญหาสุขภาพจนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต	3.31	1.029	ปานกลาง
14. การได้รับการส่งเสริมสุขภาพจากชุมชน	3.42	0.706	สูง
15. ความสามารถพูดคุยกับบุคคลรอบข้างได้เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ	3.60	0.917	สูง
16. การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์	2.91	1.337	ปานกลาง
17. การรับประทานอาหารที่หลากหลายครบ 3 มื้อ	3.71	1.108	สูง
18. การจัดยาและรับประทานยาได้เองตามแผนการรักษา	3.97	1.017	สูง

คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วน	ระดับ
		เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ภาวะพหุผล พลัง
19. ควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	2.56	1.258	ปานกลาง
20. การไม่สูบบุหรี่	4.73	0.772	สูง
รวม	3.16	0.953	ปานกลาง

จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับภาวะพหุผลพลังบนวิถีชีวิตใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าใจความหมายของภาวะพหุผลพลังไปในแนวเรื่องของความแข็งแรงของร่างกาย สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังตัวอย่างคำกล่าว “ภาวะพหุผลพลังได้ยืนมานาน น่าจะหมายถึงความแข็งแรง ทำงาน หาเงินดูแลตัวเองได้ ไม่เกิดภาวะแก่ลูกหลาน” และ “เป็นการที่เราช่วยเหลือตัวเองได้ คล่องแคล่ว มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบตัว”

ภายหลังจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้การดำเนินชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างต้องมีการปรับตัว ดังตัวอย่างคำกล่าว “เมื่อเริ่มแรกที่มีการระบาด ตนเองไม่ค่อยทราบข่าวสาร แต่ได้รับข้อมูลจากหอกระจายเสียงประจำหมู่บ้าน แต่ภายหลังพยายามปรับตัวเรียนรู้การรับข่าวสาร จากโทรศัพท์บ้าง ทีวีบ้าง ค่อย ๆ เรียนรู้ จนกระทั่งปัจจุบันตนสามารถหาข้อมูลการดูแลสุขภาพได้ แต่ยังคงต้องไปถามหมอก่อนจะเชื่อ” และ “ต้องคอยระวังเกี่ยวกับมิฉฉาชีพไม่รับโทรศัพท์จากเบอร์ที่ไม่รู้จัก สอบถามลูกหลานเกี่ยวกับข้อความที่ไม่มั่นใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะพหุผลพลังในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังคงมีโรคประจำตัว และรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการของโรค ดังตัวอย่างคำกล่าว “ตนเองมักมีอาการปวดตามแขนขา และเข่า โดยเฉพาะเข่า เวลาตอนเช้า

ปวดมาก จนบางที่ต้องรบกวนลูกพาไปหาหมอเพื่อฉีดยา เนื่องจากภรรยาตัวเล็ก ไม่สามารถพาไปได้ เกรงใจลูกมาก ๆ” และ “เมื่อถึงเวลานัดของหมอตนเองจะต้องขอหลานชายไปส่งที่สถานีนอนมัย เนื่องจากต้องข้ามถนน ตนเองไม่สามารถนำรถมอเตอร์ไซด์ข้ามถนนได้ รถเยอะ กลัวถูกรถชนทำให้หลานต้องลงาน เสียเวลา เสียเงิน จนรู้สึกเบื่อตัวเองเหมือนกัน” “ดีหน่อยที่ตอนนี้มีการติดต่อกันได้ง่ายขึ้น ทำให้ตนเองหมดห่วง เพราะลูกไปทำงานไกลบ้าน อาศัยการพูดคุยผ่านโทรศัพท์ได้เห็นหน้า เห็นที่อยู่ก็สบายใจ” ทั้งนี้พบว่าภาวะพหุผลพลังประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างยังคงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมถอย อันจะทำให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง จนกลายเป็นภาระแก่ครอบครัว ดังตัวอย่างคำกล่าว “กำลังของร่างกายลดลง ทำอะไรก็เหนื่อยง่าย ออกไปไหนก็ลำบาก จะไปตลาดยังต้องรอลูกหลานมารับไป ไม่เหมือนเมื่อก่อนที่ยากไปไหนก็ได้ไป อิสระเสรี” และ “ตนเองพยายามออกกำลังกายทุกวัน เดินบ้าง แกว่งแขนบ้าง อยากให้ร่างกายแข็งแรง” “ตนเองและสามีจะไปออกกำลังกายกับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนทุกวัน เนื่องจากสนุกกว่าการออกกำลังกายเพียงคนเดียวที่บ้านและได้ความรู้เมื่อมีเจ้าหน้าที่มาร่วมออกกำลังกายด้วย” และ “ตนสามารถติดต่อ

ขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพผ่านไลน์ เช่น ขอความช่วยเหลือจาก อสม. ในการพาตนไปอนามัย หากลูกหลานไม่สะดวก” 2) ด้านการมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างยังคงมีการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับศาสนา และศิลปวัฒนธรรม เนื่องจากชุมชนให้ความสำคัญและกลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวิธีการดำเนินกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา และศิลปวัฒนธรรม ดังตัวอย่างคำกล่าว “ตนเองเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และคอยแนะนำให้รุ่นลูกหลาน เพื่อให้ประเพณียังคงสืบทอดต่อไปได้” แต่พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับการหารายได้ กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อย ดังตัวอย่างคำกล่าว “กลุ่มหารายได้ส่วนใหญ่จะเป็นรุ่นหนุ่มสาว ตนเองเป็นผู้สูงอายุ ไม่ค่อยได้เข้าร่วม ไม่อยากเป็นภาระการหารายได้ส่วนใหญ่ยังคงเป็นเกี่ยวกับการรับจ้างได้เงินมาพอดูแลตนเอง ไม่พอเพื่อเหลือไปให้ลูกหลาน” “ตอนนี้เวลาจะไปทำกิจกรรมกลุ่มไม่ต้องโทรหากันแล้ว อาศัยอ่านในไลน์หมู่บ้านไลน์กลุ่มผู้สูงอายุ ก็ทำให้ทราบข่าวสาร การนัดหมายได้ไม่ต้องเสียเงินด้วย” และ 3) ด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนในการเกษียณอายุ รายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพ ลูกหลาน และการประกอบอาชีพ รายได้เพียงพอและไม่เหลือเก็บ ดังตัวอย่างคำกล่าว “ตนเองไม่ได้รับราชการ ไม่มีเงินเดือน มีแต่เบี้ยยังชีพและลูกหลานให้ อาจได้มาจากรับจ้างแต่ตอนนี้สุขภาพไม่ค่อยดี ไปรับจ้างก็ปวดหลังต้องพักนาน ทำให้ไม่ได้ไปทำงาน” และ “โชคดีที่บ้านไม่ต้องเช่า ได้รับจากพ่อแม่ ทำให้ไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย อาหารการกินได้จากลูกหลานแบ่งปันมาให้ ทำให้ไม่ค่อยลำบาก

เรื่องการใช้ชีวิต อาศัยการขายผักในตลาดทำให้พออยู่ได้”

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะพลพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย พบว่าภาวะพลพลังบนวิถีชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่ภาวะพลพลังอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวทำให้เกิดข้อจำกัดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับผลของการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่ามีการเจ็บป่วยเล็กน้อย แต่ยังคงช่วยเหลือตัวเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “กำลังของร่างกายลดลง ทำอะไรก็เหนื่อยง่าย ออกไปไหนก็ลำบาก จะไปตลาดก็ต้องรอลูกหลานมารับไป ไม่เหมือนเมื่อก่อนที่อยากไปไหนก็ได้ไปอิสระเสรี” นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของชุดิมา มาลัยและคณะ ศึกษาในปี พ.ศ. 2567 ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดชัยนาท จำนวน 628 คน มีภาวะพลพลังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง¹² ผลจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ารายได้ส่วนใหญ่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บทำให้ยังคงต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเอง ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงทำงานได้แก่ รับจ้าง ทำสวน และส่งผลให้ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพ มากกว่าการสูงอายุอย่างมีศักยภาพ สอดคล้องกับผลของการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “ภาวะพลพลังได้ยืนมานาน น่าจะหมายถึงความแข็งแรง ทำงาน หาเงินดูแลตัวเองได้ ไม่เกิดภาวะแก่ลูกหลาน”

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีติด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลของการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น แม้ว่าส่วนใหญ่รายได้เพียงพอและไม่เหลือเก็บ แต่พบว่ายังคงสามารถหารายได้ด้วยตัวเองจากการประกอบอาชีพ อีกทั้งยังพบว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่ที่บ้านของตนเอง แม้ว่าจะมีโรคประจำตัว แต่ภาวะสุขภาพยังคงแข็งแรงดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้ความรู้สึกมั่นคง สอดคล้องกับการศึกษาของ ยมนา ชนะนิล และคณะ ศึกษาในปี พ.ศ. 2563 เกี่ยวกับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 97 คน พบว่าด้านการพึ่งพาตนเองได้ของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด¹³ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้จะรู้สึกถึงความมั่นคง ส่งผลให้เกิดภาวะพหุพลังในมิติด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง อีกทั้งผลของการศึกษาพบว่า การได้รับการดูแลและสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและชุมชนจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความมั่นคงปลอดภัยว่าจะได้รับการช่วยเหลือในภาวะที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ และมีความสัมพันธ์กับภาวะพหุพลัง¹⁴ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตจากสมาชิกในครอบครัวหรือชุมชน อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.76, S.D. = 0.831) และท่านได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากสมาชิกในครอบครัว อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.35, S.D. = 1.083) เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “*ตนสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพผ่านไลน์ เช่น ขอความช่วยเหลือ*

จาก อสม. ในการพาตนไปอนามัย หากลูกหลานไม่สะดวก”

และผลการศึกษาพบว่ามิติด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะพหุพลัง รองจากด้านการมีหลักประกันที่มั่นคง ทั้งนี้การประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เป็นเสาหลักของภาวะพหุพลังในมิติด้านสุขภาพ สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สุขภาพในปัจจุบันแข็งแรงดี และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงของการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง ผลของการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และเบาหวานตามลำดับ อันจะส่งผลให้เกิดความสามารถในการดูแลตัวเองลดลง เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “*กำลังของร่างกายลดลง ทำอะไรก็เหนื่อยง่าย ออกไปไหนก็ลำบากจะไปตลาดยังต้องรอลูกหลานมารับไป ไม่เหมือนเมื่อก่อนที่ยากไปไหนก็ได้ไป อิสระเสรี”* จึงทำให้มิติด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางได้ พบว่าผลของการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฐานญา สมภู และคณะ ที่ศึกษาในปี พ.ศ. 2562 เกี่ยวกับระดับพหุพลังในสภาพปัจจุบันของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุไทย จำนวน 410 คน ที่พบว่าภาวะพหุพลังด้านสุขภาพในระดับมากที่สุด¹⁵ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพ เพื่อหารายได้ และส่วนใหญ่รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ทำให้การให้มุ่งเน้นเกี่ยวกับการประกอบอาชีพมากกว่าสุขภาพของตนเอง

ผลการศึกษาด้านการมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้การมีส่วนร่วมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดภาวะสุขภาพจิตที่ดี นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีตามมา พบว่าผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนากาญจน์ เจริญศรีรุ่งเรือง ที่ศึกษาในปี พ.ศ. 2563 ในกลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 410 คน มีภาวะพลัดพรกด้านการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.8 (Mean = 18.25, S.D. = 2.47)¹⁶ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “กลุ่มหารายได้ส่วนใหญ่จะเป็นรุ่นหนุ่มสาวตนเองเป็นผู้สูงอายุ ไม่ค่อยได้เข้าร่วม ไม่อยากเป็นภาระ การหารายได้ส่วนใหญ่ยังคงเป็นเกี่ยวกับรับจ้าง ได้เงินมาพอดูแลตนเอง ไม่พอเพื่อเหลือไปให้ลูกหลาน” จึงทำให้ผู้สูงอายุลดบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุลง

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าการไม่สูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดการตระหนักและดูแลสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น อีกทั้งการไปรับยาตามแพทย์นัด ทำให้ได้รับสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นในการไม่สูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาที่ในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาเชิงคุณภาพในครั้งนี้จากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “ตนเองพยายามออกกำลังกายทุกวัน เดินบ้าง

แกว่งแขนบ้าง อยากให้ร่างกายแข็งแรง” ผลของการศึกษายังพบว่าความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้เมื่อเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยรองลงมา อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลของการศึกษาที่พบว่า “ตนสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพผ่านไลน์ เช่นขอความช่วยเหลือจาก อสม. ในการพาตนไปอนามัย หากลูกหลานไม่สะดวก” เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของศิริพร งามขำ และคณะ ศึกษาในปี พ.ศ. 2561 กลุ่มผู้สูงอายุในเขต ทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร จำนวน 360 คน พบว่ามีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี¹⁷ ร่วมกับผลจากการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ที่ยังคงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และอาศัยอยู่กับคู่สมรส ทั้งนี้พบว่าคู่สมรสจะช่วยในการสนับสนุนทางสังคม และส่งเสริมภาวะสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ทั้งในภาวะสุขภาพที่ปกติและมีความเปราะบาง ซึ่งพบว่าการพักอาศัยกับคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ 1.63 เท่า¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “ตนเองและสามีจะไปออกกำลังกายกับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนทุกเย็น เนื่องจากสนุกกว่าการออกกำลังกายคนเดียวที่บ้านและได้ความรู้เมื่อมีเจ้าหน้าที่มาร่วมออกกำลังกายด้วย” ผลจากการศึกษายังพบว่า การเข้าร่วมกลุ่มหารายได้ในชุมชน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด สอดคล้องกับผลของการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดของร่างกาย ในการเข้าร่วมกลุ่มในการหารายได้ภายในชุมชน เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาที่พบว่าการมีปัญหาเกี่ยวกับ

การทรงตัว เช่น สะดุดแต่ยังไม่ล้ม เป็นต้น อยู่ในระดับปานกลาง และการมีปัญหาทางสุขภาพ จนส่งผลกระทบต่อการทำงานชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มที่กล่าวว่า “ตนเองมักมีอาการปวดตามแขนขา และเข้า โดยเฉพาะเข้า เวลาตอนเช้า ปวดมาก จนบางทีต้องรบกวนลูกพาไปหาหมอเพื่อฉีดยา เนื่องจาก ภรรยาตัวเล็ก ไม่สามารถพาไปได้ เกรงใจลูกมาก ๆ”

ผลจากการศึกษาภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุบนฐานวิถีชีวิตใหม่ในจังหวัดเชียงราย การปรับตัวเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วม และการมีหลักประกันความมั่นคง อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาดังกล่าวพบว่ามิติรายด้านของภาวะพหุพลังด้านการมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ซึ่งการมีส่วนร่วม จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำภาวะสุขภาพจิตดี เกิดความสมดุลระหว่างด้านร่างกายและจิตใจ อันจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ และพบว่ามิติด้านหลักประกันที่มั่นคง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรมีการวางแผนเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกันกับหลักประกันที่มั่นคง โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ด้านที่อยู่อาศัยควรมีความปลอดภัยและมั่นคง รายได้ในการดูแลตนเองเมื่อสูงอายุ การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นต้น โดยควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว เกิดการส่งเสริมภาวะพหุพลังต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ที่ให้สนับสนุนทุนในการทำงานวิจัยครั้งนี้ และขอบพระคุณกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย ที่เข้าร่วมงานวิจัยและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ จนทำให้การวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2567.
2. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. จำนวนผู้สูงอายุสัญชาติไทย จำแนกตามจังหวัด. [เข้าถึงเมื่อ 25 มี.ค. 2568] เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2566
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด. [เข้าถึงเมื่อ 25 มี.ค. 2568] เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20250103144326_51634.pdf
4. สมทรง จิระวรรณนท์, จุฬาลักษณ์ ใจแปง. ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ : บทบาทพยาบาล. วารสารการพยาบาล. 2562; 21(2): 77-87.

5. อุบลทิพย์ ไชยแสง, นิวัติ ไชยแสง, วิภากรณ อินทรชุตติ, อาภาดี เจ๊ะอาแดร์, ฮนีพะห์ บุระกะ. การเห็นคุณค่าในตนเอง และแนวทางเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2566; 5(3): 140-60.
6. นิรุวรรณ เทิร์นโบล, วิลาวัณย์ ชาดา, วิภา ชุปวา, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, สุทิน ชนະบุญ, เบญจพล แสงไสว, และคณะ. ภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563; 30(3): 35-49.
7. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002.
8. พงศธร ศิลาเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
9. อัจฉริยา ปัญญาแก้ว, Hsiu-Yun Hsu, สุจิตพร เลอศิลป์, สุภาวดี พุฒิน้อย. ระดับคุณภาพและรูปแบบการใช้เวลาในกิจกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพหุพลัง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563; 31(1): 177-88.
10. ฤดีมาศ พุทธมัตย์. การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.
11. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row Publication; 1997.
12. ชุติมา มาลัย, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์, อิทธิพล ดวงจินดา, อัศนี วันชัย. การมีสุขภาวะแบบพหุพลังของผู้สูงอายุไทยในสังคมสูงวัย: การศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่จังหวัดชัยนาทภายใต้บริบทพื้นที่เขตภาคกลางของประเทศไทย. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567; 16(1): 1-20.
13. ยมนา ชนะนิล, พรชัย จุลเมตต์, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา. ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563; 30(2): 83-91.
14. Wongsala M, Anbäcken EM, Rosendahl S. Active ageing - perspectives on health, participation, and security among older adults in northeastern Thailand - a qualitative study. BMC Geriatr. 2021; 21(1): 41.

15. ฐานญา สมภู, คณิต เพียววิชัย.
การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริม
ภาวะพลพลังของชมรมผู้สูงอายุไทย.
วารสารวิชาการศิลปะประยุกต์. 2562;
12(1): 36-45.
16. รัตนากาญจน์ เจริญศรีรุ่งเรือง.
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลพลัง
ด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ
ในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์
[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร
มหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัย
นเรศวร; 2563.
17. ศิริพร งามขำ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง,
มธุรส ทิพย์มงคลกุล, จารุวรรณ หมั่นมี.
การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ
เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร.
วารสารเกื้อการุณย์. 2561;
25(2): 91-104.
18. พฤกษา มะหลัด, วรกร วิจัยโย,
ธันวา ใจเที่ยง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง
จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิชาการ
สาธารณสุขชุมชน. 2566; 9(3): 147-156.