

การศึกษาแนวทางการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ ในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ กรณีศึกษาจังหวัดอ่างทอง

นันทพรชาญ นันทวิวัฒน์กุล¹

สิทธิอาพร เขยนาค²

แสงอรุณ มีคติธรรม³

รุจิกาญจน์ สานนท์^{4*}

Received 6 June 2025

Revised 10 December 2025

Accepted 14 December 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ ศึกษาศักยภาพของผู้สูงอายุ ความต้องการในการส่งเสริมและพัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุ และแนวทางการส่งเสริมและพัฒนา ศักยภาพ ในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ในพื้นที่จังหวัดอ่างทอง เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง 400 คน และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 54 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ พรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่า ศักยภาพของผู้สูงอายุ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านความคิดและการจัดการ และด้านสุขภาพร่างกาย ส่วนใหญ่มีศักยภาพต่ำ ยกเว้น ด้านความรู้ ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พบว่า ความต้องการความช่วยเหลือในด้านทักษะอาชีพ 5 อันดับแรก ได้แก่ (1) ทักษะด้านการเกษตร (2) การประกอบอาหาร (3) การตัดเย็บ/งานประดิษฐ์ (4) งานช่างและ ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ และ (5) การนวดแผนไทยและยาสมุนไพร ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 พบว่า แนวทางการพัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุ แนวคิดหลักในการส่งเสริมและพัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุ สามารถใช้ การเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างความรู้และพัฒนาทักษะในด้านต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การส่งเสริมทักษะการใช้เทคโนโลยี และการสร้างเครือข่าย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งแนวทางเหล่านี้ มีความสอดคล้องกับโครงการต่างๆ ในการจัดสวัสดิการ สังคม ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 3

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การพัฒนา ศักยภาพ ความต้องการของผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการ

^{1,4} คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี เลขที่ 39 หมู่ 1 ถนนรังสิต-นครนายก ตำบลคลองหก อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12110

^{2,3} สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เลขที่ 1/2 หมู่ 2 ตำบลรังสิต อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

* Corresponding author email: rujikarn_s@rmutt.ac.th

STUDYING GUIDELINES FOR PROMOTING AND DEVELOPING POTENTIAL IN PROVIDING SOCIAL WELFARE FOR THE ELDERLY: A CASE STUDY OF ANG THONG PROVINCE

Natthaprat Nantiwatkun¹

Sittiarporn Chueynark²

Saengarun Meekatitum³

Rujikarn Sanont^{4*}

Abstract

This research aimed to study the potential of the elderly, the need to promote and develop their potential, and guidelines for promoting and developing potential in providing social welfare for the elderly in Ang Thong province. This was survey research using a mixed-methods approach, combining quantitative and qualitative methods. The sample group consisted of 455 people. Data analysis was conducted using descriptive statistics and content analysis. The results for objective 1 found that the potential of the elderly in economic, social, idea and management, and physical health aspects was low, except for knowledge. The results for objective 2 found that the top three needs for assistance were (1) agricultural skills, (2) cooking skills, and (3) sewing/handicrafts skills, while the fourth and fifth needs were (4) mechanical work and computer skills, and (5) Thai massage and herbal medicine. The results for objective 3 found that the main guideline for developing the potential of the elderly was to use lifelong learning as an important tool to enhance knowledge and develop skills in various areas, including promoting health, encouraging participation of the elderly in society, promoting skills in using technology, and creating a health care network for the elderly in the community. These guidelines are consistent with various social welfare programs and the Third National Plan for Older Persons.

Keywords: Elderly, Potential Development, Needs of the Elderly, Providing Social Welfare

^{1, 4} Faculty of Business Administration, Rajamangala University of Technology Thanyaburi, 39 Moo 1, Rangsit-Nakhon Nayok Road, Khlong Hok, Khlong Luang, Pathum Thani 12120, Thailand

^{2, 3} Technical and support office 1, Ministry of Social Development and Human Security, 1/2 Moo 2, Rangsit Subdistrict, Thanyaburi District, Pathum Thani 12110, Thailand

*Corresponding author email: rujikarn_s@rmutt.ac.th

บทนำ

ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ โดยในเดือนเมษายน ปีพ.ศ.2568 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุจำนวน 13,916,339 คน คิดเป็นร้อยละ 21.44 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Ageing Society) การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2550-2566 ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสุขภาพกายและสุขภาพจิตกว่าร้อยละ 60 ส่วนที่เหลือมุ่งเน้นการวิจัยในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเรียนรู้ และบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้แนวคิดวุฒิพลัง (Active Ageing) เป็นหลักในการศึกษาร่วมกับแนวคิดศักยภาพ (Ageing Productivity) ซึ่งทั้งสองแนวคิดนี้มีความเกี่ยวข้องกัน วุฒิพลัง เป็นแนวคิดที่อธิบายถึงสถานภาพการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมองว่าผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนในด้านความรู้ ทักษะ และทรัพยากรที่จำเป็นในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การใช้ชีวิตในสังคม และการมีส่วนร่วมทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างมีความหมาย การเสริมสร้างวุฒิพลังจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่นและสามารถปรับตัวได้ดีกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (ระวี สัจจโสภณ, 2556) ส่วนแนวคิดศักยภาพผู้สูงอายุ (Ageing productivity) เป็นแนวคิดอธิบายถึง คุณค่าและความสามารถของผู้สูงอายุในการสร้างประโยชน์ให้กับสังคมและเศรษฐกิจ (อาชัญญา รัตนอุบล, 2562)

จังหวัดอ่างทองเป็นหนึ่งในจังหวัดที่กำลังเผชิญกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดประมาณร้อยละ 23.81 ของประชากรทั้งหมด และมีจำนวนผู้สูงอายุอยู่ในกลุ่ม 10 จังหวัดที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงที่สุด โดยจังหวัดอ่างทองอยู่ในอันดับที่ 8 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) ปัญหาโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มักเผชิญกับโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อม เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามในจังหวัดอ่างทองนั้น ยังพบปัญหาทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุซึ่งเป็นประเด็นที่น่ากังวลเนื่องจาก ผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทองร้อยละ 45 ไม่มีรายได้เพียงพอสำหรับการดำรงชีวิต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อภาวะโภชนาการและการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ และอาจทำให้เกิดความเครียดหรือความกังวล ส่งผลต่อความเจ็บป่วยทางร่างกาย เป็นวังวนของปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุไม่มีรายได้เพียงพอ ทำให้ต้องพึ่งพาบุตรหลานหรือสวัสดิการจากรัฐบาล ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาแนวทางการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ โดยเริ่มต้นจากการศึกษาศักยภาพที่มีอยู่ของผู้สูงอายุ และศึกษาต้องการในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้แนวทางการส่งเสริมและพัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดอ่างทอง นำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุ เป็นบุคคลผู้มีศักยภาพและมีสถานภาพในสังคม สามารถเป็นส่วนหนึ่งขับเคลื่อน สังคมไทยให้เป็นสังคม ผู้สูงอายุที่มีความยั่งยืนได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาศักยภาพด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านความคิดและการจัดการ ด้านความรู้ และด้านสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดอ่างทอง
2. เพื่อศึกษาความต้องการในการส่งเสริมและพัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดอ่างทอง
3. เพื่อหาแนวทางการส่งเสริมและพัฒนา ศักยภาพ ในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดอ่างทอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ศักยภาพผู้สูงอายุที่มีองค์ประกอบ 5 มิติ ได้แก่ เศรษฐกิจ สังคม ความคิดการบริหารจัดการ ความรู้ และสุขภาพกายและจิตใจ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2580) และแผนยุทธศาสตร์ชาติ

20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561; กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) โดยมีทิศทางเศรษฐกิจจะวิเคราะห์ความสามารถในการดำรงชีวิตและสร้างรายได้ มิติทางสังคมจะเน้นบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มิติความคิดการบริหารจัดการจะพิจารณาทักษะในการจัดการเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน มิติความรู้จะศึกษาความสามารถในการเรียนรู้และปรับตัวกับข้อมูลใหม่ ๆ ส่วนมิติสุขภาพกายและจิตใจจะวิเคราะห์ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่ร่างกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ทั้งการเสื่อมสภาพของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อ กระดูก ระบบประสาทและสมอง ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และความรู้สึก เช่น ความเหงา ความวิตกกังวล และการลดลงของความจำ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เช่น การเกษียณอายุ และการสูญเสียคู่สมรส ซึ่งอาจกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าและการมีส่วนร่วมทางสังคม รวมถึงด้านเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุจำนวนมากมีรายได้ลดลงหลังเกษียณและค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ต้องพึ่งพาการสนับสนุนจากครอบครัวหรือบำนาญ นอกจากนี้ยังมีมิติการเรียนรู้ที่อาจช้าลง และมีด้านเทคโนโลยีที่สามารถเข้ามาช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต เช่น การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือและแอปพลิเคชันสุขภาพ (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, 2558; กรมกิจการผู้สูงอายุ, ม.ป.ป.)

ในการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุการวิจัยอยู่บนหลักแนวคิดให้ผู้สูงอายุยังคงสามารถดำรงชีวิตที่มีคุณค่า มีสุขภาวะ และมีส่วนร่วมในสังคม โดยศักยภาพนี้แบ่งออกเป็นหลายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นการดูแลทั้งกายและใจ ด้านการประกอบอาชีพที่ผู้สูงอายุยังสามารถสร้างรายได้จากประสบการณ์ ด้านการเรียนรู้ที่ช่วยกระตุ้นสมองและเสริมสร้างความมั่นใจ ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนที่สร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และด้านเทคโนโลยีที่ช่วยให้เข้าถึงข้อมูลและบริการได้สะดวกขึ้น (Gorman, 2002; Walker, 2005; Hoff, 2011; อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์ และคณะ, 2564; ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข และคณะ, 2558; อรรถพร นิยมเดชา และสุเมษย์ หนกหลัง, 2566; พนม คลีฉายา, 2563) การพัฒนาศักยภาพเหล่านี้ไม่เพียงช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ยังช่วยสร้างความมั่นคงของชุมชนและสังคมโดยรวมอีกด้วย

ในการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุโดยภาครัฐ คือ การจัดสวัสดิการสังคมเชิงรุกที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสังคม การวิจัยในต่างประเทศ การจัดสวัสดิการที่ผนวกการส่งเสริมศักยภาพด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจเข้าด้วยกัน ส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยยะสำคัญ เช่น นโยบาย Long-Term Care Insurance (LTCI) ของญี่ปุ่น ไม่เพียงเป็นกลไกคุ้มครองทางการเงิน แต่ยังส่งเสริมการอยู่บ้านอย่างมีคุณค่า (ageing in place) ผ่านระบบการดูแลบูรณาการระดับชุมชนที่เน้นการฟื้นฟูและการมีส่วนร่วมทางสังคม (Saito et al., 2019) ขณะที่ โครงการ Age-friendly Communities ขององค์การอนามัยโลก (WHO) เน้นการปรับสภาพแวดล้อมและระบบบริการสังคมให้เอื้อต่อการมีส่วนร่วมและความเป็อิสระของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการลดความโดดเดี่ยวและเพิ่มโอกาสในการพัฒนาตนเอง (World Health Organization, 2017a)

ส่วนการส่งเสริมศักยภาพทางเศรษฐกิจ โครงการ Silver Human Resource Centers ของญี่ปุ่นพบว่า การจัดสวัสดิการรูปแบบการมีงานทำยืดหยุ่นสำหรับผู้สูงอายุ ช่วยให้พวกเขาสามารถนำความรู้และทักษะที่สั่งสมมาใช้ในการสร้างรายได้และมีส่วนร่วมในเศรษฐกิจท้องถิ่น (Ogawa, 2018) ส่วนโครงการ University of the Third Age (U3A) ในหลายประเทศยุโรป เป็นตัวอย่างของสวัสดิการเชิงการศึกษาที่ไม่เพียงให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สิ่งใหม่ แต่ยังเสริมสร้างความมั่นใจในตนเองและการมีคุณค่าในสังคม (Formosa, 2019)

สำหรับประเทศไทย การวิจัยโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า เป็นกลไกสวัสดิการชุมชนที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้ เสริมสร้างสุขภาพจิต และสร้างทุนทางสังคมในระดับพื้นที่ ถือเป็นการขับเคลื่อนเชิงสวัสดิการที่สอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมศักยภาพ (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2566) ดังนั้น ด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในช่วงระหว่างปี 2015 ถึง 2025 เริ่มเปลี่ยนแปลงจากสวัสดิการเชิงการยังชีพไปสู่สวัสดิการเชิงเสริมพลัง (empowerment-oriented welfare) เน้นการสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีรายได้เสริม สามารถเรียนรู้และมีส่วนร่วมในสังคม รวมถึงการเข้าถึงเทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างอิสระ ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน

ระเบียบวิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบผสมผสาน ในการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อเป็นการสำรวจศักยภาพของผู้สูงอายุ โดยสรุปเป็นสถิติและตัวเลข ส่วนระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ นำไปใช้ในการเก็บข้อมูลที่มีความซับซ้อน หลากหลายมิติและมุมมองจากผู้สูงอายุในพื้นที่และผู้เชี่ยวชาญในด้านการพัฒนาศักยภาพ พื้นที่วิจัย คือ จังหวัดอ่างทอง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดอ่างทอง จำนวน 64,938 คน (ข้อมูล ณ เดือนเมษายน 2565, ที่มา : รายงานสถานการณ์ทางสังคม ปี พ.ศ. 2565 จังหวัดอ่างทอง) โดยจะทำการสุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน จากการคำนวณจากสูตรของ Taro Yamane's (Yamane, 1973)

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรที่ใช้ในการศึกษา

e = ความคลาดเคลื่อนในการประมาณขนาดตัวอย่างกำหนดให้ = 0.05

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } n &= \frac{68,262}{1+68,262 (0.05)^2} \\ &= 397.67 \end{aligned}$$

จากนั้นสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิและหาสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจาก 7 อำเภอ เมื่อได้จำนวนของกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงนำมาทำการสุ่มอย่างง่ายจนครบตามจำนวน โดยผู้วิจัยเพิ่มจำนวนให้เป็น 400 คน

ตารางที่ 1 การสุ่มตัวอย่าง

อำเภอ	จำนวนประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
เมือง	12,582	74
วิเศษชัยชาญ	17,085	100
โพธิ์ทอง	13,843	81
ป่าโมก	6,912	41
ไชโย	5,409	32
แสวงหา	7,952	46
สามโก้	4,479	26
รวม	68,262	400

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงจาก 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคือ ผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน โดยมีร่วมกันสนทนา แลกเปลี่ยน เพื่อให้ได้ข้อมูลความต้องการในการส่งเสริมและพัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุ กลุ่มที่สองจำนวน 9 คน คือ นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 3 คน ผู้ที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ตัวแทนจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอ่างทอง 6 คน แบ่งเป็นระดับผู้บริหาร 3 คน เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ 3 คน รวมจำนวนทั้งหมด 54 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ใช้มาตรวัด Rating Scale โดยให้คะแนนเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบก่อนเก็บข้อมูลจริง (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่จะศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งไม่ใช่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาหาค่า Cronbach's Coefficient Alpha ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพคือ แบบสอบถามสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลความต้องการของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง

การวิเคราะห์เชิงปริมาณด้วยค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ ดีความ สังเคราะห์ข้อมูล แล้วนำมาเขียนบรรยายเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจังหวัดอ่างทอง จำนวน 400 คน จากทุกอำเภอ เพศหญิงมีสัดส่วนมากกว่าเพศชาย (หญิง ร้อยละ 63.25 ชาย ร้อยละ 36 และเพศอื่น ร้อยละ 0.25) สะท้อนโครงสร้างเพศของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ผู้หญิงมีอายุยืนยาวกว่าเพศชาย ด้านอายุ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 76.25) รองลงมาคือ 70-79 ปี (ร้อยละ 21.25) และ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 2.50) โดยอายุเฉลี่ยทั้งกลุ่มเท่ากับ 66.6 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุต้น ที่ยังมีศักยภาพในการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาได้ดี

ด้านทุนมนุษย์และลักษณะครัวเรือน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบประถมศึกษา (ร้อยละ 59.75) รองลงมาคือมัธยมต้น (ร้อยละ 16.75) และมัธยมปลาย/ปวช. (ร้อยละ 12) ขณะที่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีสัดส่วนรวมไม่ถึงร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง สะท้อนข้อจำกัดเชิงการศึกษาในรุ่นวัยแรงงานเดิมที่ต่อเนื่องมาสู่วัยสูงอายุ สถานภาพสมรสพบว่ากว่าครึ่ง สมรส (ร้อยละ 52.75) รองลงมาคือ หม้าย (ร้อยละ 23) และ โสด (ร้อยละ 13) ซึ่งมีนัยต่อรูปแบบการพึ่งพิงและเครือข่ายดูแลระยะยาวในครัวเรือน ในด้านที่อยู่อาศัย เกือบทั้งหมดอาศัยในบ้านของตนเอง (ร้อยละ 87.75) และขนาดครัวเรือนพบว่าระดับ 1-3 คน พบมากที่สุด (ร้อยละ 49) สะท้อนรูปแบบครัวเรือนเดี่ยว/ครอบครัวขนาดเล็กที่เด่นชัดในพื้นที่

ด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีอาชีพหลักเกษียณ โดยอาชีพปัจจุบันที่พบสูงสุดคือ รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 29.37) และ เกษตรกรรม (ร้อยละ 28.35) ขณะที่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1,001-5,000 บาท (ร้อยละ 45.5) และ 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 25.75) ซึ่งชี้ข้อจำกัดรายได้และความจำเป็นในการพึ่งพาเบี้ยยังชีพ/รายได้เสริม ด้านหลักประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่ใช้บัตรทอง เป็นสิทธิหลัก (เช่น วิเศษชัยชาญ ร้อยละ 81, แสวงหา ร้อยละ 95.66, เมือง ร้อยละ 73) สะท้อนบทบาทระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการคุ้มครองค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในพื้นที่ สำหรับภาวะสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 69) แต่ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 31) โรคที่พบบ่อยคือ

ความดันโลหิตสูง/ต่ำ (ร้อยละ 41.68) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 20.64) และเบาหวาน (ร้อยละ 18.83) ขณะที่ด้านความพิการพบเพียงร้อยละ 4 ของกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นความพิการทางการเคลื่อนไหว/ร่างกายมากที่สุด (ร้อยละ 68.75 ของผู้พิการทั้งหมด)

ผลการศึกษาศักยภาพ ความต้องการพัฒนา และแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผลการศึกษาศักยภาพผู้สูงอายุ

ในส่วนผลการวิเคราะห์ศักยภาพผู้สูงอายุ พบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุมีศักยภาพที่ในระดับปานกลาง แต่มีความแตกต่างกันใน 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านเศรษฐกิจ สังคม การจัดการ ความรู้ และสุขภาพกายและจิตใจ ด้านเศรษฐกิจและสุขภาพกายจิตใจที่ยังถือว่าเป็นจุดอ่อนและควรได้รับการส่งเสริมเป็นพิเศษ กล่าวคือ ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 75.0 มีศักยภาพอยู่ในระดับน้อย ขณะที่มียังร้อยละ 10.0 เท่านั้นที่อยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยศักยภาพเพียง 2.8 คะแนน (SD = 0.7) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง สะท้อนถึงปัญหารายได้หลังเกษียณที่ไม่เพียงพอ ประกอบกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากยังต้องพึ่งพารายได้จากครอบครัวหรือสวัสดิการภาครัฐ ด้านสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 61.3 มีศักยภาพระดับน้อย แต่ก็มีสัดส่วนที่อยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 18.8 ซึ่งถือว่าสูงกว่ามิติอื่น ๆ และมีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ 3.6 (SD = 0.6) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทสำคัญในครอบครัวและชุมชน สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ซึ่งช่วยเสริมสร้างทุนทางสังคมให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง ด้านการจัดการ ผู้สูงอายุถึงร้อยละ 75.8 อยู่ในระดับน้อย มีเพียงร้อยละ 8.5 ที่อยู่ในระดับมาก โดยค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.4 (SD = 0.5) สะท้อนถึงความสามารถในการจัดการชีวิตประจำวัน เช่น การจัดการรายได้ การวางแผนค่าใช้จ่าย และการดูแลบ้านเรือน แม้ว่าบางส่วนอาจมีข้อจำกัดจากภาวะสุขภาพที่ถดถอยก็ตาม ด้านความรู้ มีแนวโน้มที่ดีกว่า โดยเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุหรือร้อยละ 48.5 อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.5 (SD = 0.6) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และถ่ายทอดความรู้ไปสู่คนรุ่นใหม่ได้ ซึ่งถือเป็นจุดแข็งที่สามารถต่อยอดสู่กิจกรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการพัฒนาทักษะที่หลากหลาย และ ด้านสุขภาพกายและจิตใจ ผู้สูงอายุถึงร้อยละ 78.0 อยู่ในระดับน้อย ขณะที่มียังร้อยละ 5.0 อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.9 (SD = 0.8) จัดอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง สะท้อนถึงปัญหาที่ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องเผชิญ ทั้งโรคประจำตัว ความเสื่อมถอยทางร่างกาย รวมถึงปัญหาทางอารมณ์ เช่น ความเหงาและความวิตกกังวล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้การพึ่งพาตนเองลดลง และเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการมีระบบดูแลสุขภาพที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ดังนั้น เมื่อพิจารณาศักยภาพของผู้สูงอายุรวมทั้ง 5 ด้าน ผู้สูงอายุร้อยละ 55.8 มีศักยภาพอยู่ในระดับน้อย มีเพียงร้อยละ 9.0 ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีศักยภาพอยู่ในระดับมาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุจำนวนมากยังต้องการการสนับสนุนและสวัสดิการที่ช่วยเพิ่มความมั่นคงทางเศรษฐกิจและการดูแลสุขภาพ และควรต่อยอดศักยภาพด้านสังคมและความรู้ เพื่อเสริมพลัง (Empowerment) ให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและเป็นที่พึ่งสำคัญของสังคม

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยศักยภาพผู้สูงอายุจังหวัดอ่างทอง (จำแนกตามมิติ)

มิติ	ร้อยละระดับศักยภาพ						ค่าเฉลี่ย	S.D.
	มาก	ร้อยละ	ปานกลาง	ร้อยละ	น้อย	ร้อยละ		
เศรษฐกิจ	40	10.00	60	15.00	300	75.00	2.8	0.7
สังคม	75	18.75	80	20.00	245	61.25	3.6	0.6

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยศักยภาพผู้สูงอายุจังหวัดอ่างทอง (จำแนกตามมิติ) (ต่อ)

มิติ	ร้อยละระดับศักยภาพ						ค่าเฉลี่ย	S.D.
	มาก	ร้อยละ	ปานกลาง	ร้อยละ	น้อย	ร้อยละ		
การจัดการ	34	8.50	63	15.75	303	75.75	3.4	0.5
ความรู้	194	48.50	63	15.75	143	35.75	3.5	0.6
สุขภาพกายและจิตใจ	20	5.00	68	17.00	312	78.00	2.9	0.8
ภาพรวม	36	9.00	141	35.25	223	55.75		

ประเด็นต่อมา การศึกษาความต้องการในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง (ในมิติการจัดสวัสดิการสังคม) ผลวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างชัดเจน โดยอำเภอวิเศษชัยชาญและแสวงหาที่มีสัดส่วนผู้ต้องการสูงสุด (ประมาณร้อยละ 28.50 และร้อยละ 23.83 ของกลุ่มที่แสดงความประสงค์ตามลำดับ) สะท้อนความต้องการเชิงพื้นที่ที่เข้มข้นในอำเภอชนบทกิ่งเมืองบางแห่ง อีกทั้งรูปแบบกิจกรรมที่ต้องการเข้าร่วม สูงคือการเรียนรู้แบบห้องเรียน (Classroom) โดยเฉพาะที่โพธิ์ทอง และเมือง (ร้อยละ 23.58 และ 18.34 ของผู้ที่เลือกช่องทางนี้) ขณะที่การเรียนออนไลน์เป็นทางเลือกที่ได้รับความนิยมต่ำสุดในทุกอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างอายุและระดับทักษะดิจิทัลของกลุ่มตัวอย่าง (เช่น อำเภอโพธิ์ทองร้อยละ 31.58 และเมืองร้อยละ 26.32 ของผู้ที่เลือกออนไลน์) ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นการจัดสวัสดิการเชิงการเรียนรู้ควรรีบบนฐานกิจกรรมพบหน้า/กลุ่มย่อยในชุมชน มากกว่าพึ่งพาช่องทางดิจิทัลเพียงอย่างเดียว

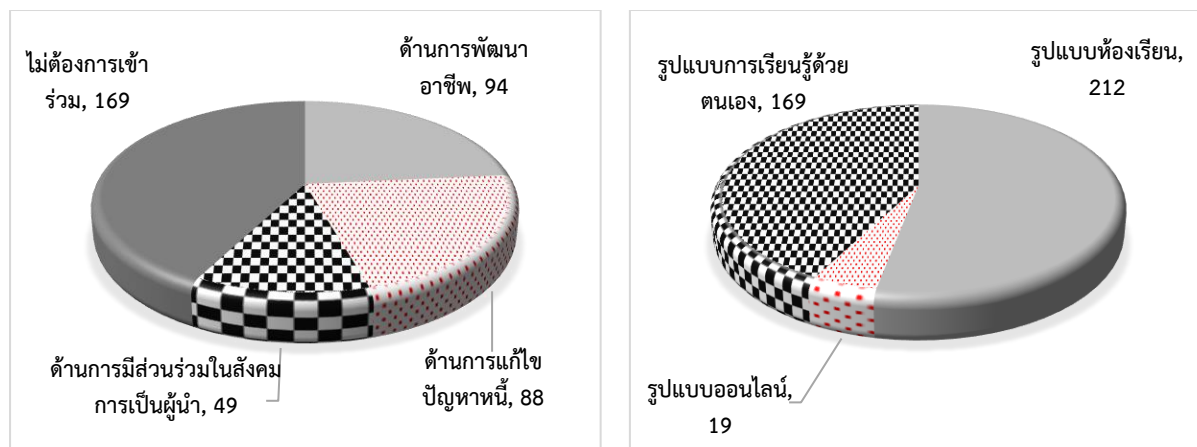
เมื่อแจกแจงประเภทความต้องการ พบความต้องการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและการยังชีพเป็นอันดับต้น ๆ โดยเฉพาะการเกษตร ซึ่งมีสัดส่วนสูงสุดในหลายอำเภอ (เช่น แสวงหาประมาณร้อยละ 39.40 ของผู้ที่ร้องขอความช่วยเหลือด้านนี้ และวิเศษชัยชาญกับโพธิ์ทองอยู่ในระดับราวร้อยละ 35-33) สะท้อนการพึ่งพาอาชีพภาคเกษตรของผู้สูงอายุจำนวนมากและช่องว่างด้านปัจจัยการผลิตที่จัดการ การขุดดินทำนา กลุ่มความต้องการส่งเสริมศักยภาพ มุ่งไปที่การเรียนรู้เชิงอาชีพและทักษะการจัดการชีวิตประจำวัน รวมถึงกิจกรรมเสริมสุขภาพ โดยภาพรวมให้ความสำคัญของการเสริมพลัง (Empowerment) มากกว่าสวัสดิการแบบยังชีพเพียงอย่างเดียว

ในเชิงออกแบบสวัสดิการ ผลวิจัยจากการวิจัยเชิงคุณภาพเสนอให้โครงการต้องจับคู่ รูปแบบกับระดับศักยภาพและความพร้อมทางดิจิทัลของผู้สูงอายุ เช่น โมดูลเรียนรู้ตลอดชีวิตและอาชีพเสริมที่จัดแบบพบหน้าในชุมชน (ศูนย์เรียนรู้/ชมรม) ควบคู่ค่อย ๆ เสริมทักษะดิจิทัล (แนวคิด บวร) เพื่อขยายช่องทางการเข้าถึงในอนาคต และให้ใช้แนวทางแบ่งกลุ่มตามระดับความพร้อม เพื่อปรับความเข้มข้นการช่วยเหลือ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคม จุดเน้นคืออุปกรณ์/ทุนตั้งต้นด้านอาชีพ การฟื้นฟูสุขภาพเชิงรุก และเวทีถ่ายทอดภูมิปัญญาสู่คนรุ่นใหม่ ซึ่งทั้งหมดสอดคล้องกับหลักฐานเชิงสถิติของงาน ว่าการสนับสนุนด้านอาชีพและสุขภาพสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และการมีส่วนร่วมทางสังคมการเรียนรู้ตลอดชีวิตช่วยยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุในภาพรวม

2. ผลการศึกษาความต้องการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ

จากภาพที่ 1 พบว่า พบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับประเด็นด้านเศรษฐกิจและการพึ่งพาตนเองเป็นหลัก โดยความต้องการสูงสุดคือ การพัฒนาอาชีพ จำนวน 94 คน รองลงมาคือ การแก้ไขปัญหาหนี้ จำนวน 88 คน ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาความมั่นคงทางการเงินและรายได้หลังเกษียณที่ยังเป็นความท้าทายสำคัญ ขณะที่ด้านการมีส่วนร่วมในสังคมและการเป็นผู้นำ มีจำนวนผู้ตอบ 49 คน โดลเลือกรูปแบบห้องเรียนมากที่สุด จำนวน 212 คน สะท้อนว่าผู้สูงอายุยังคงให้ความสำคัญกับการเรียนรู้แบบพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยน

ประสบการณ์โดยตรงกับผู้อื่น เลือกรูปแบบออนไลน์ ได้รับความนิยมน้อยที่สุดเพียง 19 คน ซึ่งสะท้อนข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัลและการเข้าถึงเทคโนโลยีของผู้สูงอายุในพื้นที่ ส่วนผู้ที่เลือกเรียนรู้ด้วยตนเองคือกลุ่มคนที่ไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาศักยภาพ



ภาพที่ 1 ความต้องการรายด้านและรูปแบบการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาความต้องการแตกต่างกันไปตามพื้นที่ อำเภอวิเศษชัยชาญมีจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการน้อย สูงที่สุด จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 26.18 ของกลุ่มนี้ รองลงมาคือป่าโมกและโพธิ์ทอง ขณะที่อำเภอเมืองและแสวงหามีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องการมากเด่นชัดกว่าพื้นที่อื่น

3. ผลการศึกษาแนวทางการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ โดยสรุปจากการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า

แนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพที่ดี การศึกษา และการทำงานที่เหมาะสมกับวัย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ มีแนวคิดหลักคือ การทำให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในสังคมอย่างมีคุณค่า โดยใช้ประสบการณ์และทักษะของตนเองในการพัฒนาและช่วยเหลือชุมชน มีแนวทางต่าง ๆ ดังนี้

3.1 การพัฒนาความรู้และทักษะให้กับผู้สูงอายุ โดยใช้การเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างความรู้และพัฒนาศักยภาพในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เช่น ทักษะการใช้เทคโนโลยี การดูแลสุขภาพ และการพัฒนาความรู้ทางกฎหมายและสังคมกลไกขับเคลื่อน ดำเนินการโดยหน่วยงานท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ร่วมกับโรงเรียนหรือสถาบันการศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน พร้อมทั้งสนับสนุนโดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

3.2 การส่งเสริมสุขภาพกายและใจของผู้สูงอายุ โดยการใช้การออกกำลังกายเป็นเครื่องมือสำคัญในการลดความเสี่ยงของโรคต่างๆ และเพิ่มคุณภาพชีวิต กลไกขับเคลื่อน ดำเนินการโดยองค์กรท้องถิ่น ร่วมกับสถานพยาบาลและหน่วยงานสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนจากภาคเอกชนและสื่อมวลชนในการประชาสัมพันธ์และสร้างความตระหนักรู้

3.3 การเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าและความสุขในชีวิตกลไกขับเคลื่อน ดำเนินการโดยหน่วยงานท้องถิ่นและองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร รวมถึงการร่วมมือจากประชาชนในชุมชนที่ให้การสนับสนุนและร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ

3.4 การพัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยีของผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มความสามารถในการสื่อสารและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในยุคดิจิทัล กลไกขับเคลื่อน ดำเนินการโดยกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่นและเอกชน เช่น ผู้ให้บริการเครือข่ายโทรศัพท์มือถือหรือผู้พัฒนาแอปพลิเคชัน

3.5 การสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวกและทั่วถึง กลไกขับเคลื่อน ดำเนินการโดยหน่วยงานสาธารณสุขท้องถิ่น ร่วมกับองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรและอาสาสมัครในชุมชน รวมถึงการสนับสนุนจากภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง

กล่าวโดยสรุป แนวทางต่างๆ เหล่านี้มีความสอดคล้องกับโครงการต่างๆ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2580) และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ประกอบด้วย (1) โครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ (2) โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านการออกกำลังกาย (3) โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมสังคม (4) โครงการส่งเสริมทักษะการใช้เทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ และ (5) โครงการสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการศึกษาศักยภาพผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีศักยภาพโดยรวม 5 ด้านโน้มเอียงไปทางระดับน้อย (ร้อยละ 55.78 อยู่ระดับน้อย ระดับมากเพียงร้อยละ 9.0) และอ่อนที่สุดในมิติเศรษฐกิจ (ร้อยละ 75.00 อยู่ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.8, SD=0.7) และสุขภาพกายจิต (ร้อยละ 78.00 อยู่ระดับน้อย; ค่าเฉลี่ย 2.9, SD=0.8) ขณะที่มิติความรู้/การเรียนรู้ เป็นจุดแข็งเด่น (ร้อยละ 48.50 อยู่ระดับมาก; ค่าเฉลี่ย 3.5, SD=0.6) และสังคม แม้ค่าเฉลี่ยสูงสุด (3.6) แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังจัดอยู่ระดับน้อย (ร้อยละ 61.3) สะท้อนทุนสังคมที่มีศักยภาพซ่อนเร้น ซึ่งยังไม่ถูกใช้เต็มที่ จึงแสดงให้เห็นถึง ความจำเป็นในการพัฒนาและสนับสนุนด้านต่างๆ อย่างครอบคลุม ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่ามีศักยภาพน้อย ซึ่งหมายถึงความสามารถในการหารายได้และบริหารจัดการทางการเงินของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ยังอยู่ในระดับที่ต้องการการส่งเสริมเพิ่มเติม

เมื่อเทียบกับโครงสร้างประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยสูงอายุต้น (อายุเฉลี่ย 66.6 ปี; กลุ่ม 60-69 ปี ร้อยละ 76.25) และมีทุนพื้นฐานด้านครัวเรือน/ที่อยู่อาศัยค่อนข้างมั่นคง (ถือครองบ้าน ที่ดินของตนเอง ร้อยละ 87.75; ครัวเรือนขนาด 1-3 คนมากที่สุดร้อยละ 49) ช่องว่างใหญ่จึงอยู่ที่รายได้หลังเกษียณและภาวะสุขภาพ โรคเรื้อรัง มากกว่าความสามารถจัดการชีวิตหรือการเรียนรู้ใหม่ ๆ

เชิงตีความเชื่อมโยงทฤษฎีเศรษฐศาสตร์รายได้ตลอดชีพ (Ando & Modigliani, 1963) และพฤติกรรมการบริโภค/ความเคยชิน (Dusenberry) พบว่าความพอเพียงของรายได้หลังเกษียณเป็นตัวกำหนดหลักของสวัสดิการองค์รวม ผลของอ่างทองที่รายได้ส่วนใหญ่กระจุกในช่วง 1,001–5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 45.5) และ 5,001–10,000 บาท (ร้อยละ 25.75) สอดคล้องกับข้อค้นพบด้านเศรษฐกิจระดับน้อย และความจำเป็นต้องมีเครื่องมือเสริมรายได้/หนี้ครัวเรือนควบคู่ (แหล่งรายได้อันดับหนึ่งยังมาจากทำงานเอง; เบี้ยยังชีพเป็นรายได้อันดับ 2-3 สำคัญ)

ด้านสุขภาพ ผลต่ำและปานกลาง สอดคล้องกรอบสุขภาพองค์รวม (Holistic Health) ที่ชี้ความเชื่อมโยงกายใจ สังคม กลุ่มมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 31 โดยความดันโลหิตสูง/ต่ำมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.68 ตามด้วยไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 20.64 และเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 18.83 เงื่อนไขเรื้อรังที่บั่นทอนความสามารถทำกิจวัตรและการทำงานต่อเนื่อง

เมื่อเทียบกับหลักฐานสากล แนวทาง WHO-ICOPE เน้นคัดกรองและจัดแผนรายบุคคลเพื่อคง “intrinsic capacity” ต้นน้ำ และเครือข่ายเมือง/ชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุของ WHO เน้นสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการมีส่วนร่วม ทั้งสองเสริมข้อค้นพบของอ่างทองว่าควรบูรณาการสุขภาพ สังคมในระดับชุมชนเพื่อส่งเสริมทุนทางสังคมและลดภาระโรงพยาบาล (World Health Organization, 2017a; 2017b)

ที่น่าสังเกตคือ ศักยภาพความรู้/การเรียนรู้ ที่โดดเด่น สอดคล้องทฤษฎีการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning) และหลักฐานเชิงทดลองหลายประเทศ เช่น เครือข่าย World-Wide FINGERS ที่ยืนยันว่าการแทรกแซงหลายมิติ (โภชนาการ-กายภาพ-การฝึกคิด-ควบคุมเสียง) ช่วยคงสมรรถนะรู้คิดและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (Kivipelto et al., 2018) และโครงการ CAPABLE (พยาบาล+กิจกรรมบำบัด+ปรับสภาพบ้าน) ที่ลดความพิการใน ADLs/IADLs และค้ำค่าเชิงต้นทุน (Szanton et al., 2021) ชี้ทิศทางว่าการลงทุนในการเรียนรู้ทักษะชีวิตที่บ้าน ให้ผลสัมฤทธิ์สูงและขยายได้ในระดับชุมชนไทย

ขณะเดียวกัน มิติสังคม ของช่องทางที่ยังมีสัดส่วนระดับน้อยจำนวนมาก สอดรับทฤษฎีการมีส่วนร่วมทางสังคม (Social Participation) ว่าโครงสร้างกิจกรรม/บทบาทที่มีความหมายช่วยลดโดดเดี่ยวและเสริมความเป็นส่วนหนึ่ง เชื่อมโยงโดยตรงกับคุณภาพชีวิต (Arnstein, 1969; Cohen & Uphoff, 1977) เมื่อเทียบมาตรการสวัสดิการเชิงเสริมพลังต่างประเทศ เช่น ระบบ LTCI และชุมชนการดูแลแบบบูรณาการ ญี่ปุ่นที่ตั้งเป้าให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านอย่างมีคุณค่า (ageing in place) และรูปแบบงานยืดหยุ่นผ่าน Silver Human Resource Centers การออกแบบไทยระดับจังหวัดย่อมเรียนรู้ได้: ผสานสิทธิ/บริการดูแลระยะยาวกับแพลตฟอร์มงานยืดหยุ่นและห้องเรียนผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นทุนความรู้ สังคมให้เป็นรายได้และบทบาทสาธารณะ (Yamada & Arai, 2020; Song & Tang, 2019; Ogawa, 2018)

เชิงนโยบายสำหรับช่องทาง จากหลักฐานเชิงพื้นที่ของงานนี้ (รายได้ต่ำ โรคเรื้อรังสูง ความพร้อมเรียนรู้สูง นิยม ห้องเรียนพหุหน้า) ควรยกระดับจากสวัสดิการยังชีพสู่สวัสดิการเสริมพลัง 4 แกน (1) สุขภาพเชิงรุกแบบ ICOPE ใน อปท./รพ.สต. (คัดกรอง care plan ติดตามในบ้าน) เชื่อมปรับสภาพบ้านสไตล์ CAPABLE (2) รายได้ งานยืดหยุ่นตามศักยภาพ (กลุ่มเกษตร/ครัวเรือน/งานฝีมือ) พร้อมเครื่องมือการเงินจิวและคลินิกหนี้ (3) เมือง/ชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (สโมสร/ชมรม คมนาคม พื้นที่กิจกรรม) เพื่อยกระดับสังคม จากระดับน้อยสู่ปานกลาง/มาก; และ (4) ห้องเรียนผู้สูงอายุเชิงอาชีพ ดิจิทัล สุขภาวะที่ออกแบบเป็นโมดูลเจาะจงกลุ่ม (พหุหน้าเป็นฐาน ค่อยเสริมออนไลน์) สอดคล้องโครงสร้างอายุและทักษะดิจิทัลของพื้นที่ ทั้งหมดจะจับคู่ จุดอ่อน (เศรษฐกิจ สุขภาพ) กับจุดแข็ง (ความรู้ ทุนสังคม) ให้เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพชีวิตและการพึ่งตนระยะยาว

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการวิจัย สามารถเสนอแนวทางการใช้ประโยชน์ในระดับนโยบายและปฏิบัติได้ 3 ประการ

1. การยกระดับสวัสดิการเชิงเสริมพลังด้านเศรษฐกิจและสุขภาพแบบบูรณาการในชุมชน เนื่องจากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีศักยภาพด้านเศรษฐกิจและสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ การดำเนินนโยบายควรจัดตั้ง คลินิกอาชีพ หรือคลินิกหนี้ ควบคู่กับการฟื้นฟูสุขภาพในระดับชุมชนผ่านศูนย์การเรียนรู้และหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีรายได้เสริม ควบคุมโรคเรื้อรัง และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้อย่างรอบด้าน

2. การจัดทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุรายอำเภอและรายกลุ่ม เพื่อสะท้อนความแตกต่างของบริบทพื้นที่และระดับศักยภาพ โดยควรแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกตามระดับความพร้อม และออกแบบมาตรการช่วยเหลือที่เหมาะสม ตั้งแต่กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐานไปจนถึงการสนับสนุนทุนตั้งต้นอาชีพ ทั้งนี้ จะช่วยให้การจัดสวัสดิการตรงกับความต้องการและเกิดผลสัมฤทธิ์อย่างแท้จริง

3. การออกแบบห้องเรียนผู้สูงอายุแบบพหุหน้า ให้เป็นฐานการเรียนรู้สำคัญ และค่อย ๆ เสริมทักษะดิจิทัลเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่การเรียนรู้แบบผสมผสาน (on-site และ online) ในอนาคต เนื่องจากผู้สูงอายุยังนิยมการเรียนรู้ผ่านการพบปะแลกเปลี่ยน แต่ก็สามารถพัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยีให้สอดคล้องกับยุคดิจิทัลได้เช่นกัน

4. การศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของโครงการเสริมพลัง แบบบูรณาการ โดยออกแบบการติดตามผลอย่างน้อย 1-2 ปี เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนเต็มรูปแบบ (สุขภาพเชิงรุก ห้องเรียนอาชีพ คลินิกนี้ การปรับสภาพบ้าน และกิจกรรมชุมชน) กับกลุ่มที่ได้รับมาตรการปกติ พร้อมทั้งวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลเชิงเศรษฐศาสตร์ ผลลัพธ์เชิงประจักษ์นี้จะเป็นหลักฐานสำคัญในการผลักดันเชิงนโยบาย และขยายผลการพัฒนาไปสู่ระดับจังหวัดหรือภูมิภาคได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1 สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580).
https://www.dop.go.th/download/laws/th1653553501-843_0.pdf
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ 2565. อัมรินทร์คอร์ปอเรชั่น.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). ความหมายของผู้สูงอายุ. <https://www.dop.go.th/th/know/15/646>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). สถิติผู้สูงอายุ เมษายน 2568.
https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2569
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (ม.ป.ป.). มาตรการขับเคลื่อนสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน ๔ มิติ (เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สุขภาพ และสังคม). https://www.dop.go.th/download/implementation/th1623659654-1379_0.pdf
- ทงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข, ภาณุวัฒน์ เชิญเกียรติกุล และ ปณิศา วรรณพิรุณ. (2558). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ และอาชีพของผู้สูงอายุ: การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพลีพลัง. DSpace Repository.
<https://buuir.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/1541>
- พนม คล้ายยา. (2563). การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุและข้อเสนอเพื่อการเสริมสร้างภาวะพลีพลังของผู้สูงอายุไทย. Chulalongkorn University Intellectual Repository.
<https://cuir2.car.chula.ac.th/dspace/handle/123456789/81946>
- มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566). คู่มือรูปแบบการออกกำลังและสร้างผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.
<https://dol.thaihealth.or.th/Media/Pdfview/81d1ca01-01aa-ec11-80fa-00155db45613>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564, 4 สิงหาคม). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยชี้ตัวเลขเกิด-ตายต่ำวัยแรงงานลดลงแต่อัตราผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมาก. <https://thaitgri.org/?p=39784>
- ระวี สัจจโสภณ. (2556). แนวคิดทางการศึกษาเพื่อการพัฒนาภาวะพลีพลังในผู้สูงอายุ. วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม), 34(3), 471-490.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 – 2580 (ฉบับย่อ). <https://www.nesdc.go.th/download/03-ยุทธศาสตร์ชาติ-พ-ศ-2561-2580-ฉบับ/>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). รายงานผลการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2564 จังหวัดอ่างทอง. ผู้แต่ง.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. (2558). คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง).
<https://dmh.go.th/book/files/คู่มือความสุข%205%20มิติ%20สำหรับผู้สูงอายุ%20ฉบับปรับปรุง.pdf>

- อรรณพ นิยมเดชา และสุเมษย์ หนกหลัง. (2566). **แนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิจัยวิชาการ, 6(6), 115-130.** <https://doi.org/10.14456/jra.2023.133>
- อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, อติญาณ ศรีเกษตรริน, จินตนา ทองเพชร, วารุณี เกตุอินทร์, ญัฐพร อุทัยธรรม, สุปราณี หมู่คู่ และทิพวัลย์ มีทรัพย์. (2564). **การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในบริบทคลินิกหมอครอบครัว: กรณีศึกษาในจังหวัดเพชรบุรี. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ.** <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5371?locale-attribute=th>
- อาชญญา รัตนอุบล. (2562). **ข้อเสนอการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย, 11(1), 26-46.**
- Ando, A., & Modigliani, F. (1963). The “Life Cycle” Hypothesis of Saving: Aggregate Implications and Tests. **The American Economic Review, 53(1), 55–84.**
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. **Journal of the American Institute of Planners, 35(4), 216–224.** <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1977). **Rural development participation.** Cornell University Press.
- Formosa, M. (2019). Active ageing through lifelong learning: The University of the Third Age. In **The university of the third age and active ageing: European and Asian-Pacific perspectives** (pp. 3-18). Springer.
- Gorman, M. (2002). Global ageing—the non-governmental organization role in the developing world. **International Journal of Epidemiology, 31(4), 782-785.** <https://doi.org/10.1093/ije/31.4.782>
- Hoff, A. (2011). **Population Ageing in Central and Eastern Europe: Societal and Policy Implications.** Ashgate.
- Kivipelto, M., Mangialasche, F., Ngandu, T., & World-Wide FINGERS Network. (2018). World-Wide FINGERS will advance dementia prevention. **The Lancet Neurology, 17(1), 27.** [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(17\)30431-3](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(17)30431-3)
- Ogawa, N. (2018). Silver Human Resource Centers in Japan: Enhancing older persons’ participation in the labor market. **Journal of Population Ageing, 11(3), 245–260.** <https://doi.org/10.1007/s12062-017-9206-1>
- Saito, J., Haseda, M., Amemiya, A., Takagi, D., Kondo, K., & Kondo, N. (2019). Community-based care for healthy ageing: lessons from Japan. **Bulletin of the World Health Organization, 97(8), 570-574.** <https://doi.org/10.2471/blt.18.223057>
- Song, P., & Tang, W. (2019). The community-based integrated care system in Japan : Health care and nursing care challenges posed by super-aged society. **International Journal of Integrated Care, 13(3),** <https://doi.org/10.5582/bst.2019.01173>
- Szanton, S. L., Leff, B., Li, Q., Breyse, J., Spoelstra, S., Kell, J., Purvis, J., Xue, Q. L., Wilson, J., & Gitlin, L. N. (2021). CAPABLE program improves disability in multiple randomized trials. **Journal of the American Geriatrics Society, 69(12), 3631-3640.** <https://doi.org/10.1111/jgs.17383>

- Walker, A. (2005). **Understanding Quality of Life in Old Age**. Open University Press.
- World Health Organization. (2017a). **Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity**. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>
- World Health Organization. (2017b). **The Global Network for Age-friendly Cities and Communities**. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-18.4>
- Yamada, M., & Arai, H. (2020). Long-Term Care System in Japan. **Annals of Geriatric Medicine and Research**, 24(3), 174-180. <https://doi.org/10.4235/agmr.20.0037>
- Yamane, T. (1973). **Statistic: An Introductory Analysis** (3rd ed.). Harper and Row.