

การให้ความหมายของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ

โดยชุมชน: เทศบาลตำบลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง

จังหวัดแม่ฮ่องสอน*

**The community's meanings of the older people
who require assistance : Mae Sariang municipality,
Mae Sariang district, Mae Hong Son province**

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 41 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2561

Volume 41 No.3 (July-September) 2018

กัญนิษฐา มาเต็ม พย.ม.** ขนิษฐา นันทบุต Ph.D.***

Khannistha Mahem MNS.** Khanitta Nuntaboot Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแนววิพากษ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหมายของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือโดยชุมชน ตามบริบทสังคมวัฒนธรรมของเทศบาลตำบลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 84 คน ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ชุมชน ซึ่งประกอบด้วยผู้สูงอายุ ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว อาสาสมัคร แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่รัฐ ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุที่ต้องการช่วยเหลือ ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มต้องพึ่งพา 2) กลุ่มยากจน 3) กลุ่มใช้ชีวิตเพียงลำพัง และ 4) กลุ่มขาดสิทธิและโอกาสในการเข้าถึงบริการพื้นฐาน การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นฉากชีวิตของแต่ละกลุ่ม สามารถนำสู่การการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ได้สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมพื้นที่ศึกษาต่อไป

คำสำคัญ : ความหมาย ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ชุมชน

Abstract

The purpose of this critical ethnography was to study the meaning of the older people who require assistance according perspective of community in Mae Sariang municipality, Mae Sariang District, Mae Hong Son Province. The data collected by observation, in-depth interview and focus group discussion with 84 informants. The data were analyzed using content analysis. The results found that there were four groups of existed resulting in the older people who require assistance, including 1) dependent group, who have physical and potential limitation in living their life, 2) poverty person, 3) living alone and 4) who suffer from access to the basic right and opportunity. The findings suggest problems and needs in life scene of the older people who require assistance, which would lead to the situation of care that related the needs and developing of community care system for the older people with is appropriated with the socio-cultural context of the area.

keywords: meaning, the older people who require assistance, community

*Thesis of the Doctor of Philosophy in Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Ph.D. nursing student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding Author.

บทนำ

วัยสูงอายุเป็นวัยของความเสื่อมโดยธรรมชาติ ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานเป็นเวลานานจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือภาวะทุพพลภาพ¹ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและสังคมตามมา จากการพึ่งพาผู้อื่น คุณค่าในตนเองและความมั่นคงในชีวิตลดลง สุดท้ายประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ ต้องพึ่งพาลูกหลาน รู้สึกด้อยคุณค่า แยกตัวออกจากสังคม² สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้ผู้สูงอายุประสบความยากลำบากในการใช้ชีวิตยิ่งขึ้น จึงมีแนวโน้มต้องการความช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้นตามสัดส่วนของผู้สูงอายุและอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก^{3,4}

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย (ageing society) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548⁵ ปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุสูงถึง 10 ล้านคน (ร้อยละ 15) คาดการณ์การว่าจะเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (completed aged society) ในปี พ.ศ.2564 ที่สำคัญคืออัตราส่วนของผู้สูงอายุตอนปลาย ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากร้อยละ 12.7 เป็นร้อยละ 20 ในปีเดียวกัน^{2,6,7} แม้ว่าผู้สูงอายุร้อยละ 58.3 ยังคงอาศัยอยู่กับลูกหลานก็ตาม แต่กลับพบว่าอัตราส่วนของประชากรสูงวัยที่อยู่เพียงลำพังเพิ่มสูงขึ้น ปัจจุบันสูงถึงร้อยละ 10.4 รวมถึงผู้ที่อยู่กับคู่สมรสสูงวัยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ปี พ.ศ. 2550 และ 2554 พบ ร้อยละ 17.7 และร้อยละ 18.5 ตามลำดับ⁸ สะท้อนถึงสัดส่วนและแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ เทศบาลตำบลแม่สะเรียงมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 25 เข้าสู่สังคมที่อุดมไปด้วยผู้สูงอายุ (super aged society) ในปี พ.ศ. 2560 และพบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง⁸ พื้นที่ประชากรส่วนใหญ่เป็นประชากรแฝง มีบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่มีหลากหลายชาติพันธุ์ ภาษา และศาสนา มานานกว่า 160 ปี^{9,10}

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการให้ความหมายเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือปรากฏแต่อย่างใด มีเพียงการกล่าวถึงในการจัดประเภทของผู้สูงอายุที่มีความต้องการการ

ดูแลในพื้นที่ ผลจากการสังเคราะห์กรณีศึกษาวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพชุมชน ที่ประเทศไทย สู่ยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพชุมชนและจากการถอดบทเรียนพื้นที่เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ได้แบ่งกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ออกเป็น 10 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเตรียมผู้สูงอายุ (50-59 ปี) 2) กลุ่มตามสภาพ ได้แก่ กลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง 3) กลุ่มตามการจ่ายเบี้ยผู้สูงอายุตามช่วงอายุ 4) กลุ่มตามสถานการณ์อยู่อาศัย ได้แก่ กลุ่มที่อยู่เพียงลำพัง และกลุ่มที่ให้การดูแลผู้พิการเป็นต้น 5) กลุ่มผู้สูงวัยที่มีการพึ่งพิง ได้แก่ กลุ่มที่เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต 6) กลุ่มปัญหาด้านสุขภาพจิต 7) กลุ่มผู้สูงวัยที่ติดสุรา 8) กลุ่มผู้สูงวัยที่ติดบุหรี่ 9) ผู้สูงวัยที่พิการ และ 10) ผู้สูงวัยที่มีโรคเรื้อรัง การจัดกลุ่มดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมองเห็นภาพผู้สูงอายุ ในสถานการณ์จริงในพื้นที่ เครือข่ายดังกล่าว^{8,11} และยังพบมีการใช้คำเรียกกลุ่มผู้ต้องการความช่วยเหลือ “ผู้ด้อยโอกาส” ซึ่งสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้ด้อยโอกาสได้กำหนดขอบเขต 5 กลุ่มประชากร ได้แก่ 1) คนยากจน 2) คนเร่ร่อน ไร้ที่อยู่อาศัย 3) ผู้ไม่มีชื่อในทะเบียนราษฎร 4) ผู้ติดเชื่อเฮโรอีน ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ และ 5) ผู้พันโทษ หรือได้รับการพักการลงโทษเป็นต้น¹²

ในการสื่อความหมายถึงกลุ่มที่ต้องการได้รับการช่วยเหลือตามนโยบายของรัฐ โดยทั่วไปผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือ มักมีคุณลักษณะร่วมที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) ผู้ที่ดำรงชีวิตที่ยากลำบาก (difficult life) (2) ผู้ที่อยู่ในสภาวะไร้อำนาจ (powerlessness) และ (3) ผู้ที่มีความเปราะบาง (vulnerability) ขาดศักยภาพในการพึ่งตนเอง¹³ การกำหนดคุณลักษณะดังกล่าวเพื่อให้การช่วยเหลือจากส่วนกลาง ด้านการจัดสวัสดิการสังคมโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเป็นเป้าหมายจัดบริการที่สำคัญ¹² และจากการเรียนรู้ระบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่พบว่า ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเข้าถึงสวัสดิการและบริการภาครัฐ ได้แก่ความไม่เพียงพอต่อความ

จำเป็นในการดำรงชีพในยุคปัจจุบัน ชาวผู้ดูแล ที่ผ่าน มาชุมชนชาวโอกาสสะท้อนถึงปัญหาและความต้องการ ของผู้สูงอายุที่มีความทุกข์ยากและควรได้รับการช่วยเหลือ เป็นการบ่งชี้ให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิด กระแสหลัก ยังไม่ตอบสนองและสอดคล้องกับบริบท สังคมวัฒนธรรมในระดับพื้นที่^{14,15}

ผู้วิจัยเชื่อว่าการดูแลผู้สูงอายุ มีความเฉพาะ ตามบริบทสังคมวัฒนธรรมแต่ละพื้นที่ การตีความ การ ให้ความหมายผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือผ่าน มุมมองของชุมชน ที่มีความแตกต่างกันใน เชื้อชาติ ศาสนาและวิถีการดำเนินชีวิต ย่อมนำมาสู่การดูแลช่วย เหลือที่แตกต่างกัน จึงนำสู่การพิจารณาช่องว่างองค์ ความรู้ที่สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ ต้องการความช่วยเหลือในพื้นที่ยังต้องการชุดความรู้ ใหม่จากการให้ความหมาย หรือการนิยามตามมุมมอง ของคนในพื้นที่ (emic views) เพื่อดำเนินการจัด บริการได้สอดคล้องกับวิถีชุมชนอย่างแท้จริง¹⁶ ผู้วิจัย จึงออกแบบวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งเน้นการวิพากษ์ความ หมายในสถานการณ์จริง ที่สะท้อนถึงคุณลักษณะของ ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในพื้นที่ศึกษา โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ความหมายของชุมชน สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในพื้นที่ศึกษา

วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบการวิจัยชาติพันธุ์วรรณนา แนว วิพากษ์ (critical ethnography)

พื้นที่วิจัย

ผู้วิจัยเลือกพื้นที่เขตเทศบาลตำบลแม่สะเรียง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ครอบคลุม 9 ชุมชน ที่มีประชากรหลากหลายเผ่าพันธุ์ ศาสนา และ หลากหลายทางวัฒนธรรม เป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูง อายุมากถึง 768 คน จากประชากรทั้งหมด 2,988 คน นับเป็นสัดส่วนผู้สูงอายุสูงสุดในเครือข่ายร่วมสร้าง ชุมชนท้องถิ่นนำอยู่ (25.7%) และมีผู้สูงอายุที่ระบุว่า

เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลจำนวนจำนวน 87 คิดเป็น ร้อยละ 11.33 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด¹⁷ นอกจากนี้ ยังเป็นพื้นที่ดำเนินโครงการของอาจารย์ที่ปรึกษา ภายใต้การดำเนินงานศูนย์ประสานงานและจัดการ เรียนรู้ (ศปง.) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดย ชุมชนท้องถิ่น ในปี 2560 จึงมีเครือข่ายที่จะนำพาเข้า สู่พื้นที่วิจัย (gate keeper) การเข้าศึกษาในพื้นที่จึงมี ความเป็นไปได้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) คือผู้ที่มีประสบการณ์ตรงกับผู้สูงอายุ ที่ชุมชนระบุว่าเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ สามารถ สื่อสารได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และบุคคลที่ผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวอ้างถึง (snow ball) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย (1) ผู้สูงอายุที่ชุมชน ระบุว่าเป็นผู้ที่ควรได้รับการช่วยเหลือ โดยผู้วิจัย กำหนดเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 24 คน และผู้ดูแลหลักสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวจำนวน 7 คน (2) ครอบครัวและเพื่อนบ้าน เป็นผู้ที่สามารถ บอกความหมายของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ได้ 13 คน (3) กลุ่มอาสาสมัคร ได้แก่ อสม. 9 คน อพส.6 คน (4) กลุ่มผู้นำ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน 2 คน ผู้นำ ชุมชน 6 คน ผู้นำศาสนา 3 ท่าน และ (5) เจ้าหน้าที่รัฐ ที่ทำงานด้านผู้สูงอายุโดยตรง ได้แก่ เจ้าหน้าที่เทศบาล ตำบล 3 คน และพยาบาลวิชาชีพ 3 คน ผู้ให้ข้อมูลรอง 4 คน ได้แก่ ตัวแทนสถาบันการศึกษา ตัวแทนกลุ่ม อาชีพ และเครือข่ายภาคเอกชน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 84 คน ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลโดยผ่าน gate keeper และได้ทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่ช่วง เดือน กรกฎาคม 2560-กุมภาพันธ์ 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) ผู้วิจัย เป็น เครื่องมือหลักได้ฝึกทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพตาม

หลักสูตร และฝึกทักษะการรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลภาคสนามจากโครงการของอาจารย์ที่ปรึกษา (2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ผู้ดูแล ครอบครัวและเพื่อนบ้าน (3) แนวทางการสนทนากลุ่มอาสาสมัคร ผู้นำ และเจ้าหน้าที่รัฐ และ (4) แบบบันทึกภาคสนาม ผู้วิจัยจัดบันทึกและสรุปประเด็น รวมถึงเหตุการณ์สำคัญที่ได้จากการสังเกต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE602161 ผู้วิจัยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะซึ่งบทความวิจัยนี้ นำเสนอข้อมูล 2 ระยะแรก คือ ระยะที่ 1 ศึกษาทำความเข้าใจบริบทชุมชนและศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ระยะที่ 2 ศึกษาการให้ความหมายผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการช่วยเหลือตามการรับรู้ของชุมชน และระยะที่ 3 การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงและให้อาสาสมัครลงชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนผู้ที่ไม่สามารถอ่านและหรือเขียนได้ ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมโดยการอ่านให้ฟังและประทับลายนิ้วมือแทนตามที่ได้รับไว้ในการขอจริยธรรมการวิจัย และมีล่ามแปลภาษาในระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึก และทำการทวนสอบความถูกต้องของเนื้อความกับผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาของชนเผ่า นั้น ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยทำการลดทอนจัดหมวดหมู่ เชื่อมโยงความสัมพันธ์¹⁸ และใช้เครื่องมือช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การทำแผนที่ความคิด (mind map) และการจำแนกประเภทข้อมูล (typological analysis)

ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

การศึกษาความหมายผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือโดยชุมชนในระยะเวลา 4 เดือน ผู้วิจัยได้ใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) โดยตรวจสอบความตรงกันของข้อมูลจากหลายแหล่ง หลายช่วงเวลาและหลายวิธีการได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม มีการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลและการตีความของผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ภาษาชนเผ่า ผู้วิจัยถามเป็นประเด็นให้เล่าผ่านล่าม แล้วมีการตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องของข้อมูลโดยการสอบถามทวนหลาย ๆ ครั้ง เพื่อความแน่ใจในคำตอบ จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาซึ่งเป็นข้าราชการเกษียณในพื้นที่ตรวจสอบการตีความเชิงสังคมวัฒนธรรมของผู้วิจัยทุกครั้ง และทำการตรวจสอบกับทีมผู้ดูแลงานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่ แกนนำกลุ่มต่าง ๆ ทางสังคม และอาจารย์ที่ปรึกษา (peer debriefing) เพื่อช่วยสะท้อนคิด (reflexivity) และลดความลำเอียง

ผลการศึกษา

พื้นที่ศึกษามีลักษณะเป็นชุมชนเมือง ผู้คนประกอบอาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว รับราชการและรับจ้างทั่วไป พื้นที่เป็นที่ตั้งชุมชนมุสลิมและคริสเตียนอย่างละ 1 ชุมชน อีก 7 ชุมชนเป็นชาวพุทธ ส่วนใหญ่เป็นประชากรแฝง หลากหลายชาติพันธุ์ได้แก่ กะเหรี่ยง ลีซู ลาหู่ ม้ง ลัวะและไทยใหญ่ วิธีการดำเนินชีวิตของผู้คนมีความกลมกลืน อยู่ร่วมกันอย่างสันติสุขตลอดมาเป็นเวลายาวนาน บนเนื้อที่ 1.384 ตารางกิโลเมตร มีผู้สูงอายุ 768 คน ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ชุมชนระบุว่าต้องการความช่วยเหลือได้แก่ (1) ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น 60 ราย (พิการ 47 ราย ป่วยเรื้อรังและเกิดภาวะแทรกซ้อน 5 รายและอยู่ในระยะท้าย 8 ราย) (2) ผู้สูงอายุที่ยากจน 13 ราย (3) ผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพัง 13 ราย และ (4) ผู้สูงอายุที่ขาดสิทธิและโอกาส

10 ราย^{8,17} ผลการศึกษาความหมายนำเสนอ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความหมายผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือโดยผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ให้ข้อมูล 5 กลุ่ม (ภาพที่ 1) พบว่าแต่ละกลุ่มได้ให้ความหมายไปในทิศทางเดียวกันคือผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านกายภาพและศักยภาพในการดำเนินชีวิต สะท้อนให้เห็นคุณลักษณะของผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ตามการรับรู้ และประสบการณ์ของตนในมิติทางสังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม สถานะสุขภาพ และการเข้าถึงบริการภาครัฐ ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ได้ให้ความหมายที่สะท้อนภาพ ปัญหาความเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ ปัญหาการอยู่ลำพัง ปัญหาความยากจน และสภาวะแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม 2)ญาติและเพื่อนบ้านได้ให้ความหมายที่สะท้อนภาพเดียวกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล แต่มีมุมมองเพิ่มเติมในส่วนของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องดูแลเป็นพิเศษได้แก่ โรคกระเพาะและโรคไตวายเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่เป็นคนต่างดาวไม่มีหลักประกันความมั่นคงในชีวิต 3) กลุ่มอาสาสมัครได้ให้ความหมายที่เชื่อมโยงกับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ขาดผู้ดูแล การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และสภาวะแวดล้อมที่ไม่เอื้อในการดำรงชีวิต รวมถึงคนไร้สัญชาติขาดสิทธิและโอกาสทางสังคม 4) กลุ่มผู้นำชุมชนมีมุมมองในเรื่องของศักยภาพการดูแลตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัยต้องได้รับการซ่อมแซม และผู้สูงอายุที่ถูกทิ้งให้อยู่ตามลำพัง 5) หน่วยงานภาครัฐได้ให้ความหมายที่สะท้อนภาพผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือตามภารกิจภาครัฐ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส ผู้ประสบปัญหาการเข้าถึงบริการและสวัสดิการ สิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อ รวมถึงผู้ที่ต้องการอาชีพและรายได้แต่ไม่ได้รับการตอบสนอง เป็นต้น

ส่วนที่ 2 การเทียบเคียงความหมายจากผลการศึกษาที่ได้และผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือจาก

หน่วยงานภาครัฐ ผู้วิจัยได้เทียบเคียงความหมายที่ได้จาก 5 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น กับกับคุณลักษณะของกลุ่มผู้ที่ควรให้การช่วยเหลือตามภารกิจของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง 6 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นจากปัญหาสุขภาพกายและจิต เช่น มีความพิการ เจ็บป่วยรุนแรง 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน หรืออยู่ในครอบครัวที่ยากจน 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่ขาดโอกาสทางสังคมหรือสิทธิที่พึงมีพึงได้ เช่น ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพและบุคคลไร้สัญชาติ 4) กลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง อยู่ลำพัง คู่สมรสสูงวัย 5) กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตด้วยความยากลำบาก ถูกทำร้ายร่างกาย จิตใจ ถูกทารุณกรรม และ 6) กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายหรือประสพภัยพิบัติ^{19,20}

ผลการเทียบเคียงข้อค้นพบความหมายของแต่ละกลุ่มจากสถานการณ์จริงมีดังนี้ 1) ความหมายของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องให้ความช่วยเหลือครอบคลุมทุกประเภทตามนโยบายการช่วยเหลือของภาครัฐ 2) กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแล ได้ให้ความหมายที่ครอบคลุมสภาพปัญหาและความต้องการที่ตนกำลังประสบอยู่จริง แต่ยังไม่ขาดความตระหนักในสิทธิและโอกาสที่พึงมีพึงได้ ด้านกลุ่มผู้นำและเจ้าหน้าที่รัฐ ไม่ได้ให้ข้อมูลผู้สูงอายุที่ขาดสิทธิและโอกาส ผู้ที่ใช้ชีวิตด้วยความยากลำบากและผู้ที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้มองว่าเป็นกลุ่มที่มีระบบบริการและหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงและผู้เจ็บป่วยสามารถเข้าถึงบริการ ในขณะที่ผู้ดูแล และครอบครัวมองว่าเป็นกลุ่มที่ยังต้องให้การช่วยเหลือจนถึงวาระสุดท้าย ประเด็นสิ่งแวดล้อม มีเพียงสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ไม่ได้มองว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมจึงควรได้รับการดูแลปรับปรุงสิ่งแวดล้อม 3) กลุ่มอาสาสมัคร เป็นกลุ่มที่ให้ความหมายที่สะท้อนปัญหาได้ครอบคลุมคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือได้สอดคล้องกับการจัดกลุ่มเพื่อให้บริการของหน่วยงานภาครัฐในทุกเรื่องและ 4) ความ

หมายโดยชุมชน ในด้านกฎหมายมีมุมมองที่แตกต่างกับหน่วยงานรัฐในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและไตวายเรื้อรัง ชุมชนมองว่าควรให้การช่วยเหลือในรูปแบบของเบี้ยยังชีพรายเดือน แต่กฎหมายช่วยเหลือเฉพาะผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์เท่านั้น

ส่วนที่ 3 ความหมายผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือของชุมชนผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความหมายที่ได้จาก 5 กลุ่มผู้ให้ข้อมูล นำมาตีความและได้จำแนกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความหมายสะท้อนภาพผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน การกิน การอยู่ การประกอบอาชีพและศักยภาพในการดูแลตนเอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ผู้สูงอายุที่มีความพิการ แบ่งเป็น 3 ประเภท ประกอบด้วย

1) ความพิการทางร่างกาย สาเหตุเกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุหกล้มและความเสื่อมตามวัย ซึ่งพบในผู้สูงอายุตอนปลายส่วนใหญ่ ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลแตกต่างกันไป ตามบริบทด้าน สังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม การเจ็บป่วย รวมถึงการมีส่วนร่วมในชุมชน “มันช่วยตัวเองไม่ได้หยั่งลึกอย่าง ยายต้องทำหื้อหมดตั้งแต่เปลี่ยนแพมพิสซึกผ้า ทาข้าวทาน้ำหื้อมันกิน” (ผู้ดูแล 82 ปี ดูแลผู้สูงอายุพิการ 65 ปี) “ผู้ที่ใช้ชีวิตยากลำบากในพื้นที่เราส่วนใหญ่คือผู้สูงอายุแล้วมีความพิการด้วย ชีวิตถูกจำกัดให้เป็นผู้ป่วยติดเตียง ทางพัฒนาชุมชนได้ลงเยี่ยมพร้อมกองสาธารณสุข ได้ให้การช่วยเหลือเรื่องกายอุปกรณ์ การจัดสิ่งแวดล้อมและเรื่องการรับส่ง” (นักพัฒนาชุมชน 51 ปี)

2) ความพิการทางการมองเห็น เป็นความพิการที่เกิดจากความเสื่อม และเจ็บป่วยแล้วรักษาไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ตาบอดทั้งสองข้าง นำสู่ปัญหาการเข้าถึงบริการ ผู้ดูแลต้องทำงานนอกบ้านใช้ชีวิตอยู่แต่ในบ้าน ทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองเกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิต และเสี่ยงต่ออันตราย

ที่อาจเกิดขึ้นได้ “ตาแกบอดเลยครับ อยู่กับลูกสาว ตอนแรกไม่ยอมรักษา เขาจะเอาไปผ่าแล้วไม่ยอมไป ผู้อำนวยการ รพ. มาพูดถึงยอมผ่า ตอนนั้นเห็นนาง ๆ อยู่แต่ในบ้าน” (ประธานชุมชน 59 ปี)

3) ผู้ที่มีความพิการทางจิต ชุมชนสะท้อนภาพผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมต่างจากคนทั่วไป ต้องมีผู้ดูแลเรื่องการกินยาต่อเนื่อง ชุมชนตระหนักดีว่ากลุ่มนี้มักขาดสิทธิและโอกาสทางสังคมรวมถึงการเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานภาครัฐ จึงมักถูกละเลยหรือปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียมคนทั่วไป “ป่าแกเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน เวลาไปเยี่ยมแกจะมีจินตนาการว่ามีคนมาหา พูดคนเดียว ร้องไห้ แล้วแกก็คลานไปตามพื้น ขาดยาไม่ได้ อันตราย” (อสสม.46 ปี) “ชาวบ้านทว่ามันเป็นผีบ้า บ่มีคนกล้าเข้าใกล้ อยู่บ้านก็คุยคนเดียว มีเพื่อนเป็นกุมารทอง และที่หนักใจคือมันไม่ยอมอาบน้ำนี่ก็ 5 วันแล้วจนหัวเหม็น พูดให้ตายก็ไม่ฟัง ดีดีมันบ่าทำร้ายไฟ” (น้องชาย 58 ปี ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 78 ปี)

1.2 ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ชุมชนสะท้อนภาพผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วย 1) โรคเบาหวาน และมีอาการไตวายเรื้อรัง เกิดภาวะติดเชื้อมากจากการฟอกไตทางหน้าท้อง หรือช็อกจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำติดต่อกันหลายครั้ง มีแผลติดเชื้อเรื้อรังต้องถูกตัดนิ้วเท้า 2 นิ้ว 2) ภาวะเส้นเลือดสมองตีบจากโรคความดันโลหิตสูง พิกัดตามมา หรืออยู่ในระยะท้ายและเสียชีวิตในเวลาต่อมา “ยายเข้า ๆ ออก ๆ รพ.เพราะช็อกจากติดเชื้อรุนแรง น้ำฟอกไตออกมาเป็นหนองชั้น ลำบากไปนอน รพ.ลูกต้องมาคอยเฝ้าล้างไตให้วันละสี่เตื่อ หมดแรง มันลูกบ่าไหว” (ผู้ป่วยไตวาย 62 ปี)

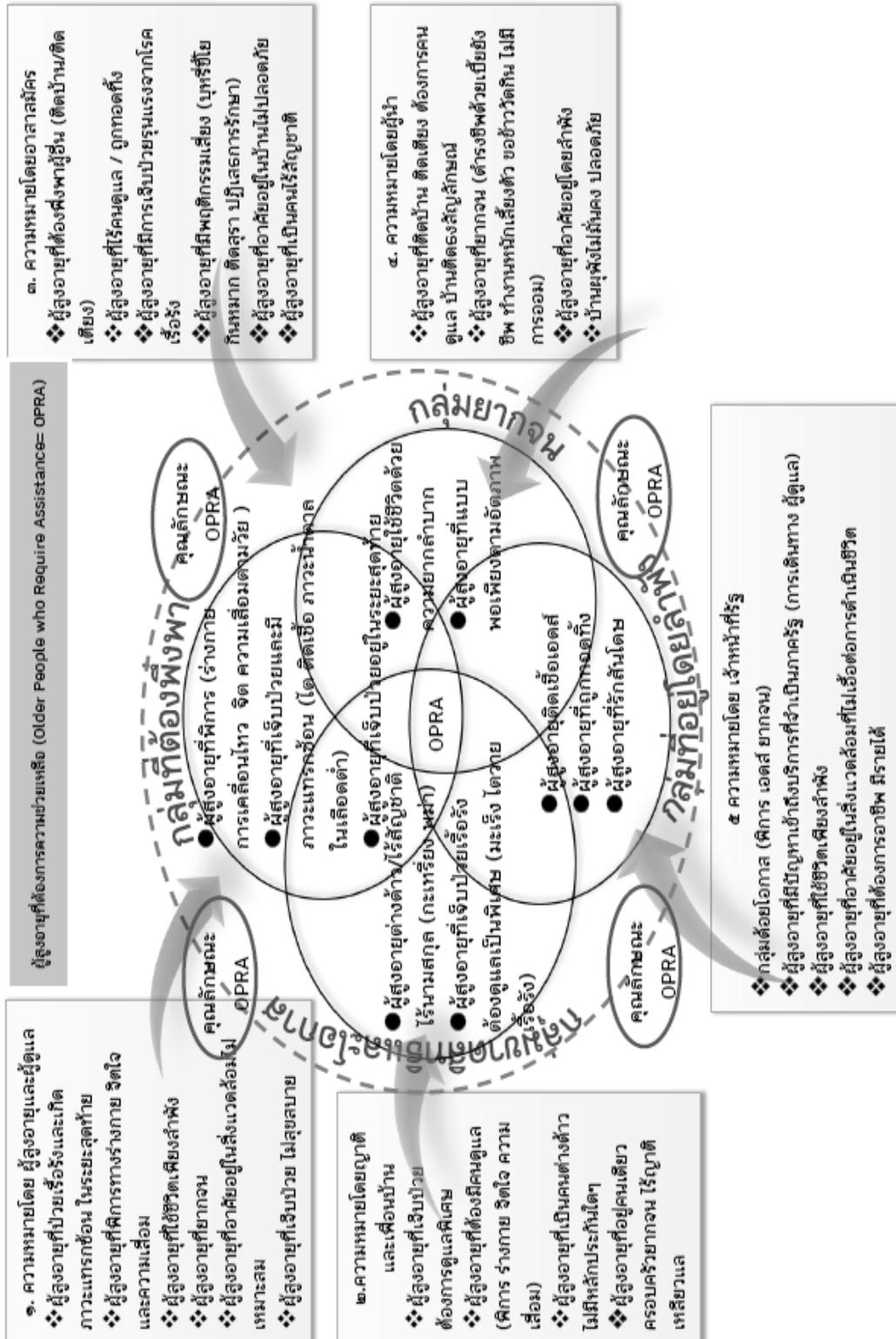
2. ผู้สูงอายุยากจน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีคุณลักษณะที่สำคัญคือ 1) ขาดแคลนปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ได้แก่ ไร้บ้านอยู่อาศัย ขาดแคลนสาธารณสุขโรค 2) รายได้ไม่พอใช้จ่าย ขอบขีวิตประทังชีวิต ติดหนี้ร้านค้า 3) อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม และ 4) มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้อง

รักษาวานาน เกิดวิกฤติทางการเงิน “หากินเลี้ยงลูก หาเข้ากินค่า บางครั้งข้าวสารที่เหลือต้มกินเอาเกลือเข้าใส่ กินอ้อม ตั้งรู้ว่ารอดตายแล้ว กวาดตลาดได้วันห้าสิบบาท มือใช้บ่าได้ไป หาขายขายมันบ่าพอกินนะ ตีตีบ่า เป็นเอ็นดู (สงสาร) ที่อยู่ฟรี” (คนกวาดตลาด 66 ปี) “ลูกแกเป็นมะเร็งอยู่ รพ.ฉายแสง 3 เดือน เป็นหนี้สินล้นพ้น เอาที่บ้านออกจากธนาคารมาไว้กับคนข้างบ้าน ดอกแพง ๆ หนี้นอกระบบร้อยละชาว (20) แกก็เอา” (เพื่อนบ้าน 68 ปี)

3. ผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตเพียงลำพัง ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหว ถูกจัดบริเวณที่อยู่อาศัยเฉพาะ 2) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคที่สังคมไม่ยอมรับ ทำให้ต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยว และ 3) ผู้สูงอายุที่ยังต้องการใช้ชีวิตอิสระ ทำกิจวัตรได้เอง แต่มีความเสื่อมเช่น สายตาฝ้าฟาง ปวดตามข้อ กระดูกพรุนที่ลูกหลานกลับมาดูแล เมื่อเจ็บป่วยต้องทุกข์ทรมานเพียงลำพัง บางรายรู้สึกสิ้นหวังในชีวิต และมักอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม “ชายวัย 70 ปี หลานแต่งงานจึงสร้างกระท่อมให้อยู่คนเดียว คุณตาเล่าว่า เราพิการทำสกปรกช่วยตัวเองไม่ได้ คุณตาใช้มือทั้งสองข้างค้ำยันเคลื่อนย้ายไปมา บ่นปวดตามข้อมาก อยากได้ยาแก้ปวด” (บันทึกภาคสนาม 27 ก.ย. 2560)

“บางคนว่าเป็นรังเกียจผม ก็เลยไม่สูงสิ่งใคร ลูกก็หายไปเลย เจ็บป่วยก็นอนรอวันตายอยู่คนเดียว ไม่ได้กินยามาหลายเดือนแล้ว เบื่อไป รพ. ตายช่วงมัน” (ผู้ป่วยเอดส์ 62 ปี)

4. กลุ่มขาดสิทธิและโอกาส ชุมชนมองว่า ผู้สูงอายุที่ขาดสิทธิและโอกาสทางสังคมที่ควรได้รับการช่วยเหลือ จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่ไร้สัญชาติ ทำงานรับจ้างรายได้ต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำ เนื่องจากขาดเอกสารสิทธิ์รับรองความเป็นบุคคลตามกฎหมาย เมื่อเจ็บป่วยต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง บางครอบครัวติดหนี้โรงพยาบาล 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ได้แก่ โรคมะเร็งและโรคไตวายเรื้อรัง นอกเหนือจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเหล่านี้ควรได้รับความช่วยเหลือตามสถานการณ์ของผู้ที่ด้อยโอกาสตามกฎหมายเช่นเดียวกันคนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการสงเคราะห์ แต่ผู้สูงอายุเหล่านี้กลับถูกละเลย “เมื่อยามบ่สบายสิ่ร้อยต้องจ่ายแม่เป็นมะเร็งเป็นว่าถ้าบ่จ่ายบ่ได้เข้า รพ. จนแม่เสียไปแล้ว เพราะบ่ามีเงินไปฮักษาบ่อย ๆ เหมมีเต่าใดกะจ่าย ไปเตื่อหนึ่งบ่ามีเงินจ่าย เป็นกะบ่ที่นอน เหากะบ่าฮู้จะยะอันหยัง บ่ามีนามสกุล บ่าได้สัญชาติไทย” (บุตรชาย 35ปี)



ภาพที่ 1 ความหมายของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือโดยชุมชน

อภิปรายผล

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาการให้ความหมายของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ จากข้อค้นพบเห็นได้ชัดเห็นว่าชุมชนมีมุมมองที่ผสมผสานระหว่างมิติทางการแพทย์ (biomedical) เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย และมิติทางสังคมวัฒนธรรม (social culture) เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ปัญหาเชิงสังคมและความสามารถในการเข้าถึงบริการ^{21,22} ความหมายดังกล่าวผู้วิจัยเห็นว่ามียุทธศาสตร์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) สะท้อนข้อจำกัดด้านกายภาพ ได้แก่ด้านร่างกาย จิตใจ และภาวะแวดล้อม ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการใช้ชีวิตในสังคม 2) สะท้อนถึงศักยภาพในการดำเนินชีวิตภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการพึ่งตนเอง ความมีคุณค่าในตน การเข้าถึงสิทธิและโอกาสในฐานะบุคคลในสังคม^{19,23} จากผลการศึกษาผู้วิจัยได้จัดแบ่งประเภทผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือตามมุมมองของชุมชนเป็น 4 กลุ่ม ดังภาพที่ 1 ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษา ระบบการดูแลของชุมชนสำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในปี 2554 ศึกษาความหมายของผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ แบ่งเป็น 3 ประเภทคือ ผู้ที่อยู่ในสภาวะพึ่งพา ผู้ที่อยู่เพียงลำพัง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ขาดสิทธิและโอกาสในการเข้าถึงบริการซึ่งเป็นผู้ที่ไร้สัญชาติเพราะความยากจนทำให้ขาดโอกาส และผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษเช่นเดียวกับข้อค้นพบในการศึกษานี้¹² จากการเทียบเคียงความหมายของชุมชนและหน่วยงานภาครัฐในการจำแนกกลุ่มพบว่า มีความสอดคล้องกันทั้ง 2 องค์ประกอบ ด้านศักยภาพการพึ่งตนเอง ด้านเศรษฐกิจ ภาวะแวดล้อม การเข้าถึงบริการและโอกาสทางสังคม ส่วนสิทธิด้านกฎหมายผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจชุมชนเห็นว่าควรให้ความช่วยเหลือแต่รัฐไม่ระบุเป็นบุคคลที่ควรได้รับการช่วยเหลือตามกฎหมาย²⁴

จากความหมายของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

ไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตามส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุพิการ มีสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษา ระบบการดูแลของชุมชนสำหรับคนพิการ ที่พบว่าคนพิการเป็นผู้ด้อยโอกาสที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลซึ่งมีปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต เป็นผลให้เกิดปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือที่แตกต่างกัน¹⁴ ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน เทศบาลตำบลแม่สะเรียงครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ย 12,961 บาท ต่อปี ต่ำกว่าเส้นแบ่งความยากจน²⁵ ผู้วิจัยแบ่งผู้สูงอายุยากจน 2 ลักษณะคือ กลุ่มที่ยากแก่การหลุดพ้นความยากจน ซึ่งเกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและรุนแรงของผู้นำครอบครัว และกลุ่มที่ยากจนแต่ยังสามารถพึ่งตนเองได้ตามอัตภาพ โดยมีแหล่งสนับสนุน สอดคล้องกับการศึกษา ระบบการดูแลของชุมชนสำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งพบว่าชุมชนได้ระบุประเภทผู้ที่ยากจน ได้แก่คนยากจนเรื้อรัง และคนยากจนทั่วไปที่มีศักยภาพในการหลุดพ้นจากความยากจนได้¹² ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น บางส่วนใช้ชีวิตด้วยความยากลำบากโดยเฉพาะผู้ที่มีอาการเจ็บป่วย ไม่รู้ช่องทางขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ แม้การอยู่ตามลำพังเป็นช่วงเวลาที่ดีที่สุดเพียงแข็งแรง มีอิสระทางความคิดก็ตาม แต่มักพบความโดดเดี่ยว และความอ่อนแอ²⁶ สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการช่วยเหลือผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ในปี 2557 พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีความต้องการการช่วยเหลือ 2 ด้าน ที่สำคัญคือ ด้านเศรษฐกิจการเงิน และด้านการรักษาพยาบาล²⁷ และ กลุ่มผู้สูงอายุที่ขาดสิทธิและโอกาสทางสังคม พบในบุคคลที่ไร้สัญชาติ ปัจจุบันยังไม่ปรากฏกระบวนการช่วยเหลืออย่างเป็นรูปธรรม และกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องดูแลเป็นพิเศษที่พบในพื้นที่ศึกษาคือผู้ป่วยโรคมะเร็ง และไตวายเรื้อรัง แม้จะใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังมีค่าใช้จ่าย

ส่วนเกินจากการรักษา และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาระบบการดูแลของชุมชนสำหรับผู้ต้องการความช่วยเหลือ สะท้อนภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่อายุไม่ถึงเกณฑ์การช่วยเหลือ ตามกฎหมาย จึงขาดโอกาสในการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน เพื่อดำรงชีวิตที่เท่าเทียมและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์¹²

จากข้อค้นพบการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในพื้นที่ศึกษา ตามมุมมองของชุมชน ครอบคลุมและสอดคล้องบริบทสังคมวัฒนธรรม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ สามารถนำข้อค้นพบที่ได้สู่การออกแบบการจัดการปัญหาและความต้องการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ เช่น การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และกลุ่มองค์กรชุมชน การจัดสวัสดิการสังคมให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย การจัดการสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตตามศักยภาพ รูปแบบบริการที่เข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม เช่น บริการเชิงรุก บริการรับส่ง 24 ชั่วโมง จัดตั้งกลุ่มอาสาพิทักษ์สิทธิ สนับสนุนกายอุปกรณ์ที่จำเป็น พอเพียง การสนับสนุนส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อการยอมรับและส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลงานวิจัยไปใช้ จากข้อค้นพบความหมายของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือผู้วิจัยไม่สามารถจัดประเภททั้ง 4 กลุ่มแยกขาดจากกันได้อย่างชัดเจน แต่ละกลุ่มล้วนมีปัจจัยเชื่อมโยงสัมพันธ์ส่งผลกระทบบซึ่งกันและกัน ตามมุมมองของคนใน ซึ่งมีความแตกต่างในแต่ละพื้นที่ ดังนั้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องทำความเข้าใจ จัดการดูแลให้ครอบคลุม อย่างบูรณาการบนฐานความรู้ทั้งทางวิชาการ แพทย์และฐานความรู้เชิงสังคมวัฒนธรรม²¹ หากต้องการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อนำใช้ในการดำเนินงานและต้องการแบ่งผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือให้มีความชัดเจน อาจพิจารณาแบ่งตามเงื่อนไขปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่หรือสภาพปัญหาที่กระทบต่อชีวิต เป็นสำคัญ เช่น สภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงต้องการ

ความช่วยเหลือเร่งด่วน ความยากจน ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการตามสิทธิ ตามลำดับ เป็นต้น

References

1. Siripanich B. The completed elderly handbook. 24th ed. Bangkok: Thaihealth book; 2010. (in Thai)
2. National Statistical Office. Preliminary report on the Thai elderly population survey, 2014. Bangkok: The Institute; 2014. (in Thai)
3. Jaraeprapal K, Nuntaboot K. Information utilization for care of the elders by the community. Journal of Nursing Science & Health 2016; 39(3): 64-74. (in Thai)
4. United Nations. World population ageing. New York: United Nations. 2013.
5. Prasatkul P, Chuanwan S, and Thianlai K. Elderly: Inner people to be marginalised. 5-elderly-Pramote.pdf [Internet]. [cited 2018 Mar 16]. Available from: http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/ConferenceVIII/Download/Article_Files/5-Elderly-Pramote.pdf. (in Thai).
6. Chaichan S, Nantaboot K. Identity discourse on elderly value in the community. Journal of Nursing Science & Health 2018; 41(1): 84-97. (in Thai)
7. Foundation for older persons' development. situation of the Thai elderly 2016. Bangkok: the Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI), 2016. (in Thai)
8. Nuntaboot K. Introducing the development of elderly care systems by local communities. Bangkok: The Health Promotion Foundation; 2016. (in Thai)

9. Mae Sariang Municipality. The basic minimum needs data, Permanent Bureau of Mae Sariang Municipality: Mae Sariang Municipality ; 2017. (in Thai)
10. Mae Sariang Municipality. Registration of allowance for survivors. Permanent Bureau of Mae Sariang Municipality: Mae Sariang Municipality ; 2017. (in Thai)
11. Nuntaboot K. Synthesis of innovations into community health care system. Office of Community Based Health Care Research and Development. Nonthaburi :2007. (in Thai)
12. Vattanaamon S. Community care system for the people who require assistance. [dissertation]. Khon Kaen : Graduate School, Khon Kaen University; 2011. (in Thai)
13. LA A. Health status of vulnerable populations. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2018 Mar 16]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8054096>.
14. Promsuan W, Nuntaboot K. Strengthening of the community social capital for case of the aged. *Journal of Nursing Science & Health* 2018; 41(2): 90-8. (in Thai)
15. Saedkong P, Panomkaen S, Tammit N, Srikumbor N, Dangnnam P, Narongsanoi P. The basic ability to independent living and perceived self-esteem for person with disabilities. *Journal of Nursing Science and Health Care* 2016; 34(2):33-40. (in Thai)
16. Streubert HL, Carpenter DR. Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative. Chaina: Lippincott williams & Wilkins; 2011.
17. Mae Sariang Municipality. Project of enhance the quality of life for the elderly. Permanent Bureau of Mae Sariang Municipality: Mae Sariang; 2016. (in Thai)
18. Jirawatkul S,. Qualitative research in health science. Bangkok: Wittayapat Publications; 2009. (in Thai)
19. Development Promotion and Welfare for Child, Youth and Family Division. Development of the potential and protection of the rights of the underprivileged for 5 years (2012-2016). Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2012. (in Thai)
20. Department of health. Thai elderly's satisfaction survey 2013 HITAP: Health Technology Assessment and Policy [Citation for 2018 7 May] Available from: <http://www.hitap.net/documents/24067>.
21. Nuntaboot K. Community health care system. Tool concept And design. Bangkok: Usa Publications; 2008. (in Thai)
22. Nuntaboot K. Community health system collaborative process 3 major systems in the community. Bangkok: The Graphic System Publications; 2010. (in Thai)
23. Suansawas O. Academic articles on social problems: disadvantaged groups. [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 16]. Available from: <http://sd-group1.blogspot.com/2013/01/53242919.html>. (in Thai)
24. The criteria for the registration of elderly subsistence allowances, the disabled, AIDS patients or immunodeficiency. Registered for Seniors [Internet]. [May 7, 2018] Available at: https://www.m-society.go.th/ewt_news.

- php?nid=15283
25. One in three Thai elderly have a lower income than the brakes. [Internet]. focus.org.[cited2018 Mar16]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2016/01/11576>.(in Thai)
26. Katewongsa P, Chuanwan S, Choorat W. The well being of rural household in Thailand. Institute for Population and Social Research; 2016. (in Thai)
27. Kaikeaw S. Needs for assistance of the Thai elderly living alone. [Thesis]. Master of Arts, (Population and Social Research) Mahidol : Graduate School, Mahidol University ; 2014. (in Thai)