

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ.2544 – 2643 องค์การสหประชาชาติ (UN) มองว่า เป็นช่วงศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีผู้สูงอายุ มากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก และมีแนวโน้มว่า ประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจน สำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่า ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2548 โดยมีผู้สูงอายุ คิดเป็น ร้อยละ 10.5 ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มองว่า ประเทศไทย จะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์แบบ ในระหว่าง ปี พ.ศ.2551 – 2571 โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มจาก ร้อยละ 11.1 เป็น ร้อยละ 23.5 หรือ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งการเพิ่มจำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อสังคมและระบบเศรษฐกิจ รวมถึง การจัดสรรทรัพยากรของประเทศในอนาคต หากไม่มีแผนปฏิบัติการหรือนโยบายที่เหมาะสมรองรับ (ภารกิจโครงการและประสานงานวิจัย. 2555)

หากพิจารณาเกี่ยวกับลักษณะของผู้สูงอายุไทย จะมี 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่มที่สามารถพึ่งตนเองได้ เป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรง มักจะเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60 – 69 ปี) และวัยกลาง (70 – 79 ปี) และกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่ทุพพลภาพ เจ็บป่วยเรื้อรัง จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ.2550 พบว่า มีผู้สูงอายุวัยปลาย มีประมาณ 1 ใน 10 (ร้อยละ 9.5) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2552) ส่วนผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เกิดจากภาวะการเจ็บป่วย และการมีโรคประจำตัว เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งกับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเรื้อรังหรือมีโรคประจำตัวกว่าครึ่งหนึ่ง โดยกลุ่มโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวพบมากใน 3 อันดับแรก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ และโรคความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคปวดหลัง ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยปลายและเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพาสูง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2557)

จากการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) พบว่า มีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ประมาณ ร้อยละ 3 ในพื้นที่ที่ศึกษา และพบความยากลำบากของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และนอนติดเตียง สมาชิกครอบครัว อย่างน้อย 1 คน ที่อยู่ในวัยที่แตกต่างกัน ต้องหยุดจากการประกอบอาชีพ และภารกิจอื่น ๆ เพื่อมาดูแลผู้สูงอายุอย่างเดียว บางรายบุตรต้องออกจากงานเพื่อมาเฝ้าดูแล ทำให้ขาดรายได้ และเกิดปัญหาความยากจน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล เช่น ขาดเงินในการซื้ออาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การขาดอุปกรณ์ในการดูแล รวมถึงปัญหาทางด้านจิตใจ และอื่น ๆ

การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของสังคมไทย ยังเป็นบทบาทสำคัญของครอบครัว และเครือญาติ แต่จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของขนาดครัวเรือนจาก 6 คน ในปี 2503 เหลือ 3 คน ในปี 2553 และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ที่อยู่คนเดียวสูงขึ้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. 2557) ย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวไทยยิ่งขึ้น ขณะที่

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของภาครัฐยังทำได้จำกัด ถึงแม้รัฐบาลจะได้กำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับบริการอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขได้มีการขยายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุลงในระดับชุมชน ทั้งสถานเอนามัย โครงการจัดส่งเสริมสุขภาพการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ที่มีทีมแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัดไปให้บริการถึงบ้าน รวมทั้ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้คำแนะนำ ประเมินเฉพาะหน้า และส่งเสริมสุขภาพเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น แต่การให้บริการสุขภาพในระดับชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่สามารถให้บริการที่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และต้องการการฟื้นฟูให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสม เนื่องจากบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัด อีกทั้งส่วนใหญ่ยังขาดองค์ความรู้ทางด้านสหสาขาวิชาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทำให้ไม่สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้แก่ครอบครัวและญาติ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สำหรับบริการทางสังคมที่เป็นภารกิจของกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน เป็นการให้บริการโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (อผส.) ซึ่งให้บริการเยี่ยมเยียน ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในเบื้องต้น ส่วนการให้บริการในรูปแบบศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุและศูนย์บริการทางสังคม (Day Care) ที่มีในปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะเป็นการบริการภายในศูนย์ที่เอื้อเฉพาะผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เท่านั้น ทั้งออกกำลังกายและทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน แต่ศูนย์บริการดังกล่าวก็ยังมีอยู่ค่อนข้างน้อย ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ เห็นได้ว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีอยู่ในชุมชน ยังมีลักษณะแยกส่วน ขาดการเชื่อมโยงระหว่างบริการสุขภาพและสังคม และยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม รวมทั้ง ไม่สามารถเชื่อมโยงกลไกต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนได้อย่างบูรณาการ เนื่องจากการทำงานของหน่วยงานในพื้นที่ต่างมุ่งดำเนินการเพื่อตอบสนองภารกิจของหน่วยงานเป็นหลัก อีกทั้งชุมชนและผู้สูงอายุยังไม่ได้เข้ามามีบทบาทในการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมกำหนดรูปแบบและกิจกรรมที่เป็นความต้องการของชุมชน ถึงแม้ว่าในปัจจุบันมีปัจจัยเอื้อให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง แต่ก็ยังไม่ได้ใช้โอกาสนี้ในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเท่าที่ควร

โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แม้ว่า ภาครัฐส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่น รวมทั้ง ชุมชนบางแห่ง เริ่มบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชน เช่น มีอาสาสมัครผู้สูงอายุหรือเพื่อนผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไปเยี่ยมเยียนช่วยเหลือ มีพยาบาลจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพหรือที่ลูกจากเตียงไม่ได้ แต่ก็มีปัญหาการดำเนินงานยังไม่เป็นระบบที่เหมาะสม ยังขาดการบูรณาการ การดูแลด้านสุขภาพและสังคม บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลและขาดระบบสนับสนุนที่ชัดเจน โดยเฉพาะปัญหาผู้สูงอายุไทยที่ต้องเผชิญในอนาคต คือ การขาดผู้ดูแล อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ การย้ายถิ่นไปหางานทำที่อื่นของสมาชิกวัยแรงงาน ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทจำนวนไม่น้อยถูกทอดทิ้ง ต้องช่วยตัวเองมากกว่าที่ควรจะเป็น ส่วนในสังคมเมือง ความแออัดของที่อยู่อาศัย ประกอบกับการบีบคั้นจากการทำงาน เพื่อหารายได้จากการทำงาน เพื่อหารายได้ให้เพียงพอ กับค่าครองชีพ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลจากลูกหลานเท่าที่ควร แม้ว่า ในปัจจุบันผู้สูงอายุไทย

โดยรวมมีสถานภาพและบทบาทสูง ลูกหลานยังให้ความเคารพเชื่อฟัง และยังอาศัยร่วมกับลูกหลานในครอบครัว ได้รับการดูแลปรนนิบัติ แต่จากการลดลงของสมาชิกในครอบครัวไทยโดยการเกิดประกอบกับผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพ ทุพพลภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากอายุชั้ยโดยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น การทุพพลภาพส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมสภาพของระบบการได้ยิน การมองเห็น นอกจากนี้ยังเป็นผลสืบเนื่องมาจากสรีระภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่พึ่งพิงมากขึ้น จากประเด็นที่ได้กล่าวมา จึงทำให้คณะผู้วิจัยต้องการทราบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นอย่างไร ใครเป็นผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุอย่างไร การดูแลที่เหมาะสมกับบริบทควรเป็นอย่างไร ทุนสังคมในครอบครัว ทุนสังคมในชุมชนและนอกชุมชนส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด

คำถามในการวิจัย

1. การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในครอบครัวชนบท ผู้ดูแลเป็นใคร ระบบคุณค่าที่มีต่อการดูแล วิธีการดูแล ปัญหา ความต้องการคืออะไร
2. เครือข่าย กลไกในการช่วยเหลือส่งเสริมในชุมชนท้องถิ่นต่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นอย่างไร ระบบคุณค่าของชุมชนมีการบริหารจัดการอย่างไร มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร
3. แนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของกลไกชุมชนท้องถิ่นควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้กำหนดวัตถุประสงค์ในการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในครอบครัว
2. เพื่อศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยชุมชนท้องถิ่น
3. เพื่อศึกษาแนวทางที่เหมาะสมต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่การศึกษาวิจัยนี้ คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากเป็นภาคที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และมีอัตราการย้ายถิ่นของแรงงานสูง โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการเลือกพื้นที่ คือ 1) เป็นชุมชนหมู่บ้านในชนบท ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คือ การทำนาปี อาศัยน้ำฝนอยู่นอกเขตชลประทาน 2) ชุมรมผู้สูงอายุ/ กลุ่มผู้สูงอายุยังไม่เข้มแข็งหรือไม่ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนเท่าที่ควร 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่ได้ทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนอย่างจริงจัง ไม่ว่าจะเป็นการทำงานด้านผู้สูงอายุ

หรืองานพัฒนาประชากรกลุ่มอื่น ๆ คัดเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ อำเภอสรีสมเด็จ จันทบุรี

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย ด้วยแบบสำรวจรายครัวเรือน เพื่อหาข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านสุขภาพ วัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม ชุดคำถามการวิจัยตามวัตถุประสงค์ เพื่อค้นหาวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในกลุ่มต่าง ๆ ในครอบครัว รวมถึง ระบบการให้บริการโดยชุมชน และของหน่วยงานภายนอกชุมชนที่เป็นนโยบายการสนับสนุนปัจจัยต่าง ๆ การบำบัดรักษา การเยี่ยมเยียน การสนับสนุนด้านการเงิน อุปกรณ์ เพื่อหาแนวทางการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่เหมาะสมเป็นไปได้ที่สอดคล้องกับบริบทของสังคม วัฒนธรรม และภูมิปัญญาของท้องถิ่น

3. ขอบเขตด้านประชากรเป้าหมาย

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมตามประเด็นและวัตถุประสงค์ของการวิจัย การวิจัยนี้เลือกกลุ่มประชากรเป้าหมายมีประสบการณ์หรือเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยประชากรเป้าหมาย มี 3 กลุ่ม คือ

3.1 กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ คนในครอบครัว ญาติ อาสาสมัครอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) กลุ่มอาสาสมัครสร้างเสริมและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care Giver) และอาสาสมัครอื่น ๆ ทีมเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพท้องถิ่นหรือท้องถิ่น

3.2 กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายในชุมชนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน กลุ่มผู้สูงอายุ เจ้าอาวาสและพระสงฆ์ในวัด ผู้อำนวยการและครูในโรงเรียน และองค์กรสถาบันอื่น ๆ ในชุมชน

3.3 กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอกชุมชน ได้แก่ กลุ่มเครือข่ายทางสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่รัฐ ได้แก่ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

4. ขอบเขตด้านระยะเวลา

การวิจัยนี้ใช้ระยะเวลา 12 เดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2559

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง ซึ่งประเมินจากแบบประเมินคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ที่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและผู้สูงอายุติดเตียง อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง สูงอายุ หรือมีความพิการทุพพลภาพช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด
2. การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการทุพพลภาพช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน ในพื้นที่ศึกษา คือ อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด
3. ผู้ดูแลและครอบครัว หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลหลักในด้านการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
4. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หมายถึง ผู้มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 1) ผู้นำชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน 2) กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครอื่น ๆ
5. กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้นำทางศาสนา ผู้นำชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ
6. กลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐ หมายถึง ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในครอบครัว เก็บจากผู้ดูแลหลักและบุคคลในครอบครัวที่ได้รับการยินยอม
2. ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ศึกษา ไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีสัญชาติไทยโดยการเกิด
3. การประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ประเมินจากความสามารถในการทำหรือได้ทำกิจกรรมกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) โดยการคัดกรองจากโรงพยาบาลประจำอำเภอในพื้นที่ศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่อาศัยในครัวเรือนในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. หน่วยงานที่อยู่ในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลประจำอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ใช้ผลการศึกษาเป็นข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบายหรือแนวทางในการปฏิบัติงาน

3. ชุมชนท้องถิ่นหรือองค์กรชุมชนเกิดความตระหนัก เรียนรู้ และมีส่วนร่วมเพื่อดำเนินงานกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

4. ได้นำแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเปรียบเทียบกับภาคอื่น ๆ ได้