

ส่วนที่ 1

ปัญหาสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ: การศึกษานำร่อง

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษานำร่องปัญหาสุขภาพและความต้องการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจากผู้สูงอายุ ผู้เกี่ยวข้องที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จากชุมชนในจังหวัดสงขลา ปัตตานี และนราธิวาส ประกอบด้วยผู้สูงอายุ 30 คน เป็นเพศชาย 9 คน เพศหญิง 21 คน อาศัยในเขตเมืองและชนบท เขตละ 15 คน สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล ผู้สูงอายุและอสม. จำนวน 22 คน อาศัยในเขตเมือง 10 คน เขตชนบท 12 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวคำถามเจาะลึก และประเด็นสนทนากลุ่ม ซึ่งได้พัฒนาจากกรอบแนวคิดทฤษฎี ความต้องการบริการสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการทำ Focus group และสัมภาษณ์เจาะลึกร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เริ่มทำพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการอ่านและทบทวนข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการบันทึกและการถอดเทป หลายๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาในภาพรวม การจัดกลุ่มคำ แปลความหมายของกลุ่มคำ การจัดข้อหลักและการสร้างข้อสรุป ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบบ่อยเรียงตามลำดับคือ ปวดข้อและปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ตามัว เวียนศีรษะ เป็นลม หลงลืม นอนไม่หลับ เหนื่อยง่าย หูตึง ไขมันในเลือดสูง ท้องผูก อัมพฤกษ์ แผลในกระเพาะอาหาร ไข้เลือด และชาปลายมือปลายเท้า ความต้องการบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีความต้องการการดูแลรักษามากกว่าด้านอื่นๆ ในการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องการให้บุตรหลานหรือผู้ดูแลมาเฝ้า แต่การมาเฝ้าของครอบครัวที่ยากจนจะมีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่าย ในด้านสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความต้องการและสนใจที่จะทราบข้อมูลและความรู้เพื่อดูแลตนเองผ่านทางสื่อโทรทัศน์มากที่สุด นอกจากนี้ผู้สูงอายุต้องการการออกกำลังกายและเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ส่วนด้านการป้องกันโรคผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องต้องการให้รัฐจัดบริการตรวจโรคที่จำเป็นและพบบ่อยในผู้สูงอายุฟรีอย่างน้อยปีละครั้ง ส่วนความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ให้ข้อมูลไม่ได้กล่าวถึงอย่างชัดเจน

คำสำคัญ: ปัญหาสุขภาพ , ความต้องการบริการสุขภาพ , ผู้สูงอายุ

บทนำ

การเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ มีเพิ่มขึ้นตามวัยและปรากฏให้เห็นชัดเจนเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Eliopoulos, 1997) เช่น การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ผม ขน กระจก การมองเห็น การได้ยิน และความคล่องตัวในการเคลื่อนไหว การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ผลการสำรวจผู้สูงอายุไทยของจันทร์เพ็ญและคณะ(2540) พบว่าความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุที่พบบ่อยคือ โรคปวดเมื่อยหลังเอว ความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อม โรคกระเพาะ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคตา อัมพาต เป็นต้น นอกจากนี้ ร้อยละ 1.7 ของผู้สูงอายุยังมีปัญหาทุพพลภาพ(สุทธิชัย,2541) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทำให้มีข้อจำกัดต่อการมีกิจกรรมในสังคม แต่มีเวลาและอยู่กับตนเองมากขึ้น ประกอบกับการเกษียณอายุจากการทำงาน และการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด บังคับต่าง ๆ เหล่านี้เป็นเหตุชักนำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล ว้าเหว และเศร้าซึมได้ สภาพจิตใจอารมณ์เหล่านี้จะย้อนกลับไปทำให้ภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายเลวลงอีก(Eliopoulos, 1997) ฉะนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อชะลอกระบวนการเสื่อมถอยของร่างกาย และไว้ซึ่งความเป็นปกติสุข

ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา จำนวนประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเทคโนโลยี ได้มีการคาดว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 2 เท่าหรือประมาณ 8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี 2543(จันทร์เพ็ญ,2539) ทำให้รัฐได้ตระหนักถึงความต้องการการบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้น และได้จัดบริการสุขภาพเฉพาะแก่กลุ่มผู้สูงอายุ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ การสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ตลอดจนการจัดตั้งสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ แต่การจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทยยังมีจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมากมีรูปแบบในการให้บริการที่หลากหลาย ทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ส่วนที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิต เช่น การบริการในการเดินทาง ซื้ออาหาร จัดอาหาร และการทำความสะอาดที่อยู่อาศัย เนื่องจากผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วมักจะอยู่ตามลำพังหรือกับคู่สมรสเท่านั้น(Collins,Buter&Guedner,1997) ในประเทศไทยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่อาศัยกับบุตรหลาน และสังคมยังคงคาดหวังครอบครัวให้มีส่วนรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ ตามวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดมา อย่างไรก็ตามจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป ครอบครัวไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เนื่องจากบุตรหลานต้องไปทำงานในเมืองเป็นผลให้ผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพังมากขึ้น ซึ่งอาจทำให้รู้สึกเหงา เบื่อหน่าย หากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลจะมีความกังวล ห่วงใย เมื่อต้องทิ้งผู้สูงอายุไว้ตามลำพัง(จันทร์เพ็ญและคณะ,2540)

ในประเทศไทยได้มีการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในหลายลักษณะ เช่น

ความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าร้อยละ 90.6 ต้องการบริการด้านตรวจรักษาโรคและการพยาบาลดูแลในระหว่างการเจ็บป่วย(เสาวภา,2539)และการศึกษาของอมรรัตน์(2530) พบว่าความต้องการของผู้สูงอายุเป็นเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การพักผ่อน อารมณ์และจิตใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความเจ็บป่วย ส่วนประนอมและคณะจิราพร(2537) ศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ พบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุต้องการคำแนะนำและปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศ การตรวจเช็คสุขภาพ เช่น การตรวจไขมันในเลือด การตรวจสายตา การตรวจภาวะซีดของร่างกาย การตรวจทรวงอกด้วยเอกซเรย์ และการตรวจการได้ยิน สำหรับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์พบว่า มีปัญหาเศร้าซึมถึง ร้อยละ 71.2 มีความต้องการการพยาบาลในเรื่องสุขวิทยาของเล็บ ผิวหนัง การพยาบาลในเรื่องกระจกและข้อ เหนืออกและฟันและการขับถ่ายปัสสาวะ นอกจากนี้ จรัสวรรณ,ลิวรรณ,นารีรัตน์และพิสนนธ์(2540) ได้ศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพอนามัยช่วงกลางวันของผู้สูงอายุในเขตบางกอกน้อย พบว่าร้อยละ 81.5 ต้องการบริการจากโครงการดูแลผู้สูงอายุกลางวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพอนามัย

ผลการศึกษาดังกล่าวมีความหลากหลายในลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และมีติขของความต้องการ แต่ยังไม่สะท้อนความต้องการของบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ชัดเจน โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายในการจัดบริการสุขภาพหรือบริการสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งมีอยู่ 4 ประการ คือการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ทฤษีชัย, 2537) ได้เสนอแผนกลยุทธ์ของการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทยว่าบริการควรเน้นการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและชะลอความเสื่อมของกระบวนการชราภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในชุมชนได้ และเห็นว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเป็นความจำเป็น เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว

อนึ่งการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องยังไม่พบรายงานการศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้สูงอายุเกี่ยวกับบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทั้งๆที่ครอบครัวเป็นหน่วยสำคัญในสังคมไทยที่ยังทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ แคฟฟรีย์ (Caffrey, 1992) ได้ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวไทย พบว่าหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุมี 4 ระดับตามอายุของผู้สูงอายุคือ

ระดับที่ 1 การรับผิดชอบเป็นหัวหน้าครอบครัวแทนผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ยที่ผู้สูงอายุปลดตนเองจากการเป็นหัวหน้าครอบครัว คือ อายุ 67 และหยุดทำงานไรรุ่นเมื่ออายุ 65 ปี แต่ยังคงช่วยเหลืองานในบ้าน เช่น ดูแลหลาน ทำความสะอาด ทำอาหาร และพิธีกรรมเกี่ยวกับศาสนา

ระดับที่ 2 เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลืองานในบ้านและงานทางศาสนาโดยทั่วไปจะพบในผู้ที่อายุ 75 ปีขึ้นไป

ระดับที่ 3 เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยครอบครัวต้องรับภาระดูแลภาวะนี้อาจเป็นชั่วคราวหรือต่อเนื่องขึ้นอยู่กับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระดับที่ 4 การดูแลงานศพของผู้สูงอายุเมื่อถึงแก่กรรม

การดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวจะรับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดอาหาร การทำความสะอาด เสื้อผ้าที่นอนของผู้สูงอายุ ตลอดจนกระโถนสำหรับขับถ่าย เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยพาไปรับการรักษา ดูแลการรับประทานยา และสุขอนามัยของผู้สูงอายุ แคฟฟรีย์ (Caffrey, 1992) ได้ถามผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวว่ามีปัญหาเรื่องการจัดการเวลา และรู้สึกว่าเป็นภาระหรือไม่ มีเพียงหนึ่งในสี่ของผู้ดูแลเท่านั้นที่มีปัญหาเรื่องเวลา ส่วนใหญ่เห็นว่าการดูแล ผู้สูงอายุไม่ได้เป็นภาระหนักเพราะสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้านช่วยเหลือ และผู้ดูแลเองมีสุขภาพดี

จะเห็นได้ว่าครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงความต้องการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ที่ครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องซึ่งส่วนใหญ่เป็นครอบครัวผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพและความต้องการการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้อง

นิยามศัพท์

ผู้เกี่ยวข้อง หมายถึง สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและอสม.

การเลือกพื้นที่และการเข้าพื้นที่

เลือก 3 จังหวัด ในเขตชุมชนเมือง และชุมชนชนบท ที่คณะผู้วิจัยสามารถติดต่อและขอความร่วมมือในการประสานงานเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ชุมชนในจังหวัดสงขลา ปัตตานี และนราธิวาส โดยจัดสนทนากลุ่มในชุมชนจังหวัดสงขลา 2 ครั้ง เป็นชุมชนเมือง และชนบทแหล่งละ 1 ครั้ง ชุมชนชนบทในจังหวัดปัตตานี 1 ครั้ง ชุมชนเมืองจังหวัดนราธิวาส 1 ครั้ง

การดำเนินการประสานงานกับผู้นำชุมชน หน่วยงาน

คณะผู้วิจัยคัดเลือกชุมชนเมืองและชนบทที่สามารถติดต่อและขอความร่วมมือในการประสานงานเพื่อจัดสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ได้ คณะผู้วิจัยประสานงานกับผู้นำชุมชนในการเชิญและนัดหมายผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมสนทนากลุ่มและหรือสัมภาษณ์มีคุณสมบัติต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุ เป็นผู้อายุ 60 ปีขึ้นไป เคยและหรือมีปัญหาสุขภาพ และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยหรืออิสลาม
2. ครอบครัวผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มสมรส หรือบุตรหลานอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุ
3. อสม. ในชุมชนที่ศึกษา

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล เป็น ผู้สูงอายุ และผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและ อสม. ในเขตเมืองและเขตชนบท เลือกจากประชากรผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้อง แบบเจาะจงเป็นผู้ในข้อมูล ประกอบด้วยผู้สูงอายุ 30 คน เป็นเพศชาย 9 คน เพศหญิง 21 คน อาศัยในเขตเมืองและชนบท เขตละ 15 คน สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล ผู้สูงอายุและอสม. จำนวน 22 คน อาศัยในเขตเมือง 10 คน เขตชนบท 12 คน

วิธีการศึกษา ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวคำถามเจาะลึก และประเด็นสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจาก กรอบแนวคิดทฤษฎีความต้องการการบริการสุขภาพ ประกอบด้วย

1. ภาวะและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมีอะไรบ้าง
2. ปฏิบัติอย่างไรเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ
3. ใครเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ และดูแลเรื่องอะไร
4. ท่านต้องการบริการสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย และฟื้นฟูสภาพอะไรบ้างและอย่างไร

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยประสานงานกับผู้นำชุมชนให้แก่ผู้ใหญ่บ้าน หน่วยงานที่ทำหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเชิญและนัดหมาย วัน เวลา สถานที่สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้อง

2. ขั้นการดำเนินการ

2.1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล

- 2.1.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อผู้ให้ข้อมูลและสร้างสัมพันธภาพ จากนั้นแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลออกเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ

และกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง

2.1.2 ผู้วิจัยที่แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ สันทนาการ และอธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1.2.1 ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูล โดยแจ้งว่าจะสัมภาษณ์เกี่ยวกับสุขภาพ โรคประจำตัว และความต้องการการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้อง ถ้าหากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลก็สามารถปฏิเสธหรือออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และการเข้าร่วมวิจัยหรือไม่เข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุหรือผู้เกี่ยวข้อง

2.1.2.2 อธิบายให้ทราบว่าขณะสัมภาษณ์จะขอบันทึกเสียงด้วย เพื่อความสะดวกและถูกต้องในการจดบันทึกข้อมูล ซึ่งเทปบันทึกการสัมภาษณ์จะเก็บไว้เป็นความลับและจะทำลายเมื่อการศึกษาสิ้นสุดลง และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะนำเสนอ โดยใช้นามสมมติซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ให้ข้อมูล

2.1.2.3 แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงระยะเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งโดยประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ซึ่งขึ้นกับความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล

2.2 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ดังนี้

2.2.1 การสนทนากลุ่มเพื่อกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนความเห็นและให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการบริการสุขภาพ โดยให้ครอบคลุมบริการสุขภาพในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาเมื่อเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.2.2 การสัมภาษณ์จะลึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ อารมณ์คิปกติที่บ่งบอของผู้สูงอายุ รวมถึงวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ และวัฒนธรรมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตลอดจนความต้องการการบริการสุขภาพ

ขณะทำการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์จะลึก คณะผู้วิจัยทำการบันทึกเทป จดบันทึกภาคสนามในประเด็นสำคัญและสังเกตร่วมด้วย

3. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลดังนี้

1. ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลด้วยวาจา
2. เก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับ
3. วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ใช้นามสมมติแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล
4. ผู้ให้ข้อมูลสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยเริ่มทำพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการอ่านและทบทวนข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการบันทึกและการถอดเทป หลาย ๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาในภาพรวม การจัดกลุ่มคำ แปลความหมายของกลุ่มคำ การจัดข้อหลักและการสร้างข้อสรุป เพื่อตอบคำถามการวิจัย

ผลการศึกษาและการอภิปรายผล

ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้สูงอายุ 30 คน อายุระหว่าง 60-79 ปี เป็นชาย จำนวน 9 คน หญิง 21 คน ผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุและ อสม. จำนวน 22 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง ผู้สูงอายุเกือบทุกคนอยู่อาศัยกับครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยคู่สมรสและบุตรหลาน รายที่อยู่คนเดียวจะมีลูกหลานอยู่บ้านใกล้เคียง

ภาวะและปัญหาสุขภาพ

ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตรงกันว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว หรืออาการไม่สบายที่มีประจำ โดยเรียงลำดับโรคและอาการที่พบมากเรียงตามลำดับดังนี้

1) ปวดข้อและปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ พบในผู้สูงอายุทุกราย 2) ความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุทราบหลังไปรับการตรวจวัดความดันโลหิต เมื่อมีอาการมึนศีรษะ 3) เบาหวาน ทราบจากการไปตรวจสุขภาพ 4) ตามัว 5) เวียนศีรษะ เป็นลม 6) หลงลืม 7) นอนไม่หลับ 8) เหนื่อยง่าย 9) หูตึง 10) ไขมันในเลือดสูง 11) ท้องผูก 12) อัมพฤกษ์ 13) แผลในกระเพาะอาหาร 14) ไล่เลื้อน และ 15) ขาปลายมือปลายเท้า

จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้อง รับรู้ตรงกันถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุอธิบายได้ว่า ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่น อาการปวดเมื่อย ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ปัญหาตามัว มึนศีรษะ เวียนศีรษะ หลงลืม นอนไม่หลับ ปัญหาเหล่านี้เป็นอาการและอาการแสดงที่ปรากฏและพบได้ทั่วไปในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นปัญหาเรื้อรังเมื่อได้รับการดูแลรักษาอาการทุเลาลงจนถึงควบคุมได้แต่รักษาไม่หายขาด

การที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวหรืออาการไม่สบายเกิดขึ้นเป็นประจำ จัดเป็นปัญหาสุขภาพที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพเหล่านี้มีสาเหตุจากวัยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย(เนงลักษณ์,2542)โดยปัญหาสุขภาพที่พบจากการศึกษาครั้งนี้คือ โรคปวดเมื่อย ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ตามัว วิงเวียนศีรษะ ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่พบมากในผู้สูงอายุจากข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชน ปี พ.ศ. 2535 ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ โรคปวดหลัง รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง และกระเพาะอาหารตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี,2537) และใกล้เคียงกับรายงานสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2538 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคปวดเมื่อยเอวหลังมากที่สุด รองลงมาได้แก่ความดันโลหิตสูง ไขข้ออักเสบ โรคกระเพาะและโรคหัวใจ ตามลำดับ(จันทร์เพ็ญ,2539)

การปฏิบัติเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการปฏิบัติเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพดังกล่าวว่า เมื่อผู้สูงอายุมีปัญหา จะใช้วิธีดูแลตนเองตามประสบการณ์เดิมและความรุนแรงของปัญหา เช่น ถ้ามีอาการเล็กน้อย เช่นปวดข้อ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ขาปลายมือปลายเท้าจะใช้วิธีการบริหารเข้า ออกกำลังกายโดยการเดิน การบีบ การนวดหรือจับเส้น อาจจะทำเองหรือบุตรหลานทำให้อาการไม่ดีขึ้นจะไปพบแพทย์ที่คลินิก ดังตัวอย่างที่ผู้เกี่ยวข้องเล่าว่า “คนแก่คนเฒ่าในชุมชน ไม่ค่อยชอบไปโรงพยาบาลถ้าเจ็บได้ป่วยเล็กน้อยๆจะแก้ปัญหาเองก่อน เช่น บีบ นวด กินสมุนไพร กินยาพาราเซตามอล แก้ไข ข้อไว้ใช้ประจำบ้าน อีกอย่างเขาไปโรงพยาบาลเองลำบาก ถูกหลานไม่ว่างพาไปบ้าง ถ้าเป็นมากถูกหลานจะพาไปคลินิกหมอใกล้บ้านสะดวกกว่าไปโรงพยาบาล ได้ยาดีกว่าด้วย” ส่วนรายที่มีอาการเรื้อรังสมาชิกในครอบครัวมักมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ เช่น การทำแก้อาการตามข้อมือหรือเท้า (แบบนั่งยอง) ทำราวสำหรับจับพุงตัว ดังที่สัมภาษณ์ว่า “แม่อายุ 84 ปี จะมีอาการปวดเมื่อย ตามัวมองไม่ค่อยเห็น นั่งส้วมของๆ ไม่ได้ ใต้เท้าก็อึดรอบหัวส้วมให้นั่ง ตามทางเดินได้ทำราวไว้ให้จับเดิน ซึ่งช่วยได้มาก”

ส่วนผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง อัมพฤกษ์ นอนไม่หลับ ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการดูแลแบบผสมผสาน เช่น การบีบนวด ควบคุมอาหารโดยรับประทานผักและปลาไม่รับประทานเนื้อ งดอาหารมันและอาหารหวาน และรับประทานสมุนไพร กรณีเป็นมากรับประทานยา จากคลินิก โรงพยาบาลหรือสถานอนามัยร่วมด้วย โดยผู้สูงอายุและครอบครัวนิยมไปใช้บริการที่คลินิกและโรงพยาบาลมากกว่าสถานอนามัย เพราะมีความเชื่อว่ายาที่ได้รับจากคลินิกและโรงพยาบาลมีคุณภาพดีกว่าที่สถานอนามัย

ปัญหาสุขภาพบางอย่างผู้สูงอายุสามารถแก้ไขด้วยตนเองทั้งหมด เช่น ท้องผูก ปฏิบัติโดย รับประทานหญ้าปักกิ่ง ผักปลา คั้นน้ำให้มากขึ้น เดินออกกำลังกาย ด้ายไม่ถ่ายจะรับประทานยาระบาย ดังที่ป้า ชมพู่ เล่าว่า “ตนเองเริ่มมีปัญหาท้องผูกตั้งแต่อายุ 65 ปี จึงเดินออกกำลังกายทุกวันนานวันละไม่ต่ำกว่าครึ่งชั่วโมง คั้นน้ำมากประจำ กินผักกินปลา ไม่กินเนื้อสัตว์ ปัจจุบัน

ได้เพิ่มการกินหญ้าปังกิ่ง ถ้ายังมีปัญหาต้องกินยาระบายตามังกร ครั้งละ 10 เม็ด กินแล้วถ่ายสะดวก และไม่เคยมีปัญหาใดๆ จากกรกินยาระบายที่ใช้มานาน 5 ปี”

อย่างไรก็ตามมีบางปัญหาที่ผู้ให้ข้อมูลในเขตชนบทไม่ให้ความสำคัญและไม่มีการปฏิบัติเพื่อแก้ไขเพราะถือว่าเป็นโรคของคนแก่ยอมรับปัญหาได้ เช่น ตาพร่ามัว หงสมิ ดั่งที่ป้ามีน กล่าวว่า “อาการหงสมิ ตาพร่ามัวเป็นสิ่งที่มาคู่กับคนแก่ไม่ต้องทำอะไร เพราะยังเดินเหิน ไปวัดไปวาได้ ทำสวนได้ ไปร่วมงานในชุมชนได้ และช่วยเหลือตัวเองได้ เพราะเคยไปตรวจตาหมอบอกว่า ต้อกระจกยังไม่แก่ ไม่ต้องทำอะไร จะให้ผ่าตัดต้องคิดหนักเคยเห็นคนข้างบ้านก่อนผ่าตัดมองเห็นได้ลางๆ หลังผ่าตัดตาบอดมองไม่เห็น”

จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุและครอบครัวตัดสินใจเลือกวิธีเฝ้าระวังรักษาตนเองโดยเริ่มต้นด้วยการรักษาตนเองในเบื้องต้นตามความเชื่อ ความรู้ที่สั่งสมจากประสบการณ์ของตนเองและครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ที่ได้รับถ่ายทอดมานาน นอกจากนี้การแสวงหาวิธีการรักษาจากแพทย์พื้นบ้าน เช่น วิธีการบิบนวดควบคู่กับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน หรือรักษาแพทย์พื้นบ้านอย่างเดียวก่อน ประกอบกับผู้สูงอายุประสบกับความล่าช้าในการไปรับบริการ ดังคำบอกเล่าของลุงมีอายุ 68 ปี ที่ว่า “...เวลามาตรวจตามนัด เวลา 07.00 โมงเช้า ได้บัตรคิวที่สองรื่อยกว่า...เมื่อที่ต้องรอคอย...ถ้าเป็นไม่มากจะดูแลตนเองก่อน” อาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้บุตรหลานจะซื้อยาให้กินเมื่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเล็กน้อย ซึ่งนับเป็นการรักษาตนเองโดยเบื้องต้นก่อน ยาที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นยาที่สมาชิกในครอบครัว หรือคนในชุมชนมีประสบการณ์ว่าเคยใช้ได้ผล ไม่นิยมใช้บริการของสถานอนามัยส่วนใหญ่จะไปรักษาที่คลินิกใกล้บ้าน เชื่อว่ายาของสถานอนามัยไม่มีคุณภาพ ดังที่ ป้า คี วัย 75 ปี ชุมชนชนบท บอกว่า “ยาที่สถานอนามัยไม่ดี กินแล้วไม่หาย ไม่อยากไป...ลูกหลานจะพาไปคลินิก...” ส่วนก้าน ผู้ดูแล ชุมชนชนบท กล่าวว่า “พามาไปที่(คลินิก)ค่ายาก็เป็นร้อย.. ก็ยอม..ยาดี สบายใจ...” นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูล ได้เลือกวิถีการดูแลตนเองเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น เช่น พักผ่อนหรือดื่มน้ำมากขึ้นเมื่อเป็นไข้หวัด เป็นต้น เมื่อรักษาเบื้องต้นด้วยตนเองและการรักษาจากแพทย์พื้นบ้าน แล้วอาการรุนแรงขึ้น จึงจะไปรับการรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากระบบการแพทย์พื้นบ้านเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่สำคัญ สืบทอดจากรุ่นหนึ่งสู่รุ่นหนึ่ง กลมกลืนอยู่กับวิถีชีวิตของสังคมไทย

ผู้สูงอายุและครอบครัวไปรับการรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบันเมื่อเห็นว่าปัญหาสุขภาพหรืออาการและอาการแสดงนั้นมีความรุนแรงเกินกว่าที่จะรักษาได้ด้วยตนเองหรือแพทย์พื้นบ้าน ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุสามารถรับบริการทางการแพทย์ได้ฟรีตามนโยบายให้สวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุของรัฐ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมทั้งต้องหยุดงานทำให้รายได้ส่วนหนึ่งของครอบครัวขาดหายไป นอกจากนี้ลักษณะการจัดบริการการรักษาในโรงพยาบาลมักเป็นรูปแบบที่เป็นทางการมีกฎระเบียบที่ต้องปฏิบัติตาม มีกำหนดเวลาปฏิบัติงานเฉพาะเวลาราชการ เหล่านี้เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเลือกรับการรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบันเมื่อปัญหาสุขภาพรุนแรงขึ้น

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผลจากการศึกษาพบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพผู้ดูแล คือ สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรสและบุตร บุตรที่เป็นหลักในการดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวหรือสะใภ้ที่อยู่ในบ้านเดียวกัน หรือบุตรสาวที่ยังไม่มีครอบครัว ผู้ดูแลรับผิดชอบเรื่องอาหาร เสื้อผ้าให้กับผู้สูงอายุ พาไปพบแพทย์หรือไปโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย จัดหายาให้รับประทาน กรณีที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ผู้ดูแลจะช่วยอาบน้ำเช็ดตัว ป้อนอาหาร ตลอดจนช่วยเหลือในเรื่องการขับถ่าย บิบนวด พูดยุให้กำลังใจผู้สูงอายุ ผู้ดูแลส่วนใหญ่บอกว่า “ไม่รู้ลึกเป็นภาระ เพราะผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ จะต้องดูแลมาๆเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเป็นครั้งคราวเท่านั้น” ยกเว้นกรณีวินาศซึ่งดูแลมารดาที่เป็นอัมพาต ช่วยตัวเองไม่ได้ ปัสสาวะกระปริดกระปรอยมานาน 2 ปี แสดงความรู้สึกว่า “เบื่อกมาก ไปไหนไม่ได้ ไม่รู้ว่าเงจะฉี่จะถ่ายเมื่อใด ต้องคอยเฝ้า” กรณีที่ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ดูแลมักจะมีปัญหาค่าใช้จ่ายเรื่องค่ายาบางตัว ค่าอาหาร ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มขึ้นแต่รายได้ลดลงเพราะหยุดงานมาอยู่เฝ้าไข้ผู้สูงอายุ

การที่ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวหรือสะใภ้ หรือบุตรสาวที่ยังไม่มีครอบครัว เนื่องจากในสังคมไทยเพศหญิงมีบทบาทในการดูแลเรื่องการจัดเตรียมการประกอบอาหาร ตลอดจนดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย(รุจา,2535; Caffrey, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นภรรยาและบุตรสาว(จันทร์โพธิ์,2539) และสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่บอกว่า ต้องการญาติสนิทเป็นผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยมากที่สุด เพราะสามารถบอกความต้องการได้ทันที ถ้าเป็นบุคคลภายนอกจะเกรงใจ ไม่กล้าขอความช่วยเหลือ ดังคำบอกเล่าของป้าบล อายุ 75 ปี ว่า "...เมื่อเจ็บป่วย ต้องการให้คนในครอบครัวเป็นผู้ดูแลมากที่สุด ยิ่งนอนในโรงพยาบาลยิ่งต้องการให้มีญาติเฝ้า 24 ชั่วโมง เพราะรู้ใจกัน.. ถ้ามีปัญหาก็บอกกันได้ทันที ถ้าผู้อื่นไม่หาญ (กล้า) บอก..."

ความต้องการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องมีความต้องการบริการสุขภาพที่มีลักษณะตอบสนองหรือตรงกับปัญหาและสอดคล้องกับวิถีชีวิต การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน แต่มีบางส่วนแตกต่างกัน ได้แก่

1. ความต้องการบริการด้านความรู้ ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องต้องการให้เจ้าหน้าที่จัดบริการด้านความรู้ที่ตรงกับโรคหรืออาการของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องไม่มีความรู้ในเรื่อง โรคเมื่อเกิดอาการแล้วทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือดูแลไม่ถูกต้อง ไม่รู้และไม่มั่นใจว่าการปฏิบัติเพื่อการสร้างเสริม การป้องกัน หรือฟื้นฟูสุขภาพที่ถูกต้องเป็นอย่างไร ดังที่ลุงชัยอายุ 78 ปี จากชุมชนเมือง บอกว่า "...เวลาไปสถานีอนามัย หรือ โรงพยาบาล เขา (เจ้าหน้าที่สุขภาพ) ไม่ได้บอกว่าเป็นอะไร ต้องกินยาอย่างไร ตลอดชีวิตมั๊ย กินอาหารอย่างไร.....จะหายมั๊ย ยาหมอก็ไม่ไปอีก..." ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกได้กล่าวว่า การที่ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ โรคหรืออาการ การดูแลปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสมเป็นการช่วยเพิ่มสมรรถภาพให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุม พฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมจะมีผลต่อสุขภาพที่ดีขึ้น พฤติกรรมนี้จัดเป็นการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion) ในการประชุมครั้งแรกที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อวันที่ 17-21 พฤศจิกายน 2529(สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ,2544) นอกจากนี้ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องต้องการความรู้ผ่านสื่อโทรทัศน์มากที่สุดเพราะผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องสายตาอ่านหนังสือไม่ออก สื่อจากแผ่นพับจะมีขนาดเล็กและมีภาษาอังกฤษอ่านไม่ได้ ดังที่ป้าศรี วัย 67 ปี จากชุมชนชนบท บอกว่า "รู้จักโรคเบาหวานจากคู่มือ นำมาดูแลตนเองได้ 7-8 ปี ยังไม่มีโรคอื่นๆตามมาเลย ถ้าเขา(เจ้าหน้าที่)ทำแบบนี้(เผยแพร่ความรู้ทางโทรทัศน์)ให้กับผู้สูงอายุคิดว่าประโยชน์มากกว่า แผ่นพับได้มาทิ้งไปเพราะอ่านไม่ออกตัวก็เล็กมีภาษาฝรั่งปน" ส่วนตรี ผู้ดูแล ผู้สูงอายุชนบทกล่าวว่า "คนแก่เขาออกหนังสือไม่ออก เขาไม่ไปไหนได้แต่นั่งดูทีวี ถ้ามีรายการโรคที่ตรงกับเขาเขาจะสนใจ เพราะภาพมันใหญ่เสียงเปิดดังได้ แม้ว่าจะมีปัญหาเรื่องสายตาหรือหูไม่ค่อยได้ยิน"

ผู้สูงอายุจะรับรู้ถึงโรคหรืออาการผิดปกติเบื้องต้นของตนเองได้ เช่น ปวดศีรษะ เป็นไข้ตัวร้อน ปวดเมื่อย ปวดท้อง ซึ่งเป็นอาการที่เคยประสบด้วยตนเองหรือรับรู้และเรียนรู้ถึงวิธีการแก้ไขจากเพื่อนบ้าน คนใกล้ชิด อย่างไรก็ตามเมื่ออาการทวีความรุนแรงขึ้นจากโรคเดียวหรือความเชื่อมโยงจากหลายโรค เช่นผู้ป่วยอัมพาต มักพบความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง เมื่อรักษาด้วยยาเฉพาะโรค หรือบำบัดด้วยภูมิปัญญาของผู้สูงอายุแล้วไม่ดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุและโดยเฉพาะผู้เกี่ยวข้อง ต้องการมีความรู้เฉพาะ โรคมากขึ้น ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองโดยเฉพาะในรายที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน เช่น เป็นอัมพาตและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้คือพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด หรือกรณีตัวอย่างผู้สูงอายุที่คาดสาขสวณปีสสาวะกลับบ้านต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยเรื่อง ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาดสาขสวณนาน ๆ จนเป็นหนอง การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหาจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่น ลดความวิตกกังวล สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่สอดคล้องกันของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ต่อป้าตรี "...ถ้าไม่ดีขึ้น (อาการเจ็บป่วย) ก็กินเพิ่ม (ยา) อีกมิด...หมอบเขารู้เขารู้ว่าเอา(ต่อว่า) อยากให้หมอบเขาบอกว่า ต้องกินยาอย่างไร ให้กินยาหลายตัวมันดีหรือไม่ดี จะหยุดยาได้เมื่อ

ไร...อยากให้ออกให้หมด...แต่เขา(เจ้าหน้าที่)ไม่ค่อยพูดกัน” (ป้าสายอายุ 68 ปี ชุมชนชนบท) และ“...อยากให้ออกบอกว่าจะต้องทำอะไร ยังไง บอกให้ผู้สูงอายุให้ญาติรู้กัน(บอกให้ทราบ)พูดกับผู้สูงอายุต้องพูดดีๆ ถ้าถูกหลานรู้ว่ามันเป็นอะไรจะต้องดูแลยังไง ก็จะช่วยให้ดูแลได้ถูก...ถูกหลานในหมู่บ้านเค้าไม่ทักกัน...(ไม่ทักผู้สูงอายุ)” (แฟนของผู้ดูแล ชุมชนชนบท)

จะเห็นว่าความต้องการของผู้ให้ข้อมูลสอดคล้องกับการประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วยของ ประเทศไทย เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 ข้อ3 ที่ระบุว่า “ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนและจำเป็น”(ประกัสสร,2545)

2. การรักษาและบริการถึงที่และมีความเท่าเทียม ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องในเขตชนบทต้องการให้จัดบริการตรวจสุขภาพ หรือบริการตรวจรักษาโรคในชุมชนที่มีคุณภาพและสามารถไปใช้บริการได้ง่ายสะดวก ประหยัด เพราะสถานีอนามัย บางชุมชนอยู่ห่างไกล การเดินทางไม่สะดวกสำหรับผู้สูงอายุ บางชุมชนไม่มีบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ดังที่ป้าไปวัย68ปีจากชุมชนชนบท กล่าวว่า “สถานีอนามัย...เดินไกล ไม่กล้าไป เดินไปก็เหนื่อย กลัวเป็นอันตรายให้ลูกพาไป ลูกจะพาไปคลินิก (คลินิกใกล้หมู่บ้าน)...” ส่วนเขี้ยวผู้ดูแล ชุมชนชนบท กล่าวว่า “...ผู้สูงอายุมาบอกว่าไม่ค่อยสบายจะไปหาหมอ...ก็จะพาไปเพราะผู้สูงอายุ หู ตาไม่ค่อยดี ถ้าปล่อยไปเองคนเดียว เคียวจะเป็นอันตราย...ส่วนใหญ่พาไปคลินิกมันใกล้กว่าสถานีอนามัย” การไม่มีสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการตอบสนองในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพ หรือบริการด้านความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เท่าที่ผ่านมามีผู้ใหญ่ผู้สูงอายุจะได้ใช้บริการสุขภาพต่อเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยหรือมีอาการที่เป็นปัญหากระทบต่อการดำเนินชีวิตตามปกติ เช่น มีความดันโลหิตสูง มีอาการมีนิ่วหรืออาการปวดเมื่อยตามตัว ประกอบกับผู้สูงอายุรู้สึกว่าการ ไปใช้บริการที่โรงพยาบาล ไม่ได้สะดวก ดังที่ลุงวัย 78 ปี ชุมชนเมืองกล่าวว่า “...ไปโรงพยาบาล (โรงพยาบาล) พอเข้าไปพบหมอ แพทย์ไม่ได้คุยกัน...พอเห็นหน้าหมอก็เขียนใบยาให้ยาก็เหมือนเดิมและแจกแผ่นพับ...ไม่คุยกับการรอคอย ”แสดงให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลต้องการการบริการที่สะดวกเข้าถึงง่าย นับได้ว่าเป็นความต้องการที่เป็นมาตรฐานที่ผู้ให้บริการต้องคำนึงถึง ความต้องการนี้ สอดคล้องกับการประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วยของประเทศไทย เมื่อวันที่ 16เมษายน 2541 ข้อ1 ที่ระบุว่า “ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ”และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพ.ศ.2540(ฉบับประชาชน)(2543) ได้รับรองสิทธิของประชาชนไทยในการรับบริการด้านสุขภาพไว้ดังนี้ มาตรา 82รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ จะมีความต้องการให้มีสถานที่บริการการดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน โดยคาดหวังให้มีเจ้าหน้าที่ดูแลเหมือนในโรงพยาบาล ดังที่ซงโค ผู้ดูแลแม่ป่วยเป็นอัมพาตเพียงลำพัง กล่าวว่า “ต้องการให้มีสถานที่ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยกลางวัน มีผู้ดูแลที่บ้าน และมีแพทย์พยาบาลมาเยี่ยมที่บ้าน ตนเองรู้สึกเหนื่อยมากที่ต้องดูแลแม่ที่ช่วยตนเองไม่ได้เพียงลำพัง” รวมทั้งต้องการผ่อนผันให้ญาติเฝ้าได้มากกว่า 1 คน เพื่อช่วยกันดูแลผู้ป่วย ดังที่สมิงผู้ดูแล พ่ออายุ 66 ปีป่วยเป็นอัมพาตพักรักษาในโรงพยาบาล กล่าวว่า “ต้องการให้ทางโรงพยาบาลยอมให้ญาติเฝ้าได้มากกว่า 1 คนเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ตอนนี้ดูแลพ่อซึ่งช่วยตัวเองไม่ได้ มีผลที่กิน เวลาพลิกตัว เปลี่ยนผ้าและทำความสะอาดหลังจับถ่ายลำบากมากทำคนเดียว ได้ไม่ดี ” ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้เพียงลำพัง จะเกิดความเครียด เบื่อ แต่ก็ไม่อาจทอดทิ้งการดูแลผู้สูงอายุได้ เพราะการดูแลบุพการี บิดา มารดา ถือเป็นภาระทดแทนบุญคุณ ถ้าจะหาผู้อื่นมาดูแลแทนก็จะเพิ่มปัญหาค่าใช้จ่าย และอาจมีปัญหาเรื่องคุณภาพการดูแลแก่ผู้สูงอายุ ความคาดหวังให้รัฐจัดหาสถานที่ซึ่งให้บริการดูแลผู้สูงอายุในตอนกลางวัน ให้คิดค่าบริการที่ไม่สูงมาก จะเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มผู้ดูแลในเมืองมากกว่าชนบทซึ่งมักมีระบบสนับสนุนของเครือญาติและคนในชุมชนชนบทสูงกว่า⁽¹⁸⁾ การรักษาที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลต้องการ คือ บริการการช่วยเหลือดูแล ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านในรูปแบบของการตรวจเยี่ยมให้การรักษา ให้คำแนะนำ ให้บริการที่

แปล ทั้งนี้มีเหตุผล สำคัญของการรักษาเข้ารักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลต้องเสียค่าใช้จ่าย ต้องหยุดงาน อีกทั้งถ้าผู้สูงอายุช่วยตนเองในด้านการลุกเคลื่อนไหว การเดินได้น้อย การเดินทางเพื่อพาผู้สูงอายุไปตรวจจะก่อให้เกิดความเครียดและเป็นภาระกับผู้ดูแลอย่างมาก ดังที่สมิง ผู้ดูแลพ่อกล่าวว่า “การต้องอยู่โรงพยาบาลสร้างปัญหาเศรษฐกิจมาก ญาติต้องมาอยู่เฝ้า ค่าอาหารแพง รายได้ไม่มี ไม่มีใครดูแลลูกที่ไปโรงเรียน ไม่มีใครทำงานบ้าน ต้องกลับไปกลั้มมาระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล ค่ารถก็แพง หากจัดให้มีบริการดูแลรักษาที่บ้านจะช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวได้มาก”

ส่วนในชุมชนเมือง แม้ว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเลือกใช้บริการได้หลากหลาย แต่ยังคงพบว่ามีความสะดวกและล่าช้าใช้เวลารอคอยนานกว่าจะได้ตรวจ ส่วนผู้ดูแลจะรับผิดชอบพาผู้สูงอายุไปตรวจ ดังที่ป้าฟ้าวัย 75 ปีกล่าวว่า “แม้ว่าโรงพยาบาลอยู่ห่างแค่กิโล (หนึ่งกิโลเมตร) เดินไปได้ แต่ไม่มีใครเดิน ลูกหลานไม่ให้เดิน เขาเป็นห่วง และกลัวเจออุบัติเหตุ...เมื่อเจ็บป่วยจะเลือกไปโรงพยาบาลเอกชนแม้จะอยู่ไกลกว่าโรงพยาบาลหลวง(โรงพยาบาลรัฐบาล) เพราะบริการดี สะดวก รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน เพื่อความสะดวกสบายใจยอมจ่ายเงินเอง จริงๆลูกทำงานเบิกได้ ถ้าไปโรงพยาบาลหลวง”

นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องการให้มีการจัดเตรียมหอผู้ป่วย ห้องน้ำ ที่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น ราวจับเดิน ดังที่ ชง โศผู้ดูแลและผู้สูงอายุ กล่าวว่า “ภายในห้องพักผู้ป่วยและห้องน้ำ ควรมีราวจับให้ผู้สูงอายุเกาะเดิน ช่วยให้ผู้สูงอายุเดินเองและกันหกล้ม” อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องมีความต้องการด้านคุณภาพของบริการการรักษาที่ดีเพราะผู้สูงอายุที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสามารถในการเคลื่อนไหว ลูกนั่งและเดินลดลง การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเป็นสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้สูงอายุ มีโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุ ลื่น หกล้ม ได้สูงขึ้น ทำให้ญาติคาดหวังว่า การมีอุปกรณ์ช่วยเหลือจะสามารถป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้เมื่อเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้เกี่ยวข้องต้องการอยู่เฝ้าดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลา เพราะเป็นผู้ที่ทราบถึงความต้องการและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ และมีความห่วงใยไม่ยอมยกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องการความเสมอภาคในการให้บริการด้วย กล่าวคือ การรักษาโรคเดียวกันในผู้สูงอายุทุกคนควรได้ยาที่เหมือนกัน เพราะทุกวันนี้เจ้าหน้าที่ยังถือปฏิบัติต่างกัน เช่น ป่วยเป็นโรคเดียวกันแต่ได้รับยาต่างกันคนที่เบิกได้จะได้รับยาราคาแพงกว่าคนที่ใช้บัตรสุขภาพ (บัตรผู้สูงอายุ) ดังตัวอย่างที่ ลุง ไร่ อายุ 68 ปี จากชุมชนเมือง กล่าวว่า “ลุงมาตรวจกับเพื่อนเป็นโรคเดียวกัน ความดัน เบาหวาน ได้ยาไม่เหมือนกัน ลุงได้ยาแพงกว่าเพราะเบิกได้ เขาเบิกไม่ได้ ลุงว่าไม่ยุติธรรม...ควรจะได้เหมือน ยาถูกไม่มีคุณภาพ...” ซึ่งสอดคล้องกับการประกาศสิทธิผู้ป่วยของประเทศไทย เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 ในข้อ 2 ที่ระบุว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่เลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ลัทธิทางการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย”(ประภัสสร,2545)

3. เจ้าหน้าที่ที่เพียงพอมีความรู้คู่คุณธรรม ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องต้องการบริการที่มีคุณภาพ โดยกล่าวว่า สถานบริการ ควรมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เฉพาะด้านผู้สูงอายุมารับผิดชอบจัดบริการ โดยตรง มีจำนวนเพียงพอและมีความจริงใจสามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง ดังที่ลุงชิต อายุ 79 ปี ชุมชนเมือง กล่าวว่า “...คนทำงานด้านผู้สูงอายุ ทำงานหลวมเกินไป ขาดผู้รับผิดชอบโดยตรง...คนที่จะทำงานกับผู้สูงอายุต้องมีความรับผิดชอบ” และคำบอกเล่าของลุงพล อายุ 78 ปี จากชุมชนเมือง ที่ว่า “...เจ้าหน้าที่บางคนทำงานด้านผู้สูงอายุไม่มีความจริงใจ บางคนทำงานเพื่อขอตำแหน่งเมื่อได้ตำแหน่งก็ย้ายไปที่อื่น...” อาจเนื่องจากการบริการที่ผู้สูงอายุได้รับ ทั้งในชุมชนชนบทและชุมชนเมืองมีไม่ทั่วถึง และไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ รวมทั้งบริการที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นด้านการรักษา เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการอาจไม่มีความชำนาญด้านผู้สูงอายุ หรือบางรายมีความรู้ความชำนาญแต่ไม่มีเวลาให้คำปรึกษาแนะนำ เพราะต้องรับผิดชอบงานหลายด้าน ดังที่ลุงลอย 72 ปี จากชุมชนเมือง บอกว่า “...เจ้าหน้าที่รับผิดชอบด้านผู้สูงอายุในชนบทเป็นเพียงผดุงครรภ์ มี 3 คนต่อหนึ่งสถานีอนามัย ทำให้ดูแลผู้สูงอายุไม่ทั่วถึง เพราะต้องรับผิดชอบงานด้านอื่นด้วย...เจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้ด้านผู้สูงอายุจริงและมีจำนวนเพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทุกปี” หรือที่ป้าพร อายุ 68 ปี จากชุมชนชนบท บอกว่า “...ไปสถานีอนามัย เค้า (เจ้าหน้าที่) ไม่บอกว่าต้องกินยา ยังกินข้าวยังงิ เราก็กินตามใจปาก

ไม่รู้ว่ามีผลต่อโรคมารู้อเมื่อไปคลินิก ยามหนักไม่ได้ไปตรวจต่อเพราะเค้าไม่บอกว่าจะให้ทำยังไงต่อ...มีอาการกำเริบอีกถูกพาไปคลินิก หมอบอกให้ฟังว่าจะต้องกินยาขัง ใจ กินข้าวขัง ใจ... ฟังแล้วสบายใจ..."

อธิบายได้ว่า เมื่อมารับการตรวจที่โรงพยาบาล ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ต้องการบริการจากเจ้าหน้าที่ที่มีความรับผิดชอบ มีความรู้เฉพาะด้านและมีคุณธรรมเข้าถึงความต้องการของผู้รับบริการ สอดคล้องกับความคิดเห็นของมาลีผู้ดูแลผู้สูงอายุ ชุมชนชนบท ที่บอกว่า "พามาตรวจ ต้องการการบริการที่ดีและรวดเร็วจากผู้ที่เข้าถึงใจคนแก่ เพราะแก่จะเหนื่อยและเพลียง่าย ถ้าไม่จำเป็นไม่อยากพามาโรงพยาบาลเพราะช้ากว่าจะได้ตรวจ" ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวที่ลุงไข่ วัย 68 ปีจากชุมชนเมือง บอกว่า "...เข้าปวดท้องไปโรงบาล (โรงพยาบาล) หมอฉีดยาให้ แต่ไม่หาย...ตอนเที่ยงไปหาหมอ (คนเดียวกันกับที่ตรวจตอนเช้าที่โรงพยาบาล) ที่คลินิก ได้ยาฉีดเหมือนที่ฉีดให้ที่โรงบาล แต่ที่คลินิกหมอบอกให้รู้ว่าเป็นอะไรจะทำอะไรให้...ผลก็คืออาการ (ปวดท้อง) หาย..." และสอดคล้องกับคำกล่าวของลุงพล อายุ 78 ปี จากชุมชนชนบท บอกว่า "...ยาที่ให้กลับไปกินที่บ้าน ไม่บอกวันที่ ซ้อยา...น่าจะบอกว่าขานี้กินแก้อะไร บอกให้ตรงแต่ละตัว (ยาและบอกอาการข้างเคียง) ไม่ใช่ให้มา 3 ตัวบอกว่าเป็นยาลดความดันหมด...จะได้คอยระวังดูแลตัวเองได้..."

4. บริการคลินิกเคลื่อนที่ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเสนอว่าน่าจะจัดบริการสุขภาพเคลื่อนที่ เข้าไปให้บริการถึงชุมชน เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุที่เดิน ไม่ไหว ไม่มีผู้พาไปซึ่งไม่สะดวกในการไปใช้บริการ การจัดหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่จะเป็นอีกวิธีหนึ่งที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการ ได้ง่ายสะดวกทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

การจัดกิจกรรมในคลินิกเคลื่อนที่ ควรมีกิจกรรมที่หลากหลายที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย การให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ การเข้ากลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนการทำอาชีพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การตรวจร่างกาย ระยะเวลาการจัดคลินิกเคลื่อนที่ควรจัดอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง สม่่าเสมอเพราะผู้สูงอายุจะได้เข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอเป็นการติดตามดูแล สร้างเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพ ดังที่จามผู้ดูแล จากชุมชนชนบท กล่าวไว้ว่า "...อยากให้เจ้าหน้าที่เข้ามาทุกเดือนลูกหลาน ได้คุยกับเจ้าหน้าที่ มีปัญหาอะไรก็ได้คุยกัน..." ส่วนผู้สูงอายุส่วนใหญ่ กล่าวเป็นทำนองเดียวกันว่า "ทุกครั้งที่เจ้าหน้าที่เขาเข้ามาว่าจะมาตรวจ มาออกกำลังกาย จะมาร่วมด้วยถ้าไม่ติดงานอื่น คนแก่ที่เดินได้เขาจะมากัน มาแล้วรู้สึกดีได้พบปะเพื่อน พูดคุยกับเพื่อน ได้ออกกำลังกาย แต่เขามาไม่แน่นอน อยากให้มาทุกเดือน " และกาผู้ดูแลจากชุมชนเมืองกล่าวว่า "...รู้สึกดี ปกติแม่เคยเป็นคนเงิบ หลังจากไปเข้ากลุ่มที่ศูนย์ผู้สูงอายุ เห็นแม่กระปี่กระเปร่าขึ้น" ส่วนผู้สูงอายุจากชุมชนเมืองกล่าวว่า "ตั้งแต่มาที่ศูนย์ผู้สูงอายุ มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รู้สึกว่าสุขภาพดีขึ้น ได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกันทำให้สบายใจไม่เหงา"

สรุปจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องรับรู้ปัญหาสุขภาพและการปฏิบัติดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตรงกัน ภาวะและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีลักษณะเหมือนกับผู้สูงอายุโดยทั่วไป อาจมีความแตกต่างกันบ้างในส่วนที่เป็นลำดับของปัญหาสุขภาพและการปฏิบัติดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความต้องการการบริการสุขภาพด้านการรักษาเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ การจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่ตอบสนองความต้องการในระดับสูงสุด ผู้จัดควรจัดบริการแบบเชิงรุก โดยการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และ ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนก่อน รูปแบบการจัดที่ครอบคลุมเป็นองค์รวม ผสมผสานทุกด้านทั้งสร้างเสริม การป้องกัน การฟื้นฟูและการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ควรต้องจัดอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- ชนิษฐา นาคะ. (2542). วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จรัสวรรณ เทียนประสาท, ลีวรรณ อนุทาทิรักษ์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี และ หัสมนต์ คุ่มทวีพร. (2540). ความต้องการการบริการของผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย. วารสารพยาบาลศาสตร์ 5(1), 61-71.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาพรรณ. (2539). รายงานภาวะสุขภาพ : การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย. ปี พ.ศ. 2538. กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาพรรณ และคณะ. (2540). การสำรวจสุขภาพประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไปในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538. วารสารส่งเสริมสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม 20(2), 15-35.
- นงลักษณ์ โมปลอด. (2542). พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ประนอม โอทกานนท์ และ จิราพร เกศพิชญพัฒนา. (2537). ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย, กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภัศร พงศ์พันธุ์พิศาล. (2545). สิทธิผู้ป่วยกับบริการพยาบาล. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง สิทธิผู้ป่วยกับบริการพยาบาล วันที่ 20 มกราคม 2545. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 (ฉบับประชาชน). (2543). กรุงเทพมหานคร: สยามสปอร์ต ซินดิเคท จำกัด.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2535). ความต้องการการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว. วารสารพยาบาล 41 (1), 9 – 18.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี. (2537). สมุดสถิติรายปีประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2544). ความเป็นมาและแนวการดำเนินงาน กรกฎาคม 2544. กรุงเทพมหานคร : เกษมอนันต์ พรินต์ติ้ง จำกัด.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2537). ปรัชญาและแผนกกลยุทธ์ของการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย. จุฬาลงกรณ์วารสาร 38(9), 493-495.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). ประชากรผู้สูงอายุ ตอนที่ 1: สถานการณ์และความสำคัญของผู้สูงอายุ. เอกสารเผยแพร่ ข้อมูลทางการแพทย์และสาธารณสุข สถานการณ์ 25, 1-4.
- เสาวภา วัชรกิติ .(2539). ความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในต่างจังหวัด. รายงานการวิจัย คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- อมรรัตน์ เจริญชัย และคณะ. (2530). ความต้องการของผู้สูงอายุ. วารสารคหเศรษฐศาสตร์ 30(1), 95-98.
- Caffrey, R.A. (1992) Caregiving to the elderly in Northeast Thailand. J. Cross Cultural Gerontol. 7, 117-134.
- Collins, C.E., Butler, F.R, & Gueldner, S.H. (1997). Models for community-based : long-term care for the elderly in a changing health system . Nursing Outlook 45(2), 59 – 63.
- Eliopoulos, C. (1997). Gerontological nursing (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.