

การให้บริการผู้สูงอายุไทยในสถานบริบาลในเขตกรุงเทพมหานคร Services for the Thai Elderly Provided by Nursing Homes in Bangkok

อัครกิติ พัทฒนสัมพันธ์¹ และศิริประภา แจ้งกรณ¹
Akarakrit Pattanasumpan¹ and Siriprapha Jangkorn¹

¹คณะวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้บริการผู้สูงอายุไทยในสถานบริบาลในเขตกรุงเทพมหานคร การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลักในครั้งนี้ คือ เจ้าของผู้ประกอบการในสถานบริบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 15 ท่าน โดยใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการวิจัย ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการสร้างข้อสรุปจากการวิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบข้อมูล

ผลการวิจัย พบว่า การให้บริการผู้สูงอายุไทยในสถานบริบาลในเขตกรุงเทพมหานคร มี 5 ด้าน ได้แก่ การให้บริการด้านการดูแล การให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การให้บริการ การให้บริการด้านการฟื้นฟู การให้บริการด้านจิตใจ และการให้บริการด้านสังคม โดยด้านการดูแลประกอบไปด้วย 7 ด้าน คือ การดูแลทรัพย์สินโดยการเขียนสัญญาเพื่อป้องกันการสูญหาย การดูแลผู้สูงอายุด้วยกล้องวงจรปิด ระบบอิเล็กทรอนิกส์ในการควบคุมการเข้า-ออก ตรวจสอบอุบัติเหตุต่าง ๆ ในร่างกายผู้สูงอายุ อุปกรณ์ช่วยเตือนการรับประทานยา อุปกรณ์การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการเตือนภัยโดยเฉพาะเกี่ยวกับอัคคีภัย ด้านการรักษาพยาบาลประกอบไปด้วย 4 ด้านคือการรักษาผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การรักษาดูแลระยะสุดท้าย และการรักษาดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ด้านการฟื้นฟูใน ประกอบไปด้วย 5 ด้าน คือ มีการวางแผนการฟื้นฟูอย่างเหมาะสม การส่งเสริมสุขภาพที่ดีจากภายในสู่ภายนอก การพัฒนาทักษะผู้สูงอายุเพื่อเป็นการกระตุ้นสมอง ส่งเสริมเจ้าหน้าที่ที่นักร่างกายบำบัดหรือผู้ดูแลเฉพาะด้าน และการให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลฟื้นฟูร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ด้านจิตใจ ประกอบไปด้วย 5 ด้าน คือ การวางแผนพิจารณาเรื่องเกี่ยวกับความต้องการทางจิตใจของผู้สูงอายุ รูปแบบการบริการดูแลทางด้านจิตใจต้องปรับให้ทันต่อยุคสมัยเสมอ เครื่องมือแปลผลและอ่านสภาวะต่าง ๆ เกี่ยวกับเรื่องจิตใจ การดูแลสภาพจิตใจด้วยหุ่นยนต์ และการอยู่กับคนใกล้ชิดหรืออยู่กับเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน ด้านสังคม ประกอบไปด้วย 4 ด้าน คือ การมีมาตรฐานในการดูแลทางสังคมของผู้สูงอายุ การส่งผู้ดูแลทางสังคมไปประจำบ้าน การนำลูกหลานมาช่วยดูแลผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การให้บริการ สถานบริบาล

Abstract

This research has the purpose to study services provided by nursing homes in Bangkok for the Thai elderly. This study was a qualitative research conducted by means of in-depth interviews. The key informants were 15 nursing home business owners. Data analyses were performed by making conclusions based on content analysis and data comparison.

The results show that the services can be categorized into 5 groups as follows: 1) nursing care services; 2) healthcare services; 3) rehabilitation services; 4) psychological services; and 5) social services. 1) Nursing care consists of 7 aspects: the care of assets and property by writing a contract, theft/loss prevention, monitoring of the elderly with CCTV, Electronic Access Control System, Accident Measurement in the Elderly Body, medication reminders, assistance with locomotion, and especially fire alarms. 2) Healthcare consists of 4 aspects: acute treatment, treatment of chronic disease, palliative/end-of-life care and self-healing care. 3) Rehabilitation consists of 5 aspects: proper rehabilitation planning, good internal health promotion, aging skills development to stimulate the brain, the promotion of specialized staff such as physiotherapists or caregivers, and provision of knowledge about the physical and mental rehabilitation of the elderly. 4) Psychological services consists of 5 aspects: planning and consideration to meet the mental and emotional needs of the elderly, frequent adjustments to the form of mental health care services to keep up with the times, use of tools to interpret and read the state of mind of the elderly, therapy robots, and being with someone close or with a peer; and 5) social services consists of 3 aspects: the standard of social care for the elderly, the delivery of social care workers to the home, and recruitment of children or grandchildren to help care for the elderly.

Keywords: Elderly People, Service, Nursing Home

บทนำ

บริบทของโลกในอนาคต ปัจจัยทางด้านจำนวนประชากรโลกเป็นปัจจัยสำคัญ โดยตัวเลขคาดการณ์ในปี ค.ศ. 2050 ประชากรจะมีเพิ่มขึ้นเป็น 9,300 ล้านคน และทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนไปสู่โครงสร้างผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะในแถบทวีปเอเชีย ส่งผลให้เกิดการย้ายแรงงานข้ามชาติ สมองโหล โครงสร้างการผลิตเปลี่ยนจากการใช้แรงงานมาเป็นใช้องค์ความรู้เทคโนโลยี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ม.ป.ป.) องค์การสหประชาชาติ ได้เล็งเห็นความสำคัญของประชากร ซึ่งเป็นตัวแปรหลักที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาวะต่าง ๆ จึงได้กำหนดให้วันที่ 11 กรกฎาคมของทุกปีเป็นวัน “ประชากรโลก” (United Nations, 2008) โดยรายงานสถิติกรมเศรษฐกิจและสังคมขององค์การสหประชาชาติ พบว่า ประชากรโลกมีจำนวน 6,895 ล้านคน ขณะเดียวกันเมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุโลก ในปี ค.ศ. 2010 มีจำนวน 865 ล้านคน หรือคิดเป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง ร้อยละ 21.4 และผู้สูงอายุเพศชาย ร้อยละ 18.6 ตัวเลขคาดการณ์การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุโลก ในปี ค.ศ. 2020 จำนวนประชากรผู้สูงอายุโลกโดยรวมเพิ่ม 1,000 ล้านคน (United Nations, 2011)

จากจำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้สร้างความวิตกกังวลให้กับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ส่งผลให้ประเทศต่าง ๆ พยายามที่จะศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้น เพื่อพัฒนาประเทศของตนให้มีคุณภาพ เมื่อต้องเปลี่ยนสภาพเป็น “สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ” (Orem, 2001) หรือแม้แต่ ประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ ออสเตรเลีย สวีเดน สิงคโปร์ ญี่ปุ่น ล้วนตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น เพราะบทบาทและความสำคัญของผู้สูงอายุในสังคมมักถูกจำกัดให้ลดลง เนื่องจากถูกมองว่าสุขภาพไม่แข็งแรง เกิดภาวะความเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย การสื่อสารกับคนทั่วไปทำได้ลำบาก มีผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีประโยชน์หมดคุณค่าและเป็นภาระให้ลูกหลาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยพึ่งตนเอง หรือเป็นที่พึ่งให้สมาชิกในครอบครัว ต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้รับความช่วยเหลือ ถ้าผู้ใกล้ชิดไม่ให้ความสนใจ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเองได้ (Mason and Lee, 2004) จากสถานการณ์เช่นนี้ ทำให้หลายประเทศได้กำหนดมาตรการแก้ไขปัญห และมีการวางแผนเตรียมรับมือกับสถานการณ์ที่อาจจะต้องเผชิญ เพื่อดูแลผู้สูงอายุในด้านสวัสดิการของผู้สูงอายุ การแพทย์ ยารักษาโรค การดูแลชีวิตความเป็นอยู่ เพื่อที่ตั่งรับและอุดหนุนไว้ที่มีอยู่ได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง (World Health Organization, 2010) ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องเผชิญกับปัญหา ในการดำรงชีวิตในด้านต่าง ๆ หลายประการ ตั้งแต่ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยง

ในระดับน้อยถึงระดับมากที่สุด จนทำให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือทุพพลภาพ ซึ่งส่วนใหญ่สาเหตุมาจากพฤติกรรมกรบริโภคและวิถีการดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสม ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม ประเพณี วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งไม่เอื้อต่อการดำรงชีวิต เป็นผลกระทบมาจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะความยากจน รวมทั้งมีแนวโน้มที่ต้องอยู่ตามลำพังและพึ่งตนเองมากขึ้น นอกจากนี้จากรายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ซึ่งได้มีการวัดความรู้ด้านวงจรชีวิตกระบวนการชรา และความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเมื่ออายุสูงอายุของประชากรอายุระหว่าง 40 ปี แต่ไม่ถึง 60 ปี ทั่วประเทศ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 31.2 ที่มีความรู้ด้านดังกล่าว และจากการสำรวจการปฏิบัติการเตรียมตัวเพื่อวัยสูงอายุในด้านการเงิน สุขภาพ จิตใจ การใช้ชีวิตในวัยสูงอายุ และผู้ดูแล การศึกษาธรรมะหรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมการด้านต่าง ๆ เพื่อวัยสูงอายุต่ำกว่าเป้าหมายของแผนฯ ที่ตั้งไว้ร้อยละ 50 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552)

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (2550) ได้ให้ความหมายของ คำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึงบุคคล ซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยผู้สูงอายุสามารถแบ่งได้ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ช่วยตนเองได้ดี เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้โดยอิสระ และมักเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน เป็นผู้ที่มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1-2 โรค แต่ควบคุมได้ และด้านสังคม กลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถและประสงค์ที่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม สามารถช่วยเหลือครอบครัว ผู้อื่น และสังคมได้ กลุ่มที่ 2 ติดสังคม กลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน มีหลายโรค และมีกลุ่มอาการสำคัญของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการไปมาได้โดยอิสระในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมชัดเจน และมีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานหรือต่อเนืองบางประการ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างบางส่วน กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุในกลุ่มติดเตียง ข้อมูลจากพื้นที่ศึกษามีกลุ่มย่อยเป็นกลุ่มติดเตียงและกลุ่มระยะสุดท้าย โดยผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย หรือการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่น และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค และมีภาวะ แทรกซ้อน หรือภาวะเปราะบางในด้านสุขภาพ

คณะกรรมการจัดเวทีสมัชชาผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2551) พบว่า ครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันเกิดการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวที่ประกอบด้วย ปู่ย่า ตายาย พ่อแม่ และลูกหลาน อาศัยอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวขนาดใหญ่ กลายเป็นระบบครอบครัวเดี่ยว นับวันจะยิ่งเล็กลงเรื่อย ๆ จนบางครอบครัวไม่มีผู้สูงอายุหรือบางครอบครัวมีแต่ผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพัง หรืออยู่กับหลานตัวเล็ก ๆ ปัจจุบันหลายครอบครัวขาดบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากต้องออกไปทำงานนอกบ้าน รวมถึงผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงคนอื่นนั้นเพราะมีปัญหาด้านสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแล

แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและเจ็บป่วยเรื้อรัง นำไปสู่ความต้องการการดูแลแบบต่อเนื่องและการดูแลระยะยาว แต่การดูแลในครอบครัวในปัจจุบันประสบปัญหายุ่งยากมากขึ้น จากสภาพเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้านทำให้ผู้สูงอายุขาดคนดูแล ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงจึงได้มีการพัฒนารูปแบบการบริการผู้สูงอายุในสถาบันมากขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการที่มีอยู่สถานบริบาลผู้สูงอายุเป็นลักษณะการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง ให้การดูแลผู้ที่มีความต้องการการดูแลในระดับสูง จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่ายังไม่มีบริการในภาครัฐ มีแต่การบริการโดยภาคเอกชน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, และเตือนใจ ภัคตีพรหม, 2552) ตัวเลขจากการสำรวจในภาพรวมในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องอาศัยญาติดูแล จำนวน 85,423 คน ต้องจ้างผู้ช่วยดูแล มีทั้งสิ้น 36,610 คน ต้องการการดูแลระดับปานกลาง 16,271 คน ต้องการการดูแลอย่างมาก จำนวน 48,813 คนซึ่งตัวเลขคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2558 คาดว่าจะมีความต้องการการดูแลระดับมากเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 3 เท่าของความต้องการดูแลระดับปานกลาง โดยมีจำนวนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องอาศัยญาติดูแล จำนวน 95,865 คน ต้องจ้างผู้ช่วยดูแล มีทั้งสิ้น 42,607 คน ต้องการการดูแลระดับปานกลาง จำนวน 16,271 คน ต้องการการดูแลอย่างมาก จำนวน 79,888 คน และจากตัวเลขคาดการณ์ดังกล่าวแสดงถึงจำนวนของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลจากสถานบริบาลมีจำนวนมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2553)

จากปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่ายิ่งประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยมากเท่าไร ผู้สูงอายุยิ่งมีความต้องการสถานบริบาลดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นเท่านั้น เพราะผู้สูงอายุจะมีหลายช่วงอายุ อีกทั้งสถานบริบาลที่ดูแลผู้สูงอายุนั้น ยังแบ่งรูปแบบการให้บริการได้หลายประเภท แต่ละประเภทก็มี

รูปแบบการให้บริการที่ต่างกัน ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาวิจัย เรื่องการให้บริการผู้สูงอายุไทยในสถานบริบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการให้บริการผู้สูงอายุไทยในสถานบริบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การให้บริการผู้สูงอายุไทยในสถานบริบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ การพยาบาลแบบองค์รวม (Cowling, 2011) โดยเชื่อมโยงกับบริบททางสังคมของผู้สูงอายุจากแนวคิดของ George (2002), Watson (2005, 2008), George (2010), Orem and Taylor (2011) and Hutcheon (2012) รูปแบบความต้องการให้บริการผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ 1. การให้บริการด้านการดูแล 2. การให้บริการด้านการรักษาพยาบาล 3. การให้บริการด้านการฟื้นฟูสภาพ 4. การให้บริการด้านจิตใจ และ 5. การให้บริการด้านสังคม

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นเจ้าของหรือผู้ประกอบการในสถานบริบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 31 แห่ง (ศิริราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง, 2556) โดยผู้ให้ข้อมูลมีลักษณะภายในคล้ายกันหรือเป็นอันดับเดียวกัน (Homogeneous) มากที่สุด ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีส่วนในการวางแผนนโยบาย การบริหารงาน หรือมีประสบการณ์ในการเปิดสถานบริการรับดูแลผู้สูงอายุ ไม่ต่ำกว่า 5 ปีจำนวน 15 ท่าน จาก 15 แห่ง

วิธีดำเนินการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ ที่ได้มาจากการวิจัยเอกสารโดยศึกษาวิเคราะห์เกี่ยวกับกับการให้บริการผู้สูงอายุไทยในสถานบริบาลในเขตกรุงเทพมหานครทั้งนี้ แบบสัมภาษณ์จะใช้คำถามแบบปลายเปิด (Open-ended) เพื่อให้ผู้สัมภาษณ์ให้ข้อมูลที่มีรายละเอียดทุกแง่มุมเกี่ยวกับกับการให้บริการผู้สูงอายุไทยในสถานบริบาลในเขตกรุงเทพมหานคร วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) จากตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposing Sampling) ร่วมกับการสุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling)

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนและวิธีการดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษาเทคนิคและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้เป็นมาตรฐานและได้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริง

ขั้นที่ 2 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 3 นำแบบสัมภาษณ์ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยการสัมภาษณ์ จำนวน 15 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์มาดำเนินการสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยทำการจัดหมวดหมู่ของข้อมูล หาความสัมพันธ์ของข้อมูลที่เกิดขึ้นรวบรวมมา และตรวจสอบจนสามารถใช้เป็นข้อสรุปได้ ซึ่งวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกได้ 3 วิธี ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสร้างข้อสรุป ซึ่งข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์เป็นข้อความบรรยาย (Descriptive) ที่ได้จากการสังเกตสัมภาษณ์ และจดบันทึก

2. การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลที่ได้จากเอกสารการทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำใช้ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลภาคสนาม

3. การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Constant Comparison) โดยการนำข้อมูลที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมได้นำมาแยกเปรียบเทียบกับกับการให้บริการผู้สูงอายุไทยในสถานบริบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการวิจัย

จากการสัมภาษณ์เจ้าของหรือผู้ประกอบการในสถานบริบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 15 ท่าน พบว่าการให้บริการผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็นพื้นฐาน 5 ด้าน ได้แก่ ดังนี้

1. การให้บริการด้านการดูแล พบว่า สิ่งที่เหมาะสมที่สุดคือการช่วยผู้สูงอายุ ในการดูแลทรัพย์สิน โดยการเขียนสัญญา เพื่อป้องกันการสูญหาย มีการให้บริการกระบวนการที่เหมาะสมต่อการอินทรีย์สินต่าง ๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคสมองเสื่อม (Alzheimer) พบว่ามีการดูแลผู้สูงอายุด้วยกล้องวงจรปิดและมีระบบอิเล็กทรอนิกส์ในการควบคุมการเข้า-ออก ตรวจจับวัตถุผิดปกติเหตุต่าง ๆ ในร่างกายผู้สูงอายุ อุปกรณ์ช่วยเตือนการรับประทานยา อุปกรณ์การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการเตือนภัยโดยเฉพาะเกี่ยวกับอัคคีภัย

2. การให้บริการด้านการรักษาพยาบาล พบว่า มีการแบ่งประเภทการรักษาพยาบาล ออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน

2.2 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2.3 การดูแลระยะสุดท้าย

เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มี การแบ่งการรักษาอย่างชัดเจน และผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยต้องมีการเฝ้าติดตามตลอด 24 ชั่วโมง อย่างใกล้ชิด (Tele monitoring) เช่น การนำเครื่องมือสื่อสารเช่น มือถือ (Mobile) ที่เรียกว่า M Health (Mobile health) นำมาติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้สูงอายุ รวมทั้งมีเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลไปฝึกผู้สูงอายุในการใช้งานเทคโนโลยีต่าง ๆ เพื่อความสามารถในการดูแลได้ดียิ่งขึ้น ในอนาคตการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self-care management) เช่น การวัดความดันเลือดและส่งผลไปยังทีมแพทย์ เพื่อรับคำแนะนำตลอดจนการควบคุมอาหาร เป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและรักษา

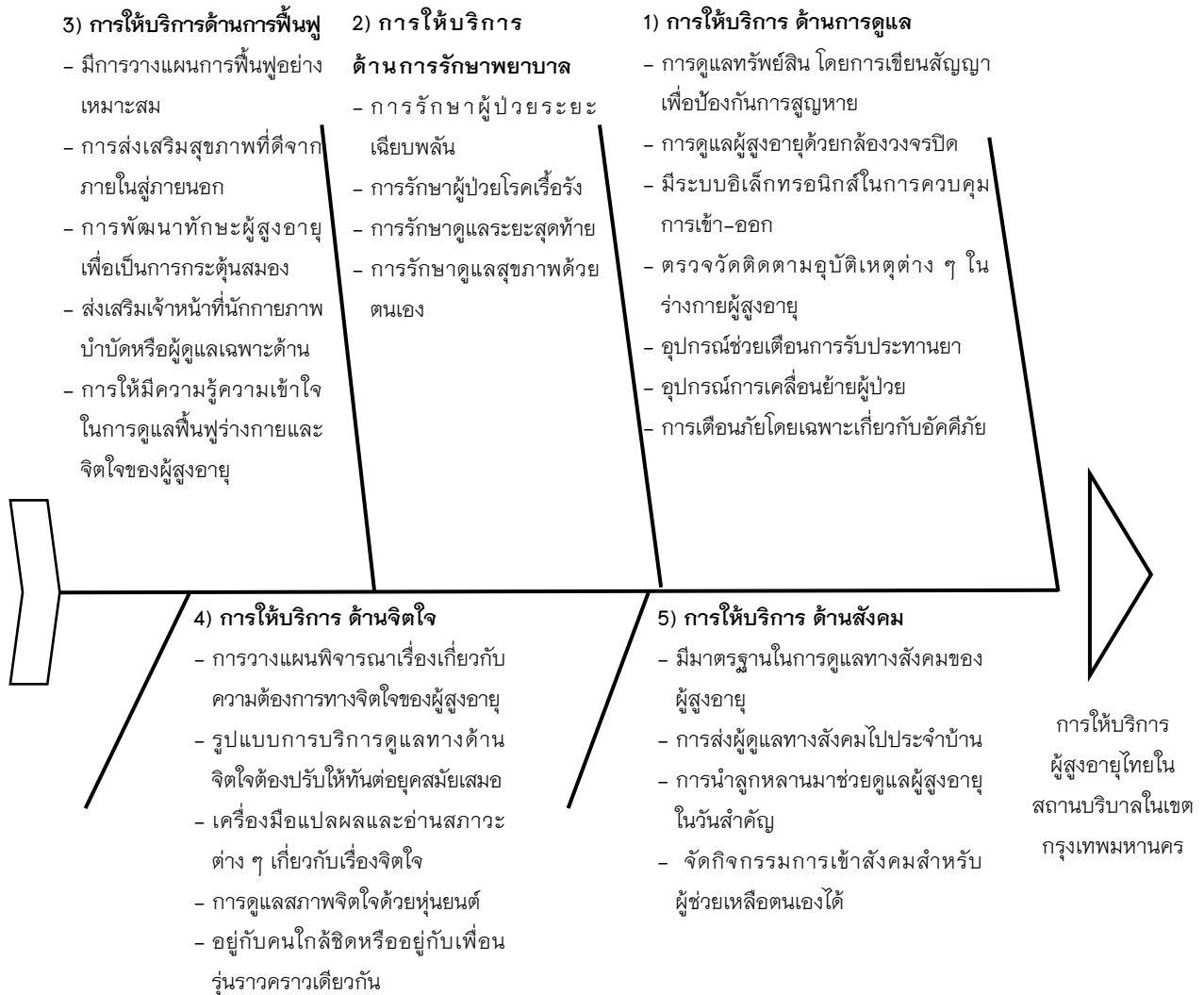
3. การให้บริการด้านการฟื้นฟู พบว่า การช่วยให้มีการวางแผนการฟื้นฟูอย่างเหมาะสม นักกายภาพบำบัดกับแพทย์เจ้าของไข้ นั้นประเมินหรือทำงานร่วมกัน สำหรับการชะลอวัย เป็นศาสตร์ในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีจากภายในสู่ภายนอก (Health promotion) ช่วยให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพในอนาคต ทั้งนี้การฟื้นฟูต้องอาศัยเทคโนโลยีมาช่วยด้วยเช่นกัน โดยเป็นการเรียนรู้ขั้นตอนการกายภาพบำบัดผ่านทางวีดิทัศน์หรือ สื่อต่าง ๆ การพัฒนาทักษะผู้สูงอายุในอนาคตมีเพิ่มไว้ เช่น การฝึกเล่นเทคโนโลยีหรือการทำอาหาร เพื่อเป็นการกระตุ้นสมองให้การคิดสั่งการทุกวันเพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อม เพื่อประสิทธิภาพในการฟื้นฟู ควรมีสถานบันที่ส่งเสริมเจ้าหน้าที่

นักกายภาพบำบัดหรือผู้ดูแลเฉพาะด้านซึ่งสำคัญมาก เพื่อความเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุเอง เจ้าหน้าที่ต้องมีความใส่ใจดูแล อย่างเต็มใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้และสอดคล้องกับเทคโนโลยีที่ก้าวล้ำเสมอ ในอนาคตการฟื้นฟูสามารถทำเป็นกลุ่มภายในหมู่บ้านได้ การนัดรวมกลุ่มผู้สูงอายุมาร่วมกันฟื้นฟูร่างกายให้เกิดความแข็งแรง ไม่เกิดการเจ็บป่วย โดยการส่งเจ้าหน้าที่เข้าไปในหมู่บ้าน เพื่อไปออกแบบการทำกายภาพ การฟื้นฟูกล้ามเนื้อ พร้อมทั้งสอนลูกหลานในหมู่บ้านให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลฟื้นฟูร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน เพราะการที่ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่สถานบริการและไปเริ่มทำความรู้จัก ปรับตัวกับกลุ่มคนกลุ่มใหม่ อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องการ ส่งผลให้การทำกิจกรรมฟื้นฟูไม่ได้ประสิทธิผล

4. การให้บริการด้านด้านจิตใจ พบว่า สภาวะต่าง ๆ ในสังคมอนาคตมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จะต้องพิจารณาเรื่องเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนไปเป็นหลัก เนื่องจากผู้สูงอายุมีสภาวะการดูแลทางด้านเรื่องจิตใจต่างกัน รูปแบบการบริการดูแลทางด้านจิตใจต้องปรับให้ทันต่อยุคสมัยเสมอ ในอนาคตสังคมไทย มีผู้สูงอายุจำนวนมากขึ้น การวางแผนดูแลทางด้านจิตใจถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ การที่มีเครื่องมือที่สามารถแปลผลและอ่านสภาวะต่าง ๆ เกี่ยวกับเรื่องจิตใจเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ทำให้ทราบถึงสภาพจิตใจของผู้สูงอายุได้ รูปแบบการบริการหุ่นยนต์ เช่น “หุ่นยนต์ดินสอมินิ” สร้างโดยฝีมือคนไทยเป็นตัวอย่างที่ดีต่อการดูแลสภาพจิตใจของผู้สูงอายุในอนาคต เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอิสระ ไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา และโปรแกรมให้หุ่นยนต์สามารถบรรเลงเพลง ธรรมะ และภาพยนตร์ต่าง ๆ รวมทั้งการโปรแกรมให้มีปฏิริยาโต้ตอบผู้เสมือนจิตใจ เข้าใจอารมณ์ของผู้สูงอายุ เน้นเรื่องการ ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง การที่ผู้สูงอายุได้อยู่กับคนใกล้ชิด หรืออยู่กับเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน ก็ทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องรู้สึกปรับตัวมากนักและเข้าใจสภาพของร่างกาย ซึ่งเป็นรูปแบบบริการทางจิตใจที่สำคัญในอนาคต

5. การให้บริการด้านสังคม พบว่า ต้องคำนึงถึงมาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุหรือการส่งผู้ดูแลไปประจำบ้าน เพื่อการรับรองว่าผู้สูงอายุไม่ถูกกีดกันทางสังคม ในการนำลูกหลานมาช่วยดูแลผู้สูงอายุ ในวันสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกเกิดการแยกตัวออกจากสังคม ในอนาคตต้องจัดสถานบริการผู้สูงอายุให้ครบวงจร แบ่งตามระดับการช่วยเหลือตนเอง ได้แก่ ระดับที่ 1 ช่วยเหลือตนเองได้ ให้จัดกิจกรรมการเข้าสังคม มีการออกกำลังกาย ระดับที่ 2 ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย ให้จัดกิจกรรมการเข้าสังคมลดน้อยลง มีแพทย์พยาบาลประจำ และระดับที่ 3

ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ พยาบาล อาจต้องลดการเข้าสังคมไปก่อน



ภาพที่ 1 การให้บริการผู้สูงอายุไทยในสถานบริบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

อภิปรายผลการวิจัย

สถานบริบาลที่ดูแลผู้สูงอายุนั้นมีอิทธิพลต่อการการเลือกรูปแบบบริการของสถานบริบาลเป็นอย่างมาก และจากข้อมูลในการสัมภาษณ์ พบว่า การให้บริการดูแลผู้สูงอายุไทยในเขตกรุงเทพมหานครมีหลายแห่งที่ได้นำเอาเทคโนโลยีที่หลากหลายเข้ามาช่วยในการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการให้บริการดูแลผู้สูงอายุไทยในอนาคตนั้นต้องมีการอบรมบุคคลากรให้มีความพร้อม มีความรู้ที่เฉพาะด้านเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ดังนั้น ความเป็นเจ้าของ

สถานบริบาลจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการให้บริการ โดยเฉพาะภาคเอกชนซึ่งมีความเป็นไปได้มากกว่าภาครัฐที่ต้องรองงบประมาณ ต้องรอการตัดสินใจที่มีขั้นตอนที่ยืดยากกว่า ทั้งนี้ผู้สูงอายุตัดสินใจเลือกรูปแบบบริการที่สมบูรณ์จากสถานบริบาลที่ครบวงจรซึ่งการให้บริการผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็นพื้นฐาน 5 ด้านได้แก่

1) การให้บริการด้านการดูแล จากการสัมภาษณ์เจ้าของหรือผู้ประกอบการในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนเครื่องมือที่ใช้ส่วนตัวของผู้สูงอายุเอง ซึ่งเป็นพื้นฐานการดูแลผู้สูงอายุมถึงมีการใช้เทคโนโลยีในการดูแลรักษา ความปลอดภัยและสุขภาพตลอด 24 ชั่วโมง สอดคล้องกับ Barker and Bullock (2005) ได้กล่าวไว้ การดูแลผู้สูงอายุต้องมีมาตรฐานที่เหมาะสม ได้แก่ การดูแลสุขภาพอนามัย และระบบการแจ้งเตือน ไม่ว่าจะ เป็นเรื่องสุขภาพ หรือความปลอดภัยในทรัพย์สินต่าง ๆ

2) การให้บริการด้านการรักษาพยาบาล เจ้าของหรือผู้ประกอบการ ให้ความเห็นว่าการดูแลรักษาพยาบาล ต้องแบ่งระดับผู้ป่วยให้ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งเป็นหลักการประเมินพื้นฐานของรูปแบบ การดูแลรักษาพยาบาล สอดคล้องกับ Campbell, Ikegami and Gibson (2010) ได้กล่าวไว้ว่าการดูแลรักษาพยาบาล การประเมินระดับของผู้ป่วยเป็นส่วนที่ช่วยให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในการรักษานั้นต้องอาศัยผู้ชำนาญการผู้สูงอายุโดยตรง เพราะต้องเข้าใจถึงสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ในการรักษาหรือการเฝ้าดูสุขภาพผู้ป่วย เทคโนโลยีมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งเพราะช่วยให้แพทย์ผู้รักษาได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับ Kirk and Mahon (2010) ได้อธิบายว่าในการรักษาพยาบาล แพทย์หรือผู้ที่ดูแลต้องได้รับข้อมูลทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ถูกต้องและทันที เพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

3) การให้บริการด้านการฟื้นฟู เจ้าของหรือผู้ประกอบการ ให้ความเห็นว่าจะไม่ว่านักกายภาพหรือผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านการฟื้นฟูต้องมีความชำนาญในเฉพาะด้าน และมีการทำงานร่วมกันเพื่อการฟื้นฟูสภาวะต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่ง Juthberg, Eriksson, Norberg and Sundin (2010) ได้กล่าวไว้ว่า การฟื้นฟูผู้ป่วยต้องอาศัยความชำนาญในแต่ละด้าน การฟื้นฟูด้วยการกายภาพบำบัดและจิตใจเป็นขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ส่วนการสนทนาการเป็นการฝึกกระตุ้นสมอง ช่วยป้องกันโรคสมองเสื่อมได้ สอดคล้องกับ Kovacic, Moreno, Nabel, Hachinski and Fuster (2011) ได้กล่าวไว้ว่า กิจกรรมในการสร้าง ความผ่อนคลายผู้สูงอายุ เช่น การวาดภาพ การร้องเพลง หรือกิจกรรม คลายเครียดต่าง ๆ ช่วยให้เสริมสร้างและกระตุ้นสมองได้

4) การให้บริการด้านจิตใจ จากการสัมภาษณ์ผู้เจ้าของหรือผู้ประกอบการ อธิบายได้ดังนี้ ในด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีความต้องการที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุเองหรือปัจจัยต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ ฐานะรายได้ สภาพครอบครัว เป็นต้น ส่วนใหญ่ด้านจิตใจ ควรเป็นเรื่องของความสงบ ซึ่งกิจกรรมทางศาสนามีส่วนช่วยได้ดี สอดคล้องกับ Wittink, Joo, Lewis and Barg (2009) ได้กล่าวว่าไว้ ผู้สูงอายุ มีสภาวะทางด้านจิตใจแตกต่างกันเนื่องด้วยมาจากประสบการณ์ที่แตกต่างกัน เช่น จากการทำงาน สถานภาพของผู้สูงอายุ และสภาวะทางสังคม เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้สูงอายุแตกต่างกันจึงต้องอาศัยการปฏิบัติที่เหมาะสมและตรงต่อสภาวะของผู้สูงอายุเอง

5) การให้บริการด้านสังคม จากการสัมภาษณ์เจ้าของหรือผู้ประกอบการ มีประเด็นสำคัญ ดังนี้ การบริการการดูแลทางสังคมต้องอาศัยศิลปะในการรักษา ต้องทำให้ผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับสังคมเดิม โดยไม่รู้สึกว่าถูกลดทอนทิ้ง สอดคล้องกับ Harkreader, Hogan and Thobaben (2007) ได้กล่าวว่าไว้ว่า การดูแลทางสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุนั้นเกิดการยอมรับและไม่รู้สึกว่าถูกกีดกันทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีการเข้าสังคมน้อยลง การบริการด้านสังคมเกี่ยวกับเรื่องการท่องเที่ยวนอกสถานที่ร่วมเดินทางกับผู้อื่นเป็นผลให้ผู้สูงอายุช่วยให้ปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับ Gues (2010) ได้กล่าวว่าไว้ว่า การบริการเกี่ยวกับการเดินทางไปนอกสถานที่ เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. นำรูปแบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้ง 5 ด้านนี้ ได้แก่ การให้บริการด้านการดูแล การให้บริการการรักษาพยาบาล การให้บริการการฟื้นฟู การให้บริการด้านจิตใจและการให้บริการด้านสังคม ไปปฏิบัติได้ทันที เนื่องจากการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ต้องมีการดูแลการให้บริการให้ครบ 5 ด้าน โดยต้องคำนึงถึงปัจจัยของผู้สูงอายุ เพื่อความเหมาะสมต่อการปฏิบัติดูแลและการให้บริการ เช่น ปัจจัยด้านรายได้ของผู้สูงอายุผู้ปฏิบัติต้องคำนึงรายละเอียดในการดูแลรักษาพยาบาล ว่าผู้สูงอายุมีโรคหรือไม่ ถ้ามีโรคควรรักษาในระดับใด ซึ่งการรักษาพยาบาลแบ่งออกเป็น การรักษาระยะเฉียบพลัน โรคเรื้อรัง หรือเป็นการดูแลระยะสุดท้าย เพื่อเป็นทางเลือกในการรักษาที่เหมาะสม สำหรับการรักษาดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุเป็นส่วนที่ช่วยลดภาระในการดูแลได้อย่างมาก ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยของผู้สูงอายุด้วย เช่น อายุ ความสามารถในการเรียนรู้ และสภาพร่างกาย เป็นต้น

2. สร้างความร่วมมือร่วมมือกับภาครัฐและเอกชน เพื่อกำหนดมาตรฐานในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การให้บริการด้านการดูแล การให้บริการด้านรักษาพยาบาล การให้บริการด้านฟื้นฟู การให้บริการด้านจิตใจและการให้บริการด้านสังคม ให้เกิดเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน ปัญหาของภาครัฐและเอกชน คือการขาดการพัฒนาในรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน ภาครัฐมีอำนาจตามตัวบทกฎหมายและระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ แต่ปัญหาก็คือ ขาดประสิทธิภาพของระบบการบริหารงาน และมีความล่าช้า จึงทำให้กลายเป็นอุปสรรค ส่วนภาคเอกชน ถึงแม้ประสิทธิภาพในการบริหารงานสูงกว่า แต่ก็มุ่งแสวงหากำไรโดยไม่รับผิดชอบต่อสังคม ภาครัฐควรกำหนดกฎระเบียบที่เอื้อต่อภาคเอกชนที่รักษาผลประโยชน์ต่อสังคม โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การลดภาษี หรือการอำนวยความสะดวกจากการบริการสาธารณะ เป็นต้น และภาครัฐมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจากกฎระเบียบที่เคร่งครัด ให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น โดยอาศัยการหาพันธมิตรทางธุรกิจ โดยการเรียนรู้ระบบการบริหารงานจากภาคเอกชน ดังนั้นทั้งภาครัฐและเอกชนจำเป็นต้องเรียนรู้และปรับตัวเข้าหากัน เป็นส่วนที่ช่วยในการผลักดันให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุในอนาคตต่อไปได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการให้บริการผู้สูงอายุไทยในสถานบริบาลในเขตกรุงเทพมหานคร สำหรับการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาการบริการผู้สูงอายุในต่างประเทศ เพื่อเปรียบเทียบและเพื่อการพัฒนา รูปแบบการบริการให้ดีที่สุด เนื่องจากในต่างประเทศนั้นมีปัจจัยทางด้านเทคโนโลยีที่สำคัญต่อรูปแบบการบริการผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลและลดภาระต่าง ๆ ได้

2. การศึกษาวิจัยการให้บริการผู้สูงอายุไทยในสถานบริบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ใช้วิธีการวิจัยแบบผสม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงปริมาณที่ชัดเจนประกอบการพิจารณาแก้ไขเพิ่มเติมการให้บริการผู้สูงอายุไทยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการจัดเวทีสมัชชาผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2551).
ศักยภาพผู้สูงอายุพลังสร้างสรรค์สังคมไทย. ใน *เวทีสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ*. กรุงเทพฯ:
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- ศิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง. (2556). *ผลกระทบและภาวะ
การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์, และเตือนใจ ภัคศิพรหม. (2552, มกราคม-มีนาคม). ระบบสถานพยาบาลผู้สูงอายุ.
วารสารประชากรศาสตร์, 25(1), 45-62.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2553). ทิศทางและแนวโน้มในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. *วารสารสหการพยาบาล*,
25(3), 5-10.
- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). *ข้อมูลการขึ้นทะเบียนขอ
อนุญาตดำเนินการกับกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม*. สืบค้น 18 พฤษภาคม 2560, จาก
http://61.19.50.36/dsdwebold/index.php?option=com_content&view=article&id=112&Itemid=158&lang=th
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). *สถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2550). *ผู้สังคมไม่ทอดทิ้งกัน บนเส้นทางสร้างสรรค์สภาพแวดล้อม
ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.
- Barker, A., & Bullock, R. (2005). Delayed discharge in older people's mental health beds. *Old Age
Psychiatrist Newsletter*, 9(13).
- Campbell, J. C., Ikegami, N., & Gibson, M. J. (2010). Lessons from public long-term care insurance
in Germany and Japan. *Health Affairs*, 29(1), 87-95.
- Cowling, W. R. (2011). The global presence of holistic nursing. *Journal of Holistic Nursing*, 29(2),
89-90.
- George, J. B. (2010). *Nursing theories*. New Jersey: Prentice Hall.
- George, J. M. (2002). The synucleins. *Genome Biol*, 3(1).
- Gues, L. W. (2010). Assessment of the older adults. In K. L. Mauk (Ed.), *Gerontological nursing:
Competencies for care*. Boston: Jones and Bartlett.

- Harkreader, H., Hogan, M., & Thobaben, M. (2007). *Fundamentals of nursing: Caring and clinical judgment* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.
- Hutcheon, L. (2012). *A theory of adaptation*. New York: Routledge.
- Juthberg, C., Eriksson, S., Norberg, A., & Sundin, K. (2010). Perceptions of conscience, stress of conscience and burnout among nursing staff in residential elder care. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1708–1718.
- Kirk, T. W., & Mahon, M. M. (2010). National hospice and palliative care organization (NHPCO) position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(5), 914–923.
- Kovacic, J. C., Moreno, P., Nabel, E. G., Hachinski, V., & Fuster, V. (2011). Cellul senescence, vascular disease, and aging part 2 of a 2–part review: Clinical vascular disease in the elderly. *Circulation*, 123(17), 1900–1910.
- Mason, A., & Lee, R. (2004). Reform and support systems for the elderly in developing countries: Capturing the second demographic dividend. In *International conference on the demographic window and healthy aging: Socioeconomic challenges and opportunities*, Beijing: The IUSSP Committee on Longevity and Health and the Asian MetaCentre.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concept of practice*. St Louis, CA: Mosby Year Book.
- Orem, D. E., & Taylor, S. G. (2011). Reflections on nursing practice science the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. *Nursing Science Quarterly*, 24(1), 35–41.
- United Nations. (2008). *World population policies 2007*. New York: Department of Economic and Social Affairs Population Division.
- _____. (2011). *The age and sex of migrants*. New York: Department of Economic and Social Affairs Population Division.
- Watson, J. (2005). Caring theory as ethical guide to administrative and clinical practices. *Nursing Administration Quarterly*, 12(3), 18–55.
- _____. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder, CO: University Press of Colorado.

Wittink, M. N., Joo, J. H., Lewis, L. M., & Barg, F. K. (2009). Losing faith and using faith: Older African Americans discuss spirituality, religious activities, and depression. *Journal of General Internal Medicine, 24*(3), 402–407.

World Health Organization. (2010). Home-based long-term care. In *Report of a WHO study group: Home-based long-term care*. Geneva: World Health Organization.