รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในประเทศไทย

โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์
นางสาวเตือนใจ ภักดีพรหม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์
รองศาสตราจารย์ ผ่องพรรณ อรุณแสง

28 กุมภาพันธ์ 2552

สนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

สัญญาเลขที่ TGRI51005

รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในประเทศไทย

โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์

นางสาว เตือนใจ ภักดีพรหม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์

รองศาสตราจารย์ ผ่องพรรณ อรุณแสง

28 กุมภาพันธ์ 2552

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สวรส และ มส.ผส ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

คำนำ

รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย (a study of institutional long-term care for older persons in Thailand) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานสถานบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีอยู่ในเขตภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง เขตกรุงเทพมหานคร และภาคใต้ ในด้าน จำนวนบุคลากรและสมรรถนะของผู้ให้บริการ ลักษณะกิจกรรมการบริการ และคุณลักษณะของผู้รับบริการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดี และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการในสถานบริการระยะยาว นอกจากนี้ยังคาดว่าจะเป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านการวางแผนและการกำหนดนโยบายในด้านการบริการสุขภาพและสังคมในประเทศไทยต่อไป

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อผู้สูงอายุ (มส.ผส.) โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่กรุณาให้การสนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เลขาธิการมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อผู้สูงอายุ ทพญ.ชื่นตา วิชชาวุธ ผู้จัดการชุดโครงการวิจัย คุณ เยาวภา สันติกูล ผู้ประสานงานวิชาการ และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่กรุณาให้คำปรึกษาอำนวยความสะดวกและให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านแก่คณะผู้วิจัยเป็นอย่างดีมาโดยตลอด รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้สูงอายุและบุคลากรในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

คณะผู้วิจัย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ที่มาและความจำเป็นของปัญหา

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ประชากรสูงอายุในสังคมไทย การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลมีจำนวนมากขึ้น ผู้สูงอายุต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งการดูแลภายในครอบครัวและการดูแลในสถานบริการ คาดว่าความต้องการการดูแลในระดับมากจะเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 3 เท่าของความต้องการการดูแลในระดับปานกลาง ด้วยความต้องการการดูแลในสถานบริการที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่ปรากฏว่ามีข้อมูลพื้นฐานของสถานบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทยที่ชัดเจน เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดีในสถานบริการในประเทศไทย และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้กำหนดนโยบาย ผู้มีส่วนในการวางแผนการให้บริการสุขภาพและสังคม จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานสถานบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในเขตภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ของประเทศไทย ในด้านจำนวน ประเภท จำนวนเตียง อัตราค่าบริการ และการขึ้นทะเบียนของสถานบริการ ของทั้งภาครัฐและเอกชน
2. เพื่อศึกษาจำนวนบุคลากรและสมรรถนะของผู้ให้บริการ เช่น จำนวนของแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยดูแลหรือบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อจำนวนผู้รับบริการ การศึกษาอบรมพิเศษที่ได้รับที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาลักษณะกิจกรรมการบริการ เช่น กิจกรรมการดูแลในกิจวัตรประจำวันพื้นฐานทั่วไป การดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น บริการฟื้นฟูสภาพ บริการดูแลผู้ป่วยด้วยเฉพาะโรค เช่น ภาวะสมองเสื่อม หรือการบริการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย
4. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของผู้รับบริการ เช่น เป็นผู้สูงอายุที่ต้องการการช่วยเหลือดูแลในกิจกรรมพื้นฐานทั่วไป ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลในระดับสูงขึ้น โรคประจำตัว

ระเบียบวิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจและศึกษาเชิงบรรยาย แบ่งออกเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1. การวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) สถานบริการผู้สูงอายุระยะยาวประเภทต่าง ๆ ที่ให้บริการแก่ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีอยู่ในประเทศไทย ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีอยู่ในแต่ละภาคทั่วประเทศ โดยสำรวจข้อมูลสถานบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสืบค้นข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ การโฆษณาหรือเผยแพร่ข้อมูลทาง

Web-site หลังจากนั้นโทรศัพท์ขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการและ ส่งจดหมายขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามอย่างเป็นทางการ

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive research) โดยนำข้อมูลสถานบริการที่ได้ในระยะที่ 1 มาแบ่งเป็น 5 กลุ่มตามประเภทการบริการในแต่ละภาค หลังจากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างสถานบริการประเภทละ 1 แห่ง รวม 5 แห่งในแต่ละภาค รวมทั้งหมด 20 แห่ง เก็บข้อมูลจริงจากสถานบริการ 21 แห่ง จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ 486 คน เพื่อศึกษาคุณลักษณะผู้ให้บริการและผู้รับบริการการดูแลระยะยาว

ผลการศึกษา

จากการสำรวจทั่วประทศในระยะที่ 1 พบว่า มีจำนวนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งหมด 138 แห่ง พบมากที่สุดในเขตกรุงเทพมหานคร 68 แห่ง (ร้อยละ 49.28) รองลงมาคือภาคกลาง 42 แห่ง (ร้อยละ 30.43) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 13 แห่ง (ร้อยละ 9.42) ภาคเหนือ 10 แห่ง (ร้อยละ 7.25) และภาคใต้ 5 แห่ง (ร้อยละ 3.62) เมื่อแบ่งออกเป็นแต่ละประเภทพบว่ามีสถานบริบาลมากที่สุด 60 แห่ง (ร้อยละ 43.48) รองลงมาคือสถานสงเคราะห์คนชรา 44 แห่ง (ร้อยละ 31.88) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล 25 แห่ง (ร้อยละ 18.12) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต 6 แห่ง (ร้อยละ 4.35) และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3 แห่ง (ร้อยละ 2.17)

จากกลุ่มตัวอย่างสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ศึกษาจำนวน 21 แห่ง ในระยะที่ 2 พบว่าเป็นของภาคเอกชนทั้งที่หวังผลกำไรและไม่หวังผลกำไร จำนวน 11 แห่ง เป็นของภาครัฐจำนวน 10 แห่งในส่วนภาคเอกชนส่วนใหญ่เป็นสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long-term care hospitals) ในส่วนของภาครัฐ พบว่าส่วนใหญ่เป็นสถานสงเคราะห์คนชราหรือบ้านพักคนชรา สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ไม่พบว่ามีบริการสถานบริบาลของภาครัฐ แต่พบว่ามีบริการในระดับเดียวกันในบ้านพักคนชรา บ้านพักคนชราให้บริการทุกระดับยกเว้นการส่งผู้ช่วยดูแลไปดูแลที่บ้าน ส่วนสถานบริบาลให้บริการที่ครบวงจรตั้งแต่ส่งผู้ช่วยดูแลไปดูแลที่บ้านจนถึงดูแลระยะสุดท้าย ร้อยละ 45 ของบ้านพักคนชราไม่มีพยาบาลประจำ ในขณะที่ร้อยละ 9 ของสถานบริบาลไม่มีพยาบาลประจำ ในขณะที่ร้อยละ 45 ไม่มีพยาบาลประจำ ทั้งในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลและสถานบริบาลมีผู้ช่วยดูแลทำงานประจำ และในบ้านพักคนชราทุกแห่งจะมีพี่เลี้ยงประจำ ร้อยละ 45.5 ของสถานบริการไม่ได้ขึ้นทะเบียน บ้านพักคนชราของภาครัฐมีจำนวนเตียงเฉลี่ยมากที่สุด ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลเอกชน มีค่าสูงสุดเท่ากับ 33,000 บาทต่อเดือน รองลงมาเป็นค่าใช้จ่ายในสถานบริบาลเท่ากับ 15,961.5 บาทต่อเดือน ส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่มีค่าน้อยที่สุดพบในบ้านพักคนชรา ภาครัฐ เท่ากับ 1,073 บาทต่อเดือน

ด้านผู้รับบริการ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 486 คน 357 คน (ร้อยละ 73.5) พักอยู่ในบ้านพักคนชรา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.3) และไม่มีผู้ดูแล มีอายุระหว่าง 60-74 ปี (ร้อยละ 47.3) สถานภาพสมรสเป็นหม้าย (ร้อยละ 42.4) เกือบครึ่งไม่มีบุตร (ร้อยละ 46.3) สาเหตุของ

การย้ายเข้ามาอยู่ในสถานบริการคือไม่มีผู้ดูแล (ร้อยละ 62.3) ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเข่าเสื่อม ปวดข้อ โรคเบาหวานและโรคหัวใจ มีภาวะสมองเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 41.6 และเกือบ 1 ใน 3 มีภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง (ร้อยละ 29.5) โดยทั่วไปพบว่าร้อยละ 60.3 ของผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาปานกลางถึงพึ่งพาทั้งหมด โดยร้อยละ 55.5 พบในผู้สูงอายุที่พักอยู่ในบ้านพักคนชรา

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 84.5 มีอายุอยู่ในช่วง 15-30 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 39.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส และมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช.หรือเทียบเท่ามากที่สุด ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยดูแล (ร้อยละ 30) ในบ้านพักคนชราผู้ให้บริการเป็นพี่เลี้ยงมากที่สุด นักกิจกรรมบำบัดส่วนใหญ่จะทำงานในสถานบริบาล พบว่านักสังคมสงเคราะห์ทั้งหมดเป็นบุคลากรในบ้านพักคนชรา และพยาบาลเป็นบุคลากรในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลมากที่สุด ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เคยอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ มีการอบรมปีละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ช่วยดูแลที่ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมจากหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุกระทรวงศึกษาธิการมากที่สุด แพทย์ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ทั่วไป ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบ มีความพึงพอใจในต่อเงินเดือนที่ได้รับในระดับปานกลาง โดยพบในผู้ให้บริการภาคเอกชน องค์กรธุรกิจมากที่สุด ส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะทำงานต่อไป แต่อย่างไรก็ตามพบว่าส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุ แต่ได้ให้ทัศนะในแนวทางพัฒนาการบริการ โดยให้ความสำคัญในด้าน ความรู้ การพัฒนาด้านบุคลิกลักษณะและวิธีการดูแลให้มาตรฐานสูงขึ้น

ประเด็นสำคัญที่พบคือ

1. ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีจำนวนสถานบริการดูแลระยะยาวจำนวนมากกว่าภาคอื่นๆ ในประเทศ

2. สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั่วทุกภาคของประเทศ พบว่าไม่มีความชัดเจนในวัตถุประสงค์ หลักเกณฑ์การรับผู้สูงอายุ และขอบเขตของบริการที่ให้ สถานดูแลแต่ละแห่งจึงมีความซ้ำซ้อน และคาบเกี่ยวกันระหว่างสถานดูแลประเภทต่างๆ

3. ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในสถานดูแลระยะยาวใน ภาคเอกชน มีค่าสูงและยังไม่มีการควบคุมราคา

4. มีหลายหน่วยงานที่รับขึ้นทะเบียนสถานดูแลระยะยาว

5. บุคลการส่วนใหญ่ได้ค่าตอบแทนไม่สูงนัก

6. สถานสงเคราะห์ส่วนใหญ่ประสบปัญหาด้านบุคลากร โดยเฉพาะการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะด้าน เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด

7. บุคลากรที่ทำงานในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่วนใหญ่เคยอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุ

8. สถานบริการแต่ละแห่งควรมีบุคลากรที่มีสมรรถนะที่เหมาะสมกับระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

9. ในบ้านพักคนชราหรือสถานสงเคราะห์เกือบทุกแห่งมีผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีภาวะทุพพลภาพ อยู่ในภาวะพึ่งพา และให้บริการดูแลผู้สูงอายุทุกระดับตั้งช่วยเหลือตัวเองได้ จนถึงมีภาวะนอนติดเตียงที่ต้องให้สารน้ำทางสายยาง

10. ผู้สูงอายุร้อยละ 86.8 มีโรคประจำตัว และยังพบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 33 ผู้สูงอายุในสถานบริการน่าจะมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 41.6

11. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในสถานบริการมีภาวะพึ่งพาในระดับปานกลางถึงพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 60.3

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 รัฐควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมความร่วมมือ ระหว่าง ภาครัฐ องค์กรเอกชน มูลนิธิ ศาสนา รวมทั้งครอบครัวและชุมชน ในการจัดบริการดูแลระยะยาว โดยมีหน่วยงานท้องถิ่น เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนในการดำเนินการ

1.2 พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกสภาวะ โดย

1.2.1 รัฐควรพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมผู้สูงอายุในทุกสุขภาวะ โดยมีการบูรณาการการดูแล (integrated care) ทั้งทางด้านสังคมและสุขภาพในสถานบริการ

1.2.2 แบ่งกลุ่มผู้พักอาศัยตามระดับความต้องการการดูแล (level of care) ให้สอดคล้องกับประเภทสถานบริการ โดย จัดให้มีบริการการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลในระดับสูงของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา และปรับปรุงรูปแบบการบริการและการบริหารจัดการให้เหมาะสม ทั้งในส่วนของบุคลากร งบประมาณ การสนับสนุนทางด้านวิชาการ และส่งเสริมกิจกรรมการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

1.2.3 พัฒนาโปรแกรมการดูแลระยะยาว (Long Term Care Programme) ที่สอดคล้องกับบริบทของไทย

1.3 กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งในหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีคุณภาพ โดย

1.3.1 กำหนดแผนและนโยบายการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ และมีผู้รับผิดชอบในแต่ละงานที่ชัดเจนเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน

1.3.2 กำหนด Minimum requirement สำหรับสถานบริการแต่ละประเภท รวมทั้งจัดทำมาตรฐานการดูแลขั้นต่ำ (minimum care standard) ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริการแต่ละประเภท

1.3.3 กำหนดองค์กรกลางติดตามประเมินมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ และมีความเป็นธรรมในการประเมิน

1.4 ควรกำหนดองค์กรในกำกับดูแลและรับขึ้นทะเบียนสถานบริการที่ชัดเจน

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ

2.1.1 กำหนดคุณสมบัติบุคลากรผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุให้ชัดเจน เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดในการให้บริการผู้สูงอายุ และเพิ่มมาตรฐานการดูแลให้มีคุณภาพมากขึ้น

2.1.2 จัดการอบรมผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ มีความทันสมัยต่อเนื่องกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.1.3 จัดให้มีการขึ้นทะเบียนผู้ช่วยการดูแลทั้งที่ทำงานอยู่ในสถานบริการและตามบ้าน

2.2 ส่งเสริมให้สถานบริการจัดให้มีการบริการที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะบริการที่สนับสนุนการดูแลในชุมชน เช่น มีการจัดบริการดูแลระยะสั้น (respite care) และบริการดูแลกลางวัน (day care) เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระการดูแลของครอบครัวของผู้สูงอายุ และยังเป็นการส่งเสริมการดูแลในชุมชน

2.3 ควรมีการศึกษาในเชิงลึกของสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ เพราะข้อมูลด้านอื่นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลหรือแนวทางการพัฒนาสถานดูแลผู้สูงอายุ หรือช่วยในการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุได้มากขึ้น

บทคัดย่อ

การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย ที่ให้บริการแก่ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาข้อมูลพื้นฐานสถานบริการในเขตภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง กรุงเทพมหานคร และภาคใต้ จำนวนบุคลากรและสมรรถนะของผู้ให้บริการ ลักษณะกิจกรรมการบริการ และเพื่อศึกษาคุณลักษณะของผู้รับบริการ

ผลการศึกษาพบว่ามีจำนวนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งหมด 138 แห่ง ร้อยละ 49.28 อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 43.48 เป็นสถานบริบาล สถานสงเคราะห์คนชราให้บริการทุกระดับความต้องการการดูแล ส่วนสถานบริบาลให้บริการตั้งแต่ส่งผู้ช่วยดูแลไปดูแลที่บ้านจนถึงดูแลระยะสุดท้าย ร้อยละ 45 ของสถานสงเคราะห์ไม่มีพยาบาลประจำ ร้อยละ 45.5 ของสถานบริการไม่ได้ขึ้นทะเบียน สถานสงเคราะห์ของภาครัฐมีจำนวนเตียงเฉลี่ยมากที่สุด สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลเอกชนเก็บค่าบริการสูงสุด

ผู้พักอาศัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-74 ปี สถานภาพสมรสหม้าย เกือบครึ่งไม่มีบุตร สาเหตุการย้ายเข้าไปอยู่ในสถานบริการคือไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 86.8 มีโรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเข่าเสื่อม ปวดข้อ โรคเบาหวานและโรคหัวใจ จากการคัดกรองร้อยละ 41.6 มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 29.5 มีภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 15.9 อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด แต่พบมีภาวะพึ่งพาปานกลางถึงพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดถึงร้อยละ 52.3 ร้อยละ 55.6 พบในสถานสงเคราะห์คนชรา ต้องการได้รับการดูแลถึง 20-27 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 15-30 ปี สถานภาพสมรส และมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช.หรือเทียบเท่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยดูแล พบพี่เลี้ยงในบ้านพักคนชรา นักกิจกรรมบำบัดในสถานบริบาล นักสังคมสงเคราะห์ในบ้านพักคนชราและพยาบาลในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลมากที่สุด ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแต่พบว่ายังมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุ พึงพอใจในการทำงานระดับมากและพึงพอใจในเงินเดือนระดับปานกลาง พบในองค์กรธุรกิจมากที่สุด ส่วนใหญ่ต้องการทำงานต่อไป ให้ความสำคัญในด้านความรู้ การพัฒนาด้านบุคลิกลักษณะและวิธีการดูแลให้มีมาตรฐานสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คือ ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน ให้หน่วยงานท้องถิ่นเป็นแกนในการจัดบริการดูแลระยะยาว พัฒนาระบบบริการให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกสภาวะ กำหนดมาตรฐานการดูแลและกำหนดองค์กรกำกับดูแลและรับขึ้นทะเบียน

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ คือ พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ เช่น อบรมผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ กำหนดคุณสมบัติบุคลากรผู้ให้บริการและจัดให้มีการขึ้นทะเบียนผู้ช่วยการดูแล ส่งเสริมให้มีการบริการที่หลากหลาย เช่น บริการดูแลระยะสั้นและบริการดูแลกลางวัน และควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลแนวทางการพัฒนาสถานดูแลผู้สูงอายุและกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

Abstract

A survey of institutional long-term care for persons, age 60 and over, in Thailand aims to study the background information on long-term care institutions. The number of personnel, competencies of care provider, types of services, and characteristics of care receivers in the north, north-eastern, central, Bangkok area, and the southern part of Thailand were investigated.

The findings revealed that there were 138 long-term care institutions, 49.28% situated in Bangkok with 43.48% being nursing homes. While residential homes provided all levels of care needed, nursing homes offered services ranging from care assistants for service at homes and palliative care in the institutions. However, 45% of nursing home had no professional nursing staff and 45.5% of institution had not been registered. Public residential homes had the highest number of beds while long-term care hospitals had the highest cost of services.

The majority of residents were female; ages 60-70, widowed, almost half had no adult children, and 86.8% had chronic illnesses. The most common illnesses were hypertension, arthritis, joint pain, diabetes, and heart disease. Information from health screening revealed that 41.6% had dementia and 29.5% had moderate to severe depression. From functional assessment, 15.9% were at a total dependency level. Interestingly, 52.3% of the residents had moderate to total dependency, 55.6% of them were in residential homes and need to be cared for 20-27 hours per week.

The majority of care providers was female, age range of 15 to 30 years old, had a high school level education, and was care assistants. Helper, occupational therapist and nurses were often found in the residential homes, nursing homes and long-term care hospital respectively while only social workers were found in the residential home. Although the majority of them had been trained in care of older persons, negative attitudes toward residents were still present. Work satisfaction was found at a high level while satisfaction for salary was at a moderate level. Nevertheless, they still wanted to continue working and gave more attention to knowledge, personal development and how to improve their standards of care giving.

The policy recommendation is: to promote collaboration between public and private sectors, encourage local authority to be a key provider, develop services to meet all level of care needs, set up care standards, and form a regulator and registration body. The practical recommendation is to promote the development of competent care providers and to provide

more varieties of services. Further study using qualitative research methodology should be carried out for in-depth information.

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ข
บทคัดย่อ	ช
Abstract	ซ
สารบัญตาราง	
สารบัญแผนภูมิและภาพ	
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
1.5 ขอบเขตของการศึกษา	4
1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
2.1 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการหรือในสถาบัน	7
2.1.1 การดูแลระยะยาว	7
2.1.2 ความจำเป็นของสถานบริการดูแลระยะยาว	8
2.1.3 ความหมายของการดูแลระยะยาวในสถานบริการ	10
2.2 ประเภทของสถานบริการ	10
2.2.1 บ้านพักคนชรา (residential home)	11
2.2.2 สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living)	23
2.2.3 สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long-term care hospitals)	29
2.2.4 สถานบริบาล (nursing home)	37
2.2.5 สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care)	48
2.3 ความต้องการการดูแล	64
2.3.1 ภาวะบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	65
2.3.2 ภาวะบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา	70
2.3.3 ภาวะกลั้นอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้	72
2.4. สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย	74
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	83
2.6. สรุปสถานดูแลผู้สูงอายุระยาว	93
2.7. กรอบแนวคิดในการวิจัย	95

หน้า

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 96
3.1 สถานที่ในการศึกษา..... 96
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 96
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 97
3.4 การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย..... 98
3.5 ขั้นตอนการศึกษาวิจัย..... 99
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 100
3.7 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง..... 102
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล..... 102
บทที่ 4 สถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย..... 104
4.1 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว..... 105
4.1.1 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาคเหนือ..... 105
4.1.2 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ..... 111
4.1.3 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาคกลาง..... 112
4.1.4 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกรุงเทพมหานคร..... 113
4.1.5 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาคใต้..... 114
4.2 ลักษณะของสถานบริการผู้สูงอายุและการบริการ..... 136
4.2.1 ประเภทของสถานบริการตามการขึ้นทะเบียน..... 136
4.2.2 ต้นสังกัดของสถานบริการ..... 136
4.2.3 ลักษณะบริการ..... 136
4.2.4 กิจกรรมการให้บริการที่สำคัญ..... 137
4.2.5 จำนวนเตียง..... 137
4.2.6 เกณฑ์การพิจารณารับผู้สูงอายุเข้าพักอาศัยในสถานบริการ..... 138
4.2.7 อัตราส่วนผู้ให้บริการและผู้รับบริการ..... 139
4.2.8 ค่าบริการ..... 141
4.2.9 การขึ้นทะเบียนของสถานบริการ..... 141
4.3 การดำเนินงานของสถานบริการ..... 142
4.3.1 ความสำเร็จในการดำเนินการที่ผ่านมา..... 142
4.3.2 ปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน..... 143
4.3.3 แนวทางในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรค..... 143
4.3.4 แนวทางในการพัฒนาการบริการและการดำเนินการ..... 144
4.3.16 ความต้องการการช่วยเหลือจากภาครัฐ..... 145

หน้า

บทที่ 5 ผู้พักอาศัยในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย..... 147
5.1 ผู้พักอาศัยในสถานดูแลระยะยาว..... 147
5.1.1 ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานดูแลระยะยาว..... 147
5.1.2 ข้อมูลส่วนบุคคล..... 148
5.2 ภาวะสุขภาพทั่วไป..... 151
5.2.1 ภาวะโภชนาการ..... 151
5.2.2 การหายใจและความดันโลหิต..... 152
5.2.3 การมองเห็น..... 152
5.2.4 การได้ยิน..... 152
5.2.5 โรคประจำตัว..... 152
5.2.6 การใช้ยา..... 154
5.2.7 ลักษณะการดูแล..... 155
5.3 การประเมินผู้สูงอายุ..... 156
5.3.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน..... 156
5.3.2 ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในสถานบริการ..... 156
5.3.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง..... 160
5.3.4 การรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา..... 162
5.3.5 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ..... 163
บทที่ 6 บุคลากรในสถานดูแลระยะยาว..... 165
6.1 ข้อมูลส่วนบุคคล..... 165
6.2 ลักษณะของผู้ให้บริการ..... 166
6.3 คุณวุฒิของผู้ให้บริการ..... 168
6.4 ประสบการณ์การทำงานในสถานบริการของผู้ให้บริการ..... 171
6.5 ความพึงพอใจในการทำงาน อัตราเงินเดือนและความต้องการทำงานต่อไป 171
6.6 ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงาน..... 178
6.6.1 ทัศนคติหรือการมองผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล..... 178
6.6.2 ปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน..... 178
6.6.3 แนวทางในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรค..... 179
6.6.4 แนวทางในการพัฒนาการบริการ..... 179
บทที่ 7 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ..... 180
7.1 สรุป..... 180
7.2 อภิปรายผล..... 182
7.2.1 ข้อมูลพื้นฐานสถานบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ..... 182
7.2.2 บุคลากร จำนวนและสมรรถนะของผู้ให้บริการ..... 186

หน้า

7.2.3 ลักษณะกิจกรรมการบริการ..... 190
7.2.4 คุณลักษณะของผู้รับบริการ..... 184
7.3 ข้อเสนอแนะ..... 191
7.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย..... 191
7.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ..... 193
7.4 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการสำรวจสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.... 194
บรรณานุกรม..... 195
ภาคผนวก..... 210
1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 211
ชุดที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของสถานบริการ..... 212
คู่มือการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์..... 216
ชุดที่ 2. แบบสอบถามคุณลักษณะผู้รับบริการ..... 218
ชุดที่ 3. แบบสอบถามคุณลักษณะผู้ให้บริการ..... 228
2. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย..... 232
3. ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย..... 235
4. รายชื่อสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว..... 236
5. สำเนาใบอนุมัติจริยธรรมการวิจัย..... 263

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1 หลักการ และมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขององค์กรที่ทำงานภายใต้นโยบายรัฐบาลสก๊อตแลนด์..... 66
ตารางที่ 2.2 สถานดูแลระยะยาวประเภทต่างๆ..... 94
ตารางที่ 3.1 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย..... 99
ตารางที่ 3.2 สถานบริการที่ศึกษาจำแนกตามประเภทของต้นสังกัดของสถานบริการ..... 101
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของสถานบริการจำแนกตามรายภาคและประเภทของสถานบริการ..... 105
ตารางที่ 4.2 ตัวอย่างกิจกรรมการให้บริการและค่าใช้จ่ายในสถานบริบาล..... 115
ตารางที่ 4.3ตัวอย่างกิจกรรมการให้บริการและค่าใช้จ่ายในสถานดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล..... 123
ตารางที่ 4.4 สถานบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยจำแนกตามรายภาค**....** 128
ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ ของสถานบริการจำแนกตามต้นสังกัดของสถานบริการ..... 136
ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละของลักษณะการให้บริการ..... 136
ตารางที่ 4.7 จำนวน ร้อยละ ของลักษณะการให้บริการในสถานบริการจำแนกตามประเภทของสถานบริการ..... 137
ตารางที่ 4.8 ค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ของสถานบริการ จำแนกตามจำนวนเตียง..... 138
ตารางที่ 4.9 ประเภทสถานบริการภาครัฐบาล จำแนกตามจำนวน เตียง ผู้สูงอายุ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยดูแล พี่เลี้ยง นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด..... 140
ตารางที่ 4.10 จำนวน สถานบริการภาคเอกชน จำแนกตาม เตียงผู้สูงอายุ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยดูแล พี่เลี้ยง นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด..... 140
ตารางที่ 4.11 อัตราส่วนของผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุในสถานบริการ จำแนกตามสถานบริการ..... 140
ตารางที่ 4.12 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ของสถานบริการ จำแนกตามค่าบริการต่อเดือน 141
ตารางที่ 4.13 จำนวน ร้อยละ ของสถานบริการภาคเอกชน จำแนกตาม การขึ้นทะเบียนและหน่วยงานที่ขึ้นทะเบียน..... 142
ตารางที่ 5.1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในสถานบริการจำแนกตามประเภทของสถานบริการและรายภาค..... 148
ตารางที่ 5.2 จำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุในสถานบริการ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และจำนวนบุตร..... 149

หน้า

ตารางที่ 5.3 จำนวน ร้อยละ การประกอบอาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ ความเป็นอยู่ และผู้ดูแลก่อนเข้าพักในสถานบริการ เหตุผลและการตัดสินใจเข้าพักในสถานบริการและผู้ตัดสินใจ..... 149
ตารางที่ 5.4 จำนวน ร้อยละ เหตุผลในการตัดสินใจเข้าพักในสถานบริการของผู้สูงอายุจำแนกตามประเภทของสถานบริการ..... 150
ตารางที่ 5.5 จำนวน ร้อยละ เหตุผลในการตัดสินใจเข้าพักในสถานบริการของผู้สูงอายุจำแนกตามรายภาค..... 151
ตารางที่ 5.6 จำนวน ร้อยละ ภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุในสถานบริการ จำแนกตามประเภทของสถานบริการ..... 152
ตารางที่ 5.7 จำนวน ร้อยละ ของจำนวนโรคประจำตัวของผู้สูงอายุในสถานบริการจำแนกรายภาค..... 154
ตารางที่ 5.8 จำนวน ร้อยละ ของการใช้ยาของผู้สูงอายุ จำแนกตามการรับประทานยาและยาที่ใช้..... 155
ตารางที่ 5.9 จำนวน ร้อยละ ของการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ จำแนกตามลักษณะการดูแลและประเภทของสถานบริการ..... 155
ตารางที่ 5.10 จำนวน ร้อยละ ของระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุในสถานบริการ จำแนกตามประเภทของสถานบริการ..... 157
ตารางที่ 5.11 จำนวน ร้อยละ ของระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุในสถานบริการ จำแนกตามรายภาค..... 157
ตารางที่ 5.12 ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา จำแนกตามสถานบริการ..... 158
ตารางที่ 5.13 จำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา จำแนกตามเพศ อายุ จำนวนบุตร..... 158
ตารางที่ 5.14 จำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา จำแนกตามสภาพความเป็นอยู่ก่อนเข้าพักในสถานบริการ..... 159
ตารางที่ 5.15 ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา จำแนกโรคประจำตัว..... 160
ตารางที่ 5.16 จำนวน ร้อยละ ของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุในสถานบริการจำแนกตามรายด้าน..... 161
ตารางที่ 5.17 จำนวน ร้อยละ ของผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในสถานบริการ จำแนกตามประเภทของสถานบริการ..... 162
ตารางที่ 5.18 จำนวน ร้อยละ ของผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในสถานบริการจำแนกตามรายภาค..... 163
ตารางที่ 5.19 จำนวน ร้อยละ ของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานบริการจำแนกตามประเภทของสถานบริการ..... 163

หน้า

ตารางที่ 5.20 จำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุในสถานบริการจำแนกตามระดับความซึมเศร้ารายภาค..... 164
ตารางที่ 6.1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ จำแนกตามเพศ อายุ 165
ตารางที่ 6.2 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามประเภทของวิชาชีพ/อาชีพและสถานบริการ..... 167
ตารางที่ 6.3 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามประวัติการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและประเภทของสถานบริการ..... 167
ตารางที่ 6.4 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามประวัติการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และความถี่ในการฝึกอบรม..... 168
ตารางที่ 6.5 แสดงจำนวนของผู้ให้บริการ จำแนกตามความถี่ในการฝึกอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ..... 168
ตารางที่ 6.6 จำนวนบุคลากรจำแนกตามคุณวุฒิและสถานบริการ..... 169
ตารางที่ 6.7 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามระยะเวลาของการทำงานในสถานบริการและสถานบริการ..... 171
ตารางที่ 6.8 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามระดับความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบและประเภทของสถานบริการ..... 174
ตารางที่ 6.9 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามระดับความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบและประเภทของบุคลากร..... 174
ตารางที่ 6.10 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามระดับความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบและประเภทของบุคลากรเปรียบเทียบในสถานบริการภาครัฐและภาคเอกชน 174
ตารางที่ 6.11 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามอัตราเงินเดือนที่ได้รับ..... 175
ตารางที่ 6.12 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามอัตราเงินเดือนที่ได้รับและประเภทของบุคลากร..... 175
ตารางที่ 6.13 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามอัตราเงินเดือนเปรียบเทียบระหว่างสถานบริการภาครัฐและเอกชน..... 175
ตารางที่ 6.14 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามระดับความพึงพอใจในเงินเดือนที่ได้รับ 176
ตารางที่ 6.15 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามระดับความพึงพอใจในเงินเดือนที่ได้รับและประเภทของบุคลากร..... 176
ตารางที่ 6.16 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามความพึงพอใจต่อเงินเดือนที่ได้รับเปรียบเทียบระหว่างสถานบริการภาครัฐและเอกชน..... 177
ตารางที่ 6.17 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ ที่ต้องการที่จะทำงานในสถานบริการต่อไปจำแนกตามประเภทสถานบริการ..... 177

หน้า

ตารางที่ 6.18 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามความต้องการที่จะทำงาน ในสถานบริการต่อไป 177
ตารางที่ 6.19 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามความต้องการทำงานต่อ เปรียบเทียบระหว่างสถานบริการภาครัฐและเอกชน..... 178

สารบัญภาพและแผนภูมิ

หน้า

แผนภาพที่ 2.1 ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการสูญเสีย..... 57
แผนภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 95

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

การดูแลระยะยาว เป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ของระบบสุขภาพและบริการสังคม (WHO, 2000) นอกจากนี้การดูแลระยะยาว (long-term care: LTC) ยังเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางด้านการแพทย์และการบริการทางด้านสังคม ที่ออกแบบเพื่อช่วยผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพหรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแล การบริการอาจเป็นได้ทั้งในระยะสั้น หรือในระยะยาวก็ได้ และอาจเป็นการให้บริการที่บ้าน ในชุมชน หรือในสถานที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ดังนั้นการดูแลระยะยาวสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ การดูแลในสถาบันหรือสถานบริการ (institutional care) และการบริการดูแลในชุมชน (community care services) (Australia of Health and Welfare, 2005; Lassey & Lassey, 2001 อ้างอิงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

การดูแลในสถาบันหรือสถานบริการ (institutional care) เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2548) นอกจากนี้ยังเป็นการให้บริการดูแลในสถานบริการ หรือให้บริการ ณ ที่สถานที่ตั้ง

จากสถิติปี พ.ศ. 2550 พบว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) แล้ว เพราะมีประชากรผู้สูงอายุอยู่ที่ระดับร้อยละ 10.7 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2551) และเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว ร้อยละ 48 หรือเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรที่มีโรคประจำตัว โดยเพศชายมีแนวโน้มจะมีโรคประจำตัวมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคต่อมไร้ท่อ โรคระบบกล้าม เนื้อ เส้นเอ็น กระดูก และข้อโรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบทางเดินหายใจ นอกจากนี้ยังพบภาวะสมองเสื่อมได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากสูญเสียความคิด ความจำ และความสามารถในการทำงานและการตัดสินใจ ซึ่งกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว โดยคาดการณ์ว่าอีก 50 ปีข้างหน้าจะเพิ่มขึ้นถึง 1 ล้านคนในอนาคต สังคมไทยจึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ ทั้งเรื่องสาธารณสุข สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการอยู่อาศัย รวมไปถึงความมั่นคงด้านเศรษฐกิจการเงิน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพิงตัวเองได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้คนทั้งสังคม

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ประชากรสูงอายุในสังคมไทย ประกอบกับปัญหาโรคเรื้อรัง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลมีจำนวนมากขึ้น จากการติดตามภาวะการขยายตัวของโรคเรื้อรังในประชากรชาวไทยและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะเวลา 10 ปี ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2552) พบว่า ความชุกการเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นชัดเจนในทุกกลุ่มอายุ และชัดเจนมากหลังจากอายุ 40 ปีขึ้นไป ความชุกการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเพิ่มขึ้นชัดเจนในทุกกลุ่มอายุ รวมถึงความชุกการมีน้ำหนักตัวเกินปกติและความชุกของโรคอ้วนเพิ่มขึ้นชัดเจนในทุกกลุ่มอายุตั้งแต่วัยรุ่นจนถึงวัยสูงอายุ

นอกจากนี้อุบัติการณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทย พบ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุ อัตราความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและพบในผู้หญิงมากกว่าชาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542) ร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุไทย ต้องพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีการพยากรณ์ว่า ปี พ.ศ. 2553, 2563 และ 2573 จะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาจำนวนถึง 499,837 คน 741,766 คนและ 1,103,754 คนตามลำดับ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า ของ สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ พินทุสร เหมพิสุทธิ์ และ ทิพวรรณ อิสรพัฒนสกุล (2540) พบว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งการดูแลภายในครอบครัวและการดูแลในสถานบริการ ในส่วนของการดูแลในสถานบริการพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระดับปานกลางและระดับมากโดยเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจาก 5,780 คนในปี พ.ศ. 2538 ไปเป็น 35,302 คนในปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 101,192 คนในปี พ.ศ. 2558 คิดเป็น ร้อยละ 47.5 ของจำนวนของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลทั้งหมด และคาดว่าความต้องการการดูแลในระดับมากจะเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 3 เท่าของความต้องการการดูแลในระดับปานกลาง และมีรายงานการวิจัยที่ยืนยันการขยายตัวของภาวะทุพพลภาพ โดยเปรียบเทียบผลการสำรวจผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2545 กับปี พ.ศ.2550 พบว่า ความชุกการพึ่งพาในการรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า และการอาบน้ำเพิ่มขึ้นชัดเจนในทุกกลุ่มอายุ ความชุกการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน (การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า และการอาบน้ำ) เพิ่มขึ้นชัดเจนในทุกกลุ่มอายุทั้งผู้สูงอายุชายไทยและผู้สูงอายุหญิงไทย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2552)

ด้วยความต้องการการดูแลในสถานบริการที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่ปรากฏว่ามีข้อมูลพื้นฐานของสถานบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทยที่ชัดเจน ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม (2550) ได้สังเคราะห์องค์ความรู้เรื่อง ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ และพบว่าการบริการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ได้แฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่ให้บริการเฉพาะผู้พักอาศัยซึ่งต่อมามีปัญหาทางด้านสุขภาพ ต้องการการดูแลทั้งในระดับปานกลางและระดับมาก และเป็นกลุ่มที่มีความต้องการการดูแลทางด้านสุขภาพมากกว่าการดูแลทางด้านสังคม ดังนั้นควรมีการประเมินผู้สูงอายุและจัดให้มีบริการที่แบ่งตามระดับความต้องการการดูแล เช่น บ้านพักคนชรา หรือ สถานบริบาลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ และคณะ (2550) ที่ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าสถานสงเคราะห์ต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีโรคเรื้อรัง และมีภาวะทุพพลภาพ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนภายหลังออกจากโรงพยาบาล อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่ใช่บุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมทั้งขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็น

นอกจากไม่มีข้อมูลพื้นฐานในด้าน จำนวนและประเภทของสถานบริการแล้ว ยังไม่มีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการควบคุมและตรวจสอบคุณภาพการบริการ นอกจากนี้ยังไม่มีข้อมูลด้านลักษณะกิจกรรมการให้บริการ และคุณลักษณะผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์

และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2550) รวมทั้งยังไม่มีหน่วยงานหลักในการขึ้นทะเบียน เช่น สถานประกอบการบางแห่งขึ้นทะเบียนกับ กองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงพาณิชย์ หรือกระทรวงแรงงาน เป็นต้น (นิสิตปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, 2549) เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดีในสถานบริการในประเทศไทย และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้กำหนดนโยบาย ผู้มีส่วนในการวางแผนการให้บริการสุขภาพและสังคม จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการทบวนวรรณกรรม World Health Organization: WHO (2000) กล่าวว่า การดูแลระยะยาว (long-term care: LTC) ถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ของระบบสุขภาพและบริการสังคม นอกจากนี้การดูแลระยะยาวยังเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางด้านการแพทย์และการบริการทางด้านสังคม ที่ออกแบบเพื่อช่วยผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพหรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแล การบริการอาจเป็นได้ทั้งในระยะสั้น หรือในระยะยาวก็ได้ และอาจเป็นการให้บริการที่บ้าน ในชุมชน หรือในสถานที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ และการดูแลในสถานบริการหรือในสถาบัน (institutional care) เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2548) ดังนั้นสถานบริการดูแลระยะยาว (institutional long-term care) จะหมายถึง สถานที่ให้บริการทางเลือกตามชีวิตความเป็นอยู่ (life style) เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและความต้องการของผู้สูงอายุตลอดกระบวนการสูงอายุ ผู้ให้บริการอาจมาจากภาครัฐ หรือภาคเอกชนทั้งที่หวังผลกำไรและองค์กรการกุศล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานสถานบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในเขตภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ของประเทศไทย ในด้านจำนวน ประเภท จำนวนเตียง อัตราค่าบริการ และการขึ้นทะเบียนของสถานบริการ ของทั้งภาครัฐและเอกชน

2. เพื่อศึกษาจำนวนบุคลากรและสมรรถนะของผู้ให้บริการ เช่น จำนวนของแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยดูแลหรือบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อจำนวนผู้รับบริการ การศึกษาอบรมพิเศษที่ได้รับที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. เพื่อศึกษาลักษณะกิจกรรมการบริการ เช่น กิจกรรมการดูแลในกิจวัตรประจำวันพื้นฐานทั่วไป การดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น บริการฟื้นฟูสภาพ บริการดูแลผู้ป่วยด้วยเฉพาะโรค เช่น ภาวะสมองเสื่อม หรือการบริการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

4. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของผู้รับบริการ เช่น เป็นผู้สูงอายุที่ต้องการการช่วยเหลือดูแลในกิจกรรมพื้นฐานทั่วไป ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลในระดับสูงขึ้น โรคประจำตัว เป็นต้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลพื้นฐานของสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เช่น จำนวน ประเภท จำนวนเตียง อัตราค่าบริการ และการขึ้นทะเบียนของสถานบริการ

2. ได้ทราบจำนวนบุคลากรและสมรรถนะของผู้ให้บริการ ลักษณะการให้บริการ และคุณลักษณะของผู้รับบริการ

3. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการในสถานบริการระยะยาวในประเทศไทย

4. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านการวางแผนและการกำหนดนโยบายในด้านการบริการสุขภาพและสังคมในประเทศไทยต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งศึกษาที่สถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีอยู่ในประเทศไทย ที่สามารถสืบค้นได้ ทั้งจากเอกสาร สื่อ สิ่งพิมพ์ หรือจากการโฆษณาต่างๆ ในรายการวิทยุ โทรทัศน์ และ Internet รวมทั้งผู้รับบริการในกลุ่มผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชายที่พักอาศัยในสถานบริการนั้น ๆ อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิงโดยนับอายุตามปฏิทินมาตรฐานสากลในการเป็นผู้สูงอายุ ที่พักอาศัยในสถานบริการดูแลระยะยาว อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป

สถานบริการดูแลระยะยาว (institutional long-term care) หมายถึง สถานที่ให้บริการทางเลือกตามชีวิตความเป็นอยู่ (life style) เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและความต้องการของผู้สูงอายุตลอดกระบวนการสูงอายุ โดยมีศักยภาพให้บริการดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ผู้ให้บริการอาจมาจากภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กรมประชาสงเคราะห์ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น หรือภาคเอกชนทั้งที่หวังผลกำไรและองค์กรการกุศล แบ่งออกเป็น 5 ประเภทดังนี้

1. **บ้านพักคนชรา (residential home)** หรือ ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ (independent living communities) หรือชุมชนผู้เกษียณอายุ (retirement communities) หมายถึง สถานที่ให้บริการห้องพักสำหรับผู้ที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้พักอาศัยจะต้องสามารถเดินเองได้ เดินโดยใช้ไม้เท้า (cane) ไม้เท้าช่วยเดิน (crutches) หรือ อุปกรณ์ช่วยเดิน (walker) แต่ผู้พัก

อาศัยไม่ได้ต้องการการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพหรือผู้ช่วยดูแล ให้บริการช่วยเหลือในด้านการด้านดูแลส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว

2. **สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living setting)** เป็นสถานที่พักอาศัยสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับอายุหรือความพิการที่ต้องการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง ไม่สามารถพักอาศัยอยู่ที่บ้านได้อย่างปลอดภัยแต่ต้องการอยู่อย่างอิสระมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ มีบริการการดูแลส่วนบุคคล และการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผู้พักอาศัยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยไม่ต้องมีผู้ที่คอยกำกับดูแลและไม่ต้องการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางด้านการแพทย์หรือการพยาบาล มีห้องรับประทานอาหารรวมและมีระบบการขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน

3. **สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long- term care hospitals)** หมายถึง สถานที่ให้การรักษาพยาบาลทั่วไป ที่ให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาจเป็นโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน

4. **สถานบริบาล (nursing home)** หมายถึง เป็นสถานที่ให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการป่วยไม่มากที่จะต้องรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลแต่ไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้ และเป็นสถานที่ให้บริการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาล 24 ชั่วโมงต่อวัน หรือให้บริการกำกับดูแลในด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหารและการช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและ/หรือมีโรคเรื้อรัง มีความพิการทางด้านร่างกาย หรือทางด้านการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา (สมองเสื่อม) หรือพิการทั้งสองอย่าง

5. **สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care)** หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลลดอาการเจ็บปวด หรืออาการอื่นๆ โดยมุ่งเน้นการให้ความสุขสบายและเปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อนๆ เป้าหมายในการดูแลก็คือส่งเสริมคุณภาพชีวิตมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไปอย่างสงบในวันสุดท้ายของชีวิตโดยไม่ให้การรักษา

ภาวะความเจ็บป่วย หมายถึง สภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจที่เบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติประเมินจาก ภาวะโภชนาการ สัญญาณชีพ การมองเห็น การได้ยิน ปัญหาสุขภาพที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ รวมทั้งจำนวนยาที่ได้รับ ซึ่งเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรไม่สามารถกลับไปมีอาการดังเดิมได้ ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ อยู่ในภาวะพึ่งพา

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุในการช่วยเหลือตนเองใน การทำความสะอาดส่วนตัว การอาบน้ำให้ตนเอง การทานอาหาร การเข้าห้องส้วม การเดินขึ้นบันได การแต่งตัว การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การเดิน การเคลื่อนย้ายระหว่างเก้าอี้กับเตียงนอน ว่าสามารถปฏิบัติเองได้หรือไม่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือไม่ ประเมินโดยใช้ The Barthel Index ซึ่งนำมาจาก Collin et.al. (1998) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย วิภาวี กิจกำแหง (2548) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ระดับการพึ่งพาทั้งหมด จนถึง ระดับการพึ่งพาน้อยที่สุด

การรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุมีความบกพร่องทางการรับรู้ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม ส่งผลให้ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ลดลง ประเมินโดยใช้ แบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ มีจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ การคิดคะแนนและแปลผลโดยผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษาต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้ที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนจากคะแนนเต็ม 23 คะแนน จะมีการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญาปกติ

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ รู้สึกขาดความสุข รู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกหมดกำลังใจ ขาดความกระตือรือร้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ที่ส่งผลต่อความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ซึ่งนำมาจากกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2537) มีทั้งหมด 30 ข้อคำถาม โดยเกณฑ์การคิดคะแนนเป็นดังนี้ ลักษณะคำตอบของข้อคำถามแต่ละข้อกำหนดให้ตอบ 2 คำตอบคือ ใช่-ไม่ใช่ โดยข้อคำถามมีลักษณะเชิงบวก ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน และข้อคำถามลักษณะเชิงลบ ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ 1 คะแนน ซึ่งการแปลผลตั้งแต่มีภาวะปกติจนถึงภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression)

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา สถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยาว ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม จากตำรา วารสาร เอกสารและบทความงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาดังต่อไปนี้

2.1. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการหรือในสถาบัน

2.1.1 การดูแลระยะยาว

2.1.2 ความจำเป็นของสถานบริการดูแลระยะยาว

2.1.3 ความหมายของการดูแลระยะยาวในสถานบริการ

2.2. ประเภทของสถานบริการ

2.2.1 บ้านพักคนชรา (residential home)

2.2.2 สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living setting)

2.2.3 สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long-term care hospitals)

2.2.4 สถานบริบาล (nursing home)

2.2.5 สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care)

2.3. ความต้องการการดูแล

2.4.1 ภาวะบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL impairments)

2.4.2 ภาวะบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา (cognitive impairments)

2.4.3 ภาวะกลั้นอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ (incontinence)

2.4. สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

2.5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6. สรุปสถานดูแลผู้สูงอายุระยาว

2.7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการหรือในสถาบัน

2.1.1 การดูแลระยะยาว

องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวว่า การดูแลระยะยาว (long-term care: LTC) ถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ของระบบสุขภาพและบริการสังคม (WHO, 2000) นอกจากนี้การดูแลระยะยาวยังเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางด้านการแพทย์และการบริการทางด้านสังคม ที่ออกแบบเพื่อช่วยผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพหรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแล การบริการอาจเป็นได้ทั้งในระยะสั้น หรือในระยะยาวก็ได้ และอาจเป็นการให้บริการที่บ้าน ในชุมชน หรือในสถานที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2548) ให้ความหมายการดูแลระยะยาวไว้ว่า เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง

สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ รวมถึงบริการทั้งในสถาบันหรือในชุมชนในหลายระดับ ไม่ว่าจะเป็น สถานดูแลกลางวัน บริการสุขภาพที่บ้าน การดูแลที่พักชั่วคราว การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน บริการฟื้นฟูสภาพ การดูแลที่ต้องอาศัยทักษะทางการพยาบาล การดูแลระยะสุดท้าย และการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมักจะเป็นการดูแลที่แยกต่างหากจากสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเนื่องจากเป็นการดูแลในระยะเวลาที่ยาวนาน ดังนั้น การดูแลระยะยาว จึงเป็นการดูแลทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม และเป็นการดูแลที่ให้โดยผู้ดูแลทั้งในระบบ เช่น บุคลากรทางสุขภาพและสังคม และผู้ดูแลนอกระบบ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน รวมทั้งผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัคร (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

การดูแลระยะยาวสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ (Australia of Health and Welfare, 2005; Lassey & Lassey, 2001 อ้างอิงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

1) การดูแลในสถาบัน (institutional care) เป็นการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ ซึ่งอาจมีลักษณะเป็น

1.1) สถานพยาบาลฉุกเฉิน (acute care) เช่น โรงพยาบาลต่าง ๆ ให้บริการในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุมีอาการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องการการรักษาแบบรีบด่วน เช่น ภาวะปอดบวม หรืออาการของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่มีอาการเปลี่ยนแปลง และต้องการพักรักษาตัวระยะยาวในโรงพยาบาล

1.2) สถานพยาบาลกึ่งฉุกเฉิน (sub-acute care) ให้บริการในรายที่พ้นภาวะวิกฤติแต่ยังต้องการการฟื้นฟูสภาพก่อนกลับไปอยู่ที่บ้าน

1.3) สถานดูแลระยะยาว (long-term care) อาจเป็นสถานบริการที่ต้องการการพยาบาลบางส่วน เช่น สถานบริบาลผู้สูงอายุ (nursing home) สถานดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต (hospice care) สถานดูแลชั่วคราว (respite care) หรือต้องการเพียงที่พักอาศัยเท่านั้น เช่น บ้านพักคนชรา (residential home)

2) การบริการดูแลในชุมชน (community care services) การดูแลที่บ้าน (home care) เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลในชุมชนโดยที่ผู้สูงอายุต้องการช่วยเหลือดูแลในกิจกรรมและความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น การช่วยดูแลการทำกิจกรรมส่วนตัวในชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร หรือการปรับปรุงที่พักอาศัยเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุและเป็นการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น โดยมีบริการที่สนับสนุนการดูแลที่บ้าน เช่น บริการการเยี่ยมบ้าน บริการช่วยเหลืองานบ้าน บริการส่งอาหารถึงบ้าน ศูนย์บริการสุขภาพ โรงพยาบาลกลางวัน ศูนย์บริการกลางวัน เป็นต้น

2.1.2 ความจำเป็นของสถานบริการดูแลระยะยาว

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ประชากรสูงอายุในสังคมไทย ประกอบกับปัญหาโรคเรื้อรัง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลมีจำนวนมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทย พบ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุ อัตราความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและพบในผู้หญิงมากกว่าชาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล,

2542) ร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุไทย ต้องพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีการพยากรณ์ว่า ปี พ.ศ. 2553, 2563 และ 2573 จะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาจำนวนถึง 499,837 คน 741,766 คน และ 1,103,754 คนตามลำดับ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า ของ สุวิทย์ วิบูลผล ประเสริฐ พินทุสร เหมพิสุทธิ์ และ ทิพวรรณ อิสรพัฒนสกุล (2540) พบว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งการดูแลภายในครอบครัวและการดูแลในสถานบริการ ในส่วนของการดูแลในสถานบริการพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระดับปานกลางและระดับมากโดยเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจาก 5,780 คนในปี พ.ศ. 2538 ไปเป็น 35,302 คนในปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 101,192 คน ในปี พ.ศ. 2558 คิดเป็น ร้อยละ 47.5 ของจำนวนของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลทั้งหมด และคาดว่าความต้องการการดูแลในระดับมากจะเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 3 เท่าของความต้องการการดูแลในระดับปานกลาง

จากการศึกษาของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม (2550) ที่ได้สังเคราะห์องค์ความรู้เรื่อง *“ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ”* และพบว่า การบริการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ของภาครัฐที่มีอยู่ในปัจจุบันได้แฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่ให้บริการเฉพาะผู้พักอาศัย ซึ่งต่อมามีปัญหาทางด้านสุขภาพ ต้องการการดูแลทั้งในระดับปานกลางและระดับมาก และเป็นกลุ่มที่มีความต้องการการดูแลทางด้านสุขภาพมากกว่าการดูแลทางด้านสังคม แต่เนื่องจากยังขาดระบบการประเมินระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ที่จะช่วยบ่งชี้ประเภทสถานบริการที่เหมาะสม และยังขาดสถานบริบาลของภาครัฐรองรับ จึงพบว่าผู้ที่มีความต้องการการดูแลในระดับปานกลางถึงสูงสุดยังคงพักอาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา แทนที่จะเป็นสถานบริบาลผู้สูงอายุ นอกจากนี้การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชรา ของ ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ และคณะ (2550) พบว่าสถานสงเคราะห์ต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนภายหลังออกจากโรงพยาบาล อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่ใช่บุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมทั้งขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็น

จากความต้องการการดูแลในสถานบริการที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่ปรากฏว่ายังขาดข้อมูลที่เกี่ยวของหลายๆ ด้านรวมทั้ง การกำกับดูแลจากภาครัฐ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2550) เช่น ข้อมูลพื้นฐานของสถานบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทยที่ชัดเจน ในด้านจำนวน ประเภทของสถานบริการ ลักษณะการให้บริการและคุณลักษณะผู้รับบริการ ข้อมูลด้านการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดีในสถานบริการที่มีอยู่แล้วในประเทศไทย เพื่อใช้เป็นตัวอย่างและส่งเสริมสถานบริการอื่นใช้เป็นแบบอย่าง กฎหมายเข้ามาควบคุมการขึ้นทะเบียน และยังไม่เกณฑ์ในการจัดตั้งสถานบริบาลสำหรับภาคเอกชนที่ชัดเจน และยังไม่มีการจัดทำมาตรฐานการดูแล การกำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะของผู้ให้บริการผู้สูงอายุในสถานบริการ หน่วยงานที่ให้การ

รับรองมาตรฐานของสถานบริบาล และยังไม่พบว่ามีสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุของภาครัฐ แต่พบว่ามีบริการในลักษณะนี้แฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ หรือมีภาวะเปราะบางจากการมีอายุสูงขึ้นมีจำนวนมากขึ้นและมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น ถึงแม้การดูแลในชุมชนจะเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการจัดให้การบริการดูแลระยะยาวในสถานบริการก็ยังคงมีความจำเป็นสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ที่ต้องการความช่วยเหลือในระดับปานกลางถึงมาก แต่ขาดคนดูแลหรือญาติไม่สามารถให้การดูแลต่อไปได้เนื่องจากต้องใช้ทักษะทางการพยาบาล และต้องการการดูแลในระยะยาว ด้วยปัจจุบันยังไม่มีสถานบริบาลของภาครัฐ จึงทำให้มีสถานบริบาลของภาคเอกชนมากขึ้น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของสังคม แต่ปรากฏว่ายังขาดระบบการกำกับดูแลเพื่อควบคุมมาตรฐานการบริการที่ให้

2.1.3 ความหมายของการดูแลระยะยาวในสถานบริการ

การดูแลในสถานบริการหรือในสถาบัน (institutional care) เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ , 2548) นอกจากนี้ยังเป็นการให้บริการดูแลในสถานบริการ หรือให้บริการ ณ ที่ตั้ง สถานบริการสำหรับผู้สูงอายุมีหลายประเภท การดูแลในสถาบันสามารถแบ่งได้ตามลักษณะการบริการที่ให้และแบ่งตามระดับการดูแล (level of care) (Ribbe et al., 1997; Lassey and Lassey, 2001; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) ดังนั้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ที่ต้องการความช่วยเหลือในระดับมากถึงมากที่สุด ขาดคนดูแล หรือญาติไม่สามารถให้การดูแลต่อไปได้ เนื่องจากมีระดับความต้องการการดูแลในระดับปานกลางถึงระดับมาก หรือต้องการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาลและต้องการการดูแลในระยะยาว จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลในสถานบริการ

สถานบริการดูแลระยะยาว (long-term care institution) หมายถึง ที่พักอาศัยที่เป็นทางเลือกตามวิถีชีวิตความเป็นอยู่ (life style) เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลและความต้องการตลอดกระบวนการสูงอายุ โดยสถานบริการนั้นๆ จะต้องมีศักยภาพให้บริการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้บริการอาจมาจากภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย หรือภาคเอกชนทั้งที่หวังผลกำไรและองค์กรการกุศล

2.2. ประเภทของสถานบริการ

สถานบริการสำหรับผู้สูงอายุมีหลายประเภท สามารถแบ่งตามลักษณะการบริการที่ให้และแบ่งตามระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ (Ribbe, et al., 1997; Lassey & Lassey, 2001; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) คือ 1) โรงพยาบาล (hospitals) เป็นสถานที่ให้บริการรักษาทางการแพทย์ที่อาจมีทั้ง คลินิกผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยสูงอายุ 2) สถานบริบาลผู้สูงอายุ (nursing home) เป็นสถานที่

ให้บริการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงต่อวัน ให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว การดูแลทางด้านจิตสังคมและการดูแลส่วนบุคคล การดูแลสนับสนุนทางการแพทย์ รวมทั้งบริการห้องพักและอาหาร สถานบริการนี้มักให้การดูแลที่มีลักษณะ “การดูแลในระดับสูงสุด (highest level of care)” 3) บ้านพักคนชรา (residential homes) ให้บริการ “ดูแลในระดับต่ำกว่า (lower level of care)” 4) สถานที่พักอาศัยประเภทให้เช่าห้องพักสำหรับผู้สูงอายุ (hostels) บริการให้การช่วยเหลือสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน และ 5) ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (sheltered housing)

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย จะประกอบไปด้วย บ้านพักคนชราสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาว สถานบริบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของทั้งภาครัฐ เช่น ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนทั่วไปให้บริการการแบบหวังผลกำไรและองค์กรการกุศลที่ให้บริการโดยไม่หวังผลกำไร มีการให้บริการตามระดับการดูแลของผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.2.1 บ้านพักคนชรา (residential home)

จากการทบทวนวรรณกรรม โดยเฉพาะอย่างในบริบทของประเทศไทย พบว่าผู้ที่ให้บริการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ภาครัฐและภาคเอกชน ดังนี้

1) สถานสงเคราะห์คนชราภาครัฐ

1.1) ที่มาและความจำเป็น

จากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุของไทย ทำให้สังคมให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น ประกอบกับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจ ทำให้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเริ่มเลือนหาย ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการจึงเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจมากขึ้นเช่นกัน สถานสงเคราะห์คนชราเป็นสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เป็นพบได้โดยทั่วไปในสังคมไทย

1.2 คำนิยาม

บ้านพักคนชรา (residential home) มีชื่อเรียกหลายคำ เช่น บ้านพักดูแลส่วนบุคคล (personal care homes), Domiciliary Care Facilities, Residential Care Homes หรือ Board and Care Home แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในประเทศไทยได้สร้างบ้านพักคนชราขึ้น เพื่อให้เป็นที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้หรือถูกทอดทิ้ง จึงเรียกชื่อบ้านพักคนชราเหล่านี้ว่าสถานสงเคราะห์คนชรา

ดังนั้นบ้านพักคนชรา จึงหมายถึงเป็นสถานที่ให้บริการห้องพักและรับผู้ที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้หรืออาจต้องการการช่วยเหลือบ้าง ผู้พักอาศัยจะต้องสามารถเดินเองได้แต่บาง

แห่งอาจรับผู้ที่สามารถเดินโดยใช้ไม้เท้า (cane) ไม้เท้าช่วยเดิน (crutches) หรือ อุปกรณ์ช่วยเดิน (walker) ผู้พักอาศัยจะไม่คาดหวังการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพหรือผู้ช่วยการดูแล ซึ่งสถานบริการบางแห่งจะมีระบบเชื่อมต่อกับสถานที่ให้บริการโดยพยาบาลที่มีทักษะ และมีบริการจากบุคลากรที่มีใบอนุญาตในการสั่งยาและให้การรักษาหากต้องการ (Cobe & Bentz, 1991)

1.3) ปรัชญาและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

สถานสงเคราะห์คนชรา จัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2496 จนปัจจุบันมีสถานสงเคราะห์จำนวน 25 แห่ง เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการกระจายอำนาจ ในปี พ.ศ. 2546 ได้มีการโอนภารกิจของสถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์บริการทางสังคมให้ไปอยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม 12 แห่ง และกรุงเทพมหานคร จำนวน 1 แห่ง ดังนี้ (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2550)

1.3.1) สถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์บริการทางสังคม ที่ได้รับการโอนภารกิจไปขึ้นตรงกับ กรุงเทพมหานคร คือ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ ดินแดง

1.3.2) สถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์บริการทางสังคม ที่ได้รับการโอนภารกิจไปขึ้นตรงกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม เป็นสถานสงเคราะห์คนชราประเภทสามัญ จำนวน 13 แห่งคือ

- สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ (บ้านโพธิ์กลาง) จังหวัดนครราชสีมา
- สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ (วัดม่วง) จังหวัดนครราชสีมา
- สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์
- สถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี
- สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอู่ทอง-พนังตัก จังหวัดชุมพร
- สถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
- สถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม จังหวัดนครปฐม
- สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง
- สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 กรุงเทพมหานคร
- สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี จังหวัดลพบุรี
- สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อเปิ่นอุปถัมภ์) จังหวัดนครปฐม
- สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อลำไยอุปถัมภ์) จังหวัดกาญจนบุรี
- สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศม์ จังหวัดเชียงใหม่

1.3.3) สถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์บริการทางสังคม ที่ยังคงอยู่ในความรับผิดชอบของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ โดยมีการพัฒนารูปแบบของการบริการและกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งขยายบทบาทของสถานสงเคราะห์ให้ทำงานเชิงรุกกับชุมชนภายนอกมากยิ่งขึ้น และได้เปลี่ยนชื่อจาก “สถานสงเคราะห์” ไปเป็น “ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ” เพื่อเป็นศูนย์สาธิตด้านผู้สูงอายุจำนวน 12 แห่ง ดังนี้

- ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบางแค กรุงเทพมหานคร
- ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบางละมุง จังหวัดชลบุรี
- ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุธรรมปกรณ์เชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
- ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทักษิณ จังหวัดยะลา
- ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาสนะเวศม์ ในพระสังฆราชูปถัมภ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต
- ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
- ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
- ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุลำปาง จังหวัดลำปาง
- ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนครพนม จังหวัดนครพนม
- ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุสงขลา จังหวัดสงขลา
- ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

1.4) ลักษณะการบริการ

ลักษณะการให้บริการในสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุของรัฐ มีรูปแบบการให้บริการที่แตกต่างกันไปบ้างตามความต้องการของผู้รับบริการในแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตามรูปแบบการดูแลที่มักจะพบในการให้บริการ คือ

1.4.1) บริการด้านการเลี้ยงดู จัดให้มีปัจจัยสี่ที่จำเป็นต่อชีวิต คือ ที่พักอาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค (การรักษาพยาบาล) โดยให้มีความเป็นอยู่ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ ในด้านการรักษาโรค ให้บริการจัดหายารักษาโรค ให้ผู้รับการสงเคราะห์ที่เจ็บป่วย หากไม่สามารถให้การดูแล รักษาในสถานสงเคราะห์ได้จะมีการส่งต่อไปรับบริการยังโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้รับการสงเคราะห์ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะมีการแยกอาคารผู้ป่วยโดยเฉพาะและมีเจ้าหน้าที่พี่เลี้ยงให้การดูแล

1.4.2) บริการด้านการรักษาพยาบาล มีเรือนพยาบาลและมีเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำเพื่อให้คำแนะนำ ดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยและพักฟื้นภายหลังออกจากโรงพยาบาล ในกรณีมีผู้ป่วยหนักสถานสงเคราะห์ จะนำส่งโรงพยาบาลใกล้เคียง

1.4.3) บริการด้านกายภาพบำบัด จัดให้มีการออกกำลังกาย เพื่อบริหารกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย กิจกรรมกายภาพบำบัดหลายประเภทไว้บำบัดรักษา ได้แก่ รถจักรยานออกกำลังกาย เครื่องดึงรอก ชุดรอก และน้ำหนัก บริหารไหล่ แขน ข้อศอก หน้าอก (แบบติดผนัง) เครื่องบริหารเข่า รถเก็บน้ำหนักพร้อมลูกน้ำหนัก รอกถ่วงสะโพก เป็นต้น เครื่องมือบริหารร่างกายต่าง ๆ โดยมีเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้ได้รับการอบรมด้านกายภาพบำบัดจะทำการรักษาคนชราตามคำสั่งของแพทย์ มีทั้งการรักษาเป็นรายบุคคลและการบริหารร่างกายเป็นกลุ่ม ตลอดทั้งเป็นผู้ควบคุมดูแลให้คำแนะนำปรึกษา

1.4.4) บริการด้านอาชีวะบำบัด เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้รับการสงเคราะห์ได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ แก้ไขสภาพร่างกายส่วนที่บกพร่อง และเพื่อแก้ปัญหาความเบื่อหน่ายท้อแท้ต่อชีวิตทำให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลินและมีรายได้เล็กๆ น้อยๆ เช่น ปลูกพืชผักสวนครัว ปลูกไม้ดอกไม้ประดับ งานหัตถกรรมประดิษฐ์เศษผ้า งานจักสาน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้รับการสงเคราะห์ สำหรับผลผลิตที่นำออกจำหน่ายเป็นรายได้ของผู้รับการสงเคราะห์

1.4.5) บริการด้านนันทนาการ เพื่อช่วยลดปัญหาเรื่องความหว้าเหว่และช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความสนุกสนาน ซึ่งกิจกรรมนันทนาการของสถานสงเคราะห์ในแต่ละแห่งอาจมีความแตกต่างกัน ได้แก่ การจัดรายการเสียงตามสาย การทัศนาจรไปยังสถานที่ต่าง ๆ การแข่งขันกีฬาและกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญตามเทศกาล เป็นต้น

1.4.6) บริการด้านสังคมสงเคราะห์ โดยนักสังคมสงเคราะห์ประจำสถานสงเคราะห์ทำหน้าที่ ให้คำปรึกษาหรือแก้ปัญหา ฟื้นฟูและปรับปรุงสภาพ ให้ผู้สูงอายุมีความสุข ความอบอุ่นใจ สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขโดยใช้วิธีการทางสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนให้ความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาคนชรา เช่น

- จัดทำทะเบียนประวัติผู้รับการสงเคราะห์รายใหม่ เพื่อให้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประวัติของผู้รับการสงเคราะห์มากขึ้นเพื่อจะสร้างความเข้าใจและยอมรับสภาพของผู้รับการสงเคราะห์แต่ละรายได้ถูกต้องและเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาในตรงจุดยิ่งขึ้น

- ทำการ Case Work ให้คำแนะนำปรึกษาหารือ เมื่อผู้รับการสงเคราะห์ประสบปัญหาโดยยึดหลักการสังคมสงเคราะห์ *“ช่วยเขาเพื่อให้เขาช่วยเหลือตนเองได้”* โดยกระตุ้นให้กำลังใจยอมรับสภาพปัญหาตามความเป็นจริง เพื่อเขาจะสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบัน และสามารถที่จะยอมรับความเป็นปัจเจกบุคคล ของแต่ละบุคคลได้

- การทำ Group Work การจัดกิจกรรมกลุ่มเป็นสื่อ เพื่อประโยชน์ในการดูแลการเปรียบพฤติกรรมของผู้รับการสงเคราะห์เพื่อส่งเสริมพัฒนาบุคลิกภาพ และเสริมสร้างสุขภาพร่างกาย จิตใจ สติปัญญาและสังคม ให้อยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข

- การจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม ได้แก่ การจัดกิจกรรมเดินเพื่อสุขภาพทุกเช้า การจัดกีฬาในร่ม การฝึกกายบริหาร เพื่อให้ผู้รับการสงเคราะห์รู้จักหมั่นดูแลสุขภาพของตนเอง การจัดให้มีการพัฒนาสถานสงเคราะห์เดือนละครั้ง เพื่อให้ผู้รับการสงเคราะห์ได้รู้จักการทำงานร่วมกันกับคนหมู่มาก รู้จักเสียสละและมีความสามัคคี ทั้งยังก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองนั้นมีประโยชน์ต่อสังคมเสมอ

- การจัดบริการติดต่อญาติมิตร หรือผู้อุปการะของผู้รับการสงเคราะห์ตามความจำเป็น และความประสงค์ของผู้รับการสงเคราะห์ ได้แก่ การติดต่อสอบถามทางโทรศัพท์หรือเขียนจดหมายติดต่อญาติ

- การลาและการเยี่ยมเยียนผู้รับการสงเคราะห์ อนุญาตให้ผู้รับการสงเคราะห์ไปเยี่ยมญาติได้ตามโอกาสอันสมควร โดยอนุญาตให้ลาได้ไม่เกิน 7 วัน และเปิดโอกาสให้ญาติมาเยี่ยมผู้รับการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์ได้เช่นเดียวกัน

1.1.7) บริการด้านฌาปนกิจ เมื่อผู้รับการสงเคราะห์ถึงแก่กรรมสถานสงเคราะห์จะจัดบำเพ็ญกุศลให้ตามประเพณีตามความจำเป็นและความเหมาะสมหากมีญาติต้องการนำศพไปจัดการเองทางสถานสงเคราะห์ ฯ ก็จะอำนวยความสะดวกให้ตามความประสงค์

1.5) คุณลักษณะและสมรรถนะของผู้ให้บริการ

เจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์ในแต่ละแห่งจะประกอบด้วย ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ พยาบาล เจ้าหน้าที่การเงินและพัสดุ เจ้าหน้าที่บริหารงานประชาสงเคราะห์ และนักสังคมสงเคราะห์ พี่เลี้ยง คนครัว โดยมีบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ดังนี้

1.5.1) ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ มีหน้าที่ควบคุมและรับผิดชอบเกี่ยวกับการบริหารและปฏิบัติงานทั้งหมดของสถานสงเคราะห์ให้เป็นไปตามกฎระเบียบ แบบแผน ตลอดจนการควบคุม ปกครอง บังคับบัญชาข้าราชการและลูกจ้างของสถานสงเคราะห์

1.5.2) พยาบาล มีหน้าที่ให้การบำบัดรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือชราภาพในสถานสงเคราะห์ ดูแลสุขอนามัย นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทในการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมกายภาพบำบัด กิจกรรมอาชีวะบำบัด กิจกรรมสันทนาการ โดยกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้น เช่น การบรรยายให้ความรู้ คำนะนำในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย เป็นต้น

อย่างไรก็ตามจากการศึกษา พบว่า พยาบาลในสถานสงเคราะห์มีไม่เพียงพอที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในสถานสงเคราะห์ เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ส่วนหนึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวรรณ วีระกุล (2548) ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ สังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ พบว่าการดำเนินงานที่ประสบปัญหามากที่สุดคือ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะด้าน เช่น นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา เพราะมีสัดส่วนไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพไม่แข็งแรง หลงลืม การช่วยเหลือตนเองบกพร่อง

- เจ้าหน้าที่ประชาสงเคราะห์ ทำหน้าที่ในการเบิกจ่ายพัสดุ ครุภัณฑ์ต่าง ๆ ทำทะเบียนควบคุมครุภัณฑ์ อาคาร ที่ดิน และสิ่งปลูกสร้าง ทำบัญชีแยกพัสดุ จัดทำ Stock number ประจำพัสดุ ครุภัณฑ์ทุกประเภท เป็นต้น

- นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่ทำประวัติผู้สูงอายุ บันทึก รายงานประวัติผู้สูงอายุในระหว่างรับการสงเคราะห์จนกระทั่งพ้นสภาพจากผู้รับการสงเคราะห์ การติดต่อกับครอบครัวของผู้สูงอายุหรือบุคคลภายนอกที่เกี่ยวข้องเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่ไปรับการรักษาตัวนอกสถานสงเคราะห์ การให้คำปรึกษา แนะนำผู้สูงอายุ (counseling and guidance) นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุเพื่อเป็นการป้องกัน แก้ไข ฟื้นฟู ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุในระหว่างที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ และช่วยเตรียมความพร้อมก่อนออกจากสถานสงเคราะห์

- คนครัว มีหน้าที่ในการประกอบอาหารเลี้ยงผู้สูงอายุตามหลักโภชนาการ ดูแลความสะอาดของภาชนะ เครื่องใช้ต่างๆ ตลอดจนการทำงานตามคำสั่งของผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้าฝ่าย

- พี่เลี้ยง มีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในด้านการอยู่กิน หลับนอน ความเป็นอยู่ตลอดจนสุขภาพอนามัย ทำความสะอาด อุปกรณ์และเครื่องใช้ต่าง ๆ ตลอดจนที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ เป็นบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุมากกว่าบุคลากรในกลุ่มอื่น ซึ่งกิจกรรมการดูแลเป็นการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน

1.6) มาตรฐานการดูแล

ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 กำหนดให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนาสังคม การสร้างความเป็นธรรมและความเสมอภาคในสังคม การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพและความมั่นคงในชีวิตสถาบันครอบครัวและชุมชน โดยภารกิจดังกล่าว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จำเป็นต้องกำหนดและพัฒนามาตรฐาน ตัวชี้วัดด้านการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการประเมินและติดตามการพัฒนาในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับหลักประกันด้านสิทธิ ความปลอดภัย กาตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีและได้รับโอกาสอย่างเท่าเทียมกันในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ มีหน้าที่ในการพัฒนารูปแบบและวิธีการในการให้บริการสวัสดิการสังคมและการสังคมสงเคราะห์ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ให้สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนด โดยมีสำนักบริการสวัสดิการสังคมเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ กำหนดและพัฒนามาตรฐานการให้บริการสวัสดิการสังคมในพื้นที่ให้บริการด้านเด็ก เยาวชน สตรี คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส หรือบุคคลอื่น

การจัดทำมาตรฐานการจัดบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เพื่อกำหนดและพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานการจัดบริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ และให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมและระดมสมองในการจัดทำตัวชี้วัด กำหนดเกณฑ์และพัฒนามาตรฐานโดยยึดประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นหลัก ตลอดจนเพื่อให้หน่วยงานมีแนวทางในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่กำหนดและได้การรับรองตามเกณฑ์โดยมีกระบวนการจัดทำมาตรฐาน ดังนี้

1) ศึกษาเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

2) แต่งตั้งคณะทำงานกำหนดและพัฒนามาตรฐานการจัดสวัสดิการแก่กลุ่มเป้าหมาย

3) จัดประชุมคณะทำงาน 4 ครั้ง เพื่อกำหนดกรอบการศึกษามาตรฐานการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และปรับแก้ร่างมาตรฐาน

4) จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดบริการสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ และการจัดทำมาตรฐานแก่หัวหน้าหน่วยงาน พร้อมทั้งระดมความคิดเห็นเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดกรอบการศึกษาการจัดทำมาตรฐาน

5) สำรวจความคิดเห็นผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการของสถานสงเคราะห์คนชราที่มีต่อกรอบการศึกษาและร่างมาตรฐานฉบับที่

6) จัดประชุมผู้ปฏิบัติงานและผู้ทรงคุณวุฒิด้านโภชนาการและสุขภาพอนามัย

เพื่อพิจารณาปรับร่างมาตรฐาน ฉบับที่ 2

7) แต่งตั้งคณะทำงาน ทำร่างมาตรฐานการจัดบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราและดำเนินการประชุมคณะทำงาน รวม 3 ครั้ง เพื่อพิจารณาร่างมาตรฐาน ฉบับที่ 3

8) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำมาตรฐานการจัดบริการผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ เพื่อพิจารณาร่างมาตรฐานฉบับที่ 3 ในส่วนกลางและ 3 ภาค (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้) พร้อมทั้งจัดทำวิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์ ขอบเขตการนำมาตรฐานไปใช้

9) นำผลการปรับปรุงเชิงปฏิบัติการ เสนอคณาจารย์ที่ปรึกษาคณะทำงานกำหนดและพัฒนามาตรฐานเพื่อพิจารณาจัดทำร่างมาตรฐาน

10) จัดสัมมนาทางวิชาการ เพื่อนำเสนอผลการศึกษาการจัดทำมาตรฐานการจัดบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์แก่ผู้ปฏิบัติและผู้ที่เกี่ยวข้องรวมถึงทำข้อตกลงในแนวทางการนำมาตรฐานไปใช้

11) ขออนุมัติใช้มาตรฐานเป็นแนวทางการปฏิบัติงาน

12) แจ้งแนวทางการนำมาตรฐานไปปฏิบัติและรวบรวมแผนการดำเนินงาน ด้านมาตรฐานของหน่วยงานเพื่อวางแผนการนิเทศและติดตามต่อไป

มาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

ผลการจัดทำมาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์รวม 5 มาตรฐาน ได้แก่

มาตรฐานที่ 1 การบริหารจัดการ

ระบบการบริหารจัดการนั้นเป็นไปเพื่อให้เกิดการจัดบริการที่ดี สนองตอบต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ ผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย

1.1 การวางแผนและการปรับปรุงระบบริหารจัดการ

1.2 การจัดระบบข้อมูล

1.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

1.4 วัสดุครุภัณฑ์

1.5 การประสานงาน

1.6 ข้อเสนอแนะและการร้องทุกข์

มาตรฐานที่ 2 สุขภาพ

สุขภาพจิตและสังคมของผู้ใช้บริการได้รับการดูแลอย่างมีส่วนร่วมระหว่างผู้ใช้บริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง

2.1 การส่งเสริมสุขภาพ

2.2 การรักษาพยาบาล

2.3 การประสานงานส่งต่อ

2.4 การจัดการเรื่องยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์

2.5 อาหารและโภชนาการ

2.6 การจัดการพฤติกรรมเสี่ยง

2.7 การส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพ

มาตรฐานที่ 3 ผู้ใช้บริการ

สิทธิของผู้ใช้บริการต้องได้รับการคุ้มครองและส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการสามารถดำรงชีวิตตนเองได้ในขณะที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์

3.1 การส่งเสริมการดำรงชีวิตด้วยตนเอง

3.2 ความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรี

3.3 กิจกรรมนันทนาการ

3.4 ความปลอดภัยในทรัพย์สินและความรับผิดชอบของผู้ใช้บริการ

มาตรฐานที่ 4 ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย

ผู้ใช้บริการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยซึ่งเป็นหลักประกันคุณภาพชีวิตและสวัสดิการของผู้ใช้บริการตลอดจนบุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้อง

4.1 สภาพแวดล้อมและความปลอดภัย

4.2 อัคคีภัย การรักษาความปลอดภัยและเหตุฉุกเฉิน

4.3 การควบคุมการติดเชื้อ

4.4 บริการด้านสุขาภิบาล อาหาร และการซักล้าง

มาตรฐานที่ 5 ระบบมาตรฐานภายใน

ระบบมาตรฐานการบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เป็นไปเพื่อการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินงานโดยตนเองเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง

1.7) การรับรองมาตรฐาน

ณ ปัจจุบันนี้ยังไม่มีการรับรองมาตรฐานสถานสงเคราะห์คนชราในประเทศไทย

2) สถานสงเคราะห์คนชรา ภาคเอกชน

2.1) องค์กรทางศาสนา

2.1.1 ที่มาและความจำเป็น

สถานสงเคราะห์คนชราที่อยู่ภายใต้องค์กรทางศาสนา ได้ก่อตั้งขึ้นมาด้วยเหตุผลที่คล้ายคลึงกับของภาครัฐ แต่เป็นการแสดงการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคมของภาคเอกชนที่ให้บริการการดูแลผู้ที่ยากไร้ โดยไม่คิดมูลค่าหรือไม่หวังผลกำไร

2.1.2 คำนิยาม

จากการสืบค้นยังไม่พบว่ามีการให้คำนิยามที่ชัดเจน แต่ด้วยสถานสงเคราะห์คนชราภาคเอกชนสร้างขึ้นโดยผู้ที่มีจิตศรัทธาทางศาสนา ดังนั้นการให้ความหมายก็จะแตกต่างกันไปตามความเชื่อของศาสนานั้นๆ ตัวอย่างเช่น ในศาสนาคริส นิกายคาทอลิก สถาน

สงเคราะห์คนชราจึงหมายถึง ที่พักอาศัยสำหรับคนป่วยที่ทุกข์ยาก เดือดร้อน ทรมานหรือให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุตามเจตนารมณ์

2.1.3) ปรัชญาและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

สร้างขึ้นจากการรวมกลุ่มของผู้ที่มีจิตศรัทธาในศาสนานิกายคาทอลิก โดยมุ่งเน้นในการช่วยเหลือคนป่วยที่ทุกข์ยากเดือดร้อน ทรมาน หรือให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุโดยเจตนารมณ์

2.1.4) ลักษณะการบริการ

การให้บริการในสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุโดยองค์กรทางศาสนา ซึ่งมีลักษณะการให้บริการที่คล้ายคลึงกับการให้บริการภาครัฐ ดังเช่น การให้บริการผู้สูงอายุในสถานบริการบ้านเบทานี จังหวัดราชบุรี ซึ่งสร้างขึ้นโดยคณะภคณีผู้รับใช้คนป่วยแห่งนักบุญคามิลโล (ซิสเตอร์คามิลเลียน) และผู้มีจิตศรัทธาทั้งในและต่างประเทศได้ร่วมกันบริจาคเงินสร้างบ้านเบทานี โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่รับการสงเคราะห์ ดังนี้

คุณสมบัติผู้ที่จะรับการสงเคราะห์ ดังนี้

1. เพศหญิง อายุไม่ต่ำกว่า 60 ปี
2. มีหลักฐานยืนยันว่าชัดว่า ไม่สามารถอาศัยอยู่กับครอบครัวได้
3. ไม่มีโรคติดต่อร้ายแรง
4. เป็นบุคคลถูกต้องตามกฎหมาย
5. มีความประพฤติดี

6. ให้สิทธิ์แก่ผู้มีความจำเป็นมากกว่าและฐานะยากจนก่อนการสมัครเข้าอยู่ในบ้านเบทานี

ผู้สมัครต้องเป็นเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป จะมาจากจังหวัดใดก็ได้มายื่นใบสมัครเข้าขออยู่ในบ้านเบทานี จากนั้นซิสเตอร์ซึ่งเป็นแม่ชีและพยาบาลออกไปเยี่ยมที่บ้าน โดยพิจารณาว่า หากพบว่าผู้สูงอายุคนนั้นยากจน ป่วยและไม่มีผู้ดูแล หรืออยู่คนเดียว ก็จะได้รับการพิจารณาให้เข้าอยู่ในบ้านเบทานีเป็นอันดับแรก นอกจากนี้ผู้สูงอายุในบ้านเบทานีแล้ว ส่วนหนึ่งถูกส่งมาจากกรมประชาสงเคราะห์และโรงพยาบาล

ประเภทของการสงเคราะห์

การสงเคราะห์ในบ้านเบทานี แบ่งเป็น 4 ประเภท คือ

1) ประเภทสามัญ เป็นการสงเคราะห์โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในประเภทนี้บ้านเบทานีต้องให้การดูแลตลอดชีวิต

2) ประเภทเสียค่าบำรุง โดยผู้สูงอายุที่รับการสงเคราะห์จ่ายค่าบำรุงเท่าที่จะทำได้ เช่น เดือนละ 500 บาท หรือ 1,000 บาท

3) ประเภทไป –กลับ ซึ่งเป็นการให้การดูแลผู้สูงอายุเฉพาะเวลากลางวันเท่านั้น โดยผู้สูงอายุจ่ายค่าบริการแล้วแต่จะทำได้ในแต่ละเดือน

4) ประเภทพักฟื้นชั่วคราว โดยผู้อายุจะเข้ารับบริการเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน แล้วกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายตามความสามารถ

โดยในปัจจุบันบ้านเบทานีสามารถรับการดูแลผู้สูงอายุได้ประมาณ 50 คน ซึ่งการสงเคราะห์อยู่ภายใต้การดูแลของซิสเตอร์คามิลเลียนหรือคณะภคณีผู้รับใช้คนป่วยแห่งนักบุญคามิลโล ซึ่งจบการศึกษาด้านการพยาบาล

กิจกรรมการบริการ มีดังต่อนี้

1) บริการเลี้ยงดู โดยจัดบริการปัจจัย 4 ให้แก่ผู้สูงอายุดังนี้

1.1) อาหาร บริการอาหาร 3 มื้อ ไม่มีนักโภชนาการ แต่ให้ซิสเตอร์ 1 คนเป็นผู้ประกอบอาหารและเยาวชนอาสาสมัครหญิงคอยให้ความช่วยเหลือ โดยจัดอาหารเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุตามสภาพร่างกาย

1.2) ที่อยู่ มีบริการอาคารนอนชั้นเดียว 4 หลัง อาคาร 3 หลังสร้างโดยกั้นเป็นห้องแต่ละห้องผู้สูงอายุอยู่รวมกัน 2-3 คน นอกจากนี้ยังมีอาคารที่สร้างเป็นห้องโล่งมีเตียงนอนเรียงกันประมาณ 20 เตียง ทั้งนี้ผู้สูงอายุประเภทสามัญหรือผู้สูงอายุที่ใช้ค่าบำรุงจะอยู่รวมกันโดยไม่มีการแบ่งแยก

1.3) เครื่องนุ่งห่ม ส่วนมากผู้สูงอายุจะเอามาเอง แต่จะมีบิการแก่ผู้สูงอายุที่ยากจนจริงๆ ไม่มีเครื่องนุ่งห่มเป็นของตนเอง

1.4) ยารักษาโรค เนื่องจากมีซิสเตอร์ซึ่งเป็นพยาบาล ซึ่งให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ในกรณีที่ผู้การเจ็บป่วยหนักจะนำส่งโรงพยาบาล โดยค่ารักษาบ้านเบทานีจะจ่ายให้ในกรณีที่ผู้สูงอายุยากจน แต่ในผู้สูงอายุที่มีฐานะดีจะจ่ายค่ารักษาเอง

2) บริการทางด้านการแพทย์และอนามัย

2.1) ด้านอายุรกรรม ไม่มีบริการเรือนพยาบาล แต่มีซิสเตอร์ 7 คน ซึ่งจบการศึกษาด้านพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง

2.2) ด้านจิตเวช เนื่องจากผู้สูงอายุบ้านมีอายุเฉลี่ยประมาณ 80 ปี และส่วนใหญ่นั่งรถเข็น ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หลงลืม ดังนั้นจึงต้องการการดูแลใกล้ชิดโดยซิสเตอร์และอาสาสมัครเพศหญิง

2.3) ด้านการอนามัย เยาวชนอาสาสมัครหญิง ซึ่งมีเจตนารมณ์ที่จะบวชชี มีหน้าที่ผลัดเปลี่ยนกันเข้ามาทำความสะอาดบ้านพัก การป้อนอาหารและอาบน้ำ เป็นต้น

3) บริการด้านกายภาพบำบัด มีซิสเตอร์บางคนผ่านกรอบรมด้านกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลทำหน้าที่ช่วยเหลือด้านกายภาพบำบัดแก่ผู้สูงอายุ โดยการสอนบริหารร่างกายส่วนต่างๆ

4) บริการด้านอาชีวะบำบัด ไม่มีเจ้าหน้าที่อาชีวะบำบัดโดยตรง การบริการด้านอาชีวะบำบัดเป็นหน้าที่ของซิสเตอร์และอาสาสมัครหญิง กิจกรรมอาชีวะบำบัด เช่น การถักไหมพรมเป็นผ้าพันคอ การทำผ้าเช็ดมือ การทำดอกไม้

5) บริการด้านศาสนา เนื่องจากมีการก่อตั้งขึ้นโดยนักบุญศาสนาคริสต์จึงไม่มีบริการด้านพุทธศาสนาแต่จะอนุญาตให้ครอบครัวรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติกิจกรรมทางด้านพุทธศาสนา แต่มีบริการให้ผู้สูงอายุได้ฟังเทป ฟังวิทยุเกี่ยวกับธรรมะ ส่วนผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาคริสต์ จะบริการให้ทำพิธีภายในโบสถ์ที่สร้างไว้ภายในบ้านเบทานี

6) บริการด้านนันทนาการ กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ส่วนงานในวันนักขัตฤกษ์ต่าง ๆ เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์ จะมีการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ

7) บริการด้านฌาปนกิจ ผู้สูงอายุเมื่อถึงแก่กรรม จะแจ้งญาติให้ทราบและมารับศพไปประกอบพิธีกรรมตามประเพณี ในกรณีที่ไม่มีญาติและนับถือศาสนาพุทธ จะส่งศพไปยังวัดใกล้เคียงไปจัดการสวดศพ 1 คืน ส่วนผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาคริสต์จะนำศพไปฝังที่สุสานวัดนัดบุญยอเซฟ

8) บริการด้านการสังคมสงเคราะห์ ไม่มีนักสังคมสงเคราะห์ แต่จะมีซิสเตอร์ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหา และช่วยประสานงานระหว่างครอบครัวกับผู้สูงอายุ

2.1.5) คุณลักษณะและสมรรถนะของผู้ให้บริการ

บ้านเบทานีสามารถรับดูแลผู้สูงอายุได้ประมาณ 50 คน ซึ่งการสงเคราะห์นั้นอยู่ภายใต้การดูแลของซิเตอร์คามิลเลียนหรือคณะภคนีผู้รับใช้คนป่วยแห่งนักบุญคามิลโล ซึ่งจบการศึกษาด้านพยาบาล และมีอาสาสมัครจากเยาวชนซึ่งยากจะบวชชีเข้ามาทดสอบการเลี้ยงดูผู้สูงอายุโดยไม่รับค่าตอบแทนเป็นเวลา 1 ปี

อย่างไรก็ตามบทบาทหน้าที่ในการดูแลจะเป็นไปตามกิจกรรมที่กล่าวมาในข้างต้น ซึ่งคณะภคนีจบการศึกษาพยาบาล

2.1.6) มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ

จากการศึกษาไม่พบว่ามีการกล่าวถึงมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา ภาคเอกชน ในประเทศไทย

2.1.7) การรับรองมาตรฐาน

ณ ปัจจุบันยังไม่มีการรับรองมาตรฐานสถานสงเคราะห์คนชรา ภาคเอกชนในประเทศไทย

2.2) องค์กรทางด้านเชื้อชาติ (จีน)

2.2.1) ที่มาและความจำเป็น

เนื่องจากในอดีตที่พบว่า คนจีนที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยมักประสบกับปัญหาคือ ไม่มีบัตรต่างด้าวและต้องหลบๆ ซ่อนๆ ในการทำงาน โดยส่วนใหญ่ทำงานเป็นกรรมกรแบกหาม ต่อมาเมื่อการขนส่งเจริญขึ้นทำให้คนจีนเหล่านี้ตกงาน ไม่มีอาชีพและหางานทำที่อื่นก็ไม่ได้เนื่องจากไม่มีบัตรต่างด้าว ทำให้เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจึงไม่มีคนดูแล ประกอบคนจีนอีกจำนวนหนึ่งซึ่งมีอาชีพจับปลา เมื่ออายุล่วงเข้าวัยชราก็ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ จึงมีผู้เห็นความทุกข์ยากของคนเหล่านี้และได้สร้างที่พักสำหรับชาวจีนกลุ่มนี้ขึ้น ต่อมาได้พัฒนาเป็นสถานสงเคราะห์และสมาคมคนจีน

2.2.2) คำนิยาม

จากการสืบค้นยังไม่พบว่ามีการให้คำนิยามที่ชัดเจน แต่ด้วยสถานสงเคราะห์สร้างขึ้นโดยคนไทยที่มีเชื้อสายจีน เป็นไปได้ว่าสามารถให้คำนิยามของสถานบริการได้จาก ปรัชญาและแนวคิดรวมทั้งวัตถุประสงค์ของการก่อตั้ง ดังนั้นสถานสงเคราะห์ของชาวไทยเชื้อสายจีนหมายถึง ที่พักสำหรับชาวจีนหรือคนไทยที่มีเชื้อสายจีนที่มีภาวะเจ็บป่วยไม่มีคนดูแล หรือผู้ที่อยู่ในวัยชราที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้และมีความทุกข์ยาก

2.2.3) ปรัชญาและแนวคิดในการบริการ

ด้วยสถานสงเคราะห์ที่สร้างขึ้นโดยคนไทยที่มีเชื้อสายจีน จึงมีแนวคิดในการให้บริการช่วยเหลือสวัสดิการผู้สูงอายุชาวจีนทั่วไปและให้ที่พักอาศัย สำหรับชาวจีนหรือคนไทยที่มีเชื้อสายจีนที่ไม่มีบัตรต่างด้าว ผู้ที่อยู่ในวัยชราที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้และมีความทุกข์ยากและผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยไม่มีคนดูแล

2.2.4) ลักษณะการบริการ

วัตถุประสงค์ในการบริการ

1. เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุชาวจีนที่ไม่มีบัตรต่างด้าว หรือมีบัตรต่างด้าวแต่ไม่ได้ต่ออายุให้มีที่อยู่อาศัยในบั้นปลายชีวิต

2. เพื่อช่วยเหลือสวัสดิการผู้สูงอายุชาวจีนทั่วไป ซึ่งไม่มีโรคติดต่ออายุ 68 ปีขึ้นไปในด้านปัจจัย 4

3. เพื่อช่วยเหลือคนยากจน หรือผู้สูงอายุที่ไม่มีการศึกษา

ลักษณะการให้บริการ ในลักษณะการสงเคราะห์ด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. บริการเลี้ยงดู โดยจัดบริการปัจจัย 4 สำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

1.1 อาหาร จัดบริการอาหารวันละ 3 มื้อ ส่วนใหญ่เป็นอาหารอ่อน คือ ข้าวต้ม อาหารส่วนใหญ่ได้จากผู้ที่มีจิตศรัทธาบริจาคให้เป็นประจำ โดยให้ผู้สูงอายุที่ยังสามารถเดินได้ เดินไปรับประทานอาหารร่วมกันที่ห้องอาหาร ในรายที่ไม่สามารถเดินไปรับประทานอาหารได้ด้วยตนเองทางสถานสงเคราะห์จะจ้างผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่แข็งแรง โดยให้เป็นเงินเดือนๆ ละ 500-1,000 บาท

1.2 ที่อยู่ ลักษณะอาคารเป็นอาคาร 2 ชั้น ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้อยู่ชั้นบน โดยห้องพักเป็นลักษณะห้องรวมมีเตียงนอนวางเรียงกันประมาณ 20 เตียง มีอุปกรณ์เครื่องนอนบนเตียงครบ

1.3 เครื่องนุ่งห่ม จัดเครื่องนุ่งห่มให้ผู้สูงอายุปีละ 2 ชุด

1.4 ยารักษาโรค ไม่มีห้องพยาบาลและพยาบาลประจำ แต่มีตู้ยาและยาสามัญประจำบ้านไว้ให้ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ

2. บริการทางการแพทย์และอนามัย ไม่มีบริการทางด้านนี้ เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ สามารถใช้ยาจากตู้ยา กรณีที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยหนัก จะส่งตัวไปยังโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลสถานสงเคราะห์จะรับผิดชอบทั้งหมด

3. บริการด้านกายภาพบำบัด ไม่มีบริการด้านนี้เนื่องจากไม่มีนักกายภาพบำบัด หากมีผู้สูงอายุที่สนใจออกกำลังกายจะรวมกลุ่มทำกันเอง

4. บริการด้านอาชีวะบำบัด ไม่มีบริการด้านอาชีวะบำบัดเนื่องจากไม่มีนักอาชีวะบำบัด อีกทั้งสถานสงเคราะห์เน้นเรื่องการบริการปัจจัย 4 และให้ผู้สูงอายุมีที่พักอาศัยในบั้นปลายชีวิตเท่านั้น

5. บริการด้านศาสนา ไม่ได้มีกิจกรรมทางศาสนาใด ๆ

6. บริการด้านนันทนาการ ไม่มีกิจกรรมนันทนาการที่จัดโดยเจ้าหน้าที่ แต่ได้จัดวิทยุ โทรทัศน์ไว้ให้ดูในห้องโล่ง นอกจากนี้ยังมีหนังสือพิมพ์ให้อ่าน และมีหมากฮอสให้เล่น

7. บริการด้านฌาปนกิจ เมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิตสถานสงเคราะห์จะทำพิธีทางศาสนา 1 คืน และฌาปนกิจศพ ในกรณีที่มีญาติจะติดต่อให้ญาติรับไปทำพิธี

8. บริการสังคมสงเคราะห์ สถานสงเคราะห์ไม่มีนักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าประจำสถานสงเคราะห์จะดำเนินการเอง

2.2.5) คุณลักษณะและสมรรถนะของผู้ให้บริการ

ไม่พบว่ามีการกำหนดคุณลักษณะหรือสมรรถนะของผู้ให้บริการในสถานสงเคราะห์ การดำเนินงานของสถานสงเคราะห์ไม่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาล งบประมาณในการดำเนินงานทั้งหมดได้มาจากการบริจาคของผู้มีจิตกุศลและผู้บริจาคโดยตรงกับมูลนิธิ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทั้งหมดอยู่ในความรับผิดชอบดูแลของประธานมูลนิธิโดยตรง เจ้าหน้าประกอบด้วย เจ้าหน้าในสำนักงาน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พนักงานทำความสะอาด คนทำครัว คนยกอาหารให้ผู้สูงอายุ อายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ซึ่งส่วนใหญ่สถานสงเคราะห์จ้างผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงในการทำหน้าที่ดังกล่าว คนปลูกต้นไม้

จะเห็นได้ว่า ยังไม่มีบุคลากรด้านสุขภาพทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ โดยที่บุคลากรของสถานสงเคราะห์จะทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพร่วมด้วย และเมื่อมีผู้เจ็บป่วยเกิดขึ้นเจ้าหน้าที่จะนำผู้สูงอายุส่งโรงพยาบาลใกล้เคียง

2.2.6) มาตรฐานการ

ไม่มีการกำหนดมาตรฐานการดูแล ในสถานสงเคราะห์คนชรา ภาคเอกชน ในประเทศไทย

2.2.7) การรับรองมาตรฐาน

ยังไม่มีการรับรองมาตรฐานการพยาบาลในสถานสงเคราะห์คนชรา ภาคเอกชน ในระเทศไทย

2.2.2 สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living setting)

1) ที่มาและความจำเป็น

สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต เป็นธุรกิจที่เติบโตอย่างรวดเร็วในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ได้รับความสนใจอย่างมาก เพราะเป็นการดูแลที่อยู่ระหว่างบ้าน (home care) กับการให้บริการความสะดวกอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ บริการอาหาร การอาบน้ำแต่งตัว การจัดกิจกรรมส่งเสริมสังคมและบันเทิง การซักรีด การให้ยาประเภทพื้นๆ การรับส่ง รวมทั้งดูแลความปลอดภัย (Gorek & Andresen, 2000)

2. คำนิยาม

สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living) เป็นคำที่ใช้ปนกับคำศัพท์อื่นอีกหลายคำ เช่น Residential care, Board and care home, Congregate care และ Personal care คำศัพท์นี้พัฒนามาจากกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย (Scandinavian) ซึ่งพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ โดยเน้นการดูแลเพื่ออำนวยความสะดวกในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อการดำรงชีวิตในสังคม ไม่ใช่การพยาบาล หรือการดูแลผู้ที่เจ็บป่วย แต่ดูแลเหมือนกับอยู่ที่บ้าน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้ (Hawes, Rose & Phillips, 1999) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีบริการ Assisted living ขึ้นในช่วงแรกที่รัฐโอเรกอน (Oregaon) ต่อมาจึงได้มีบริการนี้แพร่หลายทั่วไป พบว่าแต่ละรัฐมีการให้ความหมายของสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living) แตกต่างกัน ในมุมมองของสมาคมต่างๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุต่างก็มีความเห็นที่คล้ายคลึงกัน แต่สมาคมบางแห่งได้ให้ความหมายที่กว้างมากขึ้น ครอบคลุมถึงการให้ความเป็นอิสระส่วนบุคคล ส่งเสริมการมีคุณค่าในตัวเอง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการส่งเสริมการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี (National Center for Assisted Living, 2008) อย่างไรก็ตามสามารถสรุปได้ดังนี้ คือ

สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living) เป็นสถานที่อยู่อาศัยและให้บริการดูแลที่เน้นช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ให้อาหาร ป้อนข้าว แต่งตัว โดยการดูแลอาจเป็นกิจกรรมที่ระบุไว้ในตาราง หรืออยู่นอกเหนือตารางก็ได้ เช่น การเคลื่อนย้าย การรับประทานอาหารว่าง การเดินเล่น การมีกิจกรรมสันทนาการ โดยบริการนั้นครอบคลุม 24 ชั่วโมง (National Center for Assisted Living, 2008) ผู้สูงอายุที่อาศัย อาจมีปัญหาด้านการทำกิจวัตรประจำวัน มีอาการสับสน หรือมีความจำเสื่อมบ้าง แต่ไม่มีปัญหาที่ต้องการการดูแลรักษาที่เฉพาะด้านจากบุคคลากรด้านสุขภาพโดยตรง (Elder Care Locator, 2008)

สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living) หมายถึงที่พักสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด รวมถึงมีระบบการส่งต่อถึงผู้เชี่ยวชาญหากมีปัญหาสุขภาพ มีการดูแลและจัดการที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล มีระบบบริการสุขภาพที่ดูแลทั้งร่ายกายและจิตใจ เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถของบุคคล นอกจากนี้ มีการเขียนสรุปในรายงานของศูนย์การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตแห่งชาติ (National Center for Assisted Living, 2008) ไว้ว่า 1) เป็นสถานบริการที่ได้รับใบอนุญาตในการจัดตั้ง และ 2) เป็นที่พักอาศัยของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตัวเองได้ ไม่ต้องการการ

รักษาพยาบาล แต่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน มีห้องนอน ห้องน้ำ ห้องครัว เตียง ตู้ อาหาร 3 มื้อ มีคนทำความสะอาดให้ และดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน

ดังนั้นสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต จึงให้บริการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบที่คนทั่วไปคุ้นเคยคล้ายกับบ้านพักคนชรา (residential care) คือที่ไม่เน้นการดูแลสุขภาพผู้ที่เจ็บป่วย แต่มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น คือ เป็นบริการที่รัฐจัดไว้รองรับผู้อาศัยที่หลากหลาย (board and care home) ได้แก่ 1) บริการสำหรับผู้ที่มีปัญหาสติปัญญาและพัฒนาการช้า หรือเริ่มมีภาวะทุพพลภาพ 2) บริการสำหรับผู้ที่มีปัญหาป่วยทางจิต 3) บริการผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพกายเสื่อมถอย ความจำเสื่อม หรือมีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบริการที่เน้นเพื่อคนกลุ่มสุดท้ายดังกล่าว (Hawes, Rose & Phillips, 1999)

สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต มีบริการที่รวมเอาบริการที่อยู่อาศัย บริการส่วนบุคคล และการดูแลสุขภาพในสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองให้มีความเป็นส่วนตัว บริการของสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต บางครั้งเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนผู้เกษียณอายุ นอกจากนี้ยังมีลักษณะอยู่ใกล้สถานบริการผู้สูงอายุ (nursing home) เพื่อง่ายต่อการนำส่งผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลง (Medline Plus, 2008)

3) ปรัชญาของสถานบริการ

สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต มีหลักปรัชญาพื้นฐานที่การจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการแต่ละบุคคล ที่ไม่เหมือนกัน และเน้นการส่งเสริมให้บุคคลมีศักดิ์ศรี (dignity) มีอำนาจในตนเอง (autonomous) พึ่งพาตนเอง (independence) มีความเป็นส่วนตัว (privacy) อย่างน้อยในสิ่งแวดล้อมที่มีความจำกัด มีความปลอดภัยในสถานที่อยู่อาศัย รวมทั้งส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Hawes, Rose & Phillips, 1999) จากหลักปรัชญานี้จึงทำให้สหพันธ์สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (Assisted Living Federation of America: ALFA) ได้กำหนดบริการไว้ 10 ข้อ คือ (ALFA, 2008)

1. ให้การดูแลที่มีคุณภาพตามความต้องการของแต่ละบุคคล
2. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้
3. ดูแลผู้สูงอายุให้ดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและให้เกียรติ
4. ส่งเสริมให้มีความเป็นส่วนตัวในแต่ละบุคคล
5. ให้ผู้อาศัยมีทางเลือกในการรับการดูแลและวิถีชีวิต
6. ปกป้องสิทธิส่วนบุคคลของผู้อาศัย
7. ดูแลจิตวิญญาณของแต่ละบุคคล
8. ให้ครอบครัวและเพื่อนของผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการวางแผนและดูแลจัดการ
9. จัดสภาพแวดล้อมให้มีความปลอดภัย
10. จัดให้สถานที่อยู่อาศัยมีคุณค่าต่อชุมชน

ความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

ในด้านของผู้ใช้บริการสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต พบว่ามีความคาดหวังต่อบริการดังนี้ (Consumer Information, 2008)

1. ได้รับการดูแลอย่างมีศักดิ์ศรีและนับถือ
2. ได้รับการชี้แจงถึงบริการที่จะได้รับรวมทั้งข้อจำกัดต่างๆ
3. สามารถจัดการทรัพย์สินของตนเองได้
4. ยังคงยึดถือปณิธานส่วนตัวต่อไปได้
5. มีอิสระในการคบหากับคนในสถานบริการเดียวกันและคนในชุมชนอื่น
6. มีเสรีภาพในการนับถือศาสนา
7. ควบคุมสุขภาพร่วมไปในบริการ
8. มีความเป็นส่วนตัว
9. มีอิสระในการใช้สิทธิ และหน้าที่ตามสิทธิของผู้อยู่อาศัย
10. มีสิทธิในการร้องขอ หรือแสดงข้อข้องใจ

4) ลักษณะการบริการ

สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต มีบริการที่คล้ายกันดังต่อไปนี้ (Sorrentino & Gorek, 2007; Consumer information, 2008)

1. ให้บริการ 24 ชั่วโมง
2. จัดให้อาหาร 3 มื้อในห้องรับประทานอาหาร
3. บริการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการพึ่งพาตนเอง
4. ให้บริการกิจวัตรประจำวัน
5. จัดการดูแลให้ยาที่ผู้รับบริการใช้เป็นประจำ
6. ช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาความจำเสื่อม หรือเป็นโรค Alzheimer หรือทุพพลภาพ
7. มีกิจกรรมส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ
8. มีกิจกรรมการออกกำลังกาย
9. บริการซักรีด เปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้
10. มีแม่บ้านดูแลเรื่องความสะอาดของที่อยู่อาศัย
11. มีบริการรับส่ง

นอกจากการบริการพื้นฐานดังกล่าวแล้ว สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตแต่ละแห่งมีบริการเสริมที่แตกต่างกัน เช่น ร้านเสริมสวยหรือร้านตัดผม ห้องพระ ห้องสวดมนต์หรือนั่งสมาธิ บริการฉุกเฉิน ห้องออกกำลังกาย ห้องครัว ห้องซักรีด กิจกรรมสันทนาการ ระบบความปลอดภัยด้านอิเล็กทรอนิกส์ การรักษาความปลอดภัยตอนกลางคืน บริการด้านสังคม และการเดินทาง (National Center for Assisted Living, 2008)

บริการด้านการดูแลผู้สูงอายุแบบสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต ได้รับความนิยมอย่างมากในประเทศตะวันตกในปัจจุบัน งานบริการของสถานบริการและความต้องการของผู้สูงอายุรวมทั้งญาติจึงเป็นเรื่องที่ต้องมีความสัมพันธ์กัน จากการศึกษาของ Beel-Bates, Ziemba & Algase (2007) พบว่า บริการส่วนใหญ่ของสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต เป็นเรื่องการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน แต่ญาติของผู้สูงอายุมีความต้องการการบริการมากกว่าที่จัดให้ เนื่องจากการศึกษาครั้งนั้นพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในสถานบริการไม่ค่อยมีปัญหาความจำกัดด้านร่างกาย แต่ส่วนใหญ่มีปัญหาความจำเสื่อมซึ่งต้องการการช่วยเหลือเรื่องให้ยา แม้บริการจะครอบคลุมการช่วยเหลือให้ยาก็ตาม แต่เป็นลักษณะการให้ยา (medication assistance) โดยบุคลากร ไม่ได้รับการเรียนและฝึกฝนทางด้านการพยาบาลและไม่มีใบประกอบวิชาชีพ (unlicensed personnel) ทำให้ไม่สามารถบริหารยาได้ (medication administration) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะเป็นงานประจำ อาจไม่เพียงพอต่อความต้องการหรือต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ บุคลากรด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลจึงเป็นความคาดหวังของผู้รับบริการ

การสำรวจสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตในประเทศสหรัฐอเมริกา พบประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับบุคลากรและคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

5) คุณลักษณะและสมรรถนะของผู้ให้บริการ

บุคลากรในสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living) แต่ละแห่งมีความแตกต่างกันเล็กน้อย ส่วนใหญ่ประกอบด้วย แม่บ้าน คนทำครัว เจ้าหน้าที่ซ่อมบำรุง คนขับรถเสมียน จากการศึกษาของ American Health Care Association (AHCA) พบว่าการบริการที่มีจำนวนเตียง 50 เตียง จะมีผู้ทำหน้าที่การจัดการ 3 คน พยาบาล 5 คน พนักงานช่วยพยาบาล 13 คน นักโภชนากร 9 คนและแม่บ้าน 4 คน (National Center for Assisted Living, 2008) อย่างไรก็ตามในด้านสมรรถนะของผู้ให้บริการ จากการสืบค้นยังไม่พบข้อมูลที่ชัดเจน

ตัวอย่าง สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตของรัฐโอเรกอน

จากการศึกษาของ Kane & Wilson (1993) ในสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต 2 ประเภท คือ สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตระดับประเทศ และสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตในระดับรัฐ ตัวอย่างของรัฐโอเรกอน พบข้อมูลดังต่อไปนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้พักอาศัย

การศึกษาของ Cooper & Lybrand (cited from National Center for Assisted Living, 2008) พบว่าผู้พักอาศัยร้อยละ 79 เป็นหญิง มีอายุเฉลี่ย 85 ปี ผู้ชายมีอายุเฉลี่ย 83 ปี การศึกษาระดับชาติผู้พักอาศัยของ Kane & Wilson (1993) พบว่าผู้พักอาศัยมีอายุเฉลี่ย 83 ปี ส่วนในโอเรกอนส่วนใหญ่ผู้อาศัยเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75) มีอายุเฉลี่ย 85 ปี โดย ร้อยละ 97 เป็นผู้หญิง

ที่ไม่ได้แต่งงาน เช่นเดียวกับการศึกษาที่สมาคมผู้พักอาศัยแห่งอเมริกาที่พบว่าส่วนใหญ่เป็นหญิงไม่ได้แต่งงาน มีชายเพียงร้อยละ 19 จึงกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุในสถานบริบาลถึงร้อยละ 95 เป็นผู้ที่ไม่ได้แต่งงาน

2) ความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน (daily activity impairment)

จากการศึกษาของ Assissted Living Facilities Association of America (ALFAA) พบว่า ผู้สูงอายุในสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันที่ค่าเฉลี่ย 3.06 และร้อยละ 42 มีปัญหาความคิดความจำเสื่อม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความต้องการการช่วยเหลือในระดับปานกลางถึงมาก ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว การได้รับยา การอาบน้ำ การแต่งตัว

3) การเข้าอยู่และการจำหน่าย (admission and discharge)

ประมาณร้อยละ 20-30 อยู่ในสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต จากการสำรวจถึงสภาพชีวิตก่อนการอยู่อาศัยในสถานที่นี้ พบว่า ผู้สูงอายุหนึ่งในสอง หรือร้อยละ 57 อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองมาก่อน ร้อยละ 16 อยู่กับครอบครัวมาก่อน ร้อยละ 14 มาจากชุมชนคนเกษียณอายุ และ ร้อยละ 13 มาจาก Nursing home เหตุผลที่ผู้สูงอายุออกจากสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต ได้แก่ ต้องการการดูแลที่มากขึ้น มีปัญหาพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การทำหน้าที่ของร่างกายต่างๆ ดีขึ้น บางคนมีปัญหาทางเศรษฐกิจ คู่สมรสเสียชีวิต อย่างไรก็ตามสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตบางแห่งมีระยะเฉลี่ยของการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่ 7.5 ปี และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุหญิงมีระยะเวลาอยู่นานกว่าผู้สูงอายุชายประมาณ 6 เดือน (National Center for Assisted Living, 2008)

จะเห็นได้ว่าสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึงทั้งสถานที่อยู่อาศัยและการบริการที่จัดให้ ลักษณะและบริการต่างๆ ที่สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศตะวันตก เป็นสถานที่อยู่อาศัยที่รวมเอาผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในระดับการทำกิจวัตรประจำวัน มากกว่าความต้องการการดูแลที่อาศัยบุคลากรด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังพึ่งพาตนเองได้ ไม่ต้องการการดูแลบำบัดในระดับที่สูงหรือยุ่งยาก ดังนั้นหลักเกณฑ์การรับ คือ ต้องเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพ

6) มาตรฐานการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการดูแล สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย และต่างประเทศก็ไม่พบหลักฐานการกำหนดมาตรฐานการดูแลที่ชัดเจน

7) การรับรองมาตรฐาน

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบว่ามีการรับรองมาตรฐานสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย สำหรับในต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีหน่วยงานอิสระที่ให้การประเมินและรับรองมาตรฐานองค์กร เช่น Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (Carpenter et al, 2000) ให้การประเมินคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลในสถานบริการต่างๆ ที่รวมถึงสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living) โดยทีมวิชาชีพของ JCAHO ไปเยี่ยมเพื่อทำการตรวจเอกสาร ประเมินการปฏิบัติงานขององค์กรในด้านที่ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้พักอาศัย ผ่านทางการประเมินกระบวนการ การเข้าพบผู้พักอาศัยและบุคลากรเจ้าหน้าที่ ให้คะแนนการประเมินสถานบริการนั้นๆ การผ่านการรับรองมาตรฐานขึ้นอยู่กับว่าสถานบริการนั้นมีมาตรฐานตามที่ JCAHO กำหนดไว้มากน้อยเพียงไร (JCAHO, 2006)

2.2.3 สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long-term care hospitals)

1) ที่มาและความจำเป็น

สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล เป็นสถานที่สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่อง ทุพลภาพ โดยความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิม (CMS, 2008; Hospital, 2009) ในปัจจุบันสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่มีบุคคลากรและเครื่องมือที่เตรียมพร้อมให้ผู้สูงอายุกลับไปอยู่ที่บ้านและได้รับการดูแลโดยครอบครัว หรือไปอยู่ในสถานบริการที่ให้บริการด้วยทักษะการดูแลที่ไม่ซับซ้อน (Hospital, 2009)

สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลที่ผ่านมาเป็นหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชนที่รับดูแลรักษาผู้สูงอายุโดยเฉพาะหรือโรงพยาบาลจิตเวช ที่รับผู้ป่วยรวมทั้งผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ และผู้ที่มีอาการสมองเสื่อม โดยในโรงพยาบาลทั่วไป อาจแยกเป็นหอผู้ป่วยออกมาต่างหาก หรืออยู่ในหอผู้ป่วยต่างๆ (Snowdon & Arie, 2002; Turrell & Freestone, 1998; Maramatsu, 2000) แต่เนื่องจากสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้มีความจำเป็นที่ต้องมีบริการลักษณะอื่นเข้ามาแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล รวมทั้งการลดระยะเวลาในการอยู่รักษาในโรงพยาบาลหลังการป่วยเฉียบพลัน รวมทั้งลดปัญหาการอุดกั้นเตียง (bed block) จึงมีการแก้ไขปัญหาโดยพัฒนาสถานบริบาล (nursing home) ขึ้นเพื่อช่วยผ่องถ่ายผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลนาน ที่มีอาการดีขึ้นแต่ยังต้องการการฟื้นฟูระยะหนึ่งก่อนกลับบ้าน หรือลดขนาดเตียงที่รับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวให้เป็นเพียงหอผู้ป่วยที่เดียวในโรงพยาบาลใหญ่ทั่วไป หรือขยายจำนวนเตียงที่ดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้การดูแลระยะยาว ที่ครอบคลุมกิจกรรมการประเมินและฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลเพื่อฟื้นฟูทั่วไปการให้บริการดูแลกลางวัน การดูแลชั่วคราว การให้ข้อมูล และการ

ให้คำแนะนำและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เช่น ประเทศไอร์แลนด์ และประเทศอังกฤษ (Derrick, 1998; National Council on Aging and Older People, 2001)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า นอกจากมีสถานบริบาลขึ้นเพื่อรับผู้ป่วยและผู้สูงอายุดูแลระยะยาวต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแล้ว ยังได้มีการพัฒนาลักษณะการบริการรูปแบบอื่นที่ช่วยรับผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลระยะยาวที่เป็นขององค์กรเอกชนที่เรียกว่า Medicare ที่ดูแลเกี่ยวกับสวัสดิการค่าใช้จ่ายเรื่องสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้น ได้แก่ การจัดให้มีโรงพยาบาลระยะยาวขึ้น (long-term care hospitals) ที่ให้การดูแลในช่วงหลังระยะป่วยเฉียบพลัน (sub-acute care) รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ การการดูแลที่ใช้ทักษะทางการพยาบาล หรือทักษะทางการดูแลกิจวัตรประจำวันที่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง (Maramatsu, 2000; Medpac, 2004) นอกจากนี้ยังมีการให้บริการผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวอีกลักษณะ ที่ไม่ต้องการดูแลรักษาหรือทักษะเฉพาะทางการพยาบาล เพียงต้องการการช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เช่น สถานสงเคราะห์

อย่างไรก็ตาม จากการวิจัยติดตามปัญหาการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุที่ดำเนิน การอยู่ในโรงพยาบาล 350 เตียงแห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทั่วไปถึงร้อยละ 64 ในขณะที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมมีร้อยละ 60 ทำให้เห็นว่าหอผู้ป่วยในมีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษามาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า อนาคตข้างหน้าคงไม่สามารถแยกหอผู้ป่วยในของผู้สูงอายุเฉพาะ แต่ควรให้อยู่ร่วมกับผู้ป่วยผู้ใหญ่ และต้องพัฒนาบุคลากรในหอผู้ป่วยทั่วไปให้สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ และไม่ควรเปลี่ยนหอผู้ป่วยอายุกรรมเป็นหอผู้ป่วยสูงอายุ ในทางตรงกันข้ามต้องลดจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมลง แต่ต้องพัฒนาระบบการดูแลรักษาที่ต้องไวต่อปัญหาผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งควรให้การดูแลโดยใช้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก ตั้งแต่การประเมินปัญหาตามแนวปฏิบัติ ตั้งแต่การประเมินผู้สูงอายุ พัฒนาทักษะสำคัญที่ต้องใช้ในการดูแลรักษาผู้สูงอายุให้มากขึ้น (Rozzini, Sabatini & Trabucchi, 2005)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการศึกษาการครองเตียงของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลในปี คศ. 1981 ที่ศึกษาย้อนหลังช่วงปี คศ. 1976-1972 พบว่า จากการที่รัฐได้ขยายแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุระยาวและการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage) พบว่า ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลลดน้อยลง ทำให้ไม่เห็นความจำเป็นในการขยายเตียงเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาล (Shapiro & Roos, 1981) รวมทั้งประเทศออสเตรเลีย ประเทศอังกฤษเองก็มีปรากฏการณ์เช่นเดียวกัน แต่ประเทศอังกฤษมีการพัฒนาช้ากว่าทั้งสองประเทศที่กล่าวมา แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีการลดการพักรักษาระยะยาวในโรงพยาบาลโดยเคลื่อนย้ายมาสู่สถานบริบาลหรือบ้านพักคนชรา เพื่อเป็นการลดการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญ การครองเตียงระยะยาวจึงไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสถานบริการสูงอายุหรือจิตเวชที่เคยรับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช แต่ได้มีการจัดลักษณะการบริการขึ้นใหม่ที่เรียกว่า Psychogeriatric unit เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมในระยะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ที่ไม่เหมาะที่จะดูแลในสถานบริบาล (Snowdon & Arie, 2002)

ทั้งนี้แนวโน้มดังกล่าวนี้ ยังคงเป็นอยู่ในระยะเวลานี้แม้ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องจากการดูแลของสถานบริการผู้สูงอายุระยะยาวไม่ว่าเป็นสถานบริบาล หรือ สถานบริการฟื้นฟูสภาพ หรือลักษณะอื่นในส่วนของภาคเอกชนเติบโตมาก และสามารถใช้ระบบประกันสังคมได้ รวมทั้งนโยบายที่จำกัดเวลานอนในโรงพยาบาล ทำให้เกิดภาพการดูแลผู้สูงอายุในอนาคตว่าผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวจะที่มีอาการเฉียบพลันเด่นชัดขึ้นมากกว่าการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในโรงพยาบาลต่างจากที่เคยเป็นมา และบางแห่งมีการจัดโรงพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะยาวในโรงพยาบาลทั่วไป (long term care hospitals within hospitals) (MacCormack, 2002; Medcap, 2009; Turrell & Freestone, 1998)

2) คำจำกัดความ

คำที่สะท้อนถึงลักษณะการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลทั้งในส่วนภาครัฐและเอกชน มีหลายคำขึ้นกับระบบการบริการสุขภาพของแต่ละประเทศ ในประเทศสหรัฐอเมริกามีใช้คำว่า Long-term care facility ในความหมายว่าเป็นสถานบริการที่จัดเตรียมไว้เพื่ออำนวยความสะดวกในการฟื้นฟูสภาพ และ/หรือทักษะการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้อาศัยที่ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้ Long-term care facilities ครอบคลุมสถานบริบาล (nursing homes) สถานฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation facilities) และโรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ที่ป่วยเรื้อรังระยะยาว (long-term chronic care hospitals) (Medicinnet.com, 2003) ทั้งนี้โรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ที่ป่วยเรื้อรังระยะยาว “Chronic care hospital” หมายถึง สถานบริการที่ให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว (Answer.com, 2008) เดิมใช้คำว่า Long-stay hospitals แต่ปัจจุบันมีการใช้คำว่า “Long-term care hospitals” ซึ่งเป็นคำที่ Medicare Payment Advisory Commission (MEDPAC) ใช้กำหนดลักษณะผู้ป่วยรวมทั้งผู้สูงอายุและสถานที่ที่ผู้เข้าข่ายการรักษาในสถานบริการที่กำหนด โดยพิจารณาจากสิ่งอำนวยประโยชน์ในการรักษา (facility) ว่าต้องการการดูแลที่ซับซ้อนระดับใด รวมทั้งโอกาสที่ภาวะสุขภาพจะดีขึ้นมากได้เพียงใด โดยกำหนดว่าลักษณะผู้ป่วยที่เข้ารักษาในรงพยาบาลระยะยาวได้ จะต้องเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการรักษา การดูแลฟื้นฟูผู้ที่มีอาการทางคลินิกซับซ้อนและมีอาการที่เฉียบพลันหรือเรื้อรัง พิจารณาว่าสถานบริการนั้นมีสิ่งอำนวยประโยชน์สนองตามระดับความต้องการการดูแลที่ต้องใช้บุคคลากร กระบวนการประเมินผู้ป่วยตลอดจนการรักษา (AHA, 2009; CMS, 2009; Medpac, 2009)

Shapiro & Roos (1981) ระบุว่าสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ต้อง การการดูแลระยะยาวที่ได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล *ทั้งนี้ระยะเวลาที่อยู่รักษามากกว่า 90 วัน* และ National Association of Long Term Hospitals (2007) ประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ความหมายของการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล เพื่อกำหนดเป็นในการเบิกจ่ายสวัสดิการสุขภาพของผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ซึ่งเริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1984 ว่า เป็นการให้การดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพในผู้ที่มีอาการซับซ้อนทั้งที่มีอาการเฉียบพลันและเรื้อรัง ทั้งนี้การดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลจะได้รับการรับรองว่าเป็นโรงพยาบาลที่ดูแลอาการเฉียบพลันในโรงพยาบาล ที่เข้าข่ายโปรแกรมการ

รักษาของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลนานมากกว่า 25 วันโดยการกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยจะได้มีการเปลี่ยนแปลงใหม่และเริ่มใช้ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2552 นี้ ตามปีงบประมาณว่า การดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลจะใช้ระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง 3 เดือน ถึง 15 เดือน และได้กำหนดเกณฑ์การรับผู้ป่วยตามสิ่งอำนวยความสะดวกและระดับความต้องการการดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Tracheotomy with ventilator 96+ hours, Respiratory system with ventilator, Major joint and limb replacement, Lower extremity; Skin graft and wound debridement, Amputation, Hip fracture, Stroke, Skin ulcers, Septicemia, and Osteomyelitis (CMS, 2009; Liu, et al., 2001; Medpac, 2009)

นอกจากนี้ ยังมีผู้ให้ความหมายของสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (Long-term care hospitals) ต่างออกไปตามบริบทการทำงานว่า หมายถึงสถานที่ให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านความสามารถในการเรียนรู้ (learning disability) ที่ครอบคลุมการดูแลทุกวัย (Vluing People with Support Team, 2008)

โดยสรุป ความหมายสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล จึงหมายถึง สถานที่ให้การรักษา พยาบาลทั่วไป ที่ให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาจเป็นโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งสอดคล้องกับระยะเวลาที่ใช้แยกแยะความเจ็บป่วยเรื้อรังว่ามีการเจ็บป่วยนานกว่า 90 วัน (medicinenet.com, 2002)

3) ปรัชญา และ แนวคิด

แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพและต่อเนื่องของสถานบริการระดับต่างๆ แต่ด้วยปัจจัยที่มีความต้องการการดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลระยะยาวมากขึ้น ในขณะที่มีความจำกัดในเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ที่มีผลให้ระยะเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาลสั้นลง (Turrell & Freestone, 1998) จึงมีการขยายแนวคิดการดูแลที่ต้องการแก้ไขปัญหาดังกล่าวนี้ โดยคำนึงถึงคุณภาพการดูแลที่ต้องคงการดูแลที่ดีมีคุณภาพ ซึ่ง Derrick (1994) ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดูแลระยะยาวในฮ่องกงที่มีนโยบายและแนวทางการจัดการระบบบริการ ภายใต้แนวคิดของประเทศอังกฤษว่า การดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุควรมีการปรับแก้การจัดการจากแนวคิดการปฏิบัติที่มีอยู่ โดยให้มีการจัดการ การดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการจัดการให้มีการประสานแพทย์ให้การดูแลในระยะเฉียบพลันอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดระยะ เวลาการอยู่โรงพยาบาล เชื่อมต่อการดูแลจากสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไปยังสถานบริการรูปแบบอื่นในระดับต่างๆ ที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น สถานบริการที่ให้การฟื้นฟูสภาพ หากเป็นการส่งต่อการดูแลไปยังสถานฟื้นฟูสภาพต้องเน้นการวางแผนการดูแลเพื่อการส่งต่อการดูแลให้มีความต่อเนื่องตามความต้องการและบริบทการดูแลที่จะเป็นต่อไป และยังเน้นให้มีการทำงานแบบสหสาขาที่เอื้อต่อโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพและการจำหน่ายต่อไป โดยควรเน้นให้มีการประสานการดูแล สื่อสารกันในทีมสหสาขา

อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อร่วมกันดูแลให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุสูงสุด สอดคล้องกับการดำเนินการของประเทศอังกฤษที่พยายามลดการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลที่ต้องใช้ผู้ให้การดูแลที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางลง โดยการส่งผ่านไปยังสถานบริการในระดับต่อไป เช่น สถานบริการการดูแลเฉียบพลัน สถานบริบาลทั้งในภาคส่วนเอกชน และรัฐ หรือโรงพยาบาลชุมชน เพื่อการดูแลรักษา ฟื้นฟูสภาพต่อไป (CMS, 2008; George & Knox, 1999; Snowdon & Arie, 2002) ทั้งนี้การจัดบริการการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชนที่ National Council on Aging and Older People (2001) ของประเทศไอร์แลนด์ได้เสนอแนวคิดระบบการดูแลระยาวในโรงพยาบาลชุมชนว่า ในอนาคตโรงพยาบาลชุมชนควรให้การดูแลระยะยาว และต้องพัฒนาความความรู้และทักษะการดูแลผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวให้มากขึ้น นอกจากนี้ Challis, et al. (1998) ยังให้ข้อเสนอแนะให้มีการนำแนวคิดในการจัดการรายกรณีมาใช้ในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล ในการทำงานแบบสหสาขาผู้สูงอายุ เพื่อลดระยะเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาล และเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

4). ลักษณะการบริการ

ลักษณะการบริการของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาล มีความแตกต่างกันไปตามบริบท ตัวอย่างเช่น การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้การดูแลของ Medicare ของประเทศสหรัฐอเมริกา แนวทางการกำหนดลักษณะการบริการที่ให้แก่ผู้สูงอายุนั้น จะเป็นการกำหนดเพื่อให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์ ตามที่ควรจะได้รับตามเกณฑ์การประกันสุขภาพที่ทำไว้ ซึ่งแตกต่างจากสถานบริการที่ให้บริการเฉพาะทักษะทางการพยาบาล (nursing skill facilities: SNFs)

ลักษณะผู้รับบริการ ที่เข้าโปรแกรมการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล โดยที่ Medicare กำหนดไว้ดังนี้ (National Association of Long Term Hospitals, 2007)

1) ผู้ที่มีอาการป่วยที่สามารถฟื้นฟูให้ดีขึ้นได้
2) ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยในการพิจารณาการรับเข้าอยู่รักษา
3) มีแพทย์ให้การดูแล
4) มีพยาบาลที่มีใบประกอบวิชาชีพประจำ 6-10 ชั่วโมงต่อวันต่อผู้ป่วย 1 ราย
5) มีการจัดจ้างพยาบาลเฉพาะทางบ่อย
6) มีการจัดจ้างนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด อรรถบำบัด และนักฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
7) มีนักฟื้นฟูสมรรถภาพปอดตลอด 24 ชั่วโมง
8) มีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล

ลักษณะการบริการที่ให้ (facilities) มีตัวอย่างต่อนี้ ได้แก่

1) กระบวนการทบทวนประวัติสุขภาพผู้ป่วย (patient review process) เป็นการทบทวนเงื่อนไขผู้ป่วยที่เหมาะสมกับเงื่อนไขการบริการ ซึ่งต้องกระทำใน 48 ชั่วโมงหลังการรับใหม่ และต้องมีทำต่อเนื่องเป็นระยะๆ

2) ใช้เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยตามมาตรฐาน (standard patient assessment tool) ตัวอย่างเช่น Acute Physiology and Chronic Health Evaluation III ที่ประเมินอาการและการทำงานของร่างกาย

3) มีการตรวจเยี่ยมของแพทย์ (level of physical availability) อย่างใกล้ชิด ซึ่งลักษณะกิจกรรมการตรวจเยี่ยมจะแตกต่างจากสถานบริการที่ให้เพียงทักษะทางการพยาบาล (nursing skill facilities) และสามารถตามมาตรวจเยี่ยมได้ตลอด 24 ชั่วโมง

4) มีการกำหนดระยะเวลาการอยู่รักษาโดยเฉลี่ย (average medicare length of stay) มากกว่า 25 วัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ประโยชน์จากแหล่งบริการให้มากที่สุด

5) มีการดูแลโดยทีมสหสาขา (multi-disciplinary team treatment) ได้แก่ แพทย์ที่ทำหน้าที่ดูแลรักษาตามแผน ร่วมกับบุคลากรอื่นที่มีความเชี่ยวชาญพิเศษในการดูแลเฉพาะเรื่อง ได้แก่ การดูแลแผล การดูแลระบบทางเดินหายใจ กิจกรรมบำบัด การฝึกพูด เป็นต้น

5) คุณลักษณะและสมรถนะของผู้ให้บริการ

ในส่วนลักษณะและสมรรถนะของผู้ให้บริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ การประเมินความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ และการทำงานแบบทีมสหสาขา ทั้งนี้ การประเมินสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุ เป็นสมรรถนะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมาก เพื่อจำแนกลักษณะความต้องการการดูแลและการส่งต่อปัญหาการดูแลไปยังสถานบริการอื่นๆ ที่ให้ บริการที่ซับซ้อนน้อยลงได้ดี (Golding, Lugon & Hodkinson, 1987; Derrick, 1998)

อย่างไรก็ตามพบว่า คุณลักษณะของผู้ให้บริการในอนาคตอาจมีการปรับเปลี่ยน เนื่องจาก การจัดระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเปลี่ยนผ่านไปเป็นสถานบริบาล ทำให้พยาบาลในสถานบริบาลขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนขาดทักษะในการดูแล เนื่องจากที่ผ่านมาลักษณะการดูแลผู้สูงอายุที่สถานบริบาลจะเน้นเรื่องการดูแลดูแลกิจวัตรประจำวัน ตามลักษณะความต้องการของผู้สูงอายุเดิม แต่เมื่อมีการจำหน่ายผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น มีระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลสั้นลง ทำให้ผู้สูงอายุถูกส่งต่อไปยังสถานบริบาล มีความต้องการการดูแลที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้นตามปัญหาสุขภาพ ในทางตรงข้าม การดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจะเป็นเน้นเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลันมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ทักษะการดูแลผู้สูงอายุเลือนหายไป ขาดความรู้จำเพาะในการดูแลผู้สูงอายุได้ (Challis, Darton, Johnson, Stone & Trashe, 1998)

6) มาตรฐานการดูแล

ดังที่กล่าวข้างต้นการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลมีการขยายแนวคิดการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลแตกต่างกันไป มาตรฐานการให้การดูแลจึงต่างกันไป สำหรับในสหรัฐอเมริกาแนวคิดการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลที่ใช้ในระบบการประกันสุขภาพ ปัจจุบันจึงการเติบโตอย่างเร็ว มีการพัฒนารูปแบบการดูแลเป็นระยะตามความต้องการของผู้ใช้บริการและตามภาวะเศรษฐกิจ ซึ่งขึ้นกับชุดการประกันสุขภาพของผู้สูงของผู้สูงอายุที่ทำไว้

ในประเทศอังกฤษ มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลไม่ปรากฏมาตรฐานการดูแล มีเพียงมาตรฐานการดูแลในโรงพยาบาลที่ระบุว่าโรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุจะต้องให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแลครอบคลุมการประสานการดูแลของวิชาชีพต่าง ๆ การจัดทำโปรแกรมการดูแล การทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมประสบการณ์การดูแลในประเด็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ (Department of Health, 2002)

1) การดูแลฉุกเฉิน (emergency response)
2) การจัดการความปวด (pain management)
3) การดูแลแผลกดทับ (pressure sore)
4) การดูแลบาดแผล(wound care)
5) การดูแลการควบคุมขับถ่ายไม่ได้(continence service)
6) การดูแลโภชนาการ (nutrition)
7) การดูแลเรื่องการติดเชื้อ (healthcare associated infections)
8) การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต (end of life care) (the essence care)
9) การดูแลสิ่งแวดล้อม (hospital environment)
10) ความสะอาดของโรงพยาบาล (clean hospitals) ต้องมีโปรแกรมที่รับประกันว่าโรงพยาบาลสะอาด
11) ประเด็นการพยาบาล (nursing issue) เช่น การได้รับการยกย่องในหอผู้ป่วย การให้คำแนะนำ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล แต่ละโรงพยาบาลยังได้มีการจัดทำมาตรฐานการการดูแลของตนเองขึ้น โดยใช้งานวิจัยในการพัฒนา เพื่อให้สนองความต้องการของผู้สูงอยุและบุคลากรผู้ให้การดูแล ดังเช่น การพัฒนามาตรฐานการดูแลของ Ninewell Hospital and Medical school, Dundee ที่ได้พัฒนามาตรฐานจัดตั้งมาตรฐานการดูแลที่กำหนดตามความต้องการของผู้สูงอายุและบุคคลากร (Philp, Manwhinney & Mutch, 1991)

สิทธิในการรับบริการ

1) การใช้ความสะดวกในการใช้โทรศัพท์
2) ผู้สูงอายุสามารถใช้บริเวณเตียงได้ตามความต้องการ

3) ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ สามารถเดินออกนอกหอผู้ป่วยได้

การปฐมนิเทศเกี่ยวกับนโยบาย

1) มีห้องน้ำแยกหญิงชาย
2) ผู้สูงอายุต้องได้รับการสอนทักษะใหม่
3) ผู้สูงอายุเข้านอนได้ตามความต้องการ
4) ต้องมีบอร์ดสื่อสารที่ชัดเจน
5) มีบริเวณที่ให้สูบบุหรี่และปลอดบุหรี่
6) มีสิ่งอำนวยความสะดวกบริเวณเตียงผู้สูงอายุเป็นของตนเอง
7) มีกรรมการของหอผู้ป่วย

ความเป็นส่วนตัว

1) ผู้สูงอายุมีความเป็นส่วนตัวตามต้องการ
2) มีสถานที่ที่สามารถโทรศัพท์ได้เป็นการส่วนตัว
3) ผู้สูงอายุสามารถให้การต้อนรับแขกที่มาเยี่ยมได้ตามอัธยาศัย

เลือกการตกแต่ง/แต่งตัวได้เอง

1) เลือกซื้อของได้เอง
2) มีฝักบัวอาบน้ำได้เอง
3) มีห้องแต่งผมเอง
4) มีห้องพักผ่อนที่ไม่มีทีวี

กายภาพ

1) มีไฟหัวเตียง
2) บริเวณเตียงมีที่ปิดเปิดไฟ

อุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคมและนันทนาการ

1) มีสวนดอกไม้ให้นั่ง
2) สามารถเดินเข้าสวนดอกได้ง่าย
3) สามารถมองเห็นถนน/สวน/ทะเลเมื่อนั่งในห้องพักผ่อน
4) มีห้องรับแขก

การมีส่วนร่วม

1) ผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นให้มีการฝึกทักษะ
2) กระตุ้นให้ช่วยเหลือตนเอง
3) นั่งและพูดคุยกับผู้สูงอายุถือเป็นส่วนหนึ่งของความรับผิดชอบของบุคลากร

จะเห็นได้ว่ามาตรฐานการดูแลของโรงพยาบาล มีความแตกต่างกับมาตรฐานการดูแลที่กำหนดโดยรัฐบาล ทั้งนี้ลักษณะมาตรฐานการดูแลของโรงพยาบาลที่ยกตัวอย่างนี้เป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้

7) การรับรองมาตรฐาน

การดูแลในปัญหาสุขภาพเหล่านี้ จะต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับจาก สำนักงานสุขภาพของรัฐ (Department of Health)

โดยสรุป การดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลที่อาจเป็นโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการดูแลภายหลังการมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรังระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป และต้องการการฟื้นฟูสภาพ การดูแลผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาที่แต่ละวิชาชีพทำบทบาทหน้าที่กำหนดไว้ตามมาตรฐานการดูแลของแต่ละแห่ง ภายใต้หน่วยงานที่สังกัด

2.2.4 สถานบริบาล (nursing home)

1) ที่มาและความจำเป็น

ในประเทศอุตสาหกรรม พบว่าประมาณร้อยละ 2-15 ของประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปพักอาศัยอยู่ในสถานบริบาล (nursing homes) และสถานบริการที่เกี่ยวข้อง (Carpenter, et al., 2000) เนื่องจากประสบปัญหาความเสื่อมหลายด้านและมีปัญหาโรคเรื้อรัง ที่นำไปสู่ภาวะพึ่งพาต้องการการดูแลแบบต่อเนื่อง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ต้องย้ายเข้าไปอยู่ในสถานบริบาล เช่น อายุ การวินิจฉัยโรค การอยู่ตามลำพัง ข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนครบครัวและสังคมที่มีอยู่ (Ribbe, et al., 1997)

จากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นยังส่งผลให้โครงสร้างสังคมไทยมีขนาดเล็กลง สถานภาพครอบครัวไทยจากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ครอบครัวมีข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมากขึ้นเนื่องต้องทำงานนอกบ้าน รวมทั้งภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไปทำให้ศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเริ่มลดลง ในขณะที่สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยที่เพิ่มขึ้นประกอบกับปัญหาโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาต้องการการดูแลมีจำนวนมากขึ้น

จากการศึกษาความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า ของ สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, พินทุสร เหมพิสุทธิ์ และ ทิพวรรณ อิสรพัฒนสกุล (2540) พบว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งการดูแลภายในครอบครัวและการดูแลในสถานบริการ ในส่วนของการดูแลในสถานบริการพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นจาก 5,779 คน ในปี พ.ศ.2538 ไปเป็น 35,302 คน ในปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 101,916 ในปี พ.ศ.2558 คิดเป็นร้อยละ 47.5 ของจำนวนของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลทั้งหมด และคาดว่าความต้องการการดูแลในระดับมากจะเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 3 เท่าของความต้องการการดูแลในระดับปานกลาง

2) คำนิยาม

สถานบริบาล แปลมาจากคำภาษาอังกฤษคือ “Nursing home” นอกจากจะเป็นคำที่นิยมใช้ทั่วไป ยังมีคำว่า “Care home” ที่นิยมใช้ในประเทศอังกฤษ ที่มีความหมายว่า เป็นสถานที่สร้างขึ้นเพื่อให้บริการที่พักอาศัยที่มีการพยาบาลหรือการดูแลส่วนบุคคลร่วมด้วย (Department of Health, 2003)

Ribbe et al. (1997) ให้คำนิยามไว้ว่า สถานบริบาล (nursing home) หมายถึง สถานที่ให้บริการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงต่อวัน ให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว การดูแลทางด้านจิตสังคมและการดูแลส่วนบุคคล การดูแลสนับสนุนทางการแพทย์ เช่น กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด รวมทั้งบริการห้องพักและอาหาร สถานบริบาลส่วนใหญ่จะให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและมีโรคเรื้อรัง มีความพิการทางด้านร่างกาย หรือทางด้านสุขภาพจิต (สมองเสื่อม) หรือพิการทั้งสองอย่าง

สถานบริบาลเป็นส่วนหนึ่งของการบริการในสถาบัน ที่ต้องการการดูแลในระดับสูงสุด เมื่อเปรียบเทียบความต้องการการดูแลในสถานบริการ อย่างไรก็ตามความหมายของสถานบริบาลอาจแตกต่างกันไปในแต่ประเทศ แต่การบริการที่คล้ายกันก็คือ เป็นสถานที่ให้การพยาบาล การช่วยเหลือในด้านกิจกรรมส่วนบุคคล บริการห้องพักและอาหาร ถึงแม้ว่าสถานบริบาลแต่ละแห่งอาจมีความแตกต่างกันในด้าน ชนิดของบริการที่ให้ (Norstrand, Clark and Romoren, 1993)

สถานบริบาล แบ่งออกเป็นหลายประเภท ตามความเฉพาะของการให้บริการ เช่น

1) สถานบริบาลทั่วไป (nursing home) หรือบางประเทศอาจเรียกว่า สถานบริบาลผู้ที่มีปัญหาทางกาย (somatic nursing home)

2) สถานบริบาลเฉพาะโรค เช่น สถานดูแลสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม (dementia care facilities) สถานบริบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาจิตเวช (psychogeriatric nursing home)

3) สถานดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (Hospice care) เช่น สถานดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย

3) ปรัชญาและแนวคิดในการบริการ

ในสถานบริบาล ความต้องการทางด้านสังคมและทางด้านจิตใจของผู้พักอาศัย มีความสำคัญพอๆ กับความต้องการทางด้านร่างกาย ดังนั้นการมีชีวิตอย่างกระฉับกระเฉง (active life) กลายเป็นประเด็นสำคัญของการดูแล ดังนั้นปรัชญาและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลจึงมุ่งไปที่การส่งเสริมความผาสุกและการมีคุณภาพชีวิตในชีวิตบั้นปลาย โดย

1) การดูแลกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (activities of daily living)

2) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) เพื่อส่งเสริมความเป็นอิสระหรือการคงสมรรถนะของร่างกาย

3) การให้ความรื่นรมย์จากกิจกรรมสันทนาการและกิจกรรมอื่นๆ (recreational and divisional activities)

4) ให้การสนับสนุนแก่ครอบครัวในรายที่ไม่สามารถให้การดูแลต่อไปได้ แต่ยังส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งเตรียมความพร้อมของครอบครัวในกรณีที่ผู้สูงอายุสามารถกลับไปอยู่ที่บ้านได้

5) สร้างบรรยากาศให้คล้ายบ้านมากที่สุดเท่าที่จะมากได้

ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รบการดูแลในชุมชนให้นานที่สุดเท่าที่จะนานได้ ดังนั้นสถานบริบาลจึงได้ขยายการบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เห็นได้จากแนวคิดการให้สถานบริการมีบริการที่ผสมผสานชุมชนของสถานบริบาลในประเทศญี่ปุ่น ที่ให้บริการดูแลกลางวัน การดูแลระยะสั้น การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน บริการอาบน้ำ บริการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลจากสถานบริบาล หรือมีบริการส่งอาหารจากสถานบริบาลถึงบ้าน เป็นต้น นอกจากนี้บางสถานบริการเริ่มเปิดให้บริการที่พักอาศัยระยะสั้นสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาในการอยู่กับครอบครัว และให้บริการสายด่วนให้คำปรึกษา ตลอด 24 ชั่วโมง เป็นต้น (Campbell, 1984) และสถานบริบาลในประเทศสิงคโปร์ ให้บริการที่มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น (multi-service) โดยเพิ่มการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลจากแพทย์และพยาบาลอย่างใกล้ชิด การส่งเสริมให้การบริการดูแลที่ไม่ใช่การดูแลพื้นฐานแต่เพิ่มการบริการผู้สูงอายุ เช่น การช่วยเหลืองานบ้าน การดูแลทางการแพทย์และพยาบาลที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่สามารถให้การดูแลที่บ้านได้โดยได้รับการสนับสนุนบริการจากชุมชน บริการที่พักชั่วคราว หรือบริการที่พักอาศัยสำหรับผู้ที่มีภาวะเปราะบางมากเกินกว่าจะให้การดูแลที่บ้านได้ โดยมุ่งทำให้สถานบริบาลเป็นจุดศูนย์กลางการดูแล (nodal point) ในแต่ละชุมชน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการและทิศทางการพัฒนาการส่งเสริมการดูแลระยะยาวในชุมชนมากขึ้น (Sitoh, 2003)

4) ลักษณะการบริการ

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จัดประเภทของสถานบริการตามระดับความต้องการในการดูแล และเป็นชื่อที่เป็นทางการในระบบประเภทของใบอนุญาตที่ให้การดูแลประชากรที่มีภาวะพึ่งพา เช่น

1) สถานอำนวยความสะดวกทางการพยาบาล (nursing facilities: NF) เป็นชื่อใหม่ที่ตั้งขึ้นแทนชื่อเดิมของ Intermediate Care Facilities (ICF) และ Skilled Nursing Facilities (SNF) เพื่อให้เป็นมาตรฐานการดูแลอันเดียวและเป็นไปตามพระราชบัญญัติสถานบริบาล (Omnibus Budget Reconciliation Act. ปี ค.ศ.1989) เป็นสถานที่ให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ต้องการบริการทางการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงแต่จะมีภาวะพึ่งพามากหากอาศัยอยู่ที่บ้าน เพื่อให้ได้รับการคุ้มครองจาก Medicare หรือ Medicate ผู้พักอาศัยจะต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ต่อมา Medicare ได้งดให้เงินสนับสนุนแก่ CIF แต่ยังให้เงินจากกองทุนสาธารณะสนับสนุน

แก่ SNF ค่อนข้างมาก และเมื่อสถานประกอบทั้ง 2 ชนิดเปลี่ยนมาใช้ชื่อ NF จึงยังได้รับการชดใช้คืนจากทั้ง Medicare และ Medicate

2) โรงพยาบาลฟื้นฟูสภาพโรคเรื้อรัง (chronic disease rehabilitation hospitals) หรือที่เรียกว่า “Sub-acute unit” จะอยู่ภายในสถานบริบาลที่ให้บริการทางการพยาบาลในระดับที่สูงกว่าสถานบริการอื่นๆ ยกเว้นโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะอยู่ใน sub-acute ในระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น การบริการส่วนใหญ่ เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการฟื้นฟูสภาพอย่างเข้มข้น

3) สถานดูแลก่อนผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice) เป็นสถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ครอบครัวหรือเพื่อนไม่สามารถให้ได้ หรือที่บ้านมีพื้นที่ไม่เพียงพอ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จะให้บริการโดยหน่วยงานในชุมชนหรือบริษัทเอกชน เพื่อมุ่งเน้นการให้ความสุขสบายและเพื่อให้การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว สถานบริบาลบางแห่งอาจจัดให้มีบริการระยะสุดท้ายด้วย ถึงแม้ว่าสถานบริบาลจะถูกสร้างขึ้นเพื่อให้บริการทางการแพทย์มากกว่าก็ตาม ทั้งนี้ก็เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไปอย่างสงบในวันสุดท้ายของชีวิตโดยไม่ให้การรักษา มีแผนประกันสุขภาพมากมายที่ให้ความคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะสุดท้ายทั้งที่บ้านและในสถานบริการ อีกทั้งรัฐบาลอาจให้ความคุ้มครองด้วย

ในประเทศอังกฤษ เดิมมีการแบ่งประเภทและลักษณะของการบริการในสถานบริบาลดังต่อไปนี้

1) สถานบริบาล (nursing home) เป็นสถานที่ให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการป่วยไม่มากที่จะต้องรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลแต่ไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้ เหมาะสำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลทางการแพทย์ตลอดเวลา และมีบทบาท ในการเตรียมผู้ป่วยในการกลับไปอยู่ที่บ้านด้วย

2) สถานดูแลระยะสั้น (respite care) ให้บริการรับผู้สูงอายุไว้ในความดูแลในระยะสั้น เพื่อให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีเวลาพักและมีเวลาเป็นส่วนตัว ทั้งนี้ก็เพื่อเป็นการลดภาวะเครียดในผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านเป็นระยะเวลานานๆ (DOH, 2001)

3) สถานดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (hospice care) เป็นสถานที่สำหรับผู้ที่อยู่ในระยะเกือบวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลเพื่อลดอาการเจ็บปวด หรืออาการอื่นๆ เปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัว และเพื่อนๆ เป้าหมายในการดูแลก็คือ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตมากที่สุดเท่าที่จะมากได้

ดังนั้นสถานบริบาลเป็นสถานที่สำหรับผู้พักอาศัยที่ต้องการการพยาบาลในขณะที่บ้านพักคนชราเป็นสถานที่สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลทางสังคม ต่อมาประเทศอังกฤษและประเทศสก็อตแลนด์ได้มีการออกกฎหมายใหม่ เช่น มาตรฐานการดูแล (Care Standards Act 200) และข้อบังคับของมาตรฐานการดูแล (Regulation of Care Act 2000) มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ.2002 (Department of Health, 2003) ภายใต้กฎหมายเหล่านี้ ทำให้มีการสร้างกรอบระเบียบสำหรับสถานบริการประเภทต่างๆ ส่งผลทำให้ความแตกต่างระหว่างสถานบริบาลและบ้านพักคนชราหายไป (Kerrison & Pollock, 2001) และมีคำศัพท์ใหม่เกิดขึ้นคือ *“Care Home”* หรือบ้านที่

ให้บริการดูแล ที่หมายถึงสถานที่ให้บริการที่พักอาศัย การพยาบาลและการดูแลส่วนบุคคล (Department of Health, 2003) บ้านที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานที่ให้การดูแลส่วนบุคคล จะให้บริการดูแลส่วนบุคคลเท่านั้น ส่วนบ้านที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานที่ให้บริการพยาบาล จะสามารถให้บริการทั้งการดูแลส่วนบุคคลและมีพยาบาลอยู่เวรตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อให้การพยาบาล (Department of Health, 2003)

ในประเทศญี่ปุ่น สถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุ จะเรียกกว่า บ้านเฉพาะพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ (special homes for the aged) เป็นที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และมีภาวะนอนติดเตียงที่เปรียบเทียบได้กับสถานบริบาล (nursing home)

ในประเทศสิงคโปร์ สถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุ (nursing home for the elderly) เป็นการดูแลระยะยาวประเภทพักอาศัย (residential long-term care) (Mehta, 2002; Integrated Health Services Division and Healthcare Finance Division, 2006) ให้บริการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาล โดยที่ผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่มีครอบครัวหรือไม่มีผู้ให้การดูแลที่บ้านหรือผู้ดูแลไม่สามารถให้การพยาบาลในระดับที่ผู้ป่วยต้องการได้ แบ่งออกเป็น

1) สถานบริบาลที่ดำเนินกิจการโดยองค์กรอาสาสมัครที่ไม่หวังผลกำไร เช่น องค์กรทางศาสนา สมาคมเชื้อชาติ หรือองค์กรการกุศลต่างๆ มีทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับเงินอุดหนุนจากกระทรวงสุขภาพ

2) สถานบริบาลที่ดำเนินกิจการโดยเอกชนที่หวังผลกำไร มีทั้งที่อยู่ภายใต้แผนการอุดหนุนและไม่ได้รับการอุดหนุนจากกระทรวงสุขภาพ

5) คุณลักษณะและสมรรถนะของผู้ให้บริการ

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ความสำคัญว่า ผู้ให้บริการหรือบุคลากรเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลในสถานบริบาลผู้สูงอายุ แลยังเป็นผู้ที่ผู้พักอาศัยให้คุณค่ามากกว่าสถานที่ตั้ง การออกแบบตัวอาคาร ขนาดของสถานประกอบการ ประเภทของเจ้าของ หรือ ใบอนุญาตให้จัดตั้ง บุคลากรสามารถแบ่งออกเป็นแต่ละวิชาชีพ (Cobe & Bentz, 1991) ดังต่อไปนี้

5.1) ผู้บริหารสถานบริการ มีเกณฑ์มาตรฐานว่า ต้องมีระดับการศึกษาอย่างน้อยในระดับปริญญาตรี ต้องผ่านการอบรมโปรแกรมผู้บริหาร ต้องผ่านการสอบผู้บริหารในสถานดูแลระยะยาวทั้งในระดับชาติและระดับรัฐ มีพี่เลี้ยงในสถานบริการและมีการศึกษาต่อเนื่อง (continuing education) เพื่อใช้ในการต่อใบอนุญาต มีหน้าที่ในการจัดแบ่งหน้าที่และความรับผิดชอบแก่เจ้าหน้าที่ กำหนดอัตราค่าใช้จ่ายในสถานบริบาล และมีหน้าที่ในการจัดทำคู่มือการปฏิบัติ

5.2) แพทย์ (physician) ในทุกสถานบริบาลที่มีใบอนุญาตจัดตั้งเป็น Nursing Facilities (NF) จะต้องมีหัวหน้าฝ่ายการแพทย์ (medical director) ที่รับผิดชอบการให้บริการทางการแพทย์ในสถานบริบาลนั้นๆ และมีข้อกำหนดว่าผู้พักอาศัยทุกคนจะต้องมีแพทย์ดูแล หน้าที่ของหัวหน้าฝ่ายการแพทย์ก็คือ เยี่ยมผู้พักอาศัยเพื่อรับรองการให้กิจกรรมการรักษา การสั่งยา และดูแล

ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ในการดูผู้ป่วยในสถานบริบาลทั่วไป แพทย์จะมีสิทธิในการอนุมัติการเข้าพักอาศัยในสถานบริบาลทุกครั้ง

5.3) หัวหน้าพยาบาล (director of nursing) มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดองค์กรและจัดให้มีการบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ หัวหน้าพยาบาลจะต้องเป็นผู้ขึ้นทะเบียนเป็นพยาบาลวิชาชีพ ทำงานเต็มเวลา ทำงานในสถานบริบาลเพียงแห่งเดียว มีอำนาจในการบริหาร และมีความรับผิดชอบในด้านบุคลากรทางพยาบาลและการบริการ หัวหน้าพยาบาลมักจะเป็นผู้ที่มีทักษะที่สูง เป็นผู้ที่ผู้พักอาศัยสามารถพบเจอได้บ่อยที่สุด และเป็นผู้ที่ให้บริการด้านสุขภาพในสถานประกอบการนั้น ๆ นอกจากนี้ ควรต้องมีความสามารถในการประเมิน ระบุได้เมื่อผู้พักอาศัยมีอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก และตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับด้านจริยธรรมและด้านกฎหมาย

5.4) พยาบาลวิชาชีพ (registered nurses: RN) ในอดีตพยาบาลที่ทำงานในสถานดูแลระยะยาวส่วนใหญ่ ไม่เคยผ่านหลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุ (Cobe & Bentz, 1991) และก่อนปี ค.ศ.1983 มีโรงเรียนพยาบาลเพียงร้อยละ 14 ที่หลักสูตรมีเนื้อหาเกี่ยวกับความชรา (gerontology) ดังนั้นส่วนใหญ่จะใช้โปรแกรมการอบรมภายในสถานประกอบการเพื่อเตรียมความรู้แก่บุคลากรที่ทำงานในสถานบริบาล

5.5) พยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ (Geriatric Nurse Practitioner: GNP) มีบทบาทในการจัดการปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้พักอาศัยในสถานบริการถึง ร้อยละ 80 - 90 เป็นผู้ที่ผ่านการศึกษาในหลักสูตรเวชปฏิบัติผู้สูงอายุหลังจากจบการศึกษาหรือหลังจากขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแล้ว ต่อมาได้พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนให้เป็น 2 ปีในระดับปริญญาโทและต้องผ่านการสอบจากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Nurses' Association: ANA) หน้าที่ในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย สั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการแปรผล นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ในการเฝ้าสังเกตอาการและจัดการภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่พบได้บ่อยและปัญหาสุขภาพเรื้อรัง

5.6) ผู้ช่วยพยาบาลที่รับใบอนุญาต (licensed practical nurse: LPNs or licensed vocational nurses: LVNs) ในสถานบริบาลมีจำนวนผู้ช่วยพยาบาลที่ผ่านการขึ้นทะเบียนมากกว่าพยาบาลวิชาชีพ โดยทั่วไป ในสถานบริบาลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะว่าจ้างผู้ช่วยพยาบาลเข้าไปในตำแหน่งที่สามารถพัฒนาได้ ด้วยนโยบายที่มีทิศทางในการส่งเสริมการเพิ่มพูนคุณสมบัติของผู้ช่วยพยาบาล ไปเป็นพยาบาลวิชาชีพในเวลาต่อมา

5.7) ผู้ช่วยการพยาบาล (nursing assistant: NAs) หรือผู้ช่วยดูแล (care assistant) ซึ่งเป็นผู้ที่บริการให้การดูแลในสถานบริบาลโดยตรงถึงร้อยละ 90 และผู้ช่วยการพยาบาลมีจำนวนเกือบ 3 ใน 4 ของบุคลากรในสถานบริการทั้งหมด เนื่องจากผู้ช่วยการดูแลมีส่วนสำคัญในการให้บริการที่มีคุณภาพ ดังนั้นในกฎหมายการปฏิรูปสถานบริบาลในปี ค.ศ.1987 ที่ผ่านข้อบังคับ OBRA จึงได้เพิ่มการฝึกอบรมผู้ช่วยการพยาบาลเข้าไป เพื่อให้ผู้ช่วยการพยาบาลมีความรู้และทักษะในการให้การดูแลผู้พักอาศัยได้ดียิ่งๆ ขึ้น ซึ่งผู้ช่วยการพยาบาลจะต้องจบการฝึกอบรมและการประเมินภายในเวลา 4 เดือนภายหลังการว่าจ้างเพื่อให้มีรายชื่อในทะเบียนของแต่ละรัฐ และเมื่อ

ได้รับการขึ้นทะเบียนและได้รับอนุญาตให้ทำงานแล้ว ผู้ช่วยการพยาบาลจะต้องได้รับการเรียนแบบต่อเนื่อง (continuing education) ตามจำนวนชั่วโมงต่อปีที่กำหนดไว้ ผู้ช่วยการพยาบาลแต่ละคนจะรับผิดชอบผู้พักอาศัยอย่างน้อย 10 คนในเวรเช้า เพิ่มเป็น 15 - 20 คนในเวรบ่าย และอาจเพิ่มจำนวนผู้พักอาศัยที่อยู่ในความดูแลมากขึ้นในเวรดึก

ในประเทศอังกฤษ รัฐบาลได้ตั้งหน่วยงานฝึกอบรมสำหรับผู้ให้บริการส่วนบุคคลด้านสังคม (Training Organisation for Personal Social Services: TOPSS) ภายใต้สภาการดูแลด้านสังคมทั่วไป (General Social Care Council: GSCC) ซึ่งมีอำนาจในการให้ประกาศนียบัตร และคณะกรรมาธิการมาตรฐานการดูแลแห่งชาติ (National Care Standards Commission: NCSC) ทำงานร่วมกับ GSCC เพื่อยกระดับมาตรฐานการฝึกอบรมให้สูงขึ้น นอกจากนี้กฎหมายมาตรฐานการดูแล (Care Standards Act 2000) ให้ความสำคัญกับ คุณวุฒิ ทัศนคติ การให้คุณค่า การศึกษาและการฝึกอบรม การกำกับดูแล ความเป็นผู้นำ การจัดการ และประสบการณ์ของทั้งพยาบาลและผู้ช่วยดูแล เนื่องจากพบว่าผลต่อคุณภาพการดูแลด้วย (Masterson, 2004)

การยกระดับผู้ช่วยดูแล จะมุ่งไปที่การอบรมเพื่อให้ได้รับวุฒิบัตรด้านการอาชีพแห่งชาติ (National Vocational Qualification: NVQ) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ขึ้นอยู่กับสมรรถนะที่ต้องการ ระดับ 1 - 3 เป็นระดับที่ใช้บ่อยกับผู้เรียนที่มีอายุระหว่าง 14 - 19 ปีโดยที่ระดับ 3 สามารถเข้าเรียนต่อพยาบาลได้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2549) รวมถึงการพัฒนาจนถึงระดับปริญญาบัตร และมาตรฐานการดูแลได้ให้ความสำคัญต่อความต้องการผู้ช่วยดูแลในแต่ละระดับให้มีส่วนร่วมในการดูแล โดยต้องการให้ผู้ช่วยดูแลอย่างน้อยร้อยละ 50 ควรได้รับ NVQ ในระดับที่ 2 ภายในปี ค.ศ. 2005 (Masterson, 2004)

ในประเทศญี่ปุ่น สถานบริบาลมีการจ้างงานบุคลากรเจ้าหน้าที่มากกว่า 41,000 คน มากกว่าสถานสงเคราะห์อื่นๆ ประกอบด้วย (Campbell, 1984; Lassey & Lassey, 2001)

1) แพทย์ (doctor) เกณฑ์ข้อบังคับในระดับชาติระบุว่าจะต้องมีแพทย์ 1 คน ต่อผู้ป่วยไม่เกิน 100 คน

2) พยาบาล อัตราพยาบาลต่อผู้พักอาศัยจะต้องเป็น 1 : 35 โดยเฉลี่ยมีพยาบาลประมาณ 3 คนในสถานบริบาลแต่ละแห่ง

3) ผู้ให้การดูแล (care worker) ที่ทำหน้าที่คล้ายๆ กับพนักงานผู้ช่วยทางการพยาบาล แต่ในประเทศญี่ปุ่นจะให้การยอมรับว่าเป็นอาชีพทางสังคมสงเคราะห์มากกว่าทางด้านสุขภาพ จึงเรียกว่าเป็น care worker มากกว่า nursing aides เกณฑ์ข้อบังคับในระดับชาติระบุว่าจะต้องมีผู้ให้การดูแล 1 ต่อผู้ป่วย 3-4 คน ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่มีหลายหน้าที่ ทั้งทำความสะอาดพื้น การซักล้าง การเปลี่ยนผ้าอ้อมผู้พักอาศัย การอาบน้ำ การป้อนอาหารและการดูแลผู้ป่วย

4) ผู้อำนวยการ (director) เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบในการบริหารจัดการในสถานบริบาล

5) นักสังคมสงเคราะห์ (social worker) อาจทำงานเป็นบางเวลา

6) นักโภชนากร (nutritionist) สถานบริบาลทุกแห่งจะมีนักโภชนากรประจำยกเว้นในสถานที่มีผู้พักอาศัยน้อยกว่า 80 คน

7) นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด ในอดีตไม่ได้กำหนดสัดส่วนไว้ว่าต้องมีประจำสถานบริการ เนื่องจากมีบุคลากรประเภทนี้ค่อนข้างน้อยในประเทศญี่ปุ่น เนื่องจากขาดการเอาใจใส่ในการส่งเสริมการฝึกอบรม

8) อื่นๆ เช่น เสมียน พ่อครัว และคนทำความสะอาด

ในประเทศสิงคโปร์ ความต้องการในการความต้องการคุณภาพบริการในสถานบริบาลที่ต้องคำนึงถึงความสามารถในการวัดและประเมินได้ (accountability) เชื่อถือได้(accreditation) และโปร่งใส (transparency) กระทรวงสุขภาพได้สร้างกรอบในการผสมผสานการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อช่วยในการวางแผนการผสมผสานและการประสานการบริการ และยังเป็นการช่วยยกระดับคุณภาพการฝึกอบรมและการให้บริการ (Sitoh, 2003) บทบาทของแต่ละวิชาชีพในสถานบริบาลในประเทศสิงคโปร์มีดังนี้

1) แพทย์ แพทย์ที่ประจำในสถานบริบาลอาจเป็นแพทย์ทางด้านอายุรกรรมทั่วไป แต่อาจมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุเป็นบางเวลา เช่นมาให้บริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ 2 วันต่อสัปดาห์ เนื่องจากประเทศสิงคโปร์ยังมีจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนี้จำกัดและแพทย์ส่วนใหญ่ยังให้ความสนใจเรียนทางด้านนี้น้อย

2) บุคลากรทางการพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม

2.1 พยาบาล หรือเรียกว่า พยาบาลในสถานบริบาล (nursing home nurse) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และได้รับการฝึกอบรมด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จะจัดการในด้านการพยาบาลสำหรับผู้พักอาศัยที่มีอาการตั้งแต่กระดูกหักไปจนถึงผู้ที่มีภาวะอัลไซเมอร์ ถึงแม้ว่าจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในด้านการบริหารจัดการและการนิเทศงาน แต่พยาบาลยังให้การประเมินภาวะสุขภาพผู้พักอาศัย วางแผนการให้การรักษา นิเทศงานผู้ช่วยพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน (licensed practical nurse) และพนักงานผู้ช่วยการพยาบาล (nursing aids) การปฏิบัติการพยาบาลที่ในระดับที่ยากขึ้นไป เช่น การให้สารน้ำทางเส้นเลือด เป็นต้น นอกจากนี้ยังทำงานในแผนกที่ให้การดูแลเฉพาะด้าน เช่น การฟื้นฟูสภาพระยะยาว (long-term rehabilitation) สำหรับผู้ป่วย Stroke หรือ Head injuries (Lian, 2005)

2.2) พนักงานผู้ช่วยการพยาบาล (nursing aides) เป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล หรือให้การดูแลผู้ป่วยภายใต้การนิเทศงานของพยาบาลวิชาชีพ หากมีประสบการณ์การทำงานมานานจะมีชื่อเรียกไม่เป็นทางการว่า พนักงานผู้ช่วยการพยาบาลอาวุโส (senior nursing aides)

2.3) ผู้ดูแลเอาใจใส่สุขภาพ (health attendant) และมีชื่อที่ใช้ไม่เป็นทางการ เช่น ผู้ช่วยการดูแลสุขภาพ (healthcare assistant) มีโปรแกรมการฝึกอบรมที่ช่วยพัฒนาทักษะและทำให้มีโอกาสได้รับผิดชอบในการทำงานที่เพิ่มมากขึ้น มีความรับผิดชอบ เช่น การเฝ้าสังเกตระดับน้ำตาลในเลือด การดูดเสมหะทางปาก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การช่วยเหลือพยาบาลในการสวน

ปัสสาวะ เป็นต้น ผู้ดูแลเอาใจใส่สุขภาพสามารถได้รับการเลื่อนตำแหน่งไปเป็น พนักงานผู้ช่วยการพยาบาลได้จะต้องผ่านการประเมินโดยให้แบบประเมินสมรรถนะที่มีมาตรฐาน

6) มาตรฐานการดูแล

ในสหรัฐอเมริกา ด้วยตระหนักถึงคุณภาพในการดูแลในสถานบริบาล (nursing home) จึงนำไปสู่การปฏิรูปข้อบังคับของสถานบริบาลและออกพระราชบัญญัติ เรียกว่า Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) เมื่อปี ค.ศ.1989 หลังจากนั้นมีการปฏิรูปอีกหลายประเด็นส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพการดูแลในสถานบริบาล และ OBRA ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินมาตรฐาน ที่มีชื่อว่า Resident Assessment Instrument (RAI) เป็นเครื่องมือที่มีความครอบคลุมเพื่อช่วยในการพัฒนาการวางแผนการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติการทางคลินิกและการดูแล

ต่อมาได้มีการพัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพ (quality indicators: QIs) โดยใช้ข้อมูลจาก RAI เป็นฐาน และยังได้พัฒนามาจาก Minimum Data Set (MDS) โดยสร้างเครื่องมือที่ชื่อว่า Minimum Data Set-Resident Assessment Instrument (MDS-RAI) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินผู้สูงอายุในสถานบริการระยะยาวที่มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เป็นรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา และยังถูกนำไปใช้ใน ประเทศแคนนาดา ประเทศไอร์แลนด์ และหลายประเทศในยุโรป ซึ่งการนำดัชนีชี้วัดคุณภาพไปใช้อย่างเป็นระบบ จะทำให้ทราบถึงสภาพและต้นเหตุของปัญหาทางคุณภาพสำหรับทั้งบุคลากรและผู้ประเมิน ผู้พักอาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกๆ และสถานบริบาลทุกแห่งถูกกำหนดให้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการประเมิน และบรรจุไว้ในโปรแกรมการปรับปรุงคุณภาพสถานบริบาลของตนเอง

การประเมินคุณภาพของสถานบริบาล ตามแนวคิดของ Donabedian (1980) ประกอบไปด้วย 3 ส่วนคือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ที่ผ่านมากการประกันคุณภาพและข้อบังคับในสถานบริบาลได้มุ่งความสนใจไปที่มาตรฐานของโครงสร้างและกระบวนการ ทำให้ยังไปไม่ถึงคุณภาพการดูแลที่แท้จริง ทำให้มีการปฏิรูปกฎหมายของสถานบริบาล เพื่อให้ผู้พักอาศัยมีความผาสุกทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคมภายในสิ่งแวดล้อม ที่ผู้พักอาศัยมีสิทธิของตนเอง ในขณะที่ผลลัพธ์ในปัจจุบัน จะถูกติดตามโดยวิธีการสำรวจซึ่งไม่ได้การประเมินคุณภาพการดูแลที่แสดงออก อย่างไรก็ตามถึงแม้ผลลัพธ์ที่ประเมินได้จะอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ยังไม่ได้หมายความว่าการดูแลจะอยู่ในเกณฑ์ดีตามไปด้วย

การขอใบอนุญาต ในแต่ละรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดให้สถานบริบาล ต้องขอทั้งใบอนุญาตให้ประกอบสถานบริการ (licensing) เปิดให้บริการ และใบประกาศนียบัตรสถานบริการ (certificate) เพื่อแสดงว่าสถานบริการนั้นมีคุณสมบัติในการได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนสาธารณะ Medicare และ Medicate ซึ่งต้องมีมาตรฐานเฉพาะตามที่กำหนด แต่หากพบว่าสถานบริการนั้นได้รับการร้องเรียนมาก รัฐบาลสามารถยุติข้อตกลงกับผู้ให้บริการและไม่ยอมจ่ายเงินชดเชยนั้นๆ ได้ นอกจากนี้ยังต้องขอขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการ (registration) จากองค์กรบริหารด้านสุขภาพ (The Agency for Health Care Administration: AHCA) ผู้สมัครจะได้รับอนุญาตให้

ประกอบสถานบริการเป็นระยะเวลา 2 ปี (Agency for Health Care Administration, 2006) ซึ่งองค์กรบริหารด้านสุขภาพ (AHCA) จะเป็นผู้รับผิดชอบออกใบอนุญาตให้กับสถานบริการด้านสุขภาพ (health care licensure) การตรวจสอบ (inspection) และการบังคับใช้กฎหมาย การสอบสวนข้อร้องเรียนที่เกี่ยวกับสถานบริการด้านสุขภาพและการจัดการแผนการรักษา การดำเนินการเป็นศูนย์เก็บรวบรวมสถิติของรัฐ การออกใบรับรองโปรแกรมตามความต้องการ การจัดการโปรแกรม Medicaid การรับรองศูนย์ดำรงสุขภาพและการคลินิกที่จ่ายค่าบริการล่วงหน้า และบริการอื่นๆ ตามที่ตกลงไว้

ในประเทศอังกฤษ ได้มีการพัฒนามาตรฐานขั้นต่ำแห่งชาติ (National Minimum Standard: NMS) สำหรับผู้พักอาศัยในบ้านพักคนชรา และสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุ ในปี ค.ศ. 1998 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2002 ซึ่งมาตรฐานนี้ได้ถูกออกแบบให้สามารถวัดได้ ใช้บังคับได้ มีความคงเส้นคงวา และพิจารณาว่าสถานบริบาลใดสามารถการยอมรับได้เมื่อเทียบกับมาตรฐาน (CPA, 1999) โดยมาตรฐานมีเป้าหมาย เพื่อปกป้องผู้ที่มีภาวะเปราะบางจากการแสวงหาประโยชน์ การทารุณกรรมและการละเลยไม่ดูแลเอาใจใส่ที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ให้บริการมีมุมมองที่ชัดเจนและเข้าใจว่าข้อกำหนดคืออะไร เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ตรวจสอบ (inspectors) ได้กระทำหน้าที่อย่างเท่าเทียมกันและมีความคล่องตัว ปกป้องเจ้าหน้าที่ในการทำงาน และเพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลด้วยคุณภาพได้ให้บริการในสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพด้วย

ต่อมาได้มีการจัดทำหนังสือมาตรฐานแห่งชาติใหม่มีชื่อว่า Care Homes for Older People: National Minimum Standards เพื่อช่วยให้สามารถระบุได้ว่าสถานบริบาลนั้นๆ ได้ตอบสนองความต้องการได้ รวมถึงความมั่นคงด้านสังคมและสวัสดิการของผู้ที่พักอาศัย มีการกำหนดมาตรฐานหลักที่สามารถนำไปใช้ได้กับทุกสถานบริการที่ให้บริการที่พักอาศัยและให้การพยาบาล หรือการดูแลส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ แต่จะไม่นำไปใช้กับโรงพยาบาล สถานดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (hospices) คลินิก หรือสถานที่ควบคุมอาการผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (Mental Health Act. 1983)

ในปัจจุบันได้มีการปรับปรุงหลักเกณฑ์ของการปฏิบัติที่ดี (code of good practice) และคู่มือการประเมินตนเอง (self - assessment manual) เพื่อเตรียมสถานบริบาลสำหรับระบบการตรวจสอบแบบใหม่ที่อยู่ภายใต้ พระราชบัญญัติมาตรฐานการดูแล ปี ค.ศ. 2000 (Care Standards Act 2000: CSA) กฎหมายได้เห็นความสำคัญของอัตราเจ้าหน้าที่ต่อจำนวนผู้พักอาศัยว่ามีผลต่อคุณภาพการดูแลเป็นอย่างยิ่ง จึงได้มีการกำหนดอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ (Masterson, 2004) คือ

เวรเช้า จะต้องมีอัตราเจ้าหน้าที่ต่อผู้พักอาศัยเป็น 1 : 5
เวรบ่าย จะต้องมีอัตราเจ้าหน้าที่ต่อผู้พักอาศัยเป็น 1 : 6/7
เวรดึก จะต้องมีอัตราเจ้าหน้าที่ต่อผู้พักอาศัยเป็น 1 : 10

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Perry et al (2003) เสนอแนะว่าควรมีการวัดระดับการช่วยเหลือตนเองหรือภาวะพึ่งพาของผู้พักอาศัยก่อน น่าจะเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะบอกได้ว่าว่าควรใช้เจ้าหน้าที่ในระดับไหนจำนวนเท่าใด

ในประเทศญี่ปุ่น จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบข้อมูลที่ชัดเจนในด้านมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ สิ่งที่พบเป็นเรื่องกว้างๆ เช่น มาตรฐานของจำนวนผู้ป่วยต่อ 1 ห้องรวม ไม่เกิน 4 คน อัตราพยาบาลต่อผู้พักอาศัย 1 : 35 จะต้องมีแพทย์ที่ทำงานบางเวลา (part-time) 1 คนต่อผู้พักอาศัย 100 คน (Lassey & Lassey, 2001) สถานบริบาลที่มีคุณภาพสูงมักจะมีแพทย์ และพยาบาลที่ได้รับการอบรมโดยเฉพาะ

ในประเทศสิงคโปร์ การให้การรับรองคุณภาพการบริการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและมีมาตรฐานตามความต้องการของวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปกป้องประชาชนทั่วไป ด้วยบริการดูแลระยะยาวที่หลากหลายและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่กระทรวงสุขภาพ (Ministry of Health) จะต้องแน่ใจได้ว่าการบริการนั้นๆ มีมาตรฐานขั้นต่ำ (minimum standard) (Inter-Ministerial Committee, 1997) ที่ได้รับการรับรองและรัฐบาลให้การยอมรับเพื่อให้เงินอุดหนุน เพื่อให้มีสถานบริบาลเพิ่มมากขึ้นเป็นทางเลือกให้กับครอบครัว (Sitoh, 2003)

เพื่อเป็นการปรับปรุงมาตรฐานการดูแล ให้ดีขึ้น กระทรวงสุขภาพได้ออกแนวปฏิบัติสำหรับสถานบริบาล สถานพักฟื้นกลางวัน โดยมุ่งเน้นไปที่ สิ่งอำนวยความสะดวกและบุคลากรเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ผู้ให้บริการตอบสนองความต้องการและมีแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม การปรับปรุงมาตรฐานการดูแลระยะยาวในสถานบริบาล ควรมีการปรับปรุงกระบวนการ (process) และผลลัพธ์การดูแล (outcome of care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย และคณะกรรมการระหว่างกระทรวงได้ให้เสนอแนะให้กระทรวงสุขภาพ ดำเนินการเกี่ยวกับคุณภาพการดูแล 3 ประเด็น (Inter-Ministerial Committee, 1997) คือ 1) การออกกฎข้อบังคับและให้การยืนยันคุณภาพของสถานดูแลระยะยาว รวมถึงการตรวจสอบและการประเมินคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ 2) ปรับปรุงหนังสือคู่มือการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีอยู่ โดยให้เพิ่มหัวข้อเรื่องการเทียบเคียงมาตรฐานการดูแล และใช้เป็นแนวทางในการดูแลระยะยาวชนิดต่างๆ และ 3) สถานบริบาลนำโปรแกรมการประกันคุณภาพใช้เพื่อปรับปรุงกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแล

7) การรับรองมาตรฐาน

การรับรองมาตรฐานของสถานบริบาลในต่างประเทศ มีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและรับรองมาตรฐานทั้งของภาครัฐและหน่วยงานเอกชนตัวอย่างเช่น

1) ประเทศสหรัฐอเมริกา มีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและรับรองมาตรฐาน เช่น Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) หรือ The National Committee for Quality Assurance (NAQA) (Carpenter et al, 2000) ตัวอย่างเช่น JCAHO เป็นหน่วยงานอิสระ ไม่หวังผลกำไร ได้ก่อตั้งมาประมาณ 50 ปี ให้การประเมินและรับรองมาตรฐานมาเกือบ 15,000 องค์กร โดยประเมินคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลในสถานบริการต่างๆ เช่น โรงพยาบาล สถานบริบาล Assisted living ผู้ให้บริการดูแลที่บ้าน และอื่นๆ คณะกรรมการบริหารประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล และ

ผู้รับบริการ กำหนดมาตรฐานจากคุณภาพการดูแลที่ใช้วัดในอเมริกาและทั่วโลก ในการรับรองมาตรฐาน สถานประกอบการนั้นๆ จะได้รับการเยี่ยมจากทีมวิชาชีพของ JCAHO ทำการตรวจเอกสารเพื่อ ประเมินการปฏิบัติงานของขององค์กรในด้านที่ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้พักอาศัยผ่านทางการประเมินกระบวนการ การเข้าพบผู้พักอาศัยและบุคลากรเจ้าหน้าที่ จะมีการให้คะแนนในการประเมิน สถานบริการนั้นๆ จะผ่านการรับรองมาตรฐานหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าสถานบริการนั้นมีมาตรฐานตามที่ JCAHO กำหนดไว้มากน้อยเพียงไร (JCAHO, 2006)

2) ประเทศอังกฤษ ภายใต้พระราชบัญญัติของมาตรฐานการดูแล ทำให้มีการก่อตั้งคณะกรรมาธิการมาตรฐานการดูแลแห่งชาติ (National Care Standards Commission: NCSC) ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระที่ออกกฎข้อบังคับการให้บริการทางด้านสุขภาพและสังคม ครอบคลุมถึงผู้ให้บริการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ บ้านพักฉุกเฉินและบ้านพักคนชรา คณะกรรมาธิการกลุ่มนี้สามารถชี้มูลความผิดได้ว่าสถานบริการใดที่ไม่ได้ปฏิบัติตามกฎระเบียบ ถึงแม้ว่าจะให้บริการตามมาตรฐานเป็นส่วนใหญ่แล้วก็ตาม มาตรฐานการดูแลได้ถูกกำหนดให้ออกกฎข้อบังคับกว้างๆ ให้มีอำนาจครอบคลุมถึงการบริหารจัดการ เจ้าหน้าที่และหลักฐานการตั้งหน่วยงานดูแลสุขภาพที่เป็นองค์กรหรือผู้ประกอบการอิสระ

3) ประเทศสิงคโปร์ การให้การรับรองคุณภาพการบริการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและมีมาตรฐานตามความต้องการของวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีความสำคัญอย่างยิ่งในการปกป้องประชาชนทั่วไป ด้วยบริการดูแลระยะยาวที่หลากหลายและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่กระทรวงสุขภาพ (Ministry of Health) จะต้องมั่นใจว่าการบริการนั้นๆ มีมาตรฐานขั้นต่ำ (minimum standard) (Inter-Ministerial Committee, 1997) ที่ได้รับการรับรองและรัฐบาลให้การยอมรับเพื่อให้เงินอุดหนุนเพื่อเป็นการปรับปรุงมาตรฐานการดูแล (care standard) ให้ดีขึ้น กระทรวงสุขภาพได้ออกแนวปฏิบัติสำหรับสถานบริบาล (nursing home) สถานพักฟื้นกลางวัน (day rehabilitation centres) โดยมุ่งเน้นไปที่สิ่งอำนวยความสะดวกและบุคลากรเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ผู้ให้บริการตอบสนองความต้องการ และมีแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม คณะกรรมการระหว่างกระทรวงได้เสนอให้กระทรวงสุขภาพ จัดทำคู่มือการปฏิบัติสำหรับการดูแลระยะยาวแต่ละประเภทและสามารถเทียบเคียง (benchmarks) ตามมาตรฐานการดูแลที่สร้างขึ้น สถานบริบาลสงเคราะห์อาสาสมัคร ควรค้นหาและนำกลไกการประกันคุณภาพที่หลากหลายไปใช้เพื่อปรับปรุงกระบวนการ (process) และผลลัพธ์การดูแล (outcome of care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วย

2.2.5 สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care)

1) ที่มาและความจำเป็น

จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังที่นำไปสู่ภาวะทุพลภาพ จึงพบว่ามีผู้สูงอายุจำนวนมากที่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่หรือไม่ได้เลย

ในปัจจุบัน แนวคิดและรูปแบบเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตในประเทศไทยยังขาดความชัดเจน พบว่ามีการดูแลรักษาตัวอยู่ทั้ง ที่บ้าน โรงพยาบาล สถานสงเคราะห์ของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนและที่วัด จึงควรมีการศึกษาถึงแนวคิดและรูปแบบมาตรฐานการดูแล ที่เหมาะสมกับสถานบริการในแต่ละประเภท

พัฒนาการเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice Care) นั้น เกิดจากการพัฒนาในต่างประเทศ โดยคำว่า Hospice มาจากภาษาลาตินคือ Hospitium ซึ่งหมายถึงบ้านพักเล็กๆ ในสุสานหรือโบสถ์ เริ่มจากในสมัยโบราณยุคกลาง เป็นความเชื่อทางศาสนา เพื่อดูแลสมาชิกในครอบครัวหรือผู้เดินทางหรือผู้จาริกแสวงบุญที่กำลังจะตาย และมีการพัฒนาเรื่อยมาในหลายประเทศในยุโรป และที่เห็นก่อตัวเป็นรูปร่างก็คือ การเริ่มต้นในประเทศอังกฤษ ประมาณศตวรรษที่ 19 ณ เมือง Dublin โดยมีแม่ชีในศาสนาโรมันแคทอลิคทำความสะอาดและดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งต่อมาได้แพร่ขยายไปทั่วประเทศอังกฤษและประเทศในทวีปเอเชีย ออสเตรเลีย และอัฟริกา อย่างไรก็ตาม ก็ยังไม่ได้รับการยอมรับในประเทศสหรัฐอเมริกา จนกระทั่งปี ค.ศ.1970 Dr. Cicely Saunders และ Elisabeth Kübler-Ross ได้เผยแพร่แนวคิด Hospice ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งในระยะแรก Dr. Saunders ได้รับการฝึกอบรมเป็นพยาบาลในอังกฤษ หลังจากนั้นได้เข้าเรียนต่อในโรงเรียนแพทย์ที่ St. Christopher's Hospice นอกกรุงลอนดอนในปี ค.ศ. 1962 ซึ่งเป็นแหล่งที่ริเริ่มการมีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ตาย ซึ่งต่อมานำไปสู่การดูแลที่เรียกว่า การจัดการกับความปวดและการควบคุมอาการ (pain management and symptom control) โดยที่ Dr. Saunders ได้พัฒนาหลักการพื้นฐานเกี่ยว Hospice care และได้เขียนหนังสือเล่มที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะสุดท้ายเผยแพร่จนได้รับยอมรับในสหรัฐอเมริกา มีการนำมาปรับใช้เพิ่มเติมกับผู้พิการ ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ และผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสมองได้อย่างดี (Clark, 1998 cited by Mephain, 2004; Wexler & Frey ,2008)

โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาจัดตั้งขึ้นในปี ค.ศ.1970 ที่รัฐ Connecticut และขยายไปเรื่อยๆ ทั้งมหาวิทยาลัยแพทย์และรัฐต่างๆ มีการพัฒนาอย่างก้าวหน้าเป็นลำดับ ในปัจจุบันพบว่ามีสถานดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่อยู่ภายใต้การดำเนินการของหน่วยงานประกันสังคมของรัฐถึง 3,000 แห่ง และมีสถานดูแลระยะสุดท้าย ที่เป็นอาสาสมัครถึง 200 องค์กร (University of Verginia Health System, 2008) และมีการพัฒนาแนวคิดการดูแลเรื่องการตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การดูแลที่เน้นคุณภาพชีวิตผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องกำลังใจ ความเสียใจและความเศร้าโศกหลังจากผู้ป่วยจากไป รวมถึงรัฐบาลได้เข้ามาสนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่ายผู้ป่วยกรณีเป็นคนไข้ใน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home-based care) นั้นนับเป็นทางเลือกที่ดี ในเรื่องของการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าหรือมีประสิทธิผล (cost effective)

2) คำนิยาม

"การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย" เป็นคำที่พบในเอกสารภาษาไทยที่มาจากคำว่า Hospice Care, Hospice Care and Palliative Care, End of Life Care และ Terminal Illness จากการศึกษาเอกสารต่างๆ มีคำอธิบายความที่ค่อนข้างคล้ายคลึงกัน เช่น

Eldercare Location (online, 2008) ระบุว่า Hospice care เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminal ill) ให้มีชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีศักดิ์ศรี เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลอย่างหนึ่งที่มิใช่สถานที่เฉพาะในการดูแล

Fayed (2008) กล่าวว่า Hospice care เป็นการดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับในช่วงสุดท้ายของชีวิต ปรัชญาของ Hospice คือเน้นที่การดูแล มิใช่การรักษา เป้าหมายคือการทำให้ผู้ป่วยสุขสบายเท่าที่จะเป็นไปได้ในช่วงวันสุดท้ายของชีวิต Hospice care นี้จะดำเนินการให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบสนองต่อการรักษาและมีชีวิตเหลืออยู่ไม่เกิน 6 เดือน ซึ่งไม่ใช่การเร่งให้ตายหรือยืดความตายออกไป คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญมากกว่าระยะเวลาที่เหลืออยู่ของเขา ซึ่งข้อจำกัดของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในปัจจุบันของอเมริกา คือ ตามข้อกำหนดที่ว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน ที่สัมพันธ์กับเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่หลักประกันสุขภาพ อาจเกิดปัญหาได้เนื่องจากการวินิจฉัยที่ไม่แน่นอนเกี่ยวกับระยะเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย คนไร้บ้าน ผู้ป่วยที่อยู่ตัวคนเดียว และทำให้กดดันเกี่ยวค่าใช้จ่าย

Morrow (2008) ได้ให้คำจำกัดความในแนวทางเดียวกับ องค์กร Get Palliative Care และขยายความว่า ภาระหน้าที่ของ Hospice care คือ การยืนยันว่าชีวิตและความตายเป็นกระบวนการทางธรรมชาติ ทำให้ผู้ป่วยมีความสงบ ตายอย่างสบายท่ามกลางคนที่เขารัก ซึ่งทีมสหวิชาชีพที่ได้รับการฝึกฝนในการนี้โดยเฉพาะจะร่วมกันทำความฝันของผู้ป่วยให้เป็นจริง

Hospice care และ Palliative care

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มักมีการพูดถึงคำว่า Hospice care (การดูแลระยะสุดท้าย) และ Palliative care (การดูแลแบบประคับประคอง) จะควบคู่กันหรือใช้แทนกัน ซึ่งมีผู้ให้คำอธิบายไว้ดังเช่น องค์กร Get Palliative Care ได้อธิบายถึงความแตกต่างระหว่าง Hospice care และ Palliative care โดยสรุปว่า

> *"Palliative care นั้นเป็นการรักษาที่มุ่งเน้นการบรรเทาหรือการปลดเปลื้องความเจ็บปวดและอาการของโรคที่รุนแรง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกัน ผ่อนคลายความเจ็บปวดให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่ง Palliative care สามารถทำได้ในทุกช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ส่วน Hospice care นั้นเป็นการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่ไม่เกิน 6 เดือน ซึ่งความเจ็บป่วยนั้นไม่สามารถเยียวยารักษาได้แล้ว" (Get Palliative Care, 2008)*

อย่างไรก็ตาม Hospice care มักจะมีคำว่า Palliative care ร่วมด้วยเสมอ ดังเห็นได้จากคำจำกัดความของ Hospice palliative care จากองค์กรที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ดังนี้

International Association Palliative Hospice Care ให้ความหมายของ Hospice palliative care ว่าเป็นการดูแลที่กระทำอย่างตั้งใจแก่ผู้ที่มีการอาการรุนแรง ก้าวหน้า และไม่สามารถรักษา โดยการดูแลนั้นต้องคำนึงถึงภูมิหลังทางวัฒนธรรมตามบริบทที่เป็นอยู่ (IAPHC, 2008)

Canadian Hospice Palliative Care Association (2008) กล่าวว่า Hospice palliative care เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการดูแลบุคคลทั้งคน (whole-person health care) ที่มีเป้าหมายเพื่อลดความทุกข์ทรมาน และเพิ่มคุณภาพชีวิตในขณะที่มีชีวิตและใกล้ตาย

The American Academy of Hospice and Palliative Medicine (AAHPH) (Meghani, 2004) ได้อธิบายความหมายของ Palliative ว่าเป็นการดูแลที่กระทำโดยทีมสหสาขาในการดูแล *ผู้ป่วยและครอบครัวที่*ชีวิตถูกคุกคาม หรือมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงที่มีแนวโน้มว่าอาการจะเลวลง และการดูแลเน้นที่การบรรเทาความทุกข์ทรมานและส่งเสริมคุณภาพชีวิต ทั้งนี้เป้าหมายการดูแลหลักคือการจัดการอาการ การแบ่งปันข้อมูล และการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วย การดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และการประสานงาน

จะเห็นว่า Hospice care และ Palliative care มีลักษณะที่เหมือนและแตกต่างในบางประเด็นขึ้น และเมื่อพิจารณาจากคำจำกัดความขององค์กรที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเห็นได้ว่า ในส่วนที่ให้ความหมายที่แตกต่างกัน พบว่ามีลักษณะที่แตกต่างกันที่สำคัญคือ Palliative care มักจะดำเนินไปพร้อมกับการรักษา ในขณะที่ Hospice care เน้นการดูแล ซึ่งในปัจจุบันนี้จึงมีการใช้คำว่า Palliative hospice care ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตาม Meghani (2004) ได้วิเคราะห์แนวคิด Hospice และ Palliative care พบว่าเมื่อวิเคราะห์รากฐานปรัชญาล้วไม่มีความแตกต่างกัน

ในประเทศไทยมีการดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเช่นกัน การดำเนินงานและเอกสารเผยแพร่ยังไม่มากนัก มีการดำเนินงานในโรงพยาบาลบางแห่ง หรือพระภิกษุบางท่าน ดังเช่น

คณะกรรมการการทำงานคณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี (2551) ให้คำจำกัดความผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า หมายถึง ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือมีภาวะอื่นที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ตามมาตรฐานทางการแพทย์ในปัจจุบันและมีข้อบ่งชี้ ว่าน่าจะเสียชีวิตในระยะเวลาไม่นานนัก อาจเป็นวัน สัปดาห์ หรือเป็นเดือน

ลักษณา โพชนุกูล (2008) ได้อธิบายว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ระยะที่การรักษาโรคอย่างสุดความสามารถถึงทางตันแล้ว แต่ไม่ใช่ผู้ป่วยจะหมดหวัง ในความหมายของการรักษาแบบประคับ ประคอง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยอาศัยการดูแลอย่างเมตตา

จริงใจ ครอบคลุมทุกๆ ด้านที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ แม้แต่เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วการรักษาแบบประคับประคองนี้ ยังดำเนินต่อไปจนกว่าญาติจะปรับตัวได้

ถึงแม้จะมีการให้ความหมาย Hospice care และ Palliative care แตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นว่า เป็นแนวคิดและการดูแลแบบหนึ่งสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรับการรักษาอาการของโรคที่ร้ายแรงให้หายได้และจะมีชีวิตเหลืออยู่ไม่เกิน 6 เดือน เป็นการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและจากไปอย่างสงบท่ามกลางคนที่รัก รวมตลอดถึงการดูแลสภาพจิตใจครอบครัวผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยได้จากไปแล้ว ทั้งนี้ความแตกต่างของการให้ความหมายในแต่ละที่นั้นขึ้นกับ *"ภูมิหลังทางวัฒนธรรมตามบริบท"* ที่เป็นอยู่

3) ปรัชญาและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

3.1) ปรัชญาแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุม ให้ความสำคัญ ทั้ง ด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ปรัชญาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะสะท้อนการดูแลที่มีลักษณะดังนี้

- ส่งเสริมการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล
- ให้ความรู้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม
- ส่งเสริมความเข้าใจและการยอมรับเกี่ยวกับการตาย และกระตุ้นให้บุคคลได้มีการทบทวนประสบการณ์ในเรื่องนี้ว่าเป็นโอกาสที่ดีในการพัฒนา
- เน้นการดูแลประคับประคองให้ความสุขสบายครอบคลุม ด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณจากบุคคลทีมสหสาขา

3.2) แนวคิดพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Meghani (2004) ได้วิเคราะห์แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า มีลักษณะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สำคัญมีดังนี้ คือ

3.2.1)ต้องให้การดูแลแบบทั้งหมด (total care) และรายบุคล (individual care) ทั้งนี้การจัดการอาการอย่างครอบคลุมทุกด้านก็เป็นสิ่งที่สำคัญ

3.2.2) การให้การช่วยเหลือครอบครัวร่วมกับผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย ซึ่งการดูแลที่ดีจะช่วยให้ครอบครัวที่มีความขัดแย้งแต่เดิม และสามารถเข้าหากันและสมานฉันท์กันได้ ทั้งนี้ลักษณะการช่วยเหลือครอบครัว อาจช่วยโดยการให้การดูแล การให้คำปรึกษา การจัดให้มีการหยุดพักระยะสั้น การช่วยเหลือจัดการด้านการเงิน และการช่วยเหลือให้ผ่านขั้นตอนการเศร้าโศกได้

3.2.3) การทำงานอย่างทีมสหสาขา ที่มีการประสานงานกันเพื่อให้แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ธุรการและอื่นๆ ที่มีเป้าหมายการดูแลที่แตกต่างกัน สามารถให้การดูแลบรรลุเป้าหมาย

3.2.4) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้บุคลากร ผู้ป่วย ครอบครัว ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมสนองตอบปัญหาและความต้องการ

Ferris (2002) ได้เสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อใช้ในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยระยะสุดท้าย ทุกวัยมีแนวคิดพื้นฐานอยู่ 3 ประการคือ

1. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นพื้นฐานการทำงานของกระบวนการให้การดูแล และบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่ให้การดูแล จะมีผลต่อทักษะในการตัดสินใจให้การดูแลรวมทั้งการวางแผนในการดูแล ลดความขัดแย้ง ลดความผิดพลาดของผู้ดูแล สร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ดังนั้นผู้ดูแลต้องกระทำในเรื่องเหล่านี้

1.1 พูดภาษาเดียวกัน เข้าใจความหมายของคำที่ใช้ในการกระบวนการดูแลที่ตรงกัน สื่อสารกันอย่างชัดเจนทั้งการพูดและเขียน อาจจัดทำศัพท์ปทานุกรมที่ใช้ร่วมกัน ดังเช่นที่ CHPCA ทำในแคนาดา (Ferris et al, 2008) หรือมีการกำหนดข้อตกลง ความหมายและวิธีการสื่อสาร (Buckman, 1992)

1.2 รวบรวมข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่ามีการรวบรวมข้อมูล เอกสารที่เกี่ยวกับสถานะหรือพัฒนาการของคนไข้และครอบครัว รวมทั้งบันทึกการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง มีประโยชน์ต่อคุณภาพการดูแล การนำไปใช้สรุปบทเรียนข้อผิดพลาดและความเสี่ยงได้

1.3 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและทีมผู้ดูแล โดยใช้ยุทธศาสตร์เช่นเดียวกับการให้การศึกษาผู้ใหญ่ เช่น การให้ฝึกปฏิบัติ มีส่วนร่วม ผู้เรียนเป็นคนตัดสินใจ รวมทั้งปรับทัศนคติ ความรู้ ทักษะและพฤติกรรม เนื่องจากบุคคลเหล่านี้มีพื้นฐานการศึกษา การรับรู้ที่ต่างกัน จำเป็นต้องวิเคราะห์ จัดการศึกษาที่เหมาะสม และสอดคล้อง

2. สร้างกระบวนการกลุ่มทำงานที่มีประสิทธิภาพ แต่ละกลุ่มหรือหน่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ล้วนต้องจัดบทบาทและทำหน้าที่ร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น ผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยและคณะกรรมการบริหารขององค์กร

3. ความสามารถในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลง ทีมผู้ดูแลต้องเปิดกว้างทางความคิด ปรับทัศนคติ ความรู้ ทักษะและพฤติกรรม ให้เข้ากับผู้ป่วย เพื่อช่วยผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านชีวิตไปสู่ความตายกระทั่งหลังผู้ป่วยจากไประยะหนึ่ง

สมาคมการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายแคนนาดา (The Canadian Hospice Palliative Care Association: CHPCA) และ สมาคมการดูแลแบบประคับประคองจังหวัด (Provincial Hospice Palliative Care Associations) 11 แห่ง ได้ร่วมกันริเริ่มพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับชาติ (National Model to Guide Hospice Palliative Care) ตั้งแต่ ปี ค.ศ.1993-2001 และเผยแพร่ในปี ค.ศ.2002 โดยใช้เวลา 10 ปีในการพัฒนา เนื่องจากเห็นว่ารูปแบบการทำงานที่มีอยู่ แต่ละหน่วยงานจะมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลหรือมีมาตรฐานการปฏิบัติงาน (standard of practice) ของตนเอง จึงมีความเห็นร่วมกันว่า น่าจะมีการพัฒนาหลักการ

และแบบแผนการปฏิบัติงาน (principle and norms of practice) ที่กว้างแต่ครอบคลุมที่หน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปเป็นแนวในการทำงานได้ โดยแต่ละหน่วยงานสามารถนำไปปรับใช้สามารถกำหนดรายละเอียดงาน เพื่อสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับสภาพและเงื่อนไขการทำงานในแต่ละพื้นที่ รูปแบบที่นำเสนอนี้ให้ความครอบคลุม และนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติได้ใน 9 ประเด็นด้วยกัน (Ferris et al, 2002) ซึ่ง 2 ใน 9 ประเด็น มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว (Model to Guide Patient and Family Care) และรูปแบบการพัฒนาองค์กรและบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่และองค์กร (Model Guide Organization Development and Function) ซึ่งเห็นว่าจะเป็นประโยชน์ในแง่การดูแล และกระบวนการจัดองค์กรกด้านการดูแลผู้ป่วยในการสนับสนุนการดูผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ทั้งนี้ รูปแบบความเข้าใจภาพรวมเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดัง ภาพที่ 2.1 ซึ่งมีปัจจัยหลากหลายในการพิจารณาร่วมกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว และรูปแบบการพัฒนาองค์กรและบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่และองค์กร โดยสร้างเป็นเครื่องมือในการกำหนดกรอบคิด หรือแนวทางในการวิเคราะห์และเตรียมการดูแล ซึ่งเรียกเครื่องมือนี้ว่า The Square of Care และ The Square of Organization and Team ซึ่งประกอบด้วย 8 องค์ประกอบที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

1. การจัดการกับโรค หรือการเจ็บป่วย (disease management)
2. ร่างกาย (physical)
3. จิตใจ (psychological)
4. สังคม (social)
5. จิตวิญาณ (spiritual)
6. การปฏิบัติในชีวิตประจำวัน (practical)
7. การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตและการจัดการเกี่ยวกับความตาย (end-of-life care/death management)
8. ความสูญเสียและความเศร้าโศก (loss and grief)

หลักการทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Ferris et al. (2002) ได้เสนอหลักการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดังนี้ คือ

1. **ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ถือเป็นหน่วยเดียวกันในการให้การดูแล**

การให้การดูแลทุกอย่างต้องคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว วัฒนธรรม คุณค่าทางศาสนาความเชื่อและการปฏิบัติ การเตรียมตัวที่จะเผชิญกับความตาย

2. **ให้การดูแลที่มีคุณภาพสูง** การดูแลทุกชนิดต้องอยู่บนพื้นฐาน ของ:

2.1 หลักจริยธรรมของความเป็นอิสระ ผลประโยชน์ ไม่คิดชั่วร้าย ความยุติธรรม การบอกความจริงและการเก็บความลับ

2.2 มาตรฐานการปฏิบัติงาน (standards of practice) บนพื้นฐานของหลักการที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากลและ แบบแผนการปฏิบัติงาน (norms of practice) และมาตรฐานของระเบียบปฏิบัติในแต่ละวิชาชีพ

2.3 นโยบายและกระบวนการดำเนินงานบนพื้นฐานของความคิดเห็นและหลักฐานที่มีความเป็นไปได้ที่สุด

2.4 การเก็บรวมรวมข้อมูลและเอกสารตามคำแนะนำการใช้เครื่องมือการวัดที่ถูกต้อง

3. ปลอดภัยและมีประสิทธิผล ต้องมั่นใจว่ามี

3.1 การร่วมมือและประสานงานในกระบวนการดูแล

3.2 การเก็บความลับและการเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย

3.3 ปราศจากการเลือกปฏิบัติ การข่มขู่ ความลำเอียงหรืออคติ

3.4 ความปลอดภัยของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลทุกคน

3.5 การดูแลที่ต่อเนื่องและจิตสำนึกในการรับผิดชอบ

3.6 ลดการปฏิบัติงานที่ซ้ำซ้อน

3.7 ปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบและนโยบาย ที่อาจมีผลกระทบต่ออำนาจศาลและหน่วยงานที่ให้บริการ

4. เข้าถึงได้ ผู้ป่วยและครอบครัวมีสิทธิเท่าเทียมกันในการเข้าถึงการบริการ:

4.1 ไม่ว่าจะมีชีวิตอยู่ที่ไหนก็ตาม ที่บ้าน หรือในสถานที่ห่างไกลจากบ้าน

4.2 ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที

5. มีทรัพยากรที่เพียงพอ การเงิน ข้อมูล ข่าวสาร บุคคลากร และทรัพยากรอื่นๆ ที่เพียงพอในการสนับสนุนกิจกรรม แผนงาน และยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน

6. ความร่วมมือและการประสานงาน เห็นความจำเป็นของการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในแต่ละพื้นที่ โดยการร่วมมือกันของหน่วยงานต่างๆ

7. สร้างเสริมความรู้ (knowledge-based) ให้ความรู้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่

8. เผยแพร่ข่าวสาร (advocacy-based) พบปะ แลกเปลี่ยนเผยแพร่ข่าวสาร เช่น สมาชิกนิติบัญญัติที่ออกกฎหมายในเรื่องนี้ หน่วยงานที่ดูแลเรื่องนี้โดยเฉพาะ ผู้ออกนโยบาย ผู้ให้ทุนด้านการดูแลสุขภาพ ผู้ให้ความช่วยเหลือด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หน่วยงาน สมาคม เวทีสาธารณะต่างๆ เพื่อเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับการพัฒนาและสนับสนุนทรัพยากรในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

9. การวิจัย (research-based) การพัฒนาและเปิดประเด็นในการเสวนา ผสมผสานความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีน้อยหรืออยู่ในขั้นวิกฤตที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพในเรื่องการดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทย

ในประเทศไทย พบว่านักวิชาการและพระสงฆ์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งสถานบริการต่างๆ ได้ให้ข้อคิดเห็นและมีแนวคิดแนวปฏิบัติการดูแลที่เป็นผลพวงจากศาสนาพุทธที่เป็นศาสนาประจำชาติ และอิทธิพลจากแนวคิดของประเทศตะวันตก ดังนี้

พระไพศาล วิสาโล ได้สรุป*หลักการช่วยเหลือ*ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้ ในหนังสือการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยวิธีแบบพุทธ โดยกล่าวถึงหลักการโดยย่อไว้ 7 ประการ ดังนี้ (ศิริบูลย์ พูนศรีธนากูล, 2551)

1. การให้ความรัก ความเข้าใจ ผู้ป่วยใกล้ตายมักจะมีความกลัวหลายอย่าง เช่น กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวเป็นภาระ กลัวตายคนเดียว ซึ่งเราควรให้ความมั่นใจว่าจะไม่ทอดทิ้งเขา ให้เขามั่นใจและมีกำลังใจที่จะข้ามพ้นความเจ็บปวด ความทุกข์ทางใจไปได้ และอาจทำให้ความทุกข์ทางกายเบาบางไปได้ด้วย โดยญาติมิตรจะต้องมีความอดทนอดกลั้น มีสติ เมตตา ไม่ฉุนเฉียวกับปฏิกิริยาของผู้ป่วย

2. ช่วยให้เขายอมรับความตายที่จะมาถึง และปล่อยวาง

3. ช่วยให้เขาจดจ่อในสิ่งที่ดีงาม เช่น ให้นึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ หรือความดีความภาคภูมิใจที่เขาได้ทำ เพื่อให้จิตเป็นกุศล เกิดความอิ่มเอิบใจ มั่นใจ ไม่พลัดไปสู่กรรมนิมิตหรือคตินิมิตที่ไม่ดี และที่สำคัญจะทำจิตใจสงบไม่ทุรนทุราย

4. ช่วยให้เขาปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ เพื่อให้เขาจากไปอย่างเบาที่สุด

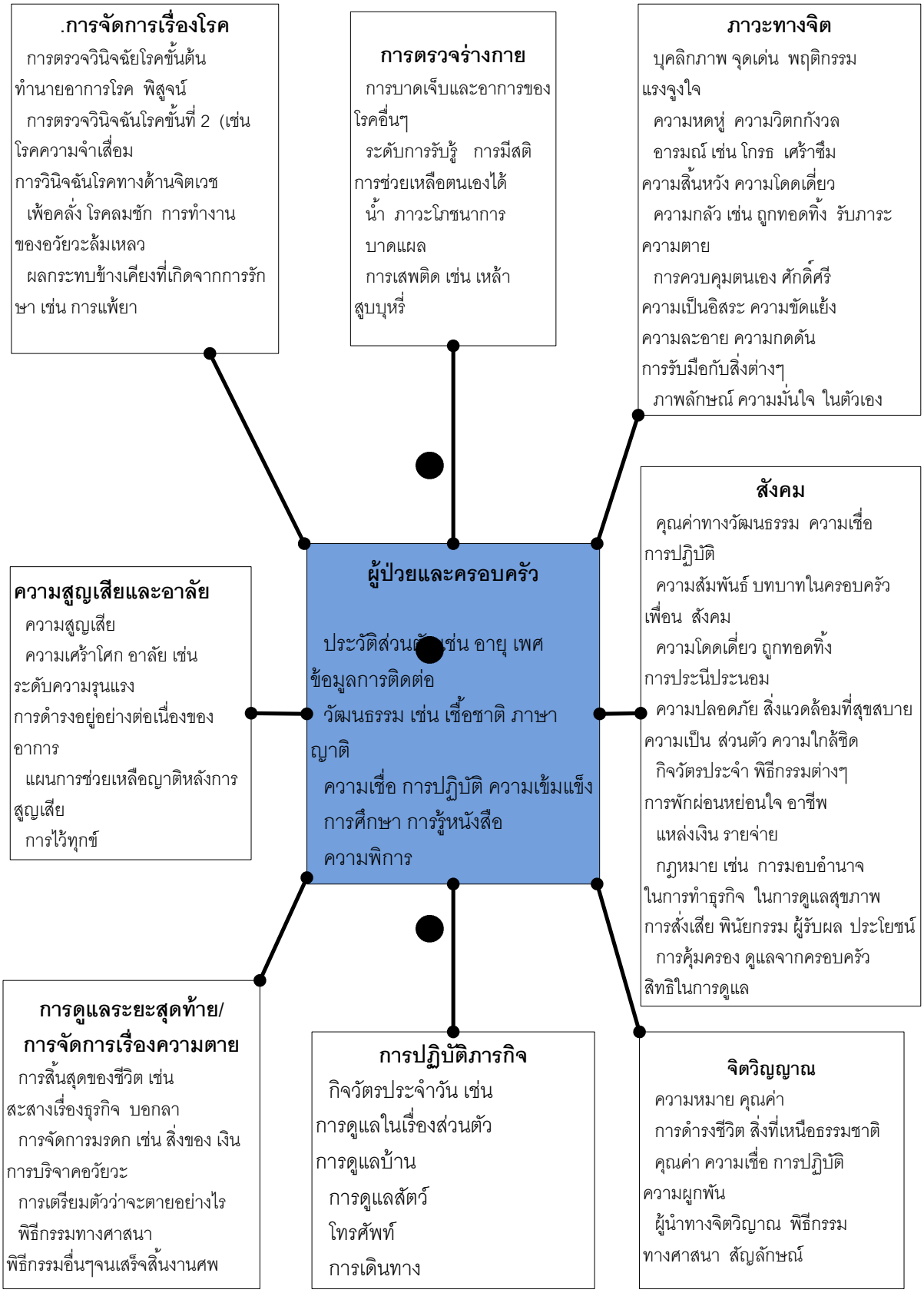
5. ช่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ สร้างบรรยากาศที่เอื้อให้ใจสงบ เช่น การนำพระพุทธรูปที่เขานับถือมาให้บูชา หรือบรรยากาศที่ญาติมิตรพร้อมเพรียงกัน

6. ช่วยกันสวดมนต์ ทำสมาธิ

7. กล่าวคำอำลา อาจพูดขอบคุณสิ่งดี ๆ ที่เขาทำให้กับทุกคน หรือแนะนำให้เขาปล่อยวาง เตรียมตัวเตรียมใจ ระลึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ และขอขมาเจ้ากรรมนายเวร ซึ่งการนำทางไปสู่สุคติเช่นนี้ ลูกหลานญาติมิตรสามารถช่วยได้

นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ได้กล่าวถึง *“แนวทางการจัดการความตาย”* ว่าเราสามารถออกแบบจัดการการตายที่ดีได้ สิ่งที่สามารถเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นการผสมผสานใน 3 มิติ คือ (สุวิทย์ สุดสมศรี, 2550)

1. มิติทางกาย ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด ต้องดูแลเพื่อให้หายหรือบรรเทา เช่นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. มิติทางใจ ผู้ป่วยมีความกลัว หวาดวิตกจากสิ่งที่ไม่รู้ ต้องเจริญสติเพื่อให้จิตใจสงบ
3. มิติทางสังคม ผู้ป่วยอาจมีสิ่งค้างคาใจ เช่นมรดก หนี้สิน ความสัมพันธ์ในครอบครัว



ภาพที่ 2.1 ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการสูญเสีย (Ferris et al, 2008)

ศิริบูลย์ พูนศรีธนากูล (2551) นำเสนอหลักการและแนวคิดการดูแลผู้ป่วย ในการประชุมวิชาการมิติองค์รวมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไว้ 6 ประการ ดังนี้

1. ต้องดูแลผู้ป่วย และครอบครัวทุก ๆ ด้าน
2. ต้องเริ่มตั้งแต่แรกทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
3. สิทธิของคนใกล้ตายต้องรับรู้ว่าตนเองเป็นอะไร ทำอะไร ได้แค่ไหน ต้องมีการสื่อสารอย่างเหมาะสมกับคนไข้แต่ละราย ทางเลือกของการรักษา ช่องทางที่คนไข้จะกลับมาหาเรา หรือการให้การดูแล ฯลฯ
4. การใส่อุปกรณ์ เอาออกเพื่อให้คนไข้เสียชีวิต
5. การทำงานเป็นทีม
6. ด้วยโรคของผู้ป่วย กำลังจะเกิดเหตุการณ์อะไรบ้าง การดำเนินการและการดูแลควรจะทำอย่างไร

คณะกรรมการทำงาน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี (2551) กล่าวถึง*แนวคิดหรือปรัชญา*ของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไว้ว่า

1. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ระดับที่จะดำรงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่
2. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดำเนินไปอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับวัฒนธรรมของ ผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนหลักทางจริยธรรมและกฎหมายในสังคมไทย

เบญจมาศ วงศ์ณีวรรณ จากโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง (Supachutikul, 2551) ได้นำเสนอ*แนวปฏิบัติในการดูแล*ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของศูนย์ลำปาง ในการประชุม 9th HA National Forum “องค์กรที่มีชีวิต” ว่า การพัฒนาเกิดจากทีมสหสาขา ประกอบด้วย อายุรแพทย์ จิตแพทย์ นักสังเคราะห์ และพยาบาล ร่วมกันดูทั้งผู้ป่วยและญาติ โดยใช้ Clinical Practice Guideline for Palliative Care ปี ค.ศ. 2004 ซึ่งมี 8 องค์ประกอบ คือ การดูแลทางด้าน 1) ร่างกาย 2) จิตใจ 3) ครอบครัว สังคม 4) จิตวิญญาณ 5) วัฒนธรรม 6) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 7) พินัยกรรม กฎหมาย และ 8) จริยธรรม โดยมีการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานในแต่ละองค์ประกอบขึ้นมา

จะเห็นได้ว่าแนวคิดการดูแลที่เป็นอยู่ในประเทศไทยมีทั้งแนวคิดที่พัฒนามาจากการดูแลแบบวิธีพุทธ และที่พัฒนามาจากแนวคิดประเทศตะวันตก โดยแต่ละสถาบันมีแนวคิดการดูแลที่สอดคล้องกันมีความแตกต่างกันในทางปฏิบัติเล็กน้อยตามบริบทภายใต้แนวคิดปรัชญาไม่แตกต่างกัน

4) ลักษณะการบริการ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ยังไม่มีสถานบริการเฉพาะ แต่พบว่ามีบริการทั้งในสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน รวมทั้งสถานสงเคราะห์ต่างๆ จากการศึกษารูปแบบในต่างประเทศนั้น มีการให้บริการในหลายรูปแบบและสถานบริการในหลายลักษณะ การบริการดูแลจะถูกกำหนดโดยทีมสหวิชาชีพ โดยคำนึงถึงตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญหรือเป็น

ศูนย์กลาง และเป็นการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งนี้จะครอบคลุมถึงครอบครัวของผู้ป่วยด้วย ซึ่งนับรวมเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลเดียวกับผู้ป่วย (unit of care) (Encyclopedia of Surgery, 2008)

ในสหรัฐอเมริกา ปัจจุบันพบว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (hospice care) จะดำเนินการที่บ้านผู้ป่วย โดยมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกทางด้านการแพทย์ (medical facilities) มีหน่วยงานบริการด้านสุขภาพที่บ้าน (home health agency programs) ให้การสนับสนุนที่บ้านผู้ป่วย ในขณะที่โรงพยาบาล (hospital-based programs) จะเป็นหน่วยให้บริการพื้นฐานหรือเสริมเมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้บริการ ซึ่งส่วนใหญ่ Hospice Program จะดำเนินการทั้งที่บ้านผู้ป่วยและเป็นคนไข้เมื่อจำเป็น ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้จะให้การบริการเพื่อความความสุขสบาย การดูแลมากกว่าการรักษาตามความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วย

นอกจากนี้ มีการให้บริการในสถานบริบาล (nursing facility) สถานที่ (บ้าน) รับดูแลผู้ป่วยระยะสุดของหน่วยงานอิสระ (independently owned hospice home) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีญาติดูแลหรืออยู่คนเดียว สถานอำนวยความสะดวกด้านการดูแลสุขภาพ (health care facility) ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice centre) (Hospice care, 2008)

ในส่วนของการให้บริการ American Cancer Society (ACS) (2008) อธิบายถึงการบริการว่ามีหลายรูปแบบ เช่น การให้บริการที่บ้าน (home care services or home hospice care) การบริการดูแลระยะสั้น (respite Care) ในกรณีครอบครัวหรือผู้ดูแลประจำอยากพักผ่อนในช่วงสั้นๆ (ส่วนใหญ่จะประมาณ 5 วัน) ซึ่งอาจนำผู้ป่วยไปดูแลสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice facility) สถานบริบาล (nursing home) หรือ โรงพยาบาล หรือ Extended-care facility

ทั้งนี้การบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้ (Fayed, 2005; American Cancer Society: ACS, 2008)

1) ด้านจิตใจ การแนะนำด้านจิตวิญญาณและช่วยในการรับมือกับความตาย เช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย การกล่าวคำอำลา และพิธีกรรมทางศาสนา

2) การจัดการเรื่องความเจ็บปวดและควบคุมอาการของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาหรือหายจากการเจ็บปวดเท่าที่จะเป็นไปได้

3) การจัดให้บริการผู้ป่วยเมื่อเจ็บปวดหรืออาการหนักขึ้น หรือเมื่อครอบครัวคนไข้ต้องการเวลาพักในช่วงสั้นๆ (respite care)

4) สอนสมาชิกครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้

5) ให้ยา วัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์

6) ให้การดูแลและให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวหลังจากสูญเสียผู้ป่วย (bereavement care) ซึ่งกระบวนการดูแลเพื่อแก้ปัญหาความเศร้าโศกเสียใจ (grieving process) โดยทั่วไปจะดูแลเป็นระยะเวลา 1 ปี เช่น การเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ จดหมายติดต่อ เป็นต้น

7) การให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย ค่าใช้จ่าย การวางแผนทางด้านการเงิน (Eldercare Locator, 2008)

5) คุณลักษณะและสมรรถนะของผู้ให้บริการ

ทีมงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเป็นผู้จัดทำแผนการดูแลที่เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน เป็นทีมสหวิชาชีพที่ประกอบด้วยบุคคลต่างๆ ดังนี้ (Eldercare Locator, 2008; American Cancer Society, 2008)

- ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นคนในครอบครัวหรือผู้ดูแลจากศูนย์
- แพทย์
- พยาบาล
- ผู้ช่วยด้านสุขภาพตามบ้าน (Home Health Aides)
- ผู้ทำพิธีทางศาสนาหรือ ผู้นำทางจิตวิญาณ
- นักสังคมสงเคราะห์
- ผู้ให้คำปรึกษา (counselors)
- อาสาสมัคร ที่ผ่านการอบรม
- เจ้าหน้าที่ส่งเสริมอาชีพ นักกายภาพบำบัด และ/หรือ นักบำบัดเกี่ยวปัญหาการพูด (speech therapists)

การดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ขึ้นอยู่กับผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregivers) ที่ต้องมีความรู้เรื่องการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บปวดและการควบคุมอาการของโรค (Encyclopedia of Surgery, 2008) และต้องมีคุณสมบัติด้านทักษะ 3 ประการหลัก (Ferris et al, 2008) คือ

- ทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
- ทักษะในการประสานงาน จัดตั้ง และกำหนดบทบาทหน้าที่ทีมผู้ดูแล
- เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ที่ทรงประสิทธิภาพ

บทบาทของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ

ทั้งนี้หากพิจารณาตามการบริการที่ครอบคลุม ตามบทบาทของบุคคลกรทีมสหสาขา ลักษณะการบริการแบ่งออกเป็น (IAHPC, 2002; University of Virginia Health system, 2008)

- การพยาบาล ครอบคลุมกิจกรรมการให้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง การควบคุมความเจ็บปวด ให้การช่วยเหลือสนับสนุนอื่นๆตามแผนการพยาบาล
- การให้บริการทางสังคม ได้แก่ การให้คำปรึกษาและการช่วยเหลือเพื่อเข้าถึงแหล่งประโยชน์ของการดูแลในชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว
- การบริการทางการแพทย์ แพทย์มีบทบาทในการวางแผนการดูแลในทีมการดูแล
- การบริการทางด้านจิตวิญญาณ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศาสนาและความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณ

- ผู้ช่วยเหลือดูแลงานบ้าน ทำหน้าที่ช่วยเหลือลุกจากเตียง การเดิน การอาบน้ำ การแต่งตัวหรืออาจทำกิจกรรมอื่นภายใต้การดูแลของพยาบาล นอกจากนี้ยังช่วยเหลือในการทำอาหาร การทำความสะอาดเสื้อผ้า การจ่ายของ หรืองานบ้านอื่นๆ
- ให้การบริการ 24 ชั่วโมง ทีมการดูแลจะต้องการหมุนเวียนตลอด ซึ่งอาจเป็นการดูแลทางโทรศัพท์
- การดูแลในหอผู้ป่วยใน ในบางครั้งจำเป็นต้องย้ายผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลหรือสถานบริการอื่น เมื่อจำเป็น
- อาสาสมัคร ถือเป็นทีมผู้ดูแลที่ให้การดูแลสนับสนุนด้านกำลังใจ หรือให้การดูแลเพื่อเติมเต็มในส่วนที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวขาดหายไป
- การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพ อาชีวะบำบัดและการทำอรรถบำบัด เนื่องจากเมื่อใกล้เสียชีวิต ผู้ป่วยจะช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง จำเป็นต้องฟื้นฟูเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด
- การหยุดพักการดูแลระยะสั้น (respite care) เนื่องจากการดูแลระยะนี้เป็นการดูแล 24 ชั่วโมง ดังนั้นจึงทำให้มีอาการเหนื่อยล้าได้ ผู้ดูแลจึงต้องการการพักช่วงระยะเวลาสั้นๆ หรือต้องการการช่วยเหลือแบ่งเบางานบางอย่างที่บ้าน
- การบรรเทาอาการเศร้าโศก ทีมผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือดูแลให้ครอบครัวเผชิญกับกระบวนการเศร้าโศก

นอกจากนี้ยังมีบริการบำบัดโดยการแพทย์ทางเลือกอื่น เพื่อควบคุมอาการของโรคและช่วยฟื้นฟูความเป็นอยู่ด้วย ซึ่งจากการศึกษาในปี ค.ศ.2002 พบว่าผู้ป่วยที่ใช้วิธีการรักษาแบบทางเลือก โดยรวมแล้วได้ผลน่าพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ (Encyclopedia of Surgery, 2008) เช่น การฝังเข็ม ดนตรีบำบัด บำบัดโดยใช้สัตว์เลี้ยง การนวด สุคนธบำบัด การรักษาโดยใช้พลังงาน เช่น ออร่าฯ การใช้สมุนไพร การจัดกระดูก การสัมผัส และการบำบัดวิธีอื่นๆ โดยไม่ใช้ยา (Encyclopedia of Surgery, 2008; Ferris et al; 2005)

ตัวอย่างของการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

ตัวอย่างของการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่แสดงถึงกระบวนการตัดสินใจของผู้สูงอายุและแผนการดูแลผู้ป่วยจนวาระสุดท้ายของชีวิต ที่นำเสนอโดย Eldercare Locator (2008) ซึ่งเป็นหน่วยบริการหนึ่งในสังกัด Department of Health and Human Services, Admin on Aging ในสหรัฐอเมริกา คือ

หญิงอายุ 57 ปี เมื่อทราบว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็งตับ และทราบว่ารักษาไม่หาย จึงตัดสินใจที่จะร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ช่วยวางแผนการตายขอตนเอง โดยต้องการรับการดูแลที่บ้านจากน้องสาว หน่วยบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายในท้องถิ่นที่อาศัยอยู่ช่วยจัดการทุกอย่างให้ เจ้าหน้าที่จากหน่วยบริการอุปกรณ์ที่จำเป็น ให้การอบรมวิธีการจัดการและบรรเทาการเจ็บปวดให้กับน้องสาวของเธอ แผนการดูแลผู้ป่วยให้จัดทำขึ้นโดยส่งพยาบาลวิชาชีพไปเยี่ยมเธอที่บ้าน รวมทั้งปรึกษาแพทย์

เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีความสุขสบายมากเท่าที่จะเป็นไปได้ นอกจากนี้หน่วยการบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ส่งเจ้าหน้าที่ไปอาบน้ำให้ผู้ป่วยอาทิตย์ละ 2 ครั้ง นักสังคมสงเคราะห์ และนักบวชไปเทศน์และให้คำปรึกษาเพื่อลดความเศร้าโศกให้ผู้ป่วยและน้องสาว ในที่สุดผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้ 6 สัปดาห์ และตายที่บ้านท่ามกลางน้องสาวและสมาชิกในครอบครัว

จากตัวอย่างข้างต้น เห็นได้ว่า ผู้ป่วยจะเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจเลือกและกำหนดการรับบริการหน่วยงานต่างๆ โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนการดูแลโดยรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตและจากไปอย่างมีความสุข

6) มาตรฐานการดูแล

มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้มีการนำเสนอเป็นแบบแผนการปฏิบัติงาน (norm of practice) ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้และกำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน (standard of practice) ของแต่ละหน่วยงานซึ่งมีอาจมีลักษณะการทำงานเฉพาะที่แตกต่างกันในการดูแลและการบริหารจัดการ ตัวอย่างเช่น

มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของโรงพยาบาลรามาธิบดี (2551) ไว้ดังนี้

1. การให้การวินิจฉัย การพยากรณ์โรค และการวางแผนการรักษา

1.1 การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องกระทำโดยแพทย์หรือคณะแพทย์โดยมีอาจารย์ แพทย์เจ้าของไข้อย่างน้อย 1 ท่านเป็นผู้รับผิดชอบ

1.2 เมื่อให้การวินิจฉัยแล้วควรมีการประชุมทีมผู้ดูแลเพื่อกำหนดแนวทางและเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยมีอาจารย์แพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยเป็นหลักและควรคำนึงถึงความต้องการของ ผู้ป่วยและญาติในการกำหนดแนวทางการรักษาด้วย

1.3 มีการประเมินและทบทวนปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปรับแผนการดูแลตามที่เหมาะสม

2. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ

2.1 แพทย์ผู้ดูแลต้องให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพทางคลินิก แนวทางการรักษาพยาบาล ความคาดหมายการรอดชีวิต ความทุกข์ทรมานต่างๆ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายและปัจจัยอื่นๆ แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ญาติ/ผู้เกี่ยวข้องร่วมรับรู้โดยคำนึงถึงความเหมาะสม

2.2 ควรมีการให้ข้อมูลและกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกับตัวผู้ป่วยและญาติหรือผู้ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม โดยวิธีที่ดีที่สุดถ้าสามารถทำได้คือ การนัดพบผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดพร้อมกันเพื่อให้ข้อมูลและอภิปรายแนวทางการ ดูแลร่วมกัน ส่วนในกรณีที่ผู้อยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถรับรู้ความจริงได้ให้แจ้งแก่ญาติ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องแล้วแต่กรณี อนึ่งการให้ข้อมูลและกำหนดแนวทางการดูแลนี้อาจไม่สามารถทำให้หมดภายใน 1 ครั้ง แต่ควรมีการดำเนินการที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนผู้ป่วยเสีย ชีวิต

3. การบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานทางกาย

3.1 มีการประเมินความปวดและให้การบำบัดความปวดอย่างเต็มที่ ตามมาตรฐานทางการแพทย์

3.2 ให้การรักษาพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน

3.3 ให้การดูแลต่างๆ เพื่อให้มีความสุขสบายมากที่สุด เช่น การดูแลด้านอาหาร ความสะอาดของร่างกาย การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย การทำกิจกรรมประจำวัน และสภาพแวดล้อม เป็นต้น

4. การให้การดูแลด้านจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ

4.1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมผู้รักษาผู้ป่วยและญาติหรือผู้ใกล้ชิด

4.2 มีการประเมินสภาพจิตใจและสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

4.3 ให้การช่วยเหลือด้านจิตใจโดยการพูดคุย สนับสนุนให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนและให้คำแนะนำหรือให้การ ปรึกษาตามที่เหมาะสม

4.4 ให้การบำบัดรักษาอาการทางจิตเวช เช่น อาการซึมเศร้าขั้นรุนแรง อาการสับสน (delirium) เป็นต้น

4.5 อำนวยความสะดวกให้ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วย

4.6 จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด สงบ หากเป็นไปได้ควรมีสิ่งที่สร้างความอบอุ่นใจให้แก่ผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยต้อง การ เช่น ภาพครอบครัว สัญลักษณ์ทางศาสนา เป็นต้น

4.7 ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสตระเตรียมสิ่งต่างๆ ที่ยังห่วงกังวล เช่น ครอบครัวที่เหลืออยู่ บุคคลที่ต้องการพบ ทรัพย์สิน เป็นต้น

4.8 อำนวยความสะดวกให้แก่ญาติและผู้ป่วยในการปฏิบัติตามความเชื่อทางวัฒนธรรมและศาสนา

5. การให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

5.1 ให้การดูแลและช่วยเหลือด้านจิตใจให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบโดยคำนึงถึงความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยอาการหนัก ระยะใกล้เสียชีวิต ขณะผู้ป่วยเสียชีวิตและหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

5.2 ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและจัดการศพอย่างสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

6. การดูแลครอบครัวและผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย

6.1 ให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

6.2 ควรทำการประชุมครอบครัวเพื่อทำความเข้าใจให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและลด ความขัดแย้งหรือความต้องการที่ไม่ตรงกัน ตลอดจนกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

6.3 การดำเนินการหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ควรมีขั้นตอนที่ชัดเจนและมีการช่วยเหลือญาติให้สามารถจัดการสิ่งต่างๆ ได้ โดยไม่รู้สึกสับสนหรือเครียดเพิ่มขึ้นจากการสูญเสีย เช่น การจัดการเรื่องศพ พิธีกรรมต่างๆ การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

6.4 มีระบบติดตามและญาติภายหลังการสูญเสียเพื่อช่วยในการปรับตัวกับการสูญเสีย

มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของสก๊อตแลนด์

ในสก๊อตแลนด์มีองค์กรอาสาสมัครการกุศลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ 14 องค์กร ดำเนินงานภายใต้ระเบียบของ Scottish Commission for the Regulation of Care องค์กรเหล่านี้จะดูแลผู้ป่วยระยะยาวหรือเรื้อรัง (chronic) มะเร็ง และผู้ป่วยที่มีวิถีความเจ็บป่วยของโรคเลวลงอย่างต่อเนื่อง (progressive condition) รัฐบาลได้จัดตั้งคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่งคือ National Care Standard Committee (NCSC) มีหน้าที่จัดทำมาตรฐานการดูแล (National Standard) และเผยแพร่เพื่อให้ผู้สนใจทราบถึงการบริการ หลักการและมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย ที่จะได้รับจากหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถรับรู้ถึงสิทธิที่ตนเองพึงได้รับเมื่อเข้าใช้บริการ (The Scottish Government Publications, 2008) โดยสรุปดังตารางที่ 2.1

7) การรับรองมาตรฐาน

จากการสืบค้นยังไม่พบว่ามีการรับรองมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทย และไม่พบหลักฐานที่ชัดเจนในต่างประเทศ แต่อย่างไรก็ตามการให้บริการแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในต่างประเทศส่วนใหญ่จะพบในสถานบริบาล ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีหน่วยงานอิสระที่ให้การประเมินและรับรองมาตรฐานองค์กร เช่น Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) หรือ The National Committee for Quality Assurance (NAQA) (Carpenter et al, 2000) โดยประเมินคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลในสถานบริการต่างๆ ที่รวมถึง สถานบริบาลด้วย ในขณะที่ประเทศอังกฤษมีคณะกรรมาธิการมาตรฐานการดูแลแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระที่ออกกฎข้อบังคับการให้บริการทางด้านสุขภาพ สามารถชี้มูลความผิดสถานบริการที่ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ

2.3. ความต้องการการดูแล

ความต้องการเป็นความประสงค์ที่บุคคลอยากได้รับเพื่อการตอบสนองต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐาน เพื่อให้บุคคลสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างดีที่สุด (พันธ์ทิพย์ วารวาท, 2551) ความต้องการจะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ อายุ ภาวะสุขภาพและความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Wenger & Alexander, 1993)

ระดับความต้องการการดูแล (level of care)

ความต้องการการดูแลมีความเชื่อมโยงกับระดับการดูแล โดยที่ระดับความต้องการการดูแล (level of care) เป็นสิ่งที่ช่วยผู้ให้บริการสามารถบอกลักษณะและชนิดของการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในรายที่ต้องการได้รับการประเมินและการรักษาในด้านพฤติกรรมสุขภาพและการวินิจฉัยโรค และสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการเข้าพักอาศัยในสถานบริการหรือหน่วยบริการทางด้านสุขภาพ ซึ่งปริมาณความต้องการการดูแลสามารถช่วยในการกำหนดโปรแกรมและการบริการดูแลได้

ประเทศสหรัฐอเมริกา แบ่งระดับความต้องการการดูแลออกเป็น 3 ระดับคือ (United States Department of Health and Human Services, 2007)

1) ระดับการป้องกัน (protective)
2) ระดับปานกลาง (intermediate) และ
3) ระดับที่ต้องใช้ทักษะ (skilled)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา หากผู้ใดต้องการการช่วยเหลือจากภาครัฐ จะต้องอยู่ในเกณฑ์ต่อไปนี้ (Integrated care services, 2007)

1) มีภาวะทุพพลภาพทั้งร่างกายหรือทางจิตใจ ที่มีสาเหตุมาจากปัญหาทางด้านการแพทย์ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อม หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ
2) ต้องมีภาวะเดินเองได้อย่างจำกัด นั่งล้อเข็ญ หรืออยู่ในภาวะนอนติดเตียง
3) ต้องอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถให้ดูแลที่บ้านหรือในชุมชนได้
4) ต้องผ่านการประเมินความยากจนเพื่อรับเงินอุดหนุน

ประเทศสิงคโปร์ แบ่งระดับการดูแลออกเป็น 4 ระดับตามระดับการทำหน้าที่ของร่างกาย ดังนี้

ระดับที่ 1 ไม่มีภาวะพึ่งพา สามารถช่วยเหลือตนเองได้
ระดับที่ 2 ต้องการการช่วยเหลือเล็กน้อย
ระดับที่ 3 ต้องการการช่วยเหลือปานกลาง อาจมีภาวะนั่งรถเข็น
ระดับที่ 4 ต้องการการช่วยเหลือทั้งหมด อาจมีภาวะนอนติดเตียง

โดยทั่วไปพบว่าผู้พักอาศัยในสถานบริการมักมีภาวะพึ่งพาอันเนื่องมาจาก ภาวะบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา (cognitive impairments) และภาวะกลั้นอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ (incontinence) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.1 ภาวะบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL impairments)

ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุสามารถประเมินได้จาก ความสามารถในการประกอบกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันด้วยตนเองโดยอิสระ ซึ่งสามารถประเมินได้ทั้งจาก การประกอบกิจกรรมที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน (ADL) หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับที่สูงขึ้น (IADL)

1) ความหมายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living: ADL) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ซึ่งส่วนใหญ่มีความหมายคล้ายคลึงกัน มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยอยู่ในขอบเขตของการประกอบกิจกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานในชีวิตประจำวัน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองโดยอิสระ การให้ความหมายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนี้

ตาราง 2.1 หลักการ และมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ขององค์กรที่ทำงานภายใต้นโยบายรัฐบาลสก๊อตแลนด์

หลักการ 6 ประการ	มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย 22 ประการ
.ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (dignity) ผู้ป่วยมีสิทธิ: ได้รับการปฏิบัติอย่างมีศักดิ์ศรีและได้รับความเคารพตลอดเวลา มีความสุขกับความสัมพันธ์ทางสังคมที่แวดล้อม **2.ความเป็นส่วนตัว (privacy)** ผู้ป่วยมีสิทธิ: • ได้รับความเคารพในทรัพย์สินและความเป็นส่วนตัว ได้รับเวลาในการดูแล มีพื้นที่และสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นและต้องการ • ปลอดจากการก้าวล่วงความเป็นส่วนตัว ตราบเท่าที่ การการะทำนั้นไม่เป็นโทษกับผู้ป่วยปละคนอื่น **3.ผู้ป่วยมีสิทธิเลือก (choice)** • ได้รับการแจ้งถึงทางเลือก ขณะที่ตระหนักถึงสิทธิที่คนอื่นๆพึงจะได้รับการปฏิบัติ แบบเดียวกัน • ทราบถึงขอบเขตของทางเลือก • ได้รับการช่วยเหลือให้เข้าใจลึกซึ้งถึงทางเลือกต่างๆ และได้เลือกในสิ่งที่เหมาะที่สุดสำหรับผู้ป่วยเอง **4.ความปลอดภัย (Safety)** ผู้ป่วยมีสิทธิ: • รู้สึกปลอดภัยและมีความมั่นคงในชีวิต ทั้งด้านสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ • มีความสุขกับความปลอดภัยที่ได้รับ แต่ไม่ใช่การปกป้องจนเกินไป • ปลอดจากการถูกใช้เป็นเครื่องมือในการหาประโยชน์และการ	**ก.ก่อนใช้บริการ** **<u>มาตรฐานที่ 1</u> การบอกกล่าวและการตัดสินใจ** ผู้ป่วยรู้และเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ จุดมุ่งหมายและปรัชญาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลักเกณฑ์ในการเข้ารับบริการทั้งเป็นผู้ป่วยในและไป-กลับ บุคลและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ การจัดการเรื่องการเดินทางและการเยี่ยมผู้ป่วย ความรับผิดชอบต่อสถานพยาบาล อาจไปดูสถานที่เพื่อประกอบการตัดสินใจ **<u>มาตรฐานที่ 2</u> ตรงตามความต้องการที่จำเป็น** ผู้ป่วยร่วมกับทีมผู้ดูแลในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข่าวสาร แผนการรักษาและดูแล ที่ตรงกับความต้องการที่จำเป็นและความชอบของผู้ป่วย ครอบครัว ก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษา **<u>มาตรฐานที่ 3</u> คำแนะนำและกฎหมาย** ผู้ป่วยมั่นใจว่าได้รับการปกป้องทางกฎหมายและตามหลักสิทธิมนุษยชน รวมทั้งได้รับบริการตามที่กฎหมายกำหนด เช่น ระบบความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม อาหาร อุบัติเหตุ ความลับผู้ป่วย **<u>มาตรฐานที่ 4</u> สถานที่ให้การดูแล** ผู้ป่วยจะรู้สึกปลอดภัยและสบายใจเมื่ออยู่ในสถานที่ดูแล มั่นใจว่าได้รับสิทธิในการรับการดูแล ยา การบำบัด วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยหรือบริการอื่นๆ มีสิ่งแวดล้อมและสังคมที่ดี มีความเป็นส่วนตัวเช่นห้องพัก การพบญาติ ของใช้ส่วนตัว เป็นต้น **ข. ความมั่นใจในการดูแล** **<u>มาตรฐานที่ 5</u>** คุณภาพในการดูแลและรักษา ผู้ป่วยได้รับการบอกกล่าวถึงถึงทีมผู้ดูแล กระบวนการวัดผลและทบทวนการดูแลและรักษา เปรียบเทียบกับมาตรฐานการปฏิบัติงานที่หน่วยงานกำหนด(รวมทั้งที่รัฐบาลกำหนด) **<u>มาตรฐานที่ 6</u>** เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยมั่นใจว่าได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้ คุณสมบัติ ผ่านการคัดเลือกตามกระบวนการงาน

ถูกเหยียดหยามหรือทารุณ. **.ตระหนักถึงศักยภาพที่มี (realising potential)** ผู้ป่วยมีสิทธิ ได้รับโอกาส: ได้รับสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถทำหรือมีได้ ได้ใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ได้ทำในสิ่งที่ดีที่สุดของชีวิต **.ความเสมอภาคและความหลากหลาย (equality and diversity)** ผู้ป่วยมีสิทธิ: มีชีวิตอย่างอิสระ มีความหมายและเติมเต็มสิ่งต่างๆ ในชีวิต ให้คุณค่ากับชาติพันธุ์ ภาษา วัฒนธรรมและความศรัทธา ของผู้ป่วย ได้รับการปฏิบัติที่เท่าเทียม และอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปราศจากความน่ากลัว การข่มขู่และการเลือกปฏิบัติ สามารถที่จะแสดงความไม่พึงพอใจหรือร้องทุกข์โดยปราศจากความกลัวที่จะถูกกระทำ หรือข่มขู่	บุคคลากร ได้รับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง **<u>มาตรฐานที่ 7</u>** การควบคุมการติดเชื้อ ได้รับการดูและปกป้องจากการติดเชื้อ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามระเบียบการป้องกันการติดเชื้อก่อนดูแลผู้ป่วยทุกครั้ง กรณีที่ผู้ป่วยติดเชื้อ จะมีเจ้าหน้าที่วิชาชีพให้การดูแลและปฏิบัติอย่างเท่าเทียม เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย **<u>มาตรฐานที่ 8 ยา</u>** ยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน เจ้าหน้าที่จะจัดและเก็บรักษาอย่างปลอดภัย ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน เจ้าหน้าที่จะจัดยาและอุปกรณ์ที่จำเป็น อธิบายวิธีการใช้พร้อมให้เอกสารกำกับยา ไปด้วย กรณีเป็นผู้ป่วยนอกหรือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เจ้าหน้าที่จะทำเช่นเดียวกัน หากมีการเปลี่ยนยาจะแจ้งและปรึกษาแพทย์ที่รับผิดชอบ **<u>มาตรฐานที่9</u>** อุปกรณ์ในการรักษาและการติดตามผล จัดอุปกรณ์ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย อธิบายวิธีการและฝึกการใช้ ตรวจสอบอุปกรณ์เป็นระยะ **<u>มาตรฐานที่ 10</u>** การดูแลผู้ป่วยเด็ก การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ต้องดูแล ปกป้อง เคารพสิทธิ **ค.ได้รับการดูแลที่ดีที่สุดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่** **<u>มาตรฐานที่ 11</u>** การมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วย ผู้ป่วยได้รับการผลักดันและสนับสนุนให้ใช้ศักยภาพของตนเอง มีความเป็นอิสระ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตั้งเป้าหมายในการดูแลร่วมกัน พร้อมปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์และความต้องการของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งการช่วยเหลือด้านการเงิน กฎหมาย อาชีพเสริมที่ต้องการหากมีความพร้อม **<u>มาตรฐานที่ 12</u>** ความเป็นอยู่ ผู้ป่วยต้องได้รับการยอมรับ และเคารพในด้านต่างๆ เช่น กาย ใจ จิตวิญญาณ เพศ ศาสนา ความเชื่อ ผิวหรือชาติพันธุ์ ความคิดเห็นและอื่นๆ **<u>มาตรฐานที่ 13</u>** ชีวิตส่วนตัว ผู้ป่วยต้องได้รับสิทธิความเป็นส่วนตัว เช่น รับแขกของตนเอง อยู่กับญาติ มีงานอดิเรกที่สามารถทำได้

	<u>มาตรฐานที่ 14</u> การใช้ชีวิตประจำวัน สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เลือกรูปแบบการดำเนินชีวิตของตนเองและสภาพแวดล้อม **<u>มาตรฐานที่ 15</u>** เล่น การศึกษา การพักผ่อน ในกรณีผู้ป่วยเด็ก เจ้าหน้าที่มีทักษะในการจัดการละเล่นพร้อมอุปกรณ์ สันทนาการ การศึกษาและอุปกรณ์ที่เหมาะกับสิ่งแวดล้อม ประสานกับสถานศึกษาของผู้ป่วยในการจัดการศึกษา **<u>มาตรฐานที่16</u>** ผู้ป่วยมีสิทธิในการติดต่อเพื่อนฝูง ใช้โทรศัพท์และออกไปเยี่ยมเยียนเพื่อนได้หากสภาพร่างกายอำนวย **<u>มาตรฐานที่17</u>** ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเรื่องอาหาร เลือกได้ตามที่ชอบ ถูกโภชนาการ เหมาะกับสภาวะของโรค ไม่ขัดกับศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่จะดูแลให้อาหารด้วยวิธีต่างๆกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทานได้ **<u>มาตรฐานที่ 18</u>** ครอบครัว เพื่อน ผู้ดูแลของผู้ป่วยจะได้รับดูแลจากทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาล เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวโรค และตัวผู้ป่วย การเก็บความลับของผู้ป่วยและขอบเขตการให้ข้อมูลแก่บุคคลอื่นตามความต้องการของญาติ **<u>มาตรฐานที่ 19</u>** ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนและการดูแลเฉกเช่นเดียวกับสมาชิกในครอบครัว **ง. การกลับบ้าน** **<u>มาตรฐานที่ 20</u>** วางแผนการออกจากสถานบริการ เมื่อผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ ตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ในสถานบริการ พยาบาลชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ จะร่วมในการวางแผนการดูแลเมื่อจะออกจากสถานบริการและเมื่อไปอยู่ที่บ้านพร้อมกับการจัดเตรียมยาแก่ผู้ป่วย **จ. แสดงความคิดเห็น** **<u>มาตรฐานที่ 21</u>** เจ้าหน้าที่เชิญชวนและยินดีรับฟังข้อคิดเห็น คำร้องทุกข์ ความกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อนำไปปรับปรุง ผู้ป่วยและญาติจะได้รับคำอธิบายและได้รับรายงานหากต้องการ **ฉ.การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต** **<u>มาตรฐานที่ 22</u>** ผู้ป่วยสามารถแจ้งความจำนง เลือกว่าจะตายที่ไหน ต้องการอยู่กับใครในระยะสุดท้าย จะให้จัดงานศพอย่างไร รวมทั้งครอบครัวจะได้รับการดูแลหลังการตายของผู้ป่วย (bereavement care)

Barthel & Mahoney (1965) กล่าวว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหาร การหวีผม การเคลื่อนที่ภายในบ้านและการเดินขึ้นลงบันไดหนึ่งขั้น

Craren & Hirnle (2000) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การประกอบกิจกรรมที่จำเป็นขั้นพื้นฐานและกระทำอยู่เป็นประจำในแต่ละวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การจัดเตรียมและการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว การขับถ่าย เป็นต้น

Hickey (2003) กล่าวว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลมีความต้องการในการประกอบกิจกรรมด้วยตนเองโดยอิสระให้สำเร็จในแต่ละวัน และเป็นกิจกรรมที่มีส่วนร่วมในสังคม ได้แก่ การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การแต่งตัว การหวีผม สุขวิทยาส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย ความต้องการความปลอดภัย การติดต่อสื่อสาร เป็นต้น

ชวลี แย้มวงษ์ (2538) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การใช้ห้องสุขา การเดินและการเคลื่อนย้าย

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ให้ความหมายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน แบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ได้แก่ การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร เป็นต้น และอีกระดับเป็นกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ได้แก่ ความสามารถในการประกอบอาหาร การไปจ่ายตลาด การใช้บริการขนส่งสาธารณะ เช่น รถประจำทาง เป็นต้น

2) การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) เครื่องมือที่นิยมใช้ คือแบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ เป็นการวัดความสามารถทางด้านร่างกาย หรือความสามารถในการทำงานของร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ ในปัจจุบันเครื่องมือวัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีอยู่หลายชนิด สามารถใช้ได้ในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1) The Katz Index of ADL สร้างขึ้นโดย Kate, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe (1963) เป็นแบบประเมินด้วยตนเองหรือใช้เป็นแบบสังเกตในการประกอบกิจกรรม ซึ่งมีกิจกรรมที่วัดในเครื่องมือทั้งหมด 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายปัสสาวะ และการรับประทานอาหาร แบบวัดนี้มีการให้คะแนนความสามารถ 2 ลักษณะ คือ ความสามารถในการประกอบกิจกรรมที่ทำได้ด้วยตนเอง และการประกอบกิจกรรมที่ต้องอาศัยผู้ช่วยเหลือ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

2) The Pluses Profile พัฒนาโดย Granger et. at (1997 อ้างถึงใน พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, 2544) เป็นแบบสังเกตที่ผู้สังเกตใช้ประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมทางด้าน

ร่างกายโดยทั่วไปที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพและปัจจัยทางด้านจิตสังคม มีการให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 โดยความสามารถที่ทำได้ด้วยตนเองมีค่าคะแนนเป็น 1 จนถึงความสามารถที่ต้องอาศัยผู้ช่วยเหลือมีค่าคะแนนเป็น 4 หากคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 16 สามารถอธิบายได้ถึงการไร้ซึ่งความสามารถในระดับที่รุนแรง เครื่องมือชนิดนี้นิยมใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้น หรือกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงานของร่างกาย

3) The Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) พัฒนาขึ้นโดย Lowton & Brody (1969) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง ซึ่งมีกิจกรรมที่วัดทั้งหมด 8 กิจกรรม ได้แก่ ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ การจับจ่ายซื้อของ การเตรียมอาหาร กิจกรรมที่เกี่ยวกับงานบ้าน การซักผ้า การเดินทาง การรับประทานยา และการจัดการด้านการเงิน วัดเป็นคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง แต่มีข้อจำกัด คือ คะแนนที่ให้จัดเป็นคะแนนสำหรับเพศชายและเพศหญิง ซึ่งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการตรียมอาหาร การซักผ้า และกิจกรรมที่เกี่ยวกับงานบ้าน จะไม่มีคะแนนในเพศชาย

4) ดัชนีบาร์เทลเอดีเอล (The Barthel ADL Index) สร้างขึ้นโดย Mahoney & Barthel (1965) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเอง และการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การอาบน้ำ การเคลื่อนย้ายตัวขึ้นลงจากเตียง การเดิน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการขึ้นลงบันได ซึ่งแบบวัดนี้มีคะแนนความสามารถสูงสุด 100 คะแนน คะแนนความสามารถต่ำสุด 0 คะแนน

2.3.2 ภาวะบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา (cognitive impairments)

ภาวะบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและสังคมอย่างมาก สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคอัลไซเมอร์ ปัจจุบันมีความชุกประมาณร้อยละ 3.04 และคาดว่าในอนาคต พ.ศ. 2573 จะมีผู้สูงอายุมีปัญหาจากกลุ่มอาการสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมยังเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น จากการศึกษาศึกษาภาวะสมองเสื่อม ปี พ.ศ.2550 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงสุดจำนวน 11,878 ราย โดยผู้สูงอายุหญิงมีภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้สูงอายุชาย และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าผู้สูงอายุ 70-79 ปี มีภาวะสมองเสื่อมสูงสุด รองลงมาเป็นผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไป และผู้สูงอายุ 60-69 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2550 อ้างอิงใน มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2551)

1) ความหมายการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา

รับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา (cognitive function) มีหลายรูปแบบ เช่น การรับรู้ ความจำ จินตนาการ การคิด การใช้เหตุผล และการตัดสินใจ ดังนั้นภาวะสมองเสื่อม หมายถึงกลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมถอยลง ทำให้เกิดความผิดปกติของเชาวน์ปัญญา (cognitive

function) (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ พฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน อาการผิดปกติเหล่านี้จะดำเนินไปเรื่อยๆ และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ (American Psychiatric Association, 1995) ยกเว้นภาวะสมองเสื่อมบางชนิดที่สามารถรักษาให้หายได้ จากการเปลี่ยนแปลงในด้านเชาวน์ปัญญา ทำให้ผู้ป่วยมีอาการความจำบกพร่อง สูญเสียการรับรู้ต่อเวลา สถานที่ การรับรู้ต่อความเป็นจริงเสียไป มีความอดทนต่อสิ่งที่ไม่พึงพอใจลดลง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง แบบแผนในการพักผ่อนนอนหลับเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถแสดงความรู้สึกที่ได้ วิตกกังวล ทักษะในการจัดการกับปัญหาเสียไป ลืมเรื่องการเคารพสิทธิส่วนบุคคลของผู้อื่น สูญเสียการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สูญเสียการควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะและการขับถ่าย

ปัญหาการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่สำคัญคือ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมจากการเปลี่ยนแปลงในด้านเชาวน์ปัญญา มีระดับการช่วยเหลือตัวเองลดลง และมีภาวะความเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องการการช่วยเหลือเพิ่มขึ้น จนถึงเกือบ 24 ชั่วโมงต่อวันส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลคือ

1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย จากการศึกษาของ Yeatman, et al. (1993) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเฉลี่ยมีปัญหาสุขภาพสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย จะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ปัญหาที่ผู้ดูแลประสบอยู่บ่อยๆ เช่น ปวดหลัง อ่อนเพลียไม่มีแรง นอนหลับไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วมีอาการกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาสุขภาพอื่นๆ เพิ่มมากขึ้นผู้ดูแลมีภาวะเครียดจากการขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแล

2) ผลกระทบทางด้านจิตใจ ภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล เช่น อารมณ์เศร้า ความรู้สึกผิด ความโกรธ ความรู้สึกอับอาย และความรู้สึกโดดเดี่ยว (lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ขาดผู้ดูแลอื่นมาผลัดเปลี่ยน ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวก เสมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ

3) ปัญหาทางด้านการเงิน เนื่องจากที่ต้องใช้ระยะเวลาที่นานในการดูแล ทำให้ค่าใช้จ่ายในดูแลและรักษาผู้ป่วยสูงตามไป นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมากจาก ผู้ดูแลการเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน เช่น ปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ ทำให้มีรายได้ลดลงได้

ในช่วงสุดท้ายของผู้ป่วยสมองเสื่อม ความต้องการการดูแลที่เพิ่มมากขึ้นและสิ่งแวดล้อมอาจไม่เพียงพอที่ผู้ดูแลและครอบครัว จะให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมรายบุคคลได้ จำเป็นต้องมีสถานบริการที่รองรับในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในต่างประเทศจะมีบริการที่เรียกว่า หน่วยพิเศษสำหรับดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (dementia care unit or special care unit) โดยเฉพาะซึ่งอาจตั้งอยู่ในสถานบริบาล (nursing home) หรือตั้งเป็นสถานดูแลเฉพาะผู้ป่วยสมองเสื่อม (dementia care facilities) จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าสาเหตุที่สำคัญที่ผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องย้ายจากบ้าน หรือจากสถานบริบาลไปรับการดูแลในหน่วยดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ก็คือ มีความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น ที่อาจเนื่องมาจากปัญหาจากโรคที่มีความก้าวหน้ามากขึ้น มีปัญหาพฤติกรรมที่คุกคามผู้พักอาศัยคนอื่นๆ หรือเจ้าหน้าที่ มีภาวะวิตกกังวล มีปัญหาด้านพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ หรือมีภาวะเสี่ยงต่างๆ เช่น ภาวะพลัดตกหกล้ม การเดินไร้จุดหมาย การขาดความตระหนักจากภาวะอันตรายต่างๆ หรือลืมรับประทานยาอยู่เสมอๆ ที่สมาชิกในครอบครัวหรือสถานบริการทั่วไปไม่สามารถให้การดูแลได้ จึงต้องการสถานบริการที่มีผู้ที่มีความชำนาญสามารถให้การบริการที่เฉพาะได้ (Horttana, Ahlstrom & Fahlstrom, 2007)

2) การประเมินการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา

การประเมินระดับเชาวน์ปัญญาเพื่อทราบระดับภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ แบบประเมินที่มีอยู่และนิยมใช้ในปัจจุบัน เช่น

2.1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 (MMSE-Thai Version 2002) แปลจากแบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Mental State Examination (MMSE) ของ Folstein et al. (1975) โดยคณะกรรมการคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) ประกอบไปด้วยการประเมิน 6 ด้านคือ การรับรู้เวลาสถานที่ การจดจำ ความตั้งใจ การคำนวณ การใช้ภาษา และการระลึกได้ มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ (ดูในภาคผนวก 1) ปัจจุบันเป็นแบบประเมินที่นิยมใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดเนื่องจากได้มีการพัฒนาจนสามารถประเมินได้ทั้งผู้สูงอายุไทยที่มีการศึกษาและไม่มีการศึกษา โดยการแปลผลผู้สูงอายุที่จบในระดับประถมศึกษาจะต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน และผู้ที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษาจะต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ส่วนผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา จะต้องมีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนจากคะแนนเต็ม 23 คะแนนจึงจะถือว่าไม่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

2.2) แบบทดสอบการวาดหน้าปัดนาฬิกา (Clock drawing Test) เป็นแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง โดยให้ผู้ป่วยวาดหน้าปัดนาฬิกา ตัวเลขเวลาและตำแหน่งเข็มสั้นเข็มยาว แปรผลโดยการดูความถูกต้องของลำดับตัวเลขเวลาและตำแหน่งเข็มนาฬิกาตามที่กำหนดให้ หากไม่ถูกต้องผู้ป่วยน่าจะมีความผิดปกติของความจำ (Jitapunkul and Lailert, 1997) แต่แบบประเมินนี้มีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับผู้ที่ไม่มีการศึกษาหรือเขียนหนังสือไม่ได้

2.3.3 ภาวะกลั้นอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ (incontinence)

ภาวะกลั้นไม่ได้เกิดจาก การสูญเสียการควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือเกิดจากการสูญเสียการควบคุมการทำงานของการทำงานของลำไส้ทำให้เกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ โดยไปพบภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้มากกว่าภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้สูงอายุชาวอเมริกันอย่างน้อย 10 ล้านคนมีปัญหากลั้นปัสสาวะไม่ได้ และพบว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในเนอสซิ่งโฮมมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ แต่ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุในจำนวนนี้สามารถให้การช่วยเหลือได้ อุบัติการณ์พบในผู้หญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้น

ไปมากเป็น 2 เท่าของผู้ชาย หากไม่ได้รับการแก้ไขจะนำไปสู่การย้ายเข้าไปอยู่ในสถานพยาบาลได้

ภาวะกลั้นไม่ได้ก่อให้เกิดความอับอาย ในผู้ป่วย และอาจก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลได้ จึงจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำ เพื่อหาทางช่วยเหลือในการป้องกันหรือจัดการภาวะกลั้นไม่อยู่ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนและในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน

อาการที่สามารถรักษาได้

สาเหตุทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แต่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ รักษาได้โดยการใช้ยา ต่อมลูกหมากโต (ในชาย) รักษาได้โดยการผ่าตัด ผลข้างเคียงของยา รักษาได้โดยแพทย์อาจทำการเปลี่ยนยาหรือปรับขนาดของยา

การช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะกลั้นไม่อยู่

1. กระตุ้นเตือนหรือให้พาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำเป็นเวลา
2. สังเกตอาการที่ผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงความต้องการเข้าห้องน้ำ เช่น ลุกรี้ลุกรน หรือดึงเสื้อผ้าห้องน้ำควรอยู่ใกล้ ใช้ง่าย และควรมีราวจับเพื่อป้องกันการหกล้มชุดที่ใส่ควรถอดออกได้ง่ายเลี่ยงการดื่มน้ำก่อนนอน แต่ต้องดื่มน้ำให้เพียงพอในตอนกลางวันไม่มีสิ่งกีดขวางหรือประตูเปิดง่ายมีสัญลักษณ์ที่ประตูเพื่อง่ายต่อการจำถ้ามีความลำบากในการใช้ห้องน้ำ ควรใช้อุปกรณ์

ตัวอย่าง “ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น (stress incontinence)

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เป็นการไหลออกของน้ำปัสสาวะโดยไม่ได้ตั้งใจ (National Association for Continence, 2003) ปัญหาที่พบได้บ่อยและนำความรำคาญมาสู่สตรีสูงอายุ จนทำให้คุณภาพชีวิตลดลง คือ การที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งหมายถึงการที่มีปัสสาวะเล็ดราดออกมาโดยไม่สามารถควบคุมได้และมีความรุนแรงมากพอที่จะรบกวนต่อชีวิตประจำวันและทำให้มีปัญหาในการเข้าสังคมหรือการดูแลสุขอนามัยส่วนตน

สาเหตุของการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้

1. เกิดจากกล้ามเนื้อเชิงกรานหย่อนตัวและหูรูดท่อปัสสาวะเสื่อมสมรรถภาพ การหย่อนตัวของกล้ามเนื้อเชิงกรานมีผลต่อการเคลื่อนต่ำของคอกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ท่อปัสสาวะทำงานไม่เป็นปกติ ไม่สามารถเกร็งขึ้นมารับแรงดันที่เพิ่มขึ้นกระทันหันจากการไอ จาม ได้ทัน
2. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้จากแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น เป็นเรื่องที่ซับซ้อนแต่สามารถรักษาได้เพียงแต่มาพบแพทย์ การรักษาบางครั้งอาจไม่หายขาดแต่ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้สามารถประกอบภารกิจได้ตามปกติ

อาการที่เกิดขึ้น

ปัสสาวะจะเล็ดไหลออกมาทันทีทันใดโดยไม่สามารถควบคุมไว้ได้ขณะมีกิจกรรม เช่น เคลื่อนไหว ไอ จาม หัวเราะ ออกกำลังกายหรือยกของหนัก

ปัจจัยที่ก่อให้เกิด

1. อายุที่เพิ่มขึ้น
2. เพศ พบบ่อยในเพศหญิง เนื่องจากท่อปัสสาวะสั้น

3. จำนวนการคลอดบุตร ส่งผลให้กล้ามเนื้อเชิงกรานยืดตัวออก
4. ภาวะหมดประจำเดือน ฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงทำให้เยื่อบุกระเพาะปัสสาวะฝ่อบางบีบตัวปิดไม่สนิท
5. กล้ามเนื้อเชิงกรานหย่อนตัว ทำให้มีการเลื่อนตัวของอวัยวะในช่องเชิงกราน
6. การผ่าตัดในช่องเชิงกราน
7. การสูบบุหรี่ ทำให้เกิดอาการไอเรื้อรัง
8. ความอ้วน ทำให้กล้ามเนื้อที่พยุงเชิงกรานอ่อนแอลง
9. ลักษณะเฉพาะของอาชีพ เช่น การยกของหนักเป็นประจำ
10. การใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของไตและระบบทางเดินปัสสาวะ
11. อาการท้องผูก อุจจาระที่แข็งจะไปกดท่อปัสสาวะทำให้ตีบแคบ

การฝึกบริหารกล้ามเนื้อเชิงกราน

ประโยชน์ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อเชิงกราน โดยก่อนการฝึกควรถ่ายปัสสาวะให้ เรียบร้อยและไม่ควรเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง ก้นและขา

วิธีที่ 1 นอนหงายราบ ไม่หนุนหมอน ชันเข่าทั้งสองข้างหรือนั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงหลัง วางเท้าบนพื้น แยกหัวเข่าออกเล็กน้อยหลังหายใจเข้าพร้อมเกร็งกล้ามเนื้อเชิงกราน ขมิบช่องคลอดแล้วคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งการเกร็งและคลายแต่ละครั้งควรทำนาน 10 วินาที ทำติดต่อกัน 25 ครั้ง

วิธีที่ 2 นอนหงายราบ ไม่หนุนหมอน ชันเข่าทั้งสองข้าง หายใจเข้าพร้อมเกร็งตัวยกสะโพกขึ้นนาน 5 วินาทีแล้ววางสะโพกลงพร้อมหายใจออก ทำติดต่อกัน 10 ครั้ง

วิธีที่ 3 นอนหงายราบ ไม่หนุนหมอน ชันเข่าทั้งสองข้าง วางหมอนให้อยู่ระหว่างเข่าทั้งสองข้าง ใช้ขาทั้งสองข้างบีบไว้พร้อมเกร็งกล้ามเนื้อเชิงกรานนาน 3 วินาทีแล้วพัก ทำติดต่อกัน 5 ครั้ง

การฝึกควรทำอย่างน้อยวันละ 4 เวลาหรือทำเสมอเมื่อมีโอกาสและทำอย่างต่อเนื่อง จะเห็นผลหลังจาก 8-12 สัปดาห์

ผลิตภัณฑ์ที่ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นไม่ได้

1. อุปกรณ์ที่ใช้ในการนอนควรกันน้ำได้

2. แผ่นรองกันซึมเปื้อน ควรทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกแห้งสบาย3. แผ่นรองกันซึมเปื้อนควรมีคุณภาพ ไม่เสื่อมหรือขาดง่ายจนเกินไป และควรเปลี่ยนเท่าที่จำเป็น

2.4 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

2.4.1 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาคเหนือ

1) ลักษณะทั่วไปและบริบทของชุมชน

ภาคเหนือประกอบด้วย 17 จังหวัด จากสถิติล่าสุดปี พ.ศ.2550 ประกอบด้วยผู้สูงอายุร้อยละ 12.60 ของประชากรทั้งหมด จังหวัดที่มีประชากรสูงอายุมากที่สุดในภาคเหนือ คือ จังหวัด

พิจิตร ร้อยละ 14.9 ต่ำสุดที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน ร้อยละ 7.9 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ภาคเหนือเป็นภาคที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงกว่าภาคอื่นๆ กล่าวคือ สัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดในภาคเหนือคิดเป็นร้อยละ 13.7 ในขณะที่ค่าเฉลี่ยระดับประเทศคือ ร้อยละ 10.8 (วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2552) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท มีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสุขภาพที่ต้องการการช่วยเหลือจากองค์กรในชุมชนในด้านเงินเบี้ยยังชีพ กองทุนหมู่บ้าน บริการด้านสุขภาพ และต้องการอาศัยอยู่กับบุตรหลานหรือบุคคลในครอบครัว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550)

ชุมชนในภาคเหนือมีทั้งความเหมือนและแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด ชุมชนในจังหวัดที่อยู่ภาคเหนือตอนบน มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันในด้านภาษาพูดมากกว่าชุมชนในจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง อย่างไรก็ตามวัฒนธรรมของคนในชุมชนทั้งหมดของภาคเหนือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมีลักษณะความเป็นไทย ที่ให้ความเคารพต่อผู้สูงอายุเช่นเดียวกับวัฒนธรรมไทยโดยรวม ส่วนใหญ่บุตรยังรับหน้าที่ดูแลพ่อแม่ผู้สูงอายุของตนในเรื่องเงินและที่อยู่อาศัย (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 69 อาศัยอยู่ในชนบท (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร หรือมีบุตรหลานอาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน หรือใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากบุตรหลานหรือญาติ ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่อาศัยอยู่ตามลำพัง แต่ได้รับความช่วยเหลือจากบุตรหรือญาติในด้านการเงิน สิ่งของ และการติดต่อเยี่ยมเยียนเป็นครั้งคราว โดยร้อยละ 80 ผู้สูงอายุอยู่กับบุตรหรือได้รับการติดต่อกับบุตรอย่างน้อยหนึ่งคนบ่อยครั้ง (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) ผู้สูงอายุในภาคเหนือที่อยู่ในชนบทส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านเดี่ยวยกพื้นสูง ผู้สูงอายุในเมืองอยู่บ้านสองชั้นมากกว่าในชนบท และมักมีห้องนอนอยู่ชั้นล่าง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2549)

ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานดูแลระยะยาวส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีพื้นเพเดิมอยู่ในภาคเหนือ มีส่วนน้อยที่มาจากภาคอื่น แม้ว่าสถานสงเคราะห์คนชราที่อยู่ในภาคเหนือจะมีกฎเกณฑ์ในการรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาคเหนือ แต่ก็มีผู้สูงอายุที่รับการส่งมาจากภาคเหนือบ้าง หรือมาอาศัยอยู่ในภาคเหนือระยะหนึ่งมาแล้ว สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เป็นสถานสงเคราะห์มีลักษณะเป็นสถานบริการที่ค่อนข้างเปิด โดยผู้สูงอายุสามารถขออนุญาตเจ้าหน้าที่ออกไปทำธุระข้างนอกได้ และสถานสงเคราะห์เปิดรับผู้มาเยี่ยมเยือนผู้สูงอายุในช่วงเวลากลางวันเสมอ ส่วนสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวประเภทอื่นมีกฎระเบียบที่เข้มงวดกว่า ไม่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าหรือออกหากไม่จำเป็น และมีการกำหนดเวลาเยี่ยมของญาติหรือผู้มาติดต่อ อย่างไรก็ตามชุมชนในชนบทภาคเหนือมีความเป็นอยู่ค่อนข้างเรียบง่าย ประชาชนส่วนใหญ่มีความเป็นกันเองกับเพื่อนบ้าน มีกิจกรรมร่วมกันเสมอ แต่ชุมชนในเมืองจะมีวิถี การดำเนินชีวิตแบบคนในเมืองมากกว่า แต่ในภาพรวมยังไม่มีข้อขัดแย้งเกี่ยวกับวัฒนธรรมและการดูแลผู้สูงอายุ

2) สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในชุมชน

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2550) กล่าวว่าปัญหาด้านเศรษฐกิจเป็นปัญหาอันดับแรกๆ ของผู้สูงอายุ สถานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในแต่ละภาคมีความแตกต่างกัน ผู้สูงอายุในกรุงเทพฯมีรายได้สูงสุด เฉลี่ย 10,667 บาทต่อเดือน ผู้สูงอายุภาคเหนือมีรายได้ต่ำสุดที่ค่าเฉลี่ย 2,860 บาท (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549: 2-18) จึงกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุภาคเหนือยังมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่เพียงพอ แม้ว่ารัฐได้ให้เบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มีภาวะด้อยโอกาส จำนวน 500 บาทต่อคนก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่เพียงพอต่อสภาพความต้องการ ชุมชนส่วนใหญ่ตระหนักถึงปัญหาความไม่เพียงพอและไม่ทั่วถึงนี้มาอย่างต่อเนื่อง องค์กรส่วนปกครองท้องถิ่นจึงได้มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยการปรับวิธีการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยแบ่งเงินงบประมาณของท้องถิ่นบางส่วนให้กับผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพจากรัฐ ในจำนวนเงิน 500 บาทต่อคน เช่นเดียวกับเงินเบี้ยยังชีพ โดยคุณสมบัติพื้นฐานของผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพนั้น ประการแรกจะต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประการที่สองต้องมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ทั้งนี้มีเงื่อนไขว่าผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนกว่า หรือผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารยากต่อการเข้าถึงบริการของรัฐจะเป็นผู้ได้รับการพิจารณาก่อน พบว่าปี พ.ศ.2550 มีผู้สูงอายุรับเบี้ยยังชีพในภาคเหนือ 355,154 คน (วรเวศม์ สุวรรณระดาม, 2552)

นอกจากนี้ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นประเด็นที่ต้องการการแก้ไขและส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง เนื่องจากพบว่าผู้สูงอายุภาคเหนือมีอัตราการเป็นโรคเรื้อรังร้อยละ 59.2 ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุในภาคอื่นๆ โรคเรื้อรังที่พบได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม เป็นต้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549)

2.4.2 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1) ลักษณะทั่วไปและบริบทของชุมชน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีลักษณะโดดเด่นกว่าส่วนอื่นของประเทศ ประกอบด้วยจังหวัด 19 จังหวัดคือ หนองคาย นครพนม มุกดาหาร ชัยภูมิ สกลนคร อุดรธานี เลย ขอนแก่น กาฬสินธุ์มหาสารคาม ร้อยเอ็ด ยโสธร นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ศรีษะเกษ อุบลราชธานี อุดรธานี หนองบัวลำภู และอำนาจเจริญ เป็นภูมิภาคที่มีพื้นที่และประชากรมากที่สุด นอกจากนั้นยังเป็นภูมิภาคที่มีปัญหาในด้านต่างๆ มากที่สุด เช่น ปัญหาความแห้งแล้ง ความยากจน ประชากรอพยพย้ายถิ่น

ลักษณะชุมชนอีสาน ในแต่ละจังหวัดจะมีลักษณะชุมชนเป็นชุมชนเมือง ชุมชนกึ่งเมือง ซึ่งอยู่รอบๆ เมือง และชุมชนเมืองจะอาศัยอยู่หนาแน่น มีอาคารที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นร้านค้า กับที่อยู่อาศัย ชุมชนกึ่งเมืองจะอยู่ห่างจากตัวเมืองไม่ไกลมากนัก สามารถเดินทางได้สะดวกโดยรถ

โดยสาร ส่วนชุมชนชนบทจะอยู่รอบนอกจากชุมชนเมืองบ้านเรือน ตั้งอยู่ค่อนข้างห่างไกลกัน ส่วนใหญ่ใช้การเดินหรือรถจักรยนตร์ในการเดินทาง และพบว่าผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในชนบทมากกว่าอยู่ในเมือง

2) สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในชุมชน

สถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือเมื่อประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสามารถดำรงกิจกรรมเพื่อตนเองได้ ดีเช่น การอาบน้ำ แต่งตัว และการรับประทานอาหาร ยกเว้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเท่านั้นที่ต้องมีผู้ดูแล แต่ปัจจุบันปัญหาการพึ่งพาของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเริ่มทวีมากขึ้นเรื่อยๆ (คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541)

ในสถานการณ์ปัจจุบันภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นภูมิภาคที่มีผู้สูงอายุจำนวนสูงกว่าภูมิ ภาคอื่นๆ ของประเทศไทย มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน ร้อยละ 30.3 และ 30.7 (การสำรวจทะเบียนราษฎร์ ปี พ.ศ. 2544, และ 2548) และยังเป็นประชากรผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 40.5 (ชื่นฤทัย กาญจนะสิทธา และคณะ, 2550) สะท้อนให้เห็นว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีประชากรผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอนาคต

จากการสำรวจโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพาในสูงอายุในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือผลสำรวจ พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว ร้อยละ 44.3 และ 42.8 ตามลำดับ ผู้สูงอายุชายมีแนวโน้มที่มีโรคเรื้อรังสูงขึ้นตามอายุ ส่วนผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มที่มีโรคเรื้อรังสูงขึ้น ในช่วงอายุ 70-74 หลังจากนั้นลดลง และเมื่อพิจารณาลักษณะและความต้องการในโรคที่มีความซุกสูง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้พบว่า ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้ที่เป็นโรคนี้เข้ารักษาในสถานบริการของรัฐเพิ่มมากขึ้นทุกปีในทุกภูมิภาครวมถึง โดยพบว่ามีอัตราผู้ที่เป็นโรคนี้เข้ารักษาในโรงพยาบาลถึง 1,905 คน ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติกระทรวงเทคโนโลยีและสารสนเทศ, 2548) ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิถีของโรคเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ เช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่น คือ ระยะแรกหรือระยะวิกฤต เป็นระยะเกิดอาการและต่อเนื่องไปถึงระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพจากความพิการที่เกิดขึ้น ระยะเรื้อรังเป็นระยะที่ต้องปรับตนเองให้เข้ากับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ในช่วงนี้อาจมีสภาพคงที่ หรือก้าวหน้าดีขึ้น บางคนอาจมีอาการเลวลง อาจต้องเข้าๆ ออกๆ โรงพยาบาลจากอาการแทรกซ้อนของโรค และระยะที่สามคือสุดท้ายจะเสียชีวิต ซึ่งตลอดช่วงการเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันให้ได้มากที่สุด (Rolland, 1994 อ้างใน เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2548)

ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2550) ศึกษาลักษณะผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยใช้กรณีศึกษาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือบางแห่ง พบว่า สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีทั้งผู้สูงอายุที่แข็งแรงที่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้สูงอายุเรื้อรังที่

สามารถดูแลตนเองได้และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการคนดูแลช่วยเหลือ โดยผู้สูงอายุเหล่านี้ มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ต้องรับประทานยาหลายขนาด เจ็บป่วยด้วยโรคบ่อย มีภาวะเสื่อมตามวัย ได้แก่ ปัญหาการได้ยิน การมองเห็น ข้อเสื่อม หลงลืม มีภาวะวิกฤต/ฉุกเฉิน อุบัติเหตุ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว จากการศึกษาในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น และกรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าลักษณะผู้สูงอายุตามการรับรู้จากคนในชุมชนและผู้สูงอายุแยกเป็น 4 ลักษณะ คือ ผู้สูงอายุที่แข็งแรง ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยไปมาสะดวก ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยไปมาลำบาก และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยนอนอยู่กับบ้าน ผู้สูงอายุที่แข็งแรงเป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเล็กน้อย มีการป่วยบ้างถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากการดูแลสุขภาวะที่ไม่เหมาะสมเมื่อเจ็บป่วยแล้วไม่ได้รับการรักษาเนื่องจากสภาพร่างกาย พยาธิสภาพและระบบการทำงานของร่างกายที่มีความเสื่อมลงตามวัย เช่น ระบบประสาท การเคลื่อนไหวหรือการทรงตัวระบบภูมิคุ้มกัน เป็นต้น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยไปมาสะดวก เป็นผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมตามอายุและมีโรคประจำตัว แต่ยังดูแลตนเองได้ แต่เนื่องจากปัญหาการมองเห็นหรือการได้ยินหรือข้อเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยไปมาลำบาก เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่ทำให้มีความยาก ลำบากในการเคลื่อนไหว เช่น ข้อเสื่อม หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว เช่น อัมพาตหรือแขนขา อ่อนแรง เป็นต้น อีกทั้งมีปัญหาในการมองเห็น การทรงตัว ทำให้มีปัญหาในการช่วยเหลือตนเอง ทำให้การทำกิจกรรมบางอย่างต้องอาศัยลูกหลานช่วยดูแลให้ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยนอนอยู่กับบ้านเป็นผู้สูงอายุที่อายุมาก มีความเสื่อมตามวัยได้รับอุบัติเหตุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมานานและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว เช่น ผู้สูงอายุที่มีอาการอัมพาต แขนขาอ่อนแรง ทำให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายลำบาก มีปัญหาโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิต ไทรอยด์ เป็นต้น มีภาวะแทรกซ้อนยาวนาน เช่น เส้นเลือดในสมองเลือด ตาบอดจากเบาหวานขึ้นตา ทั้งนี้จะเห็นว่าลักษณะการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่ว่าลักษณะใดผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากลูกหลาน แต่ลักษณะความต้องการการดูแลแตกต่างกันไปตามลักษณะปัญหาของผู้สูงอายุ

ส่วนลักษณะผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มี 2 ลักษณะ คือ ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดีและผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้และมีภาวะแทรกซ้อน จากการที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีผู้ดูแลโดยการจัดอาสาสมัครมาคอยดูแล หรือมีการจัดสวัสดิการช่วยเหลือตามความเหมาะสมในแต่ละรายลักษณะผู้ป่วยเรื้อรัง (ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2550)

อัมพร เจริญชัย (2547) ศึกษาเรื่องสถานการณ์การให้บริการของรัฐและเอกชนที่ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าผู้สูงอายุที่มารับบริการจากโรงพยาบาล จากศูนย์บริการผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ ล้วนมีภาวะเจ็บป่วยที่ต้องดูแลและควบคุมอาการอยู่ด้วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน โรคเรื้อรังที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้มีหลากหลายกลุ่มโรคและอาการ ได้แก่ เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันใน

เลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต โรคหัวใจ กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ ข้อเสื่อมและปัญหาเกี่ยวกับสายตาและการได้ยิน เป็นต้น และในสถานสงเคราะห์คนชรา 2 ใน 3 แห่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าลักษณะของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ แห่งที่ 1 มีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อยเกือบร้อยละ 50 อีก แห่งที่ 2 มี มีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อยร่วมกับที่พิการ หลังคดโกงหูตึง ตาบอด เกือบร้อยละ 50 เช่นกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีประชากรผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอนาคต ในพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ในขณะที่ความสามารถในการช่วยเหลือ/พึ่งพากันในครอบครัวจะมีน้อยลง เพราะว่ามีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.3 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 7.9 ในปี พ.ศ. 2549 โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะเพิ่มมากขึ้นกว่าภาคอื่นๆ (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550)

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน และมีการคาดการณ์ว่า จะเป็นปัญหาต่อการจัดการระบบสุขภาพที่ต้องดำเนินการรองรับดูแลผู้ป่วยกลุ่มกลุ่มนี้ เนื่องในระยะท้ายและกลางของวิถีความเจ็บป่วยนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ซึ่งก็พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 1 ถึงร้อยละ 11 ของจำนวนผู้ที่มีอาการสมองเสื่อม

ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุในอนาคตเป็นเรื่องยากซับซ้อนที่กำหนดได้แน่นอน แต่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบว่าผู้สูงอายุแบบไหน ที่ต้องการการดูแลหรือที่ต้องการได้รับการดูแล กับการดูแลแบบไหนในสถานที่แบบใดจึงถือว่าเป็นการดูแลผู้สูงอายุ (ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2550) ดังนั้นการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุจึงมีการศึกษาการดูแลที่ออกมาในหลายมุมมอง อาจเป็นการศึกษากิจกรรมการดูแลสอดคล้องตามระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ว่าอยู่ในภาวะพึ่งพาอย่างใด หรือมีโรคเฉพาะและต้องการการจัดการด้านอาหารเป็นกรณีพิเศษออกไป เช่น การให้อาหารทางสายยาง การควบคุมอาหารเพื่อโรคเบาหวาน ความต้องการอาหารที่มีเกลือต่ำในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังหรือโรคหัวใจล้มเหลว หรือความต้องการวิตามินหรืออาหารเสริม เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล & คณะ, 2545)

การศึกษาความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาปัญหาสุขภาพ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งที่อยู่ที่บ้านและในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้ดูแล ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เป้าหมายการดูแล คือ ให้มีความสุขกาย ไม่เจ็บป่วย ไม่ทรมาน โดยดูแลให้ได้กินดี ให้ได้อยู่ดี ให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ในเรื่องกิจวัตรประจำวันเป็นหลัก ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การป้อนข้าว น้ำ การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว เป็นต้น ดูแลป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ เปลี่ยนเสื้อผ้าการขับถ่าย การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ โดยเน้นทำกายภาพบำบัด ติดตามการรักษาไปที่โรงพยาบาล จัดหาคนมาบริการที่บ้าน ส่งเสริมให้มีความสุขใจและมีกำลังใจต่อสู้ชีวิต โดยการให้กำลังใจ พา

สัมผัสกับสิ่งแวดล้อมภายนอก การสร้างสิ่งยึดเหนี่ยวและพัฒนาจิตใจ ส่งเสริมศักยภาพเพื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยและรับส่งไปทำงาน (เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2548; รติอร พรกรุณา, 2546; อธิษฐาน ชินสุวรรณ, 2549) อย่างไรก็ตาม แม้ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลในกิจกรรมต่างๆ แต่พบว่าผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลับมีสัดส่วนที่ต้องการผู้ดูแลแต่ไม่มีผู้ดูแลสูงที่สุดถึงร้อยละ1.7 (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2550)

โดยสรุปจะเห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย มีลักษณะความต้องการที่คล้ายคลึงกัน คือ มีความต้องการการช่วยเหลือดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ที่อาจแตกต่างกันไปตามระดับหรือปัญหาที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แต่ที่พบคือทั้งการช่วยเหลือตนเองมีความต้องการการดูแลที่เฉพาะตามปัญหาของโรค

2.4.3 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาคกลาง

1) ลักษณะทั่วไปและบริบทของชุมชน

ภาคกลางเป็นดินแดนแห่งอารยธรรมเก่าแก่ สืบเนื่องมาตั้งแต่ยุคก่อนประวัติศาสตร์ มีความอุดมสมบูรณ์ มีทรัพยากรธรรมชาติ โบราณสถาน วัดวาอารามที่งดงาม นอกจากนี้ยังเป็นศูนย์รวมการคมนาคมของประเทศ มีแม่น้ำที่สำคัญ คือ แม่น้ำเจ้าพระยาอันเป็นสายเลือดใหญ่ของการดำรงชีวิตของคนไทยมาตั้งแต่ดึกดำบรรณ์ เขตพื้นที่ภาคกลางมีจำนวนทั้งหมด 25 จังหวัด ไม่รวมกรุงเทพมหานคร คือ บางออกเป็น 21 จังหวัดในภาคกลาง คือ กาญจนบุรี ฉะเชิงเทรา ชัยนาท นครนายก นครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี ประจวบคีรีขันธ์ ปราจีนบุรี พระนครศรีอยุธยา เพชรบุรี ราชบุรี ลพบุรี สมุทรปราการ สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สระแก้ว สระบุรี สิงห์บุรี สุพรรณบุรี อ่างทอง และ 4 จังหวัดในภาคตะวันออก คือ จันทบุรี ชลบุรี ตราด และระยอง รวมทั้งหมด 25 จังหวัด ลักษณะทั่วไปของชุมชน คือ มีทั้งชุมชนเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดที่มีพื้นที่ติดกับกรุงเทพมหานครและชุมชนชนบทในจังหวัดที่ห่างไกลออกไป จากศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวชุมชนชานเมืองในเขตจังหวัดปทุมธานี ของ บันเทิง เพียรค้า (2544) พบว่า การขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมและความเป็นเมือง รวมทั้งการขยายตัวของอำนาจและกลไกภาครัฐในชุมชนและเขตใกล้เคียง ทำให้ชุมชนคลองสี่ (จ.ปทุมธานี) กลายเป็นชุมชนชานเมือง ส่งผลให้ชาวชุมชนมีการปรับตัวต่อกระแสการเปลี่ยนแปลง โดยปรับเปลี่ยนลักษณะการผลิตสู่ความทันสมัย และมีอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมมากขึ้น ทำให้ต้องปรับรูปแบบการอยู่ร่วมกันของครอบครัว เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจากภายนอกดังกล่าว มีส่วนก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวด้วย

2) สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในชุมชน

ภาคกลางเป็นเขตหนึ่งที่อยู่ใกล้กรุงเทพมหานครมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดที่อยู่ในเขตปริมณฑลของกรุงเทพมหานคร เช่น จังหวัด นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการและนครปฐม จากข้อมูลกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ในปี พ.ศ.2550 พบว่าจังหวัดที่มีสัดส่วนของประชากรสูงอายุมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่จังหวัดในภาคกลาง คือ จังหวัด สิงห์บุรี

สมุทรสงครามและชัยนาท มีผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 15-16 (กรมการปกครอง, 2551:12-13) ซึ่งสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ ในปี พ.ศ.2550 ที่พบเพียงร้อยละ 10.7 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551: 3) จากการศึกษาวิจัยเรื่อง “การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทย ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2552) พบว่า ความชุกการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน (การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้าและการอาบน้ำ) เพิ่มขึ้นชัดเจนในทุกกลุ่มอายุทั้งผู้สูงอายุชายไทยและผู้สูงอายุหญิงไทย และความชุกของการพึ่งพาของผู้สูงอายุพบอยู่ในระดับปานกลางในเขตภาคกลาง อาจเป็นไปได้ว่าชุกของการพึ่งพาของผู้สูงอายุที่ความต้องการบริการการดูแลในระดับที่สูงขึ้นที่ญาติไม่สามารถให้การดูแลได้ตามลำพัง จะนำไปสู่ความต้องการสถานบริการระยะยาวในอนาคต

2.4.4 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเขตกรุงเทพมหานคร

1) ลักษณะทั่วไปและบริบทของชุมชน

กรุงเทพมหานคร เป็นเมืองหลวงและเมืองที่มีประชากรมากที่สุดในประเทศไทย จำนวนประชากร ณ เดือน มิถุนายน 2551 จำนวน 5,702,488 คน (สำนักงานปกครองและทะเบียน สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร, 2551) มีพื้นที่ทั้งหมด 1,568.737 ตารางกิโลเมตร ได้จัดแบ่งเขตออกเป็น 50 สำนักงานเขต และสำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร ได้ทำการจำแนกกลุ่มพื้นที่เขตไว้เป็น 3 บริเวณหลัก ดังนี้

1.1) เขตเมืองชั้นใน (inner city) ประกอบด้วยศูนย์กลางเมืองเดิมและเขตต่างๆ รวม 22 เขต เป็นพื้นที่ที่มีการตั้งถิ่นฐานชุมชนในระยะแรกและพื้นที่อนุรักษ์ทางประวัติศาสตร์ สถานที่ราชการ สถานศึกษา ย่านธุรกิจการค้าหนาแน่น จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎรมีแนวโน้มลดลง แต่ความหนาแน่นประชากรในเขตต่างๆ ส่วนใหญ่เกินกว่า 10,000 คน ต่อตารางกิโลเมตร

1.2) เขตชั้นกลางหรือเขตต่อเมือง (urban fringe) เป็นเขตที่มีการขยายตัวของประชากร กิจกรรมทางการค้าและที่อยู่อาศัยอย่างต่อเนื่อง ตั้งอยู่ในรัศมีระหว่าง 10-20 กิโลเมตรจากศูนย์กลางเมือง ซึ่งในปัจจุบันเป็นบริเวณที่มีการพัฒนาเมืองอย่างกระจัดกระจาย (urban sprawl) ประกอบด้วย พื้นที่ทางฝั่งตะวันออก 14 เขต และทางฝั่งตะวันตก 8 เขต

1.3) เขตชั้นนอกหรือเขตชานเมือง (suburb) เป็นพื้นที่เขตชั้นนอกของกรุงเทพมหานครซึ่งยังมีพื้นที่ว่างและพื้นที่เกษตรกรรมอยู่เป็นส่วนใหญ่ และมีสัดส่วนสูงกว่าพื้นที่พัฒนาแบบเมืองโดยมีลักษณะผสมระหว่างเมืองและชนบท เป็นเขตที่อยู่ห่างจากศูนย์กลางเมืองเกินกว่า 20 กิโลเมตรทางฝั่งตะวันออก ประกอบด้วย เขตมีนบุรี คลองสามวา หนองจอก ลาดกระบัง และทางฝั่งตะวันตก ได้แก่ เขตบางบอน และเขตบางขุนเทียน

กรุงเทพมหานครมีลักษณะเป็นเขตการปกครองพิเศษ ตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2528 กำหนดให้กรุงเทพมหานครเป็นทบวงการเมือง มีฐานะเป็นราชการบริหารส่วนท้องถิ่นนครหลวง มีผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร และรองผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร มาจากการเลือกตั้ง และเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารงาน อยู่ในตำแหน่งตาม

วาระคราวละ 4 ปี นับแต่วันเลือกตั้ง และมีการแต่งตั้งปลัดกรุงเทพมหานครร่วมบริหารงาน การดำเนินงานมีสภากรุงเทพมหานครที่ได้รับเลือกตั้งโดยตรงทำงานร่วมด้วย

2) สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในชุมชน

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง “การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประชากรไทย ของ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2552) พบว่า เมื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2545 กับปี พ.ศ. 2550 พบว่า ความชุกการพึ่งพาในการรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า และการอาบน้ำเพิ่มขึ้นชัดเจนในทุกกลุ่มอายุ ความชุกการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน (การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า และการอาบน้ำ) เพิ่มขึ้นชัดเจนในทุกกลุ่มอายุทั้งผู้สูงอายุชายไทยและผู้สูงอายุหญิงไทย ความชุกของการพึ่งพาของผู้สูงอายุไทยในแต่ละภาคมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยพบสูงที่สุดในเขตกรุงเทพมหานคร พบปานกลางในภาคกลางและภาคใต้ และต่ำสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าอัตราลดหลั่นกันไปตามความเจริญทางเศรษฐกิจ ซึ่งผลจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในเขตกรุงเทพมหานครมีจำนวนสูงสุดในประเทศและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น

2.4.5 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาคใต้

1) ลักษณะทั่วไปและบริบทของชุมชน

ภาคใต้ประกอบด้วย 14 จังหวัด ประกอบด้วย 14 จังหวัด คือ ชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี พังงา กระบี่ นครศรีธรรมราช พัทลุง ตรัง ภูเก็ต สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส จากการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม การประกอบอาชีพที่เปลี่ยนแปลงไปบ้าง มีการประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น แต่ทว่าการประกอบอาชีพส่วนใหญ่ของประชากรในภาคใต้ยังคงผูกพันกับการประกอบอาชีพภาคเกษตรกรรม การอพยพย้ายถิ่นของประชากรในภาคใต้มีค่อนข้างน้อย ทำให้การดูแลกันเองในครอบครัวยังเป็นรูปแบบที่พบได้มาก แต่อาจเปลี่ยนรูปแบบไปบ้าง เช่น การดูแลกันในครอบครัวแต่เดิมเป็นการดูแลโดยบุตรหลานของผู้สูงอายุเป็นหลัก แต่ปัจจุบันพบว่า มีการว่าจ้างผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมไปดูแลที่บ้านมากขึ้น

2) สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในชุมชน

ด้วยแนวโน้มประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นของไทย ทำให้สังคมให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูผู้สูงอายุมากขึ้น จากการคาดประมาณประชากรสูงอายุของไทยในปี 2553 จำแนกตามรายภาค พบว่า ภาคใต้มีประชากรสูงอายุน้อยสุดร้อยละ 9.97 (กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538) ประกอบการลักษณะการดูแลผู้สูงอายุยังคงรูปแบบการดูแลในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามยังมีผู้สูงอายุบางกลุ่มที่ขาดผู้ดูแล ไร้ที่พึ่ง ทำให้ต้องอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา การดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาลในปัจจุบัน พบว่า เป็นการให้บริการที่เป็นการบริการผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกพิเศษ เช่น การให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง

เสื่อมในคลินิกสมองเสื่อมโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลสวนสราญรมย์และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลา แต่ไม่มีการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่จัดไว้เป็นหอผู้ป่วยสูงอายุที่มีรูปแบบเฉพาะ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจะพักอยู่รวมกับผู้ป่วยทั่วไป จากการสอบถามการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเข้าพักรักษาตัวอยู่ในสถานพยาบาล พบว่าผู้สูงอายุภาคใต้มีการเข้าพักในสถานพยาบาลสูงสุดเป็นอันดับ 2 รองจากภาคเหนือ คิดเป็น ร้อยละ 13.2 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามเมื่อมีอายุมากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549)

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บุญยืน สุภาพ (2522) ศึกษาสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเข้ารับการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์ของรัฐบาลและเอกชน ความต้องการของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ของรัฐบาลและเอกชน โลกทัศน์ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ของรัฐบาลและเอกชน ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุชายของสถานสงเคราะห์รัฐบาลจำนวน 100 คน และสถานสงเคราะห์เอกชน จำนวน 100 คน พบว่า สาเหตุให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ ความพอใจต่อบริการสงเคราะห์และความต้องการของผู้สูงอายุไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสถานสงเคราะห์ของรัฐบาลและเอกชน ปัญหาที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐบาลและเอกชนมีปัญหาอย่างเดียวกัน คือ ปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือการขาดทุนทรัพย์ในการเลี้ยงชีพ ส่วนความพอใจของผู้สูงอายุต่อบริการการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์ของรัฐบาลและเอกชนต่างมีความพอใจใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ทั้งสองแห่งยังมีความต้องการตรงกัน คือ มีความต้องการทางกายเป็นประการแรกและเป็นความต้องการที่สำคัญที่สุดของความต้องการทั้งหมด โลกทัศน์ของผู้สูงอายุในปัจจัยที่เกี่ยวกับอาชีพเดิมนั้น ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ทั้ง 2 แห่ง มีโลกทัศน์เหมือนกัน แต่ในปัจจัยที่เกี่ยวกับอายุและระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์พบว่า คนชราทั้งสองแห่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กมลิน สาตรา (2531) ศึกษาระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบความซึมเศร้าระหว่างผู้สูงอายุที่มี เพศ ช่วงอายุ และสถานภาพสมรสต่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง จากสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 137 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุ ร้อยละ 45.99 มีความซึมเศร้าเล็กน้อย โดยผู้สูงอายุเพศชายส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.92 ไม่มีความซึมเศร้า และผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.06 มีความซึมเศร้าเล็กน้อย 2) ผู้สูงอายุมีระดับความซึมเศร้าสูงกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง มีความซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4) ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกัน มีความซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และ 5) ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิริวรรณ สินไชย (2531) ศึกษาระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ และศึกษาปัจจัยทำนายระดับความพึงพอใจในชีวิต พบว่า ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจ

ในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กรมประชาสงเคราะห์ อยู่ในระดับปานกลาง เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ การใช้เวลาว่าง การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ การรับรู้ความสำเร็จของงานในอดีตและการรับรู้สภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรที่มีความสำคัญ ในการร่วมกันพยากรณ์ระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุตามลำดับคือ การรับรู้สภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสำเร็จของงานในอดีต การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุและการใช้เวลาว่าง และตัวแปรกลุ่มนี้สามารถพยากรณ์ระดับความพึงพอใจในชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กมลิน สาตรา (2531) ศึกษาระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบความซึมเศร้าระหว่างผู้สูงอายุที่มี เพศ ช่วงอายุ และสถานภาพสมรสต่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง จากสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 137 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุ ร้อยละ 45.99 มีความซึมเศร้าเล็กน้อย โดยผู้สูงอายุเพศชายส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.92 ไม่มีความซึมเศร้า และผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.06 มีความซึมเศร้าเล็กน้อย 2. ผู้สูงอายุมีระดับความซึมเศร้าสูงกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3. ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง มีความซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4. ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกัน มีความซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 5. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อัมพร ศิริลัย (2532) ศึกษาประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค จำนวน 102 คน พบว่า ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองน้อยกวาคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความซึมเศร้าของผู้สูงอายุน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อบริการของสถานสงเคราะห์ในกลุ่มทดลอง สูงกว่าของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อบริการของสถานสงเคราะห์ สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพทางกาย สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรวรรณ ลี่ทองอิน (2535) ศึกษาผลการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้า 32 คน ในบ้านพักคนชรานักบุญโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผลการบำบัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุที่ได้รับการบำบัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการบำบัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศ อายุและระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

แสงรุ้ง ผ่องใส (2535) ศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ตลอดจนศึกษาเปรียบเทียบการแสดงพฤติกรรม และการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมจริยธรรมทางสังคม

ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และสถานสงเคราะห์คนชรา ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1093 คน พบว่า 1) ภาพรวมของการแสดงพฤติกรรมจริยธรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และสถานสงเคราะห์คนชรา อยู่ในระดับกลางทุกด้าน 2) ภาพรวมของการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุและสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นไปในทางที่ดีทุกด้าน และ 3) การแสดงพฤติกรรมจริยธรรมและการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมจริยธรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสภาพการเป็นสมาชิก เพื่อทดสอบความแตกต่างของการแสดงพฤติกรรมจริยธรรมและความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมจริยธรรมทางสังคมของผู้สูงอายุรวมทุกด้านในชมรมผู้สูงอายุ และสถานสงเคราะห์คนชรามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีการแสดงพฤติกรรมจริยธรรมและความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมจริยธรรมทางสังคมดีกว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความซื่อสัตย์ ด้านเมตตากรุณา มีการแสดงพฤติกรรมจริยธรรมทางสังคม ไม่แตกต่างกัน สำหรับด้านความเสมอภาค-ยุติธรรม ด้านการเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม มีการแสดงพฤติกรรมจริยธรรมทางสังคม แตกต่างกันและด้านอื่นๆ มีการแสดงพฤติกรรมจริยธรรมทางสังคมไม่แตกต่างกัน แต่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมจริยธรรมทางสังคมแตกต่างกัน

ศรีวรรณา ตันศิริ (2535) ศึกษาระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว แรงสนับสนุนทางสังคม และศึกษาถึงผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุ อายุระหว่าง 60-74 ปี ประเภทสามัญทั้งชายและหญิงจำนวน 71 คน เพื่อหาระดับความซึมเศร้า หลังจากนั้นได้คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้า ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน มาเข้ากิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เป็นเวลา 3 วัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าร้อยละ 77.5 ส่วนใหญ่มีความซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางร้อยละ 47.2 และ 45.5 ตามลำดับ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความซึมเศร้ามากว่าเพศชาย ผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มอายุมีความซึมเศร้าใกล้เคียงกัน ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ หม้าย หย่า แยก มีความซึมเศร้ามากกว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรส โสด และคู่ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว และผู้สูงอายุที่ไม่มีแรงสนับสนุนทางสังคม มีความซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการทดลองใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ผลดังนี้ ก่อนการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ผู้สูงอายุมีระดับความซึมเศร้าน้อย หลังการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ไปแล้ววัดความซึมเศร้าทันที พบว่าผู้สูงอายุไม่มีระดับความซึมเศร้า เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบความซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ทันที ผู้สูงอายุไม่มีระดับความซึมเศร้า และเมื่อจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุไปแล้ว 30 วัน ผู้สูงอายุไม่มีระดับความซึมเศร้าเหมือนกัน นอกจากทางด้านอารมณ์ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ไปแล้ว 30 วัน ผู้สูงอายุไม่มีระดับความซึมเศร้า ซึ่งก่อนการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์นั้นผู้สูงอายุยังมีระดับความซึมเศร้าน้อย เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วชิราภรณ์ สุมนวงศ์ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 136 คน ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอยู่ในระดับต่ำ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอยู่ในระดับปานกลางและค่อนข้างสูงเล็กน้อย ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางในทางลบกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ปัญหาที่พบบ่อยของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการอยู่ร่วมกัน เหงาและว้าเหว่

อุทิศ บุญช่วย (2536) ศึกษา ลักษณะผู้เข้ารับการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ สาเหตุการเข้ารับการสงเคราะห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเข้ารับการสงเคราะห์ แนวโน้มของการเข้ารับการสงเคราะห์และสภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา การศึกษาลักษณะของผู้เข้ารับการสงเคราะห์ พบว่า ในช่วงผู้สูงอายุวัยต้น (65-74 ปี) ผู้สูงอายุชายเข้ารับการสงเคราะห์มากกว่าผู้สูงอายุหญิง แต่ในช่วงผู้สูงอายุวัยปลาย (75 ปีขึ้นไป) ผู้สูงอายุหญิงเข้ารับการสงเคราะห์มากกว่าผู้สูงอายุชาย ส่วนใหญ่ของผู้เข้ารับการสงเคราะห์มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย ในช่วงก่อนเข้ารับการสงเคราะห์ไม่ได้ทำงานเชิงเศรษฐกิจ และมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับบุคคลในครอบครัว สาเหตุที่ทำให้เข้ารับการสงเคราะห์มากที่สุดได้แก่ การไม่มีผู้อุปการะ ไม่มีที่อยู่อาศัย และไม่มีงานทำ ไม่มีอาชีพ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของการเข้ารับการสงเคราะห์พบว่า จำนวนบุตรมีชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการสงเคราะห์เนื่องจากสาเหตุไร้ผู้อุปการะ สัมพันธภาพภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการสงเคราะห์ เนื่องจากสาเหตุไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข และอายุมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการสงเคราะห์เนื่องจากสาเหตุการหลงลืม ชราภาพมาก สัดส่วนของรัฐสามารถรับผู้สูงอายุเข้าอยู่ได้น้อยมาก คือมีเพียง 73 คน ต่อ 100,000 คน เท่านั้น การคาดประมาณผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ภายในครัวเรือนเพียงคนเดียว ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องประสบปัญหาขาดผู้อุปการะและผู้ดูแลพบว่า ในอนาคตจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นแสดงให้เห็นว่า แนวโน้มของผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นจะได้รับการสงเคราะห์จากรัฐจะต้องเพิ่มขึ้นด้วย ในส่วนของการศึกษาสภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคพบว่า สูงอายุมีความพึงพอใจในการใช้ชีวิตอยู่ในสถานสงเคราะห์ และมีความตั้งใจที่จะอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราต่อไป

กนกวรรณ คุ้มวงศ์ (2536) ศึกษาปัจจัยที่มีความสำคัญกับทัศนคติพี่เลี้ยงต่อการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา สังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย กลุ่มตัวอย่างคือพี่เลี้ยงทุกคนที่ปฏิบัติงานในหน้าที่พี่เลี้ยงในสถานสงเคราะห์คนชราสังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย ทั่วประเทศ 12 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 97 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ภาระในการเลี้ยงดูคนในครอบครัวของพี่เลี้ยง การฝึกอบรม และความผูกพันต่อองค์กร เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยพี่เลี้ยงเพศหญิงมีทัศคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าพี่เลี้ยงเพศชาย พี่เลี้ยงที่อายุมากมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าพี่เลี้ยงอายุน้อย พี่เลี้ยงที่มีครอบครัวแล้วมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าพี่เลี้ยงที่

โสด พี่เลี้ยงที่มีภาระในการดูแลครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าพี่เลี้ยงที่ไม่มีภาระในการเลี้ยงดูคนในครอบครัว พี่เลี้ยงที่เคยเข้ารับการอบรมมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าพี่เลี้ยงที่ไม่เคยเข้ารับการอบรม พี่เลี้ยงที่มีความผูกพันต่อองค์กรสูงมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าพี่เลี้ยงที่มีความผูกพันกับองค์กรต่ำ

ชาญทาง ไล้เลิศ (2536) ศึกษาเพื่อพัฒนาแบบทดสอบสำหรับการค้นหาผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะสมองเสื่อม วิธีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นการสร้างแบบทดสอบ ซึ่งคัดเลือกข้อคำถามจากแบบทดสอบที่นิยมใช้กันทั่วไป ในการประเมินด้านความรู้ความเข้าใจจำนวน 34 ข้อ นำมาดัดแปลงให้เหมาะสมและทดสอบกับผู้สูงอายุ จำนวน 150 คน แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่ไม่มีผลกระทบจากระดับการศึกษาได้ 14 ข้อ แต่มีข้อคำถาม 1 ข้อ ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการออกเสียง จึงตัดออกไปเหลือเพียง 13 ข้อ โดยครอบคลุมในด้านความจำ การรับรู้ ความสนใจตั้งใจ ภาษา ความคิดแบบนามธรรม การตัดสินใจและความรู้ทั่วไป แล้วนำไปทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อถือ ในกลุ่มผู้สูงอายุปกติ 195 คน และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 17 คน ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า แบบทดสอบที่พัฒนาขึ้น มีความเชื่อถือได้ที่ระดับ 0.65 (kappa coefficient) และความเที่ยงตรงโดยพบว่าจุดตัดที่คะแนนกับ 14 มีค่าความไวร้อยเปอร์เซ็นต์ ค่าความจำเพาะร้อยละ 89.4 และอัตราการทำนายโรคถ้าผลการทดสอบเป็นบวกร้อยละ 49.5

ประนอม โอทกานนท์และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2537) ศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุชาย 165 คน หญิง 149 คน และในสถานสงเคราะห์เป็นชาย 120 คน หญิง 140 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 36.92 มีปัญหาเรื่องเชาว์ปัญญา ร้อยละ 71.15 มีปัญหาเรื่องซึมเศร้า ร้อยละ 19.23 มีปัญหาเรื่องการช่วยเหลือตนเอง และพบผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเป็นอัมพาต หรือหลงลืมขั้นรุนแรงร้อยละ 19.09 ผู้สูงอายุมีความต้องการการพยาบาลในเรื่องสุขวิทยาของเล็บ ผิวหนัง และผม พบถึงร้อยละ 42.30, 30.38 และ 27.31 ตามลำดับ ความต้องการการพยาบาลที่เกิดจากความเสื่อมและความเจ็บป่วยของร่างกาย 3 อันดับแรกได้แก่ การพยาบาลในเรื่องกระดูกและข้อพบร้อยละ 77.69 เหงือกและฟัน พบจำนวนเท่ากันกับการขับถ่ายปัสสาวะคือ ร้อยละ 75.76 การทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุจำแนกตามภาคและตามสังกัด พบว่า ทุกกิจกรรมการพยาบาลในทุกเรื่องคะแนนเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานในสถานสงเคราะห์ ได้แก่ บุคลากรพยาบาลและบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนด้านการดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนไม่เพียงพอ มีความจำกัดในเรื่องอุปกรณ์และเครื่องมือจำเป็น

จันทิมา เย็นสุขใจ (2537) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่ออาการสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ประเภทสามัญ จำนวน 112 คน เป็นกลุ่มทดลอง 56 คน กลุ่มควบคุม 56 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมสุขศึกษาจากผู้วิจัยเดือนละ 2 ครั้ง 3 เดือน และจากชมรมผู้สูงอายุ 3

โรงพยาบาลตำรวจเดือนละ 1 ครั้ง 3 เดือน พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผู้สูงอายุมีอาการสมองเสื่อม และความเครียดลดน้อยลง และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า การศึกษาและอายุมีความสัมพันธ์กับอาการสมองเสื่อม ส่วนเพศนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับอาการสมองเสื่อมที่ระดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จารุพรรณ ทรัพย์ปรุง (2539) ศึกษาผลของการสอนจิตรกรรมที่มีต่อการรับรู้ทางศิลปศึกษาของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนจิตรกรรมของผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนจิตรกรรมตามแผนการสอนอยู่ในระดับดีมากในทุกๆด้าน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสอนจิตรกรรมมีผลต่อการรับรู้ทางศิลปศึกษาของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนจิตรกรรมของผู้สูงอายุที่ได้รับสอนจิตรกรรมตามแผนการสอนสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการสอนจิตรกรรมตามแผนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สังเกตการณ์มีวามคิดเห็นเกี่ยวกับผลของการสอนจิตรกรรมว่ามีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุมากที่สุด และได้เสนอแนะเพิ่มเติมว่า ควรจัดแสดงผลงานจิตรกรรม และควรมีการอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการเรียนการสอนศิลปศึกษาอย่างต่อเนื่องในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค

วันเพ็ญ วงศ์จันทรา (2539) ศึกษาแบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 110 คน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามแบบแผนสุขภาพเกือบทุกแบบแผน เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับและตรวจร่างกายเป็นประจำ เมื่อเจ็บป่วยจะแจ้งให้พยาบาลประจำสถานสงเคราะห์คนชราทราบทุกครั้งร้อยละ 98.18 ส่วนใหญ่ไม่มีความเครียดร้อยละ 73.64 มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาโดยการสวดมนต์ไหว้พระและฟังธรรมะเป็นประจำร้อยละ 95.45 ด้านการพัฒนาของผู้สูงอายุพบว่ามีความจำในอดีตเป็นปกติร้อยละ 82.73 และหลงลืมบ่อยในเรื่องปัจจุบันร้อยละ 66.36 และมีความรู้สึกภูมิใจในตนเองร้อยละ 93.64 ส่วนการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม พบว่า ผู้สูงอายุมีการสูบบุหรี่ อมเมี่ยง เคี้ยวหมาก ดื่มกาแฟ ร้อยละ 67.28 และดื่มน้ำน้อยกว่า 6 แก้วต่อวัน ร้อยละ 81.82 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ และแบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

เนตรนภา จัตุรงค์แสง (2540) ศึกษาเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์และความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ภายในและภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา โดยทำการศึกษาจากผู้สูงอายุที่อาศัยภายในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค จำนวน 142 คน และผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุบ้านทิพย์สุคนธ์ จำนวน 100 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยภายในสถานสงเคราะห์มีอัตมโนทัศน์โดยรวมต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ภายนอกสถานสงเคราะห์ และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีเพียงด้านศีลธรรมจรรยาเท่านั้นที่ไม่แตกต่างกัน สำหรับในด้านความซึมเศร้าก็พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ภายในสถานสงเคราะห์มีความซึมเศร้าโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ภายนอกสถานสงเคราะห์โดยเฉพาะในด้านความคิดและการรับรู้และด้านพฤติกรรม และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอัต

มโนทัศน์กับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ก็พบว่ามีความสัมพันธ์กันในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่ว่าจะอยู่ภายในหรือภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา

นิติกุล ชัยรัตน์ (2542) ศึกษาผลของกายบริหารแบบไทยท่าฤาษีดัดตนต่อสมรรถภาพทางกาย และความพึงพอใจในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุหญิงที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 จำนวน 60 คน พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพทางกาย ความคาดหวังความสามารถในการออกกำลังกาย และความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกายในผลดีของการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสมรรถภาพทางกายด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและมือ ความยืดหยุ่นของข้อเข่า ข้อไหล่ ข้อกระดูกสันหลัง ความจุปอด ความคาดหวังความสามารถตนเองในการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสมรรถภาพทางกายด้านความยืดหยุ่นของข้อศอก การทรงตัว ความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกายทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน และภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จีรนาฏ ยิ่งศักดิ์มงคล (2544) ศึกษาผลของการสอนโดยใช้กิจกรรมนีโอฮิวแมนนิส (Neo-Humanist's) ต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุหญิงในสถานสงเคราะห์ ใช้การวิจัยแบบ pre-experimental design แบบกลุ่มเดียววัด 3 ครั้ง โดยทำการวัดก่อนการทดลอง 2 ครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 1 ครั้ง หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนโดยใช้กิจกรรมตามแนวคิดนีโอฮิวแมนนิส เป็นเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุหญิงในสถานสงเคราะห์คนชราสยามราชกุมารี (หลวงพ่อเปิ่นอุปถัมภ์) อ.นครชัยศรี จ. นครปฐม รวมทั้งสิ้น 22 ราย เข้าร่วมกิจกรรมการสอนตามแนวคิดนีโอฮิวแมนนิส ได้แก่ การฝึกโยคะอาสนะ การผ่อนคลาย การฝึกสมาธิ และการบรรยายความรู้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกหลังการเข้าร่วมกิจกรรมและแผนการสอนโดยใช้กิจกรรมตามแนวคิดนีโอฮิวแมนนิส ผลการวิจัยพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุจากการวัด 2 ครั้งก่อนทดลอง ห่างกัน 4 สัปดาห์ มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุหลังการหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อังคณา ตัณฑ์เอกคุณ (2545) ศึกษาคุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (focus group discussion)ในผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราประเภทสามัญจำนวน 7 แห่ง รวม 58 คน ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรามี 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) อาหาร 2) การดูแล 3) สิ่งแวดล้อม และ 4) บุคลากร ผลจากการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบถึงคุณภาพการดูแลความคาดหวังของผู้สูงอายุที่ต้องรับการดูแลจากสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนจัดบริการ และพัฒนาการดูแลให้มีคุณภาพตาม

ความคาดหวังของผู้สูงอายุ และในการวิจัยทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อไป

อัมภัสชา พานิชชอบ (2546) ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 398 คน เป็นผู้สูงอายุจากบ้านบางแคจำนวน 203 คน และเป็นผู้สูงอายุจากสถานที่พักเอกชน 195 คน ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศชาย อายุต่ำกว่า 70 ปี การศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป ประกอบอาชีพข้าราชการ ก่อนเข้าพักดำรงชีวิตอยู่กับคู่สมรส พักอาศัยในบ้านนักตนเอง เข้ากันได้ดีกับสมาชิกในครอบครัว ก่อนเข้าพักคู่สมรสดูแลอย่างใกล้ชิด ปัจจุบันไม่ได้ใช้สารเสพติด สุขภาพแข็งแรงและตัดสินใจเข้าพักเอง พบว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ส่วนสถานภาพสมรส และเหตุผลในการพักนั้น พบว่า ลักษณะที่แตกต่างกันไม่ทำให้คุณภาพชีวิตต่างกัน จากการศึกษาเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม พบว่าคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และคุณภาพชีวิตด้านรวมของผู้สูงอายุที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนดีกว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ส่วนด้านกิจกรรม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าความพึงพอใจในด้านกิจกรรม และความพึงพอใจด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิต ส่วนความพึงพอใจในลักษณะการบริการนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิต

จารุวรรณ จินดานิล (2547) ศึกษาสภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในอาคารสูงอาคารสว่างคนิเวศ โดยศึกษากิจกรรม การใช้พื้นที่ สภาพที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน ปัญหาในการอยู่อาศัยและการปรับปรุงที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุในอาคาร โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ สังเกต จดบันทึกและถ่ายภาพ จากการศึกษาด้านกิจกรรมและการใช้พื้นที่ พบว่าผู้สูงอายุมีกิจกรรมและการใช้พื้นที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มอยู่อาศัยประจำ มีการใช้พื้นที่สำหรับทำกิจกรรมมากที่สุดภายในห้องพักอาศัย โดยเฉลี่ย 15 ชั่วโมง/วัน แบ่งเป็นกิจกรรม 3 ประเภท คือ กิจกรรมขั้นพื้นฐาน เช่น การนอน การรับประทานอาหาร การขับถ่ายและทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น กิจกรรมทำงานบ้าน กิจกรรมพักผ่อนใช้เวลาว่าง ที่เหลือเป็นการใช้พื้นที่ส่วนกลางอาคาร ทำกิจกรรมพักผ่อนและใช้เวลาว่าง โดยเฉลี่ย 5 ชั่วโมง/วัน ในบริเวณโถงกิจกรรม โถงหน้าห้องพัก โถงทางเดินและห้องบริการส่วนกลาง ในกิจกรรมภายนอกอาคาร เช่น ไปทำธุระหรือไปซื้อของโดยเฉลี่ยประมาณ 1 ครั้ง/สัปดาห์ สำหรับกลุ่มที่อยู่อาศัยแบบไม่ประจำ มีการใช้พื้นที่ทำกิจกรรมมากที่สุดภายในบ้าน โดยเฉลี่ย 9 ชั่วโมง/วัน เป็นกิจกรรมเช่นเดียวกับกลุ่มอยู่ประจำ แต่พบว่าในกลุ่มนี้ มีกิจกรรมภายนอกบ้านแต่ยังอยู่ในบริเวณบ้าน เป็นกิจกรรมพักผ่อนและใช้เวลาว่าง ประเภททำสวนและเลี้ยงสัตว์ โดยเฉลี่ย 8 ชั่วโมง/วัน และมีกิจกรรมภายนอกที่อยู่อาศัย เป็นกิจกรรมการประกอบอาชีพ ทำธุระและซื้อของ โดยเฉลี่ยทำทุกวันประมาณ 3-7 ชั่วโมง/วัน จากการศึกษาสภาพที่อยู่อาศัย ชั้นล่างเป็นพื้นที่ส่วนกลางทั้งหมด มีคอร์ทกลางโล่งตั้งแต่ชั้น 1-8 ลักษณะโถงทางเดินในอาคารเป็นทางเดินที่มีห้องอยู่ด้าน

เดียว (single loaded corridor) สภาพปัญหาทางกายภาพในพื้นที่ส่วนกลางของอาคาร ได้แก่ ลักษณะบันไดเวียนไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และปัญหาอุปกรณ์ประกอบอาคารไมเหมาะสม คือ ขาดราวบันได้ ราวจับมีลักษณะไม่เหมาะสม ติดตั้งในตำแหน่งที่ไม่ถูกระยะ รวมทั้งแสงสว่างในพื้นที่ส่วนกลางไม่เพียงพอ และการที่ผู้สูงอายุไม่ได้ไปใช้พื้นที่ส่วนกลางในส่วนของห้องพักผู้สูงอายุตั้งแต่ชั้นที่ 2-8 ห้องมีขนาด 33 ตารางเมตร แต่ละห้องประกอบด้วย ส่วนเอนกประสงค์ ส่วนเตรียมอาหาร ห้องน้ำและระเบียง สภาพปัญหาภายในห้องพัก ได้แก่ ปัญหาการระบายอากาศในห้องน้ำ อุปกรณ์ให้ห้องน้ำไม่เหมาะสมปัญหาความปลอดภัยและขนาดพื้นที่ไม่เหมาะสมกับกิจกรรมของผู้สูงอายุ ข้อเสนอแนะในการพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุมีข้อสรุปคือ ควรพิจารณา 3 ด้าน คือ ในด้านทำเลที่ตั้ง ควรอยู่ใกล้สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ มีความสะดวกในการเดินทางและบริการขนส่ง ในด้านอาคาร รูปแบบอาคารควรรับลมและกันแดด ในส่วนพื้นที่ส่วนกลางของอาคารจัดให้มีการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุอยากใช้พื้นที่ ซึ่งรวมถึงการสัญจรขึ้น-ลง ควรเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ บันได้ต้องมีชานพักทุกครึ่งชั้น ขนาดกว้างไม่ต่ำกว่า 127.4 ซม. ควรมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลลิฟท์และในด้านห้องพักอาศัย จัดพื้นที่ทำกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุกับขนาดพื้นที่ห้องให้มีความสัมพันธ์กัน แต่ละบุคคลมีความต้องการไม่เท่ากัน จึงควรมีหลายขนาดและหลายแบบให้เลือก การระบายอากาศและอุปกรณ์ให้ห้องน้ำ มีราวจับทรงตัวในส่วนเปียกและส่วนแห้ง มีเก้าอี้อาบน้ำและถังเก็บน้ำแบบตักอาบเพื่อให้สอดคล้องกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

พรประเสริฐ เสือสี (2547) ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมนันทนาการตามทฤษฎี Andragogy ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ใช้การวิจัยกึ่งทดลองโดยรูปแบบการทดลองมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 68 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 34 คน ทำการประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มก่อนการทดลอง 1 วัน จากนั้นนำกลุ่มทดลองเข้าโปรแกรมเป็นเวลา 10 วัน วันละ 2 ชั่วโมง โดยโปรแกรมนันทนาการตามทฤษฎี Andragogy ได้แก่ แต่งห้องไหนก่อน ทดสอบความรู้สึกตนเอง รสชาติไหนตรงกับใจ ส่วนประกอบรถยนต์ เทพี ภาพวาดที่อยากบอกในใจข้าพเจ้า หอคอยของฉัน ต่อให้ยาว หลังการทดลอง 1 วัน ทำการประเมินความเห็นคุณค่าในตนเองทั้ง 2 กลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรนันทนาการตามทฤษฎี Andragogy มีคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 กลุ่มทดลอง เข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการตามทฤษฎี Andragogy มีคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเองภายหลังการทดลองสูงกว่า กลุ่มควบคุม (กิจกรรมนันทนาการทั่วไป) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วีรยา ทัตตากร (2547) ศึกษากิจกรรม การใช้สอยพื้นที่ในพื้นที่ภายนอกอาคารของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และปัญหาในการใช้พื้นที่ภายนอกอาคารของผู้สูงอายุ จำนวน 104 คน และทำการสังเกตการใช้งานจริงภายในสถานสงเคราะห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 77.3 ปี ส่วนใหญ่มีสภาพโสด ระดับการศึกษาต่ำกว่า ป.4 โรคและอาการเจ็บป่วยที่เป็นมากที่สุดคือ ปวดข้อหรือกระดูก ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งใช้อุปกรณ์ช่วยในการเดิน

คือ ร้อยละ 27.9 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่บอกว่าปัจจุบันรู้สึกมีความสุขดี และรู้สึกว่าชีวิตดีขึ้น ตั้งแต่มาอยู่ที่สถานสงเคราะห์ อยู่ในสถานสงเคราะห์มา 0-5 ปี ด้านการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีงานอดิเรกส่วนใหญ่ คือ ทำงานฝีมือ การใช้พื้นที่ภายนอกอาคาร ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะออกมาใช้เป็นประจำทุกวันหรือ 2-3 วันต่อครั้ง จากการศึกษาพบว่าความถี่ในการออกมาใช้พื้นที่ภายนอกอาคารมีความสัมพันธ์ปัจจัยดังนี้ ได้แก่ ภูมิลำเนาเดิม ระดับการศึกษา การใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดิน สภาพจิตใจในปัจจุบัน ชั้นที่ผู้สูงอายุพัก งานอดิเรก กิจกรรมของสถานสงเคราะห์ที่ผู้สูงอายุร่วม และความคิดเห็นเรื่องห้องพักของผู้สูงอายุ เวลาที่ออกมาใช้พื้นที่ภายนอกอาคาร คือ ในช่วงเช้าเวลา 6.00-8.00 น. กิจกรรมที่สำคัญในช่วงเวลานี้คือ การรำไทเก็ก รองลงมา คือ ในช่วงเย็น เวลา 16.00-19.00 น. ซึ่งตรงกับผลการสังเกตการณ์ที่พบว่ามีการใช้งานพื้นที่ภายนอกเวลา 7.00-8.00 น. มากที่สุด บริเวณที่ออกมาใช้บ่อยที่สุด คือ บริเวณที่นั่งริมสระน้ำ ส่วนใหญ่ออกไปทำธุระภายนอกสถานสงเคราะห์ 2-3 ครั้งต่ออาทิตย์ ในความคิดเห็นเรื่องห้องพักผู้สูงอายุมีความพึงพอใจเป็นส่วนใหญ่ โดยพบว่ารูปแบบอาคารมีผลต่อความคิดเห็นเรื่องแสงสว่างและการระบายอากาศ และผู้สูงอายุในอาคารที่ตั้งอยู่ติดเขตที่ดินของสถานสงเคราะห์ จะมีปัญหาเสียงรบกวนจากพื้นที่ข้างเคียง ในความคิดเห็นเรื่องพื้นที่ภายนอกอาคารมีความพึงพอใจเป็นส่วนใหญ่

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรม (2549) ได้ทบทวนองค์ความรู้เรื่อง ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุตอนปลายที่มีภาวะเปราะบางและส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง มีความต้องการการดูแลในสถานบริบาลเพิ่มมากขึ้น การดูแลในสถานบริบาลเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการการดูแลระยะยาวและผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลในครอบครัวได้ แต่ยังไม่พบการแบ่งระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในสถานบริบาล และในประเทศไทยยังไม่มีการรับรองมาตรฐานของสถานบริบาล รวมทั้งสวัสดิการด้านการรักษาฟรีในผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมในสถานบริบาลเอกชน

ญาดารัตน์ บาลจ่าย (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่มต่อความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง ที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาสนะเวศม์ จ.พระนครศรีอยุธยา จำนวน 29 คน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความว้าเหว่หลังเข้าร่วมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่มลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยคะแนนความว้าเหว่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่มครั้งที่ 1 และก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมศิลปะแบบกลุ่มครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยคะแนนความว้าเหว่หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่มครั้งที่ 1 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมศิลปะแบบกลุ่มครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ยุวดี แจ่มกังวาน (2549) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการทำสมาธิเบื้องต้นร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ จำนวน 56 คน พบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มที่ทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลง มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มที่ฟังดนตรีบรรเลง มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มที่ทำสมาธิ มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมมีคุณภาพการนอนหลับไม่ต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Yap (2003) ศึกษาลักษณะของผู้ที่พักอาศัยใน Nursing home พบว่า ร้อยละ 41 เป็นหม้าย ร้อยละ 71 เป็นเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 75 ปี และปัญหาสำคัญที่เข้าพักอาศัยเกิดจากภาวะสุขภาพและปัญหาทางสังคม โดยร้อยละ 46 และ 40 เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และ โรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ และร้อยละ 41 มีภาวะพึ่งพาในระดับสูง รวมทั้งร้อยละ 55 มีความต้องการความช่วยเหลือในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การขับถ่าย การเคลื่อนที่ และการรับประทานอาหารตามลำดับ และสาเหตุที่ผู้สูงอายุเข้ามาอยู่ในสถานบริบาลมีสาเหตุมาจาก ร้อยละ 53 มีความต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 49 มีความต้องการทางด้านการแพทย์และพยาบาล ร้อยละ 34 ต้องการที่พักอาศัย ร้อยละ 32 ญาติไม่สามารถดูแลทางด้านร่างกายได้

พันธุ์ทิพย์ วรวาท (2551) การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ในกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 140 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงหม้าย มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ ใช้เงินเก็บสะสม ร้อยละ 48.6 มีจำนวนบุตร 5 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 24.2 อาศัยอยู่กับผู้ดูแลที่เป็นบุตร หลาน และญาติ ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 54.3 สาเหตุที่เข้าพักในสถานบริบาลเนื่องมาจากญาติไม่สามารถให้การดูแลได้/ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะ เพราะมีความต้องการการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาล และต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 46.4 มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ร้อยละ 72.9 มีการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญาปกติ ร้อยละ 67.1 อยู่ในระดับภาวะซึมเศร้าปกติและไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากอยู่ในภาวะนอนติดเตียง และไม่สามารถสื่อสารได้ ส่วนใหญ่มีระดับความต้องการการดูแลในระดับมาก ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกันมีระดับความต้องการการดูแลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ความต้องการอื่นๆ ที่พบคือต้องการได้รับการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น การมีที่พักที่เป็นสัดส่วน การมีบริการซักรีด มีเจ้าหน้าที่พาไปตรวจตามนัด เป็นต้น

2.6 สรุปสถานดูแลผู้สูงอายุระยาว

โดยสรุปสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบ่งออกเป็น 5 ประเภทคือ ซึ่งสถานบริการแต่ละประเภทให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งทางด้านร่างกายแตกต่างกัน โดยเรียงระดับความต้องการการดูแลจากต่ำไปหาสูงสุด คือ บ้านพักคนชรา สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานบริบาล สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลและสถานดูแลระยะสุดท้าย โดยที่ความต้องการการดูแลจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด เพิ่มขึ้นตามระดับการดูแลที่เพิ่มขึ้น ในทางกลับกันความต้องการบุคลากรทางด้านสังคม เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เพิ่มขึ้น

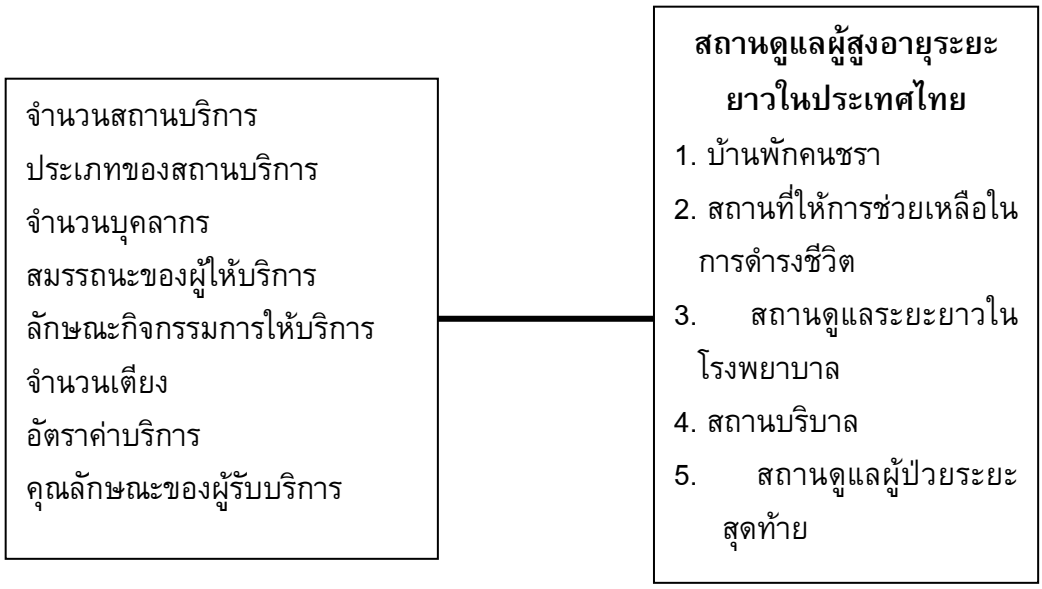
ตามระดับความต้องการการดูแลทางด้านร่างกายที่ลดลง แต่มีความต้องการทางด้านเศรษฐกิจสังคมเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามในผู้ที่มีความต้องการการดูแลในระดับสูงสุด เช่น ในสถานดูแลระยะสุดท้าย พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น จึงปรากฏว่ามีพระภิกษุสงฆ์ หรือนักบวชในศาสนาต่างๆ เข้ามามีบทบาทในการดูแลร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ (ดูตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวประเภทต่างๆ

ประเภท	การดูแล	ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ	ระดับการดูแล
1. บ้านพักคนชรา (residential home)	• ช่วยเหลือ ADL • ดูแล จิต-สังคม • พยาบาลไปเยี่ยมเมื่อต้องการ • บริการที่พัก & อาหาร	• นักสังคมสงเคราะห์ • พี่เลี้ยง	• ผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ • มีฐานะยากจน • ขาดผู้ดูแล • ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้	• ต่ำ
2. สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living)	• บริการที่พัก & อาหาร • ระบบขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน • นักสังคมสงเคราะห์เยี่ยมเมื่อต้องการ	• พยาบาล (บางเวลา) • นักกายภาพบำบัด • นักจิตวิทยา • ผู้ช่วยพยาบาล • ผู้ช่วยดูแล (care assistant)/พี่เลี้ยง	• ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับความพิการ	• บางส่วน
3. สถานบริบาล (nursing home)	• บริการพยาบาล 24 ชม • ช่วยเหลือ ADL, Mobility • ดูแล จิต-สังคม • ดูแลส่วนบุคคล • การฟื้นฟูสภาพ • บริการที่พัก &อาหาร	• แพทย์ (บางเวลา) • พยาบาล • นักกายภาพบำบัด • นักกิจกรรมบำบัด • นักจิตวิทยา • ผู้ช่วยพยาบาล • ผู้ช่วยดูแล	• ผู้สูงอายุเปราะบาง • มีโรคเรื้อรัง • มีภาวะทุพพลภาพด้านร่างกาย • มีภาวะบกพร่องทางการรับรู้	• สูงสุด
4. สถานดูแลระยะยาวใน รพ. (long-term care hospital)	• ดูแลทางด้านการแพทย์ & พยาบาล	• แพทย์ • พยาบาล • นักกายภาพบำบัด • นักจิตวิทยา • นักสังคมสงเคราะห์	• ผู้สูงอายุหลังภาวะวิกฤต/ระยะพักฟื้น • อาการดีขึ้นแต่ยังไม่สามารถกลับบ้านได้	• สูงสุด
5. สถานดูแลระยะสุดท้าย	• ดูแลด้านการแพทย์ & พยาบาล	• แพทย์ • พยาบาล	• ผู้สูงอายุโรคมะเร็ง	• สูงสุด

(hospice care)	• ดูแลด้านจิตวิญญาณ • การดูแลการแพทย์ทางเลือก	• นักจิตวิทยา • พระ, นักบวช • การแพทย์ทางเลือก	• ผู้ป่วยสมองเสื่อม	

2.7 กรอบแนวคิด



แผนภาพที่ 2.2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) สถานบริการผู้สูงอายุระยะยาวประเภทต่าง ๆ ที่ให้บริการแก่ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีอยู่ในประเทศไทย เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานในด้านจำนวนและประเภทของสถานบริการที่มีอยู่ในประเทศไทย หลังจากนั้นทำการแบ่งกลุ่มตามประเภทการบริการ และสุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละประเภท เพื่อศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive research) เกี่ยวกับคุณลักษณะผู้ให้บริการและผู้รับบริการการดูแลระยะยาว

3.1 สถานที่ในการศึกษา

แบ่งออกเป็น 5 ภาคทั่วประเทศไทย คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ และเขตกรุงเทพมหานคร ระยะเวลาในการศึกษา เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2551 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2552 รวมระยะเวลา 8 เดือน

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการดูแลระยะยาว เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานผู้ช่วย นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ และ 2) ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริการผู้สูงอายุระยะยาวประเภทต่าง ๆ ที่มีอยู่ในประเทศไทยที่สามารถสืบค้นได้ทั้งหมด

โดยแต่ละภาคแบ่งสถานบริการดูแลระยะยาวออกเป็น 5 ประเภท คือ บ้านพักคนชรา สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานบริบาล สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังจากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างสถานบริการแต่ละประเภทมา 1 แห่ง รวม 5 แห่งในแต่ละภาครวม 4 ภาค ทั้งหมด 20 แห่งทั่วประเทศ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแห่งละอย่างน้อย 30 คน รวมเป็น 600 คนทั่วประเทศ

แต่เนื่องจากเป็นการสำรวจสถานบริการผู้สูงอายุตั้งแต่ครั้งแรกได้รับความร่วมมือค่อนข้างน้อย จึงได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับจำนวนของสถานบริการรวมทั้งจำนวนผู้พักอาศัยในแต่ละแห่งไม่สมบูรณ์ รวมทั้งแต่ละภาคมีสถานบริการไม่ครบ 5 ประเภทและเนื่องจากกรุงเทพมหานครมีสถานบริการมากที่สุด จึงได้มีการแยกการเก็บข้อมูลออกจากภาคกลาง กลายเป็น 5 ภาค ดังนั้นผู้วิจัยจึงปรับแผนการเก็บข้อมูลจากกลุ่มบุคลากรและผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริการแต่ละแห่งทุกคน หากไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ครบทุกคน ให้รายงานตามจำนวนที่เก็บได้และจะรายงานไว้เป็นข้อจำกัดของการวิจัย เพื่อศึกษาเชิงบรรยายถึงคุณลักษณะเกี่ยวกับสถานบริการ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการการดูแลระยะยาว สรุปสามารถเก็บข้อมูลจากสถานบริการทั้งหมด 21 แห่ง จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ 486 คนทั้งหมด (ดูตาราง 3.2)

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม มีทั้งหมด 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของสถานบริการ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม มีคำถามเกี่ยวกับ ชื่อ ที่อยู่-สถานบริการ ประเภทของสถานบริการ การขึ้นทะเบียนของสถานบริการ ลักษณะการให้บริการ จำนวนเตียง จำนวนบุคลากร และค่าบริการ เป็นต้น

ชุดที่ 2 แบบสอบถามคุณลักษณะผู้รับบริการ ประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ระดับอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สถานที่พักอาศัยก่อนย้ายเข้ามาอยู่ในสถานบริการปัจจุบัน เหตุผลของการย้าย ใครเป็นผู้ตัดสินใจการย้าย ภาวะโภชนาการ การหายใจ ความดันโลหิต การมองเห็น การได้ยิน ภาวะความเจ็บป่วย จำนวนยาที่ผู้สูงอายุได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 แบบประเมินย่อย ดังนี้

2.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ใช้ The Barthel Index ซึ่งนำมาจาก Collin et.al (1998) ซึ่งแปลโดย วิภาวี กิจกำแหง (2548) โดยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เป็นแบบวัดความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย การทำความสะอาดส่วนตัว การอาบน้ำให้ตนเอง การรับประทานอาหาร การใช้ห้องส้วม การขึ้น-ลง บันได การแต่งตัว การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การเดิน การเคลื่อนย้ายระหว่างเก้าอี้กับเตียงนอน ลักษณะคำตอบของข้อคำถามแต่ละข้อ จะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยเกณฑ์การแปลผลคือ คะแนนรวม 0-24 หมายถึง ระดับการพึ่งพาทั้งหมด คะแนนรวม 25-40 หมายถึง ระดับการพึ่งพามาก คะแนนรวม 50-74 หมายถึง ระดับการพึ่งพาปานกลาง คะแนนรวม 75-90 หมายถึง ระดับการพึ่งพาน้อย คะแนนรวม 91-99 หมายถึง ระดับการพึ่งพาน้อยที่สุด

2.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADL) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยศูนย์ผู้สูงอายุฟิลาเดลเฟียโดย Lawton & Brody (1969) และพัฒนามาเป็น Chula ADL Index เพื่อให้มีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทยโดย Jitapunkul, Kamolratanakul & Ebrahim (1994) เป็นการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมที่จำเป็นซึ่งสนับสนุนการอยู่ได้อย่างอิสระ โดยประเมินจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5 กิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย การเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้า การทอน/แลกเงิน และการใช้รถประจำทาง ซึ่งเป็นการวัดการปฏิบัติของผู้สูงอายุที่ทำได้จริง และการอยู่ได้อย่างอิสระดังนั้นหากต้องมีคนคอยดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจ ให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม

2.3 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 (MMSE-T) ที่แปลและพัฒนาขึ้นโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์และผู้สูงอายุ ซึ่งใช้ในการคัดกรองสภาพสมองเกี่ยวกับความจำในผู้สูงอายุ ใช้ได้ทั้งประชากรที่มีการศึกษา และไม่มีการศึกษา โดยมีการแปลผลดังนี้ คะแนนรวมทั้งหมดคือ 30 คะแนน สำหรับผู้ที่เรียนหนังสือ โดยเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินค่าปกติผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษาคือต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 และผู้ที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน จากคะแนน

เต็ม 30 คะแนน ส่วนผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือใช้ตัดสินค่าปกติคือต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน จะมีการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญาปกติ

2.4 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale:TGDS) ซึ่งนำมาจากกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) ซึ่งเป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าของไทย มีทั้งหมด 30 คำถาม สำหรับเกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้ ลักษณะคำตอบของข้อคำถามแต่ละข้อกำหนดให้ตอบ 2 คำตอบคือ ใช่-ไม่ใช่ โดยข้อคำถามมีลักษณะเชิงบวก ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน และข้อคำถามลักษณะเชิงลบ ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ 1 คะแนน การแปลผล คะแนนรวม 0-12หมายถึง ปกติ คะแนนรวม 13-15 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) คะแนนรวม 16-20 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) คะแนนรวม มากกว่า 20 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามคุณลักษณะผู้ให้บริการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม มีคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้และประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการ

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเครื่องมือ (validity) คณะผู้วิจัยนำแบบแบบสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของสถานบริการและแบบสอบถามคุณลักษณะผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ไปขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและสำนวนภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่าน เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาความเหมาะสมของสำนวนภาษา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแล้ว จึงนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกันร้อยละ 80 จากนั้นผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้เป็นเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ

ส่วนแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Barthel Index) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADL) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-T) และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) นั้น เป็นแบบประเมินที่มีความนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย รวมทั้งมีความตรงของเครื่องมือ และความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งนับว่ามีความน่าเชื่อถือมาก จึงมิได้นำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบในครั้งนี้

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งหมดหลังผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขด้านเนื้อหาและภาษาแล้ว ไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อจะได้ทราบถึงข้อบกพร่องของแบบประเมินทั้งหมด ทั้งในด้านการตรงเป้าหมาย ความต่อเนื่อง ความสะดวกในการลงข้อมูล และระยะเวลาที่เหมาะสม ซึ่งจะได้นำผลการทดสอบมาปรับปรุงแบบการประเมินการเก็บข้อมูลจริง

ผลการนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้พบว่า แบบประเมินภาวะสุขภาพ (The Short Form-12: SF-12) ที่ใช้วัดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีคำถามที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจยากในบริบทของไทย และบางคำถามมีความซ้ำซ้อนกับแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยผู้วิจัยจึงตัดออก และนำข้อมูลที่ได้จากการนำเครื่องมือวิจัยอื่นๆ ไปทดลองใช้ มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือ	ค่าความเที่ยง
แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.97
แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADL)	.99
แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย	.98
แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย	.76

3.5 ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1. การวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) สถานบริการผู้สูงอายุระยะยาวประเภทต่าง ๆ ที่ให้บริการแก่ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีอยู่ในประเทศไทย ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีอยู่ในแต่ละภาคทั่วประเทศ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1) สำรวจข้อมูลสถานบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่วนกลาง เช่น กองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หน่วยงานในส่วนภูมิภาคและจังหวัด เช่น สาธารณสุขจังหวัด พาณิชย์จังหวัด แรงงานจังหวัด การสืบค้นข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ การโฆษณาหรือเผยแพร่ข้อมูลทาง Web-site เพื่อให้ได้ข้อมูลในด้านจำนวนและประเภทของสถานบริการที่มีอยู่ สถานที่ติดต่อและข้อมูลเบื้องต้นในด้านกิจกรรมการบริการ พบว่ามีสถานบริการระยะยาวจำนวนทั้งหมด 138 แห่งทั่วประเทศ

2) คณะผู้วิจัยโทรศัพท์ขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการในสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยตามแบบสอบถามชุดที่ 1 ร่วมกับการใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติในการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ อย่างไรก็ตามพบว่าได้รับความร่วมมือน้อยมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ประกอบการหรือองค์กรภาคเอกชน

3) ผู้วิจัยได้ส่งจดหมายขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามในชุดที่ 1 ไปยังสถานบริการระยะยาวจำนวนทั้งหมด 138 แห่ง อีกครั้ง เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอย่างเป็นทางการ พบว่าได้รับแบบสอบถามกลับเพียง 44 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 31.89

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงบรรยาย (descriptive research) สถานบริการในแต่ละภาคโดยนำข้อมูลที่ได้ในระยะที่ 1 ที่มีสถานบริการให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามชุดที่ 1 จำนวน 44 แห่งมาแบ่งกลุ่มออกเป็น 5 กลุ่มตามประเภทการบริการในแต่ละภาค หลังจากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างสถานบริการประเภทละ 1 แห่งแต่ละภาค เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานเพิ่มเติม ในด้านจำนวนเตียง อัตราค่าบริการและการขึ้นทะเบียนสถานบริการทั้งของทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวนบุคลากรและสมรรถนะ

ของผู้ให้บริการ ลักษณะกิจกรรมการบริการ และคุณลักษณะของผู้รับบริการ แต่เนื่องจากมีสถานบริการไม่ครบทั้ง 5 ประเภทจึงไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบตามที่วางแผนไว้ แต่ได้พยายามขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในสถานบริการที่กระจายให้ครอบคลุมทั้งประเภทและสังกัดให้มากที่สุด (ดูตารางที่ 3.1)

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มาซึ่งแนวทางในการเขียนโครงร่างวิจัยและการสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ส่งโครงร่างวิจัย เข้ารับการพิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. จัดทำคู่มือการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์สำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมความพร้อมของคณะวิจัย การอบรมผู้ช่วยวิจัย ในเรื่องวิธีการเก็บรวมรวมข้อมูลและการใช้แบบประเมินต่างๆ เพื่อให้ผู้วิจัยในแต่ละภาคมีแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

4. สำรวจข้อมูลสถานบริการผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีอยู่ในแต่ละภาคทั่วประเทศในเบื้องต้น โดยหัวหน้าทีมวิจัยรับผิดชอบติดต่อประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่วนกลาง เช่น กองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และผู้วิจัยในแต่ละภาครับผิดชอบติดต่อประสานงานหน่วยงานในแต่ละจังหวัดในเขตที่รับผิดชอบ เช่น สาธารณสุขจังหวัด พาณิชย์จังหวัด แรงงานจังหวัด สถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยใช้วิธีโทรศัพท์ การสืบค้นข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ การโฆษณาหรือเผยแพร่ข้อมูลทาง Web-site และการใช้วิธีโทรศัพท์สอบถามโดยตรงจากผู้ให้บริการ

5. เมื่อได้รายชื่อและสถานที่ของสถานบริการแล้ว ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ถึงผู้บริหารของสถานบริการนั้นๆ โดยตรง เพื่อขออนุญาตสอบถามข้อมูลการประกอบการที่เป็นปัจจุบันและใกล้เคียงกับจำนวนที่แท้จริงมากที่สุด หลังจากที่ได้รับความร่วมมือค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการหรือผู้บริหารสถานบริการเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามชุดที่ 1 อีกครั้ง

6. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ที่สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิม-ราชกุมารี (หลวงพ่อเปิ่นอุปถัมภ์) จ.นครปฐม เพื่อหาความเที่ยง

7. หลังจากได้รับแบบสอบถามชุดที่ 1 คืนแล้ว ผู้วิจัยในแต่ละภาคทำการจัดกลุ่มสถานบริการดูแลระยะยาวตามประเภทต่างๆ เช่น สถานดูแลผู้สูงอายุ สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาว สถานบริบาล และการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย หลังจากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างสถานบริการในแต่ละประเภทมาเพียง 1 ตัวอย่างในแต่ละภาค เพื่อทำการศึกษาคุณลักษณะผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ได้สถานบริการที่เป็นตัวอย่างทั้งหมด 21 แห่ง แบ่งเป็นภาคเหนือ 5 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6 แห่ง ภาคกลาง 4 แห่ง กรุงเทพมหานคร 4 แห่ง และภาคใต้ 2 แห่ง (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3.2)

ตารางที่ 3.2 แสดงชื่อสถานบริการที่ศึกษา จำนวน จำแนกตามรายภาค ประเภทและต้นสังกัด

ภาค	ชื่อสถานบริการ	จำนวนตัวอย่าง	ประเภท	ต้นสังกัด
ภาคเหนือ	1. วัยทองนิเวศน์ (เชียงใหม่)	50	บ้านพักคนชรา	อปท.
	2. บ้านเขาบ่อแก้ว (นครสวรรค์)	18	บ้านพักคนชรา	อปท.
	3. รพ.แวนแซนวูร์ด (ลำปาง)	2	สถานดูแลระยะยาวใน รพ.	ภาคเอกชน (ธุรกิจ)
	4. รพ.แม่ทะ (ลำปาง)	8	สถานดูแลระยะยาวใน รพ.	กระทรวงสาธารณสุข
	5. แมคเคน (เชียงใหม่)	20	สถานบริบาล	ภาคเอกชน (ศาสนา)
	รวม	**98**		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1. บ้านบุรีรัมย์	55	บ้านพักคนชรา	กระทรวง พม.
	2. บ้านธรรมปกรณ์วัดม่วง	48	บ้านพักคนชรา	อปท.
	3. บ้านพักคนชราวินเซนต์เดอร์ปอล	25	บ้านพักคนชรา	ภาคเอกชน (ศาสนา)
	4. รพ. ขามสะแกแสง	16	สถานดูแลระยะยาวใน รพ.	ภาคเอกชน (ธุรกิจ)
	5. รพ. โคราชเมมโมเรียล	17	สถานดูแลระยะยาวใน รพ.	ภาคเอกชน (ธุรกิจ)
	6. วัดคำประมง	5	สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	ภาคเอกชน (ศาสนา)
	รวม	**166**		
ภาคกลาง	1. วาสนะเวศม์	51	บ้านพักคนชรา	กระทรวง พม.
	2. ดอนลาน	5	บ้านพักคนชรา	อปท.
	3. โสธรชัยเนิสซิ่งโฮม	23	สถานบริบาล	ภาคเอกชน (ธุรกิจ)
	4. ศูนย์มหาวชิราลงกรณ์	2	สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	กระทรวงสาธารณสุข
	รวม	**81**		
กรุงเทพมหานคร	1. เดอะซีเนีย์	12	สถานช่วยเหลือดำรงชีวิต	ภาคเอกชน (ธุรกิจ)
	2. รพ.เปาโล	12	สถานดูแลระยะยาวใน รพ.	ภาคเอกชน (ธุรกิจ)
	3. บ้านสมปรารถนา	5	สถานบริบาล	ภาคเอกชน (ธุรกิจ)
	4. รพ.สงฆ์	6	สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	กระทรวงสาธารณสุข
	รวม	**35**		
ภาคใต้	1. บ้านศรีตรัง	32	บ้านพักคนชรา	อปท.
	2. มูลนิธิจงฮั่งสงเคราะห์คนชราอนาถา	74	บ้านพักคนชรา	ภาคเอกชน (การกุศล)
	รวม	**106**		
รวมสถานบริการ 21 แห่ง จำนวน		**486 คน**		

8. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการหรือผู้บริหารสถานบริการดูแลระยะยาวที่ได้จากการสุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย และลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 45 นาที – 1 ชั่วโมงต่อคน

9. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานบริการที่ได้จากการสุ่ม ได้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มอย่างง่ายทั้งหมด 486 คน แบ่งเป็นภาคเหนือ 98 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 166 คน ภาคกลาง 81 แห่ง กรุงเทพมหานคร 35 คน และภาคใต้ 106 คน (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3.2) ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงให้ผู้สูงอายุทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามความเป็นจริงที่สุด โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และหากในระหว่างการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย สามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

10. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมด มาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถามทุกชุดภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.7 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการพิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมการวิจัยในคนให้ดำเนินการวิจัยเรื่องนี้ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 3 กันยายน 2551 ซึ่งจะหมดอายุในวันที่ 3 กันยายน 2552 (ดูหลักฐานในภาคผนวก) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมชี้แจงให้ทราบสิทธิในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ว่า การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้ประกอบการผู้สูงอายุ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริงของสถานประกอบการและผู้สูงอายุ และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ โดยระหว่างการตอบคำถาม ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการกระทำดังกล่าวไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติแบบบรรยาย ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการและข้อมูลสถานบริการแต่ละประเภท
2. วิเคราะห์ค่าบริการ โดยหาค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

3. วิเคราะห์ข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญาและภาวะซึมเศร้า โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

4. เปรียบเทียบข้อมูลในด้าน จำนวน ประเภท สังกัด จำนวนเตียง อัตราค่าบริการ จำนวนบุคลากร คุณลักษณะผู้ให้บริการ และลักษณะกิจกรรมการบริการ และคุณลักษณะของผู้รับบริการ ตามประเภทของสถานบริการ

5. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ในส่วนที่เป็นคำถามกึ่งปลายเปิด นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อจัดหมวดหมู่ของข้อมูลและเชื่อมโยงความหมายของข้อมูล (McLaughlin & Marascuilo, 1990) และนำเสนอแบบบรรยาย

บทที่ 4
สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

จากการสำรวจข้อมูลสถานบริการผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีอยู่ในแต่ละภาคทั่วประเทศที่ได้จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่วนกลาง เช่น กองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หน่วยงานในส่วนภูมิภาคและจังหวัด เช่น สาธารณสุขจังหวัด พาณิชย์จังหวัด แรงงานจังหวัด สถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การสืบค้นข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ รวมทั้งการโฆษณาทาง Web-site การใช้วิธีโทรศัพท์สอบถามโดยตรงจากผู้ให้บริการ และส่งจดหมายขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามชุดที่ 1 โดยผู้วิจัยขอนำเสนอข้อมูลในแต่ละประเด็นดังต่อไปนี้

4.1. สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

4.1.1 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาคเหนือ

4.1.2 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

4.1.3 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาคกลาง

4.1.4 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกรุงเทพมหานคร

4.1.5 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาคใต้

4.2 ลักษณะของสถานบริการผู้สูงอายุและการบริการ

4.2.1 ประเภทของสถานบริการตามการขึ้นทะเบียน

4.2.2 ต้นสังกัดของสถานบริการ

4.2.3 ลักษณะบริการที่จัดให้หรือมีหน่วยบริการพิเศษ (special care unit)

4.2.4 กิจกรรมการให้บริการที่สำคัญ

4.2.5 จำนวนเตียง

4.2.6 เกณฑ์การพิจารณารับผู้สูงอายุเข้าพักอาศัยในสถานบริการ

4.2.7 อัตราส่วนผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

4.2.8 ค่าบริการ

4.2.9 การขึ้นทะเบียนของสถานบริการ

4.3 การดำเนินงานของสถานบริการ

4.3.1 ความสำเร็จในการดำเนินการที่ผ่านมา

4.3.2 ปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน

4.3.3 แนวทางในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรค

4.3.4 แนวทางในการพัฒนาการบริการและการดำเนินการ

4.3.16 ความต้องการการช่วยเหลือจากภาครัฐ

ส่วนรายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ จะนำเสนอในบทที่ 5 – 6

4.1 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

จากการสำรวจสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั่วประเทศ พบว่ามีจำนวนทั้งหมด 138 แห่ง พบมากที่สุดในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 68 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 49.28 รองลงมาคือ ภาคกลาง จำนวน 42 แห่ง (ร้อยละ 30.43) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 13 แห่ง (ร้อยละ 9.42) ภาคเหนือ จำนวน 10 แห่ง (ร้อยละ 7.25) และภาคใต้ จำนวน 5 แห่ง (ร้อยละ 3. 66) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.1) โดยมีรายละเอียดของสถานบริการ เช่น รายชื่อ ที่อยู่ จังหวัดที่มีบริการ จำแนกตามประเภทของสถานบริการ ดังแสดงใน ภาคผนวก 4

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของสถานบริการจำแนกตามรายภาคและประเภทของสถานบริการ

ประเภท/ภาค	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	กรุงเทพฯ	ใต้	รวม
1. บ้านพัก/สถานสงเคราะห์คนชรา	4	9	19	7	5	44 (31.88%)
2. สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต	2	-	3	1	-	6 (4.35%)
3. สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล	2	3	2	18	-	25 (18.12%)
4. สถานบริบาล	2	-	17	41	-	60 (43.48%)
5. สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	-	1	1	1	-	3 (2.17%)
รวม	10 (7.25%)	13 (9.42%)	42 (30.43%)	68 (49.28%)	5 (3.62%)	138 (100%)

4.1.1 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาคเหนือ

1) จำนวนสถานดูแลระยะยาว

ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ 17 จังหวัดในภาคเหนือ พบว่ามีสถานบริการผู้สูงอายุระยะยาว จำนวนทั้งหมด 10 แห่ง แบ่งตามจังหวัด ดังต่อไปนี้

1) จังหวัดเชียงใหม่ มี 4 แห่ง ได้แก่

1.1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งอยู่ที่เลขที่ 1 ถนนมูลเมือง ต.พระสิงห์ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ชื่อเดิมคือ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ เป็นสถานสงเคราะห์คนชรา กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ขนาด 130 เตียง ชาย 60 หญิง 70 จำนวนเพิ่มหรือลดได้ไม่แน่นอนไม่ แต่เกิน 150 คน

1.2) สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ ตั้งอยู่ที่ เลขที่ 304 หมู่ 7 ต.สันมหาพน อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่ เป็นสถานสงเคราะห์คนชราภายใต้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ขนาด 70 เตียง แบ่งเป็นชาย 32 คน และหญิง 38 คน

1.3) บ้านห่วงใย ศูนย์ดูแลและพักฟื้นผู้สูงอายุ ตั้งอยู่ที่ เลขที่ 185 ถนนบ้านป่าเก็ดกี่ หมู่ 7 ต.หนองผึ้ง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ เป็นสถานบริบาล (nursing home) ที่เนินการโดยภาคเอกชน ไม่ได้จดทะเบียน รับผู้สูงอายุได้ 7 คน ชายและหญิงไม่ระบุแยกจำนวน ขณะสำรวจข้อมูลมีผู้สูงอายุอยู่ 1 คน มีบริการติดตามแพทย์และส่งรักษาต่อในโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ใกล้ ในกรณีที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเฉียบพลัน

1.4) สถาบันแมคเคนเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ตั้งอยู่ที่ เลขที่ 68 หมู่ 8 ถนนสายเกาะกลาง ต.ป่าแดด อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เป็นองค์กรเอกชน ศาสนาคริส นิกายโปแตสแตนส์ ขนาด 10 เตียง ชายหรือหญิงไม่ระบุแยกจำนวน มีพยาบาลวิชาชีพ 10 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน พนักงานผู้ช่วยการพยาบาล 15 คน นักกายภาพบำบัด 3 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน เนื่องจากสถาบันแมคเคนในอดีตเคยรับบำบัดผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นเวลานาน หลังจากที่โรคเรื้อนค่อยๆ หมดไป พบผู้ป่วยรายใหม่ลดลงในปัจจุบัน จึงปรับเปลี่ยนเป็นสถาบันที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุ มีเป้าหมายในการสร้างที่พักอาศัยกับผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ นอกจากนี้ยังวางแผนขยายบริการให้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลางถึงต้องการช่วยเหลือทั้งหมดและต้องการการฟื้นฟูสุขภาพ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคเรื้อนที่รักษาจนหายแล้วแต่มีความพิการหลงเหลืออยู่หรือชรามากขึ้นและไม่มีญาติรับกลับ สถาบันแมคเคนยังคงรับดูแลต่อไป ผู้สูงอายุเหล่านี้แยกอยู่ในอีกอาคารหนึ่ง ซึ่งน่าจะกล่าวได้ว่าสถาบันแมคเคนมีบริการร่วมกัน 3 ประเภท คือ บ้านพักคนชรา สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานบริบาลผู้สูงอายุ

2) จังหวัดลำปาง มี 3 แห่ง

2.1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ตั้งอยู่ที่ เลขที่ 120 หมู่ 1 ถนนลำปาง-แจ้ห่ม ต.นิคมพัฒนา อ.เมือง จ.ลำปาง เป็นสถานสงเคราะห์คนชรา กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ขนาด 50 เตียง ชาย 19 หญิง 21 คน ไม่มีพยาบาลวิชาชีพประจำ แต่มีผู้ช่วยนักกายภาพ 1 คน พนักงานผู้ช่วยการพยาบาล 2 คน พี่เลี้ยง 7 คน

2.2) สถานพยาบาลแวนแซนต์วูดร์ ตั้งอยู่ที่ เลขที่ 129 ถนนเจริญประเทศ ต.เวียงเหนือ อ. เมือง จ. ลำปาง เป็นสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long-term care hospitals: LTC hospitals) ขนาด 29 เตียง ขณะสำรวจมี 11 คน ชาย 5 หญิง 6 คน พยาบาลวิชาชีพ 6 คน ทำงานเต็มเวลา 4 คน บางเวลา 2 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน

2.3) ธารธรรมนำสุข โรงพยาบาลแม่ทะ ตั้งอยู่ที่ เลขที่ 289 หมู่ 10 ต.แม่ทะ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง เป็นสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (LTC hospitals) ขนาด 13 เตียง รวมชายและหญิงไม่ระบุแยก มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ผู้ช่วยพยาบาล 3 คน แต่มีพยาบาลที่ทำงานบางเวลาอีกจำนวน 5-6 คน

3). จังหวัดสุโขทัย มี 1 แห่ง

วัดตระพังทอง ต.เมืองเก่า อ.เมือง จ.สุโขทัย เป็นสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุในวัด ซึ่งจัดเป็นสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต ขนาด 10 เตียง รับผู้สูงอายุชายและหญิงที่พิการหรือถูกทอดทิ้ง ไม่มีพยาบาลวิชาชีพ หรือนักกายภาพบำบัด

4) จังหวัดพิษณุโลก มี 1 แห่ง

สถานสงเคราะห์วังทอง จ. พิษณุโลก เลขที่ 771 หมู่ 8 ต.วังทอง อ.วังทอง จ. พิษณุโลก เป็นสถานสงเคราะห์ที่รับผู้ที่ไร้ที่อยู่อายุ 18 ปีขึ้นไป กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีขนาดประมาณ 500 เตียง ขณะสำรวจเป็นผู้สูงอายุ 120 คน แบ่งเป็นชาย 45 หญิง 75 คน มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน พนักงานผู้ช่วยการพยาบาล 1 คน

5) จังหวัดนครสวรรค์ มี 1 แห่ง

สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จ. นครสวรรค์ ตั้งอยู่ที่ เลขที่ 90 หมู่ 3 ต. นิคมเขาบ่อแก้ว อ.พยุหะคีรี จ.นครสวรรค์ ภายใต้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ขนาด 120 เตียง รับชาย 45 หญิง 75 คน มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ผู้ช่วยผู้ดูแลหรือพี่เลี้ยง 13 คน

แบ่งตามประเภทของสถานบริการผู้สูงอายุและบริการ

1. บ้านพัก/สถานสงเคราะห์คนชรา (residential home/home for the aged)

สถานสงเคราะห์คนชราในภาคเหนือมี 4 แห่ง ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ 2 แห่ง คือ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (บ้านธรรมปกรณ์) จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งยังเป็นสถานสงเคราะห์ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์อยู่ และสถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ ซึ่งตั้งอยู่อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ แต่ได้รับการโอนย้ายให้เป็นหน่วยงานขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้มีสถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดนครสวรรค์อีก 1 แห่ง คือ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว ซึ่งอยู่ในความดูแลขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเช่นกัน และจังหวัดลำปาง 1 แห่ง คือ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง โดยเป็นสถานสงเคราะห์แห่งล่าสุดของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อย่างไรก็ตามการบริการและเกณฑ์การรับของสถานบริการทุกแห่งที่เป็นของภาครัฐยังเหมือนกันทุกแห่ง คือ

บริการของสถานสงเคราะห์คนชรา มีดังนี้

1. ที่พักอาศัยและปัจจัยสี่
2. การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูบำบัด
3. สังคมสงเคราะห์
4. บริการด้านกีฬา นันทนาการ
5. ฌาปนกิจศพผู้สูงอายุที่เสียชีวิต

เกณฑ์การรับผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีที่อยู่อาศัย ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู

3. อยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข

ค่าบริการ

ไม่คิดค่าบริการใดๆ เนื่องจากเป็นองค์กรของรัฐ

2. สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living)

สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตมี 2 แห่ง จังหวัดสุโขทัย 1 แห่ง คือ วัดตระพังทอง ซึ่งเป็นสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุในวัด และจังหวัดพิษณุโลก 1 แห่ง คือ สถานสงเคราะห์วังทอง อ.วังทอง จ.พิษณุโลก โดยสถานสงเคราะห์วังทองรับผู้ที่ถูกทอดทิ้ง ไม่มีที่อยู่อาศัย พิการ ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ตามลำพังได้ทุกวัย รับตั้งแต่ผู้ที่อายุ 15 ปี ขึ้นไป ในจำนวนทั้งหมดมีผู้สูงอายุประมาณ 120 คน

บริการของสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต มีดังนี้

1. ให้ที่อยู่อาศัย
2. ให้อาหาร 3 มื้อ และปัจจัยสี่เพื่อการดำรงชีวิต

เกณฑ์การรับผู้สูงอายุ มีดังนี้

ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง หรือมีภาวะทุพพลภาพและไม่มีใครเลี้ยงดู

ค่าบริการ

ไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ

3. สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long stay in hospital)

สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลมี 2 แห่ง อยู่ในจังหวัดลำปางทั้ง 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลแวนแซนวูร์ด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอยู่ในความดูแลของกลุ่มศาสนาคริส นิกายโปแตสแตนส์ แต่ให้บริการโดยคิดค่าบริการ และธารธรรมนำสุข โรงพยาบาลแม่ทะจังหวัดลำปาง

บริการของสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล มีดังนี้

1. ช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน
2. ให้อาหารทางสายยาง
3. ทำแผลที่เรื้อรัง ต้องการการดูแลแผลอย่างต่อเนื่อง
4. กายภาพบำบัด
5. กิจกรรมบำบัด เช่น ร้องเพลง สันทนาการ จัดกลุ่มเยี่ยมให้กำลังใจที่เตียง พาไปเที่ยวสวนสาธารณะทุกวันพุธที่ 3 ของเดือน ครั้งละ 2 ชั่วโมง
6. ให้อาหารธรรมชาติบำบัด
7. ล้างพิษด้วยวารีบำบัด สวนล้างลำไส้ใหญ่
8. สมาธิภาวนาบำบัด
9. สมุนไพรบำบัด

เกณฑ์การรับผู้สูงอายุ

1. เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติสมัครใจที่ให้ผู้สูงอายุมาอยู่
3. ดูแลกลางวันที่ญาติติดงาน
4. กรณีญาติไปต่างจังหวัด ฝากไว้ที่โรงพยาบาล 3-5 วัน
5. ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการพยาบาลเฉพาะ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การทำแผล ทำกายภาพบำบัด

บริการพิเศษ

1. ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. สมองเสื่อม
3. ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
4. บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน
5. บริการส่งผู้ช่วยดูแลไปดูแลที่บ้าน

ค่าบริการ

มีความแตกต่างกันระหว่างสถาบัน อยู่ในระหว่าง 0-15,000 บาท สถานบริการของรัฐให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายในรายที่ยากจน สถานบริการของเอกชน คิดค่าใช้จ่ายประมาณ 10,000- 15,000 บาท ต่อเดือน

4. สถานบริบาล (nursing home)

สถานบริบาลมี 2 แห่ง อยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ทั้ง 2 แห่ง คือ บ้านห่วงใย ศูนย์ดูแลและพักฟื้นผู้สูงอายุ และสถาบันแมคเคนเพื่อการฟื้นฟูสภาพ โดยบ้านห่วงใยมีลักษณะของสถานบริบาลของเอกชน เคยรับผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 5-6 คน มีพยาบาลและอุปกรณ์เพื่อการดูแลผู้สูงอายุเพียงพอ และมีความร่วมมือกับโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ในการส่งต่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือต้องการการรักษาที่สูงขึ้น แต่ปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่ดูแลเพียงรายเดียว ไม่มีบุคลากรด้านสุขภาพให้การดูแล จึงได้ตัดออกจากการรวบรวมข้อมูลในชุดที่ 2 และ 3

บริการของสถานบริบาล มีดังนี้

1. ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
2. ผู้ป่วยผู้สูงอายุชั่วคราวเวลาที่ญาติไม่สามารถดูแลได้ เช่น ติดภารกิจ 3-4 วัน
3. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

เกณฑ์การรับผู้สูงอายุ

1. มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต
2. เป็นระยะหลังจากได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์ให้กลับบ้านเพื่อทำกายภาพบำบัดต่อที่บ้าน

3. รับการรักษาโดยการรับประทานยาของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สถานบริบาลแห่งหนึ่งมีบริการให้แพทย์จากโรงพยาบาลมาตรวจรักษาด้วย ในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงขึ้น

สถาบันแมคเคนเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ระบุการรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาดังนี้ คือ

1. อัมพฤกษ์ อัมพาต ปัญหากระดูก ข้อยึดติด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
2. ผู้ที่ต้องให้อาหารทางสายยาง ต้องระวังแผลกดทับ ใส่เฝือก ใส่สายสวนปัสสาวะ
3. ผู้ที่ต้องทำกายภาพบำบัด
4. ผู้ป่วยระยะพักฟื้นที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ

ค่าบริการ

ประมาณ 10,000 บาท/เดือน หากมีอาการเจ็บป่วยที่ต้องการปรึกษาแพทย์ หรือใช้อุปกรณ์เพิ่มจากปกติ คิดตามอัตราที่กำหนดไว้ต่างหาก

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation center)

นอกจากสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวประเภทต่างๆ ดังกล่าวแล้ว พบว่ามีสถานดูแลผู้ป่วยที่ไม่จำกัดวัย เน้นการฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีปัญหาเรื้อรัง โดยอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวผู้ดูแล และให้การบำบัดแบบไป-กลับทุกวัน ในรายที่ไม่สามารถกลับบ้านได้ทุกวัน สถานฟื้นฟูได้จัดที่พักให้ผู้ป่วยและญาติพักชั่วคราว แม้ผู้ไปขอรับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุก็ตาม ลักษณะการดูแลที่ให้ไม่จัดอยู่ในประเภทสถานดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว สถานฟื้นฟูสภาพนี้ คือ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาต วัดทุ่งบ่อแป้น จังหวัดลำปาง ตั้งอยู่ในจังหวัดลำปาง

บริการของสถานบริบาล มีดังนี้

1. ฟื้นฟูกล้ามเนื้อภายนอก โดยการใช้สมุนไพรเป็นตัวนำความร้อนก่อนการทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นหรือการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ
2. การออกกำลังกล้ามเนื้อและข้อโดยการใช้อุปกรณ์ช่วย
3. การฟื้นฟูจิตใจ โดยการนั่งสมาธิและการปฏิบัติธรรม

เกณฑ์การรับผู้สูงอายุ

1. มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต
2. เป็นระยะหลังจากได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์ให้กลับบ้านเพื่อทำกายภาพบำบัดต่อที่บ้าน
3. รับการรักษา โดยการรับประทานยาของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เฉพาะที่วัดทุ่งบ่อแป้นจะไม่มีการจ่ายยาใดๆ แต่สถานบริบาลอีกแห่งหนึ่งมีบริการให้แพทย์จากโรงพยาบาลมาตรวจรักษาด้วยในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงขึ้น

ค่าบริการ

อยู่ระหว่าง 1,000-5,000 บาท/เดือน สถานบริการที่เป็นวัดจะให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายกับผู้ที่ยากจน

2) ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

อุปสรรคและปัญหาในการศึกษา มีดังต่อไปนี้

2.1) ระยะเวลาในการศึกษาค่อนข้างสั้น มีความรีบเร่ง อาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ครอบคลุมในบางประเด็น

2.2) ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานดูแลระยะยาวส่วนใหญ่มีปัญหาการรับรู้ และการสื่อสาร เช่น เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ความจำเสื่อม มีความพิการของแขน มือ หรือขา หรือตาบอด หูหนวก ไม่สามารถพูดคุย ตอบคำถามตามแบบสอบถามชุดที่ 2 ได้ หรือตอบได้ไม่ครบ ซึ่งแม้ข้อคำถามจะสั้น แต่ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานดูแลระยะยาวเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพและความเสื่อมถอยด้านร่างกายระดับมาก ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุน้อยกว่าความคาดหวังของผู้วิจัย

2.3) ค่าใช้จ่ายผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวส่วนใหญ่เป็นการคิดแบบเหมาจ่าย ซึ่งสามารถสอบถามรายการปลีกย่อยได้เพียงบางอย่าง เช่น ค่าห้อง ค่าอาหาร แต่รายละเอียดอย่างอื่นไม่ได้รับการเปิดเผยจากเจ้าหน้าที่ของสถานดูแล ทำให้ไม่สามารถประเมินค่าใช้จ่ายที่ชัดเจนกว่านี้ได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ใช้บริการหลายอย่าง

2.4) สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวบางแห่งให้บริการโดยไม่ได้ระบุเกณฑ์ที่ชัดเจนในการรับผู้ผู้สูงอายุ หรือมีหลายวัยปนกัน ทำให้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีความสับสนบ้าง

4.1.2 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1) จำนวนสถานดูแลระยะยาว

พบว่ามีสถานบริการทั้งหมด 12 แห่ง จำแนกเป็นบ้านพักคนชราหรือสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 9 แห่ง เป็นของภาครัฐ จำนวน 7 แห่งอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงพัฒนาสังคมและมนุษย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นสถานสงเคราะห์คนชราและเป็นขององค์กรการกุศล จำนวน 2 แห่ง สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลของภาคเอกชน จำนวน 2 แห่ง และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ตั้งอยู่ในวัด จำนวน 1 แห่ง ดังมีรายละเอียดในตารางที่ 4.1

2) ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

2.1) ในการสำรวจสถานประกอบการที่ไม่ได้การรับรองเป็นสถานพยาบาล ไม่สามารถสำรวจได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากค่อนข้างไม่เปิดเผย อาจทำให้สูญเสียกลุ่มตัวอย่างที่น่าสนใจไป

2.2) แบบสอบถามที่ใช้ในผู้สูงอายุค่อนข้างยาว ทำให้ผู้สูงอายุที่อายุมาก โดยเฉพาะที่มากกว่า 80 ปี ค่อนข้างเหนื่อยล้าในการตอบ และเนื่องจากแบบสอบถามในช่วงท้ายเป็นแบบสอบถามการคัดกรองผู้สูงอายุ 2 ฉบับ อาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่เป็นจริง

2.3) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุไม่ค่อยเข้าใจคำถาม ทำให้ผู้นักวิจัยต้องปรับคำถามให้เป็นภาษาท้องถิ่น ซึ่งอาจทำให้การแปลความไม่ตงกับต้นฉบับ ทำให้คำตอบที่ได้ไม่ตรงตามเนื้อหาที่ถาม

2.4) ควรใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าก่อนแบบประเมินการรับรู้ด้านเชาว์ปัญญาทั้งนี้เพราะว่าหากมีปัญหาซึมเศร้าจะทำให้การสอบถามเรื่องการรับรู้ด้านเชาว์ปัญญาขาดความเที่ยงตรงได้

4.1.3 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาคกลาง

1) จำนวนสถานดูแลระยะยาว

จากการสำรวจพบว่ามีสถานบริการดูแลระยะยาว จำนวน 42 แห่ง แบ่งออกเป็นบ้านพักคนชราหรือสถานสงเคราะห์คนชรา 19 แห่ง สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต 3 แห่ง สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล 2 แห่ง สถานบริบาล 17 แห่ง สถานดูแลระยะสุดท้าย 1 แห่ง (ดูตาราง 4.1 และตัวอย่างสถานบริการ ตารางที่ 11-15 ในภาคผนวก) อย่างไรก็ตามพบว่า สถานบริการดูแลระยะยาวส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่อยู่รอบๆ กรุงเทพมหานครมากที่สุด (ดูตารางที่ 4.4)

2) ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

จากการสำรวจข้อมูลพบว่ามีปัญหาและอุปสรรคดังนี้

2.1) ไม่มีการหน่วยงานรับผิดชอบขึ้นทะเบียนสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างชัดเจนและไม่มีการแบ่งประเภทของมูลนิธิที่ชัดเจน ทำให้การสำรวจข้อมูลบางครั้งอาจไม่สามารถแบ่งประเภทของการให้บริการได้ จากข้อมูลสถานพยาบาลที่มีอยู่มากมายนั้นไม่มีการบอกประเภทว่าเป็นการให้บริการผู้สูงอายุหรือไม่ แต่มักจะเป็นข้อมูลเบื้องต้นว่าเป็นสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ในส่วนของมูลนิธิจากการสำรวจพบว่า มีจำนวนมากแต่ไม่ได้แยกประเภทว่าเป็นการให้บริการในรูปแบบใด เป็นต้น

2.2) การบริการที่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีระดับการช่วยเหลือตนเองหลายระดับ เช่น สถานบริการหลายๆ แห่งทั้งบ้านพักคนชราและสถานบริบาล ได้จัดให้มีการบริการตั้งแต่การช่วยเหลือส่วนบุคคลถึงการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาล จึงทำให้ยากต่อการจัดประเภทของสถานบริการนั้นๆ ได้อย่างชัดเจน

2.3) การติดต่อสื่อสาร สถานบริการบางส่วนไม่สามารถติดต่อได้ หรือไม่รับโทรศัพท์ ซึ่งอาจจะเลิกกิจการ ถึงแม้ว่าจะมีที่อยู่ ซึ่งผู้วิจัยได้ส่งจดหมายขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามแล้ว ผลปรากฏว่าได้รับการตอบกลับน้อยมาก

2.4) การไม่ได้รับความร่วมมือของผู้ประกอบการ และมีอีกจำนวนหนึ่งที่ปฏิเสธให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเนื่องจากเป็นสถานบริการที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับหน่ายราชการใด ซึ่งอาจเกิดความหวาดระแวงว่าจะถูกตรวจสอบทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจการต่อไปได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถานบริบาลขนาดเล็กที่มีการปรับปรุงที่พักอาศัยเป็นสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุ ตั้งอยู่ในแหล่งชุมชนต่างๆ

4.1.4 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกรุงเทพมหานคร

1) จำนวนสถานดูแลระยะยาว

จากการสำรวจพบว่ามีสถานดูแลระยะยาวในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 68. แห่ง แบ่งออกเป็น บ้านพักคนชราหรือสถานสงเคราะห์คนชรา 7 แห่ง สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต 1 แห่ง สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล 18 แห่ง สถานบริบาล 41 แห่ง สถานดูแลระยะสุดท้าย 1 แห่ง ตัวอย่างกิจกรรมการให้บริการและค่าใช้จ่ายของสถานบริบาลและสถานรับดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (ดูในตารางที่ 4.2-4.3)

อย่างไรก็ตามพบว่า สถานบริการดูแลระยะยาวประเภทสถานบริบาลพบมากที่สุดในเขตกรุงเทพมหานคร (ดูตารางที่ 4.1) และบางส่วนไม่สามารถติดต่อได้ หรือไม่รับโทรศัพท์ ซึ่งอาจจะเลิกกิจการ และมีอีกจำนวนหนึ่งที่ปฏิเสธให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเนื่องจากเป็นสถานบริการที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับหน่ายราชการใด ซึ่งอาจเกิดความหวาดระแวงว่าจะถูกตรวจสอบทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจการต่อไปได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถานบริบาลขนาดเล็กที่มีการปรับปรุงที่พักอาศัยเป็นสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุ ตั้งอยู่ในแหล่งชุมชนต่างๆ

2) ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

2.1) ไม่พบว่ามีหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งที่เป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลสถานบริการโดยเฉพาะ จึงต้องมีการสืบค้นทั้งจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น กองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ รวมทั้งสืบค้นสถานบริการนอกระบบที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานใดๆ ของภาครัฐ ที่มักมีการโฆษณาใน Web-site ต่างๆ การติดประกาศโฆษณาตามถนน ตู้โทรศัพท์ เสาไฟฟ้าและจากการบอกต่อๆ กัน ที่มีอยู่ทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานคร จึงเป็นที่คาดกันว่ายังมีสถานบริการอีกมากที่ยังไม่ได้สืบค้นได้

2.2) ไม่สามารถแบ่งประเภทของการให้บริการได้อย่างชัดเจน เนื่องจากข้อมูลสถานพยาบาลที่มีอยู่ไม่ได้บอกประเภทผู้รับบริการว่าให้บริการสำหรับผู้สูงอายุหรือไม่ แต่มักจะเป็นข้อมูลเบื้องต้นว่าเป็นสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ในส่วนของมูลนิธิเพื่อการกุศล จากการสำรวจพบว่า มีจำนวนมากแต่ไม่ได้แยกประเภทว่าเป็นการให้บริการในรูปแบบใดสำหรับผู้รับบริการกลุ่มใด เป็นต้น นอกจากนี้การบริการให้พบว่าครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีระดับการช่วยเหลือตนเองหลากหลาย เช่น สถานบริการหลายๆ แห่งทั้งบ้านพักคนชราและสถานบริบาล ได้จัดให้มีการบริการตั้งแต่การช่วยเหลือส่วนบุคคลถึงการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาล จึงทำให้ยากต่อการจัดประเภทของสถานบริการนั้นๆ ได้อย่างชัดเจน

2.3) การไม่ได้รับความร่วมมือของผู้ประกอบการ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จากการสำรวจในเบื้องต้น พบว่ามีผู้ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจำนวนมาก แต่มีเพียงส่วนน้อยที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานใดๆ หน่วยงานหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ผู้ให้บริการมีความไม่มั่นใจในการให้ข้อมูล เกรงว่าจะทำให้สถานบริการถูกสั่งปิดได้หากมีการเปิดเผยข้อมูลและอาจถูก

ตรวจสอบภายหลัง ทำให้สถานบริการเหล่านี้ส่วนใหญ่ปฏิเสธการให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลไปอย่างน่าเสียดาย

2.4) การติดต่อสื่อสาร ถึงแม้ว่าสถานบริการดูแลระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเภทสถานบริบาลพบมากที่สุดในเขตกรุงเทพมหานคร แต่ส่วนใหญ่ไม่สามารถติดต่อได้ หรือไม่รับโทรศัพท์ ซึ่งอาจจะเลิกกิจการ ถึงแม้ผู้วิจัยได้ส่งจดหมายเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผลปรากฏว่าได้รับความร่วมมือน้อยมาก

4.1.5 สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาคใต้

1) จำนวนสถานดูแลระยะยาว

จากการสำรวจสถานดูแลผู้สูงอายุระยะในภาคใต้ พบว่า มีสถานสงเคราะห์คนชรา ในสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 4 แห่ง และมีสถานสงเคราะห์ที่เป็นขององค์กรการกุศล 1 แห่ง (ดูตารางที่ 4.4 และตารางที่ 16-17 ในภาคผนวก) ยังไม่พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาลในปัจจุบันพบว่า เป็นการให้บริการที่เป็นการบริการผู้ป่วยสูงอายุในคลินิกพิเศษ เช่น การให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในคลินิกสมองเสื่อม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลา แต่ไม่มีการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่จัดไว้เป็นหอผู้ป่วยสูงอายุที่มีรูปแบบเฉพาะ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจะพักอยู่รวมกับผู้ป่วยทั่วไป

อย่างไรก็ตามจากการสำรวจในครั้งนี้ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในภาคใต้ส่วนมากเป็นการดูแลกันในครอบครัว ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม การประกอบอาชีพที่เปลี่ยนแปลงไปบ้าง มีการประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น แต่ทว่าการประกอบอาชีพส่วนใหญ่ของประชากรในภาคใต้ยังคงผูกพันกับการประกอบอาชีพภาคเกษตรกรรม การอพยพย้ายถิ่นของประชากรในภาคใต้มีค่อนข้างน้อย ทำให้การดูแลกันเองในครอบครัวยังเป็นรูปแบบที่พบได้มาก แต่อาจเปลี่ยนรูปแบบไปบ้าง เช่น การดูแลกันในครอบครัวแต่เดิมเป็นการดูแลโดยบุตรหลานของผู้สูงอายุเป็นหลัก แต่ปัจจุบันพบว่า มีการว่าจ้างผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมไปดูแลที่บ้านมากขึ้น

การบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ทั้งภาครัฐ และองค์การการกุศล มุ่งเน้นช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากจน ไร้ที่พึ่ง ขาดผู้ดูแล ที่พักอาศัย เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ที่พักอาศัย ช่วยให้มีอาหารรับประทาน และการทำกิจกรรมร่วมกันตามสภาพและกำลังบุคลากรที่มีในสถานสงเคราะห์นั้น ๆ เช่น การสวดมนต์ การทำกิจกรรมรื่นเริงในวันสำคัญต่าง ๆ

ตารางที่ 4.2 แสดงตัวอย่างกิจกรรมการให้บริการและค่าใช้จ่ายในสถานบริบาลผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ลำดับที่	ชื่อสถานบริการ	ที่อยู่ – เบอร์โทรศัพท์ เวลาทำการ	รูปแบบการบริการ	ค่าใช้จ่าย (ราคา)	การขึ้นทะเบียน
1	สถานพยาบาลศุขเวช เนอสซิ่งโฮม	- รามคำแหงซอย 21 ต.วังทองหลวง อ.วังทองหลวง กรุงเทพฯ - โทร: 02-319-5865 - สามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง - บริการส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านตั้งแต่ 07.00 น – 19.00	- รับค้างคืนดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยอัมพาต อัมพฤกษ์ - ผู้สูงอายุ ไปเช้า-เย็นกลับ (07.00 น.-19.00 น) - เฝ้ากลางคืน (19.00 น.-07.00 น) - เหมารายเดือน 30 วัน หรือ 31 วัน	ค้างคืนรายเดือน ห้องพัดลมรวม 10 เตียง ราคา 15,000 บาท/เดือน ห้องรวม 10 เตียง แอร์ ราคา 17,000 บาท/เดือน ห้องเดี่ยว แอร์ 25,500 บาท/เดือน ไปเช้าเย็นกลับ เฝ้ากลางคืน 12 ชั่วโมง ราคาเวรละ 500 บาท (ต้องเลี้ยงอาหารผู้เฝ้า) เฝ้าที่บ้านเหมารายเดือนต้องจ่ายล่วงหน้า 1 เดือน (แล้วแต่จำนวนวัน 30 วัน หรือ 31 วัน ดูตามราคา) ถ้าให้ให้อาหารทางสายยางต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มอีกเดือนละประมาณ 2,000 บาท ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 12 ชั่วโมง ราคา 550 บาท	กองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข
2	เดอะซีเนียร์ ลาดพร้าว 9	- 99/49 ลาดพร้าวซอย 9 แขวงลาดยาว จตุจักร กรุงเทพฯ 10900 - โทร: 02-5138169-70 - เปิดตลอด 24 ชั่วโมง	- เป็นสถานบริการที่รับดูแล และฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาต อัมพฤกษ์ โรคสมองเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ ดูแลให้อาหารทางสายยาง ดูแลการดูดสมหะ แผลกดทับ เป็นต้น - ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองหลังพักฟื้นหรือหลังผ่าตัด	- เริ่มต้น 18,000 บาท (รวมค่าแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ค่าอาหาร ค่าซักรีด ไม่รวมค่าเวชภัณฑ์)	กองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

ลำดับที่	ชื่อสถานบริการ	ที่อยู่ – เบอร์โทรศัพท์ เวลาทำการ	รูปแบบการบริการ	ค่าใช้จ่าย (ราคา)	การขึ้นทะเบียน
3	เดอะซีเนียร์ รัชดาภิเษก 44	- 119 ซ.รัชดาภิเษก แขวงจันทรเกษม จตุจักร กรุงเทพฯ10900 - โทร: 02-51103033; 02-3110306 - เปิดตลอด 24 ชั่วโมง	- เป็นสถานบริการที่รับดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคสมองเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ แผลกดทับ ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองหลังพักฟื้นหรือหลังผ่าตัด	- เริ่มต้น 18,000 บาท (รวมค่าแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ค่าอาหาร ค่าซักรีด ห้องพัก ไม่รวมค่าเวชภัณฑ์)	กองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข
4	สถานพยาบาลจุฬาเวช	- 1525/13-14 หมู่ 4 ถ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ - โทร 02-7582501; 081-6206372 - เปิดทำการทุกวัน	- รับเลี้ยงผู้สูงอายุ ชาย-หญิงช่วยตัวเองได้และไม่ได้	- ฝากประจำ 15,000 บาท/เดือน - ฝากชั่วคราว 600 บาท/เดือน	กองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข
5	โรงพยาบาลนวศรีเนอร์สซิ่งโฮม	- รามคำแหง 21 - โทร: 02-7184867 - เวลาทำการ 08.00 - 16.00 น	- รับบริการดูแลผู้สูงอายุแบบอยู่ประจำ (ไม่มีนอกสถานที่)	อัตรา แบ่งเป็น 1) ลักษณะ 4 เตียง ราคา 19,000 บาท ต่อเดือน 2) ลักษณะ 3 เตียง ราคา 20,000 บาท ต่อเดือน 3) ลักษณะ 2 เตียง ราคา 25,000 บาท ต่อเดือน	กองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข
6	ภัสรพิบาลเนอร์สซิ่งโฮม	- ซอยจักรกฤษณ์ 4 ถ.ลาดพร้าว 71 อ.วังทองหลาง กรุงเทพฯ - โทร: 02-5387458; 02-5387468 - เปิดทำการทุกวัน	- รับดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและพักอาศัยอยู่ประจำ - ให้การดูแลรักษาทางกายภาพบำบัด มุ่งเน้นการป้องกันและฟื้นฟูทั้งด้านจิตใจของผู้ป่วย ป้องกันภาวะ แทรกซ้อนของระบบ	- เฉลี่ย 26,000 บาท/เดือน	กองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

			ทางเดินหายใจ		
ลำดับที่	**ชื่อสถานบริการ**	**ที่อยู่ – เบอร์โทรศัพท์ เวลาทำการ**	**รูปแบบการบริการ**	**ค่าใช้จ่าย (ราคา)**	**การขึ้นทะเบียน**
7	แคร์เนอร์สซิ่งโฮม (สถานดูแลรักษาผู้สูงอายุ)	- 45/123ซ.ลาดพร้าว 53 โชคชัย 4 ซ.20 ม.เรืองทอง แยก 4 กรุงเทพฯ - โทร: 081-3303563	- ดูแลเรื่องกายภาพ แผลกดทับ ใส่สายสวนปัสสาวะ - ให้การพยาบาลทั่วไป (ไม่ดูแลเด็กเล็ก)	รวมแอร์ 15,000 บาท/เดือน เดี่ยว 20,000 บาท/เดือน อนาคตจะจัดส่งเด็ก ค่าแพทย์พยาบาล ค่าเวชภัณฑ์ต่างๆ แยกต่างหาก รายวัน 700-1,000 บาท/วัน แล้วแต่เตียงลักษณะเตียงเดี่ยว,คู่	กองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข
8	M.C.เนอร์สซิ่งโฮม	- ซอยจุฬาเกษม (ซอยติดเดอะมอลล์งามวงศ์วาน หน้าปากซอยมี 7 Eleven) - โทร: 081-8996575 - เปิดทำการ 24 ชั่วโมง	- รับดูแลฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะพักฟื้น ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือญาติไม่มีเวลาดูแล ผู้สูงอายุที่ดูแล เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต ความดัน เบาหวาน กายภาพบำบัด ให้อาหารทางสายยาง ใส่สายสวนปัสสาวะ ดูดเสมหะ ป้องกันแผลกดทับ ดูแลเมนูอาหารโดยโภชนาการ ตรวจร่างกายทั่วไปโดยแพทย์เป็นประจำ	- ตามสภาพของผู้สูงอายุ	ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล
9	โกลเด้นไลฟ์เนอร์สซิ่งโฮม	- 25/303 ซ. 12 ก หมู่บ้าน 4 ไชยทอง 3 ปากเกร็ด แจ้งวัฒนะ ต. บางตลาด นนทบุรี 11120 - โทร: 02-5843705; 02-5837709 - เวลาทำการ 08.00-20.00 น	- สถานพักฟื้นสำหรับผู้สูงอายุ เช่น Stroke, Arthritis - รับดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต แผลกดทับ สมองเสื่อม ผู้ที่ต้องให้อาหารทางสายยางและต้องการการทำกายภาพบำบัด	- ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ 15,000 บาท/เดือน - ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ …….	ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล

ลำดับที่	ชื่อสถานบริการ	ที่อยู่ – เบอร์โทรศัพท์ เวลาทำการ	รูปแบบการบริการ	ค่าใช้จ่าย (ราคา)	การขึ้นทะเบียน
10	ทรี พี เซ็นทรัลเนอร์สซิ่งโฮม	- 611/7 ถ.พหลโยธิน 62 กรุงเทพฯ 10220 ใกล้ร้านอาหารจิตรโภชนา - โทร: 02-9937564 - เปิดตลอด 24 ชั่วโมง	- รับดูแลผู้สูงอายุ ดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้ป่วยสมองเสื่อม และผู้ที่ให้อาหารทางสายยางโดยพยาบาลวิชาชีพ	ผู้สูงอายุ อัมพฤกษ์ อัมพาต สมองเสื่อม พิเศษรวม 4 เตียง ห้องแอร์ 15,000 บาท/เดือน (อาหาร 3 มื้อ, อาหารว่าง 2 มื้อ ทำกายภาพบำบัดเช้าเย็น) ผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยาง 20,000 บาท/เดือน	ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล
11	โกลเด้นแคร์เนอร์สซิ่งโฮม	- ติดต่อคุณ สุภาวดี สรวิสูตร 777/5 ซ.ประชาราษฎ์บำเพ็ญ 29 ถ.ประชาราษฎ์บำเพ็ญ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 - โทร: 02-6912978; 086-5652389 - เปิดทำการตามเวลาราชการ	1. ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้/ไม่ได้ 2. ผู้ป่วยเรื้อรังในระยะพักฟื้นหลังออกจากโรงพยาบาล และต้องการตรวจความดัน กระดูกและข้อ โรคเสื่อม อัมพฤกษ์ อัมพาต 3. ผู้ป่วยให้อาหารสาย	15,000 บาท/เดือน (ขึ้นอยู่กับอาการ) รายวันเริ่มที่ 800บาท/วัน (ขึ้นอยู่กับอาการ)	ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล
12	ห้างหุ้นส่วนจำกัด สมปารถนา 49	- 51 รามคำแหง 44 แขวงหัวหมาก เขต บางกะปิ กรุงเทพฯ 10240 - โทร: 02-3776198; 02-3779483; - บริการตลอด 24 ชั่วโมง	1. รับผู้สูงอายุและผู้ป่วยพักฟื้น ไม่จำกัดอายุมาดูแล มีกายบำบัด กิจกรรมบำบัด โดยพยาบาลและเจ้าหน้าที่ Feed อาหาร, suction ดูแลตามการรักษา 2. รับฝึกพนักงานตามโรงพยาบาล มีแพทย์มา Round อาทิตย์ละครั้งมีพยาบาลดูแลประจำ	ดูแลรายเดือนๆ ละ 10,000 บาท Day care 500 บาท/คน ถ้านอนพัก 700 บาท/วัน ถ้าพิการดูแลพิเศษ ราคาตามอาการ	กระทรวงพาณิชย์

ลำดับที่	ชื่อสถานบริการ	ที่อยู่ – เบอร์โทรศัพท์ เวลาทำการ	รูปแบบการบริการ	ค่าใช้จ่าย (ราคา)	การขึ้นทะเบียน
13	ศูนย์นวลจันทร์เนอร์สซิ่งโฮม	- 30/158 หมู่ที่ 1 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง นนทบุรี 11000 - โทร: 02-9556185-6; 02-9556171; 084-1636829 - เปิดทำการ 08.00-05.30 น	- ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคติดต่อ เช่น ดูแลหลังผ่าตัด อัมพาต	. ดูแลให้การพยาบาลแบบง่ายๆ อยู่เป็นเพื่อน พยุงเข้าห้องน้ำ เดือนละ 8,000 บาท ให้พนักงานหยุด 1 วัน/สัปดาห์ (หากให้ทำงานพิเศษในวันหยุดคิดเงินเพิ่ม 400 บาท/วัน) . ดูแลให้การพยาบาลที่พิเศษขึ้น เช่น feed อาหาร suction เดือนละ 9,000 บาท ให้พนักงานหยุด 1 วัน/สัปดาห์ (หากให้ทำงานพิเศษในวันหยุดคิดเงินเพิ่ม 400 บาท/วัน ค่าอาหารของพนักงาน 100 บาท/วัน) . หากจัดอาหารให้พนักงานกินอยู่ด้วย ไม่ต้องจ่ายค่าอาหาร	ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล
14	ศูนย์บุญรักษาเนอร์สซิ่งโฮม	- 69 ซ.ประดู่ แขวงป้อมปราบ เขตป้อมปราบ กรุงเทพฯ 10700 - โทร: 02-6231934; 081-3715934 Emailsksomkiat@thaimail.com - เปิดทำการตลอด 24 ชั่วโมง	- ดูแลผู้สูงอายุ (ทั้งที่เจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย) รวมถึงการให้บริการผู้สูงอายุ ที่ให้อาหารทางสายยาง - ไม่รับมาดูแลที่ศูนย์ ให้บริการเฉพาะการจัดส่งไปดูแลที่บ้าน โรงพยาบาล	ราคาเริ่มต้น 8,000 บาทต่อเดือน และตามอาการ ค่าอาหาร 100 บาท/วัน ถ้าไม่มีอาหารจัดให้ ผู้ดูแลจะได้หยุดเดือนละ 4 วัน ถ้าจำเป็นต้องอยู่คิดเป็น OT ราคาวันละ 400 บาท	ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล

ลำดับที่	ชื่อสถานบริการ	ที่อยู่ – เบอร์โทรศัพท์ เวลาทำการ	รูปแบบการบริการ	ค่าใช้จ่าย (ราคา)	การขึ้นทะเบียน
15	Nursing and Nurse Aid	- 474 จรัลสนิวงศ์ 67 เขตบางพลัด กรุงเทพฯ - โทร: 089-1194123; 02-4354657 - เปิดทำการทุกวัน	รับอยู่ในสถานบริการ - การดูแลทั่วไป เช่น ดูแลเรื่องความสะอาดร่างกายโดย อาบน้ำเช้า-เย็น สระผมให้สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เปลี่ยนสายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ ป้องกันข้อติดเกร็ง นำผู้ป่วยนั่งรถเข็นรับอากาศในตอนเช้า ทำอาหารจากวัตถุดิบสด - การดูแลพิเศษ เช่น พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงร่วมกับบริการเตียงลม ฉีดยาเบาหวาน ทำแผลทุกชนิดอย่างมีประสิทธิภาพและอื่นๆ ตามอาการของผู้ป่วย	- คิดค่าบริการแบบเหมารวม 20,000 บาท/เดือน - รวมค่าอาหารซึ่งจัดเตรียมตามหลักโภชนาการ (เฉพาะโรค) และมีน้ำผลไม้ระหว่างมื้อ และมีอุปกรณ์เตียงปรับระดับผู้ป่วยและเครื่องดูดเสมหะ สายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ	ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล
16	จุฬาเนอร์สซิ่งแคร์	- ซอยบางนา - ตราด 37 เข้าไปจะมีซอยเปรมฤทัย 10/12 - โทร: 02-3935319; 02-3935316 - เปิดทำการตลอด 24 ชั่วโมง	1. รับดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ 2. เป็นศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ 3. รับฝึกดูแลโดยติดต่อส่งไปเรียนตามหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการ	ค่าจ้างข้างต้น 8,000 บาท/เดือน ถ้ามีให้อาหารทางสายสาง ดูดเสมหะ ราคาจะเพิ่มขึ้น มีวันหยุด 1 วัน ถ้าให้ดูแลต่อ คิดค่าดูแลตามกระทรวงแรงงาน	ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล

ลำดับที่	ชื่อสถานบริการ	ที่อยู่ – เบอร์โทรศัพท์ เวลาทำการ	รูปแบบการบริการ	ค่าใช้จ่าย (ราคา)	การขึ้นทะเบียน
17	ห้างหุ้นส่วนจำกัด สยามเนอร์ซิ่งแคร์	- 25 พหลโยธิน 8 (ซอยสายลม) ถ.พหลโยธิน สามเสนใน พญาไท กรุงเทพฯ 10400 - โทร: 02-2713707 02-7213755 081-6578667 - เวลาทำการ 08.00-17.00 น	- บริการจัดส่งผู้ดูแล - ผู้ป่วยผู้สูงอายุตามบ้าน	ราคาเริ่มต้นที่ 7,500-8,000 บาท ราคาอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามสภาพผู้ป่วย	ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล
18	บ้านหมอสม	- 347 ซ.รามอินทรา ถ.ราม อินทรา แขวงท่าแว้ง เขตบาง เขต กรุงเทพฯ 10230 ใกล้ทางด่วนวัชรพล รามอินทรา - อาจณงค์ 150 เมตร ใกล้โรงพยาบาลสินแพทย์ - เปิดทำการ ตลอด 24 ชั่วโมง	- สถานที่รับดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้โดยพยาบาลวิชาชีพและทีมงานเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์ โดยให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง - ความสามารถในการดูแลได้แก่ 1. อาหารเฉพาะโรค อาหารทางสายยาง 2. ออกซิเจนเพื่อการหายใจ 3. ดูแลทางเดินหายใจ suction, clear airway 4. การควบคุมโรคติดเชื้อ 5. ป้องกันและดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียงนาน 6. เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง เพื่อการแก้ไขอย่างทันท่วงที เป็นบ้านพักดูแลแบบโรงพยาบาล	ค่าบริการเริ่มต้นที่ 15,000 บาท/เดือน รวมในส่วนของ ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าบริการ 20,000 ราคาสูงสุดมีห้องปรับอากาศ ห้องพัดลม	อยู่ระหว่างการดำเนินการจดทะเบียน

ตารางที่ 4.3 ตัวอย่างกิจกรรมการให้บริการและค่าใช้จ่ายในสถานรับดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

ลำดับที่	ชื่อสถานบริการ	ที่อยู่ – เบอร์โทรศัพท์ เวลาทำการ	รูปแบบการบริการ	ค่าใช้จ่าย (ราคา)	การขึ้นทะเบียน
1	โรงพยาบาลเซ็นหลุยส์	- 215 ถ. สาทรใต้ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 - โทร: 02-675000 - Email: www.saintlouis.com - เวลาทำการ ตลอด 24 ชั่วโมง	1. รับผู้สูงอายุชาย หญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีโรคติดต่อและอาการทางจิตเวช 2. มีแพทย์พยาบาลและทีมสุขภาพดูแลตลอด 24 ชั่วโมง 3. มีห้องพักและสิ่งอำนวยความสะดวกพร้อมเครื่องปรับอากาศ 4. มีอาหารครบ 4 มื้อ ถูกต้องตามหลักโภชนาการตามบุคคล 5. มีกิจกรรมนันทนาการเพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและจิต 6. รับบริการดูแลผู้สูงอายุเป็นรายวัน รายสัปดาห์และรายเดือน	- 1 วันห้องรวม 1,000 บาท ห้องคู่ 1,200 บาท ห้องเดี่ยว 1,700 บาท ห้องเดี่ยว (พิเศษ) 2,000 บาท - 7 วัน ห้องคู่ 8,200 บาท ห้องเดี่ยว 12,000 บาท ห้องเดี่ยว (พิเศษ) 14,000 บาท - 15 วัน ห้องคู่ 17,000 บาท ห้องเดี่ยว 25,900 บาท ห้องเดี่ยว (พิเศษ) 20,000 บาท - 30 วัน ห้องคู่ 35,300 บาท ห้องเดี่ยว 51,800 บาท - อัตราค่าบริการดังกล่าวข้างต้น รวมค่าห้องพัก อาหาร 4 มื้อ ค่าบริการพยาบาลและแพทย์เยี่ยม 1 ครั้ง /สัปดาห์ - ค่าใช้จ่ายนี้อาจเปลี่ยนแปลงตามความจำเป็นและทางโรงพยาบาลแจ้งให้ทราบล่วงหน้า	- กองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข (ประเภทโรงพยาบาลทั่วไป)

ลำดับที่	ชื่อสถานบริการ	ที่อยู่ – เบอร์โทรศัพท์ เวลาทำการ	รูปแบบการบริการ	ค่าใช้จ่าย (ราคา)	การขึ้นทะเบียน
2	ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาล ชลลดา	- ใกล้เทศบาลบางบัวทอง ถนนบางกรวยไทน้อย อ. บางบัวทอง จ.นนทบุรี - โทร: 089-7602650 (คุณวิไล) ; 086-8115485 (คุณนิด) Email: baan-arjarn@yahoo.com - เวลาทำการ 24 ชั่วโมง	1. เปิดให้บริการรับฝากการดูแลทั้งแบบรายวัน/รายสัปดาห์/รายเดือน ในห้องปลอดเชื้อ 2. ดูแลญาติผู้ใหญ่/ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 3. ผู้ป่วยหลังพักฟื้น/ผู้ป่วยเรื้อรัง/ และไม่สามารถหาคนที่ไว้วางใจช่วยดูแลแทนได้	- แล้วแต่สภาพผู้ป่วย	กองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข (ประเภทโรงพยาบาลทั่วไป)
3	โรงพยาบาลเทียนฟ้า มูลนิธิ	- 606 ถ.เยาวราช เขตสัมพันธวงศ์ กรุงเทพฯ - โทร: 02-2330555; 02-2372190; 02-2372191	- รับดูแลผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป - มีการรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุทั่วไปและมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง	- ห้องรวม 22 เตียง 25 บาท/วัน - ห้องพิเศษรวม 2 เตียง ห้องละ 300 บาท/วัน - ห้องพิเศษเดี่ยว 1 เตียง ห้องแอร์ห้องละ 500 บาท/วัน	กองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข (จดทะเบียนยาในประเภทการแพทย์แผนโบราณ)
4	โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2	- 27 ซอย สุขุมวิท 68 (ซอยโสภณ) แขวงบางนา เขตบางนา กรุงเทพฯ 10260 - โทร: 02-3994259-63 , 02-7062890-4 - เวลาทำการ ตลอด 24 ชั่วโมง	- บริการรักษาพยาบาลและรักษาสภาพฟื้นฟูสุขภาพอย่างครบวงจร มีแพทย์พยาบาล และบุคลากรที่มีความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง - ยึดหลักการให้บริการผู้สูงอายุ ประดุจญาติ นอกจากให้บริการรักษาการพยาบาลการเจ็บป่วยให้หายโดยเร็วแล้วยังให้ความสำคัญเรื่องคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ด้วยการเป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุในครอบครัวและในสังคม	- ค่าใช้จ่าย 20,000 บาทขึ้นไป (ไม่รวมค่ายาเวชภัณฑ์ ค่าตรวจพิเศษต่างๆ)	กองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข (ประเภทสถานดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง)

ในด้านบุคลากรที่ให้การดูแลด้านสุขภาพ พบว่าขาดบุคลากรบุคลากรประจำสถานสงเคราะห์ แต่จะมีบุคลากรในโรงพยาบาลใกล้เคียงเข้าไปช่วยเหลือดูแลเป็นครั้งคราว เช่น สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง ที่มีแพทย์ พยาบาล จากโรงพยาบาลศูนย์ตรัง เข้าไปช่วยดูแลรักษาสัปดาห์ละครั้ง ส่วนมูลนิธิจงฮั่วสงเคราะห์คนชราอนาถา มีแพทย์และพยาบาลจากโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ ช่วยดูแลรักษาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยสัปดาห์ละครั้ง

ในส่วนของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ทั้งภาครัฐ และองค์กรการกุศล ได้รับการกำหนดคุณสมบัติไว้คล้าย ๆ กันคือไม่มีโรค แต่จากการสำรวจกลับพบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ทุกมีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และยังมีผู้สูงอายุบางส่วนที่มีภาวะสมองเสื่อม พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงที่บกพร่องการดูแลตนเองมากขึ้น ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์มากขึ้น

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของสถานดูแลผู้สูงอายุในภาคใต้ ประกอบด้วยสถานสงเคราะห์คนชรา ในสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 4 แห่ง และ สถานสงเคราะห์คนชราอนาถา ของมูลนิธิจงฮั่ว 1 แห่ง โดยสถานสงเคราะห์คนชรา กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทั้ง 4 แห่ง มีลักษณะการให้บริการในลักษณะเดียวกัน ซึ่งมีลักษณะ ดังนี้

สถานสงเคราะห์คนชรา สังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ภาคใต้ ได้แก่

1. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอู่ทอง พนังตัง จังหวัดชุมพร
2. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง
3. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านทักษิณ จังหวัดยะลา
4. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต

คุณสมบัติของผู้สูงอายุที่รับบริการ

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับลักษณะการให้บริการในสถานสงเคราะห์คนชราภาครัฐ ได้กำหนดคุณสมบัติของผู้สูงอายุที่รับบริการไว้ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทยทั้งชาย และหญิง ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. มีความสมัครใจที่เข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์
3. ไม่อยู่ในระหว่างต้องหาว่ากระทำความผิดอาญา หรืออยู่ระหว่างการสอบสวนของพนักงานเจ้าหน้าที่ หรือถูกดำเนินคดีอาญา
4. ไม่เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรงใด ๆ
5. ไม่พิการทุพลภาพ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
6. ต้องสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในกิจวัตรประจำวัน
7. เป็นผู้ประสบความเดือดร้อนเนื่องจากมีฐานะยากจน ขาดผู้ดูแลและให้ความช่วยเหลือ ไม่มีผู้อุปการะ ไม่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้

อย่างไรก็ตามจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบางแห่งมีภาวะเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลมากขึ้น ซึ่งบางคนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ตามข้อกำหนดคุณสมบัติที่สถานสงเคราะห์ได้กำหนดไว้ เช่น สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอู่ทอง พนังตัก จังหวัดชุมพร พบว่า มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจำนวน 34 คน จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 75 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 42.67

เจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ประกอบด้วย

1. ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนักสังคมสงเคราะห์
2. พี่เลี้ยง ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดในสถานสงเคราะห์แต่ละแห่ง ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุในระยะสั้น ๆ ไม่ใช่วิชาชีพพยาบาล
3. นักกายภาพบำบัด ซึ่งมีแห่งละ 1-2 คน
4. คนครัว
5. เจ้าหน้าที่ซักรีด

คุณสมบัติของผู้สูงอายุ

สถานสงเคราะห์ โดยองค์กรการกุศล ได้กำหนดคุณสมบัติของผู้สูงอายุ ไว้ดังนี้

1. อายุ 60 ปี บริบูรณ์ทั้งชายและหญิง
2. เป็นผู้ไร้ญาติขาดมิตรหรืออนาถา
3. มีความประพฤติเรียบร้อย
4. ไม่ก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
5. ไม่ติดยาเสพติดทุกประเภท
6. ไม่เป็นวัณโรค โรคเรื้อน โรคประสาท และโรคติดต่ออื่น ๆ
7. ต้องมีหนังสือรับรองหรือแนะนำจากสมาคม มูลนิธิ ชมรม หรือหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน
8. มูลนิธิสงวนลิขสิทธิ์ให้คณะกรรมการบริหารมูลนิธิเป็นผู้พิจารณาคนชราที่จะเข้ารับการสงเคราะห์

ลักษณะการให้บริการ

1. บริการที่พักอาศัยและอาหาร มีอาคารที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เป็นอาคาร 3 ชั้น ประกอบด้วย ห้องนอนรวม และห้องพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ส่วนเรื่องอาหาร มีอาหารสำหรับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์วันละ 2 มื้อ คือ มื้อเช้า และมื้อเย็น สำหรับอาหารมื้อกลางวันจะเป็นข้าวต้ม หรือบางวันจะมีอาหารจากผู้มีจิตศรัทธามาเลี้ยงอาหาร

2. บริการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่จัดแพทย์และพยาบาลตรวจสุขภาพแก่ผู้สูอายุในสถานสงเคราะห์เป็นประจำทุกวันพุธ ส่วนการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์จะมีพี่เลี้ยงคอยดูแลเป็นประจำ จำนวน 3 คน

3. บริการกิจกรรมการออกกำลังกาย สถานสงเคราะห์ได้จัดเตรียมห้องสำหรับให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกาย โดยมีพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือดูแล

4. กิจกรรมสันทนาการ สถานสงเคราะห์ได้จัดให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การประกอบพิธีกรรมวันสาร์ทจีน การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา และกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การปลูกต้นไม้

5. บริการฌาปนกิจ โดยจัดพิธีกรรมทางศาสนาแก่ผู้สูงอายุที่เสียชีวิต และอำนวยความสะดวกแก่ญาติในกรณีที่ผู้สูงอายุเสียชีวิตและญาติต้องการนำศพไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนา

ปัจจุบันมูลนิธิจงฮั่วสงเคราะห์คนชราอนาถา มีผู้สูงอายุทั้งหมด 52 คน มีผู้ดูแลทั้งหมด 3 คน หัวหน้าฝ่ายบ้านพักคนชรา 1 คน แม่บ้าน 1 คน

2) ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

2.1) ไม่มีการขึ้นทะเบียนสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างเป็นรูปธรรม และไม่มีการแบ่งประเภทของมูลนิธิที่ชัดเจน ทำให้การสำรวจข้อมูลบางครั้งอาจไม่ชัดเจนเท่าที่ควร ซึ่งในการสำรวจสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากข้อมูลสถานพยาบาลที่มีอยู่มากมายนั้นไม่มีการบอกประเภทว่าเป็นการให้บริการผู้สูงอายุหรือไม่ แต่จะเป็นข้อมูลเบื้องต้นว่าเป็นสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ในส่วนของมูลนิธิจากการสำรวจพบว่ามีจำนวนมากแต่ไม่ได้แยกประเภทว่าเป็นการให้บริการในรูปแบบใด

2.2) กฎเกณฑ์ในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ทำให้สถานบริการหลายๆ แห่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาล ทั้งของภาครัฐและเอกชนพบว่ามีการให้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการไม่สามารถพักอยู่ในโรงพยาบาลนานๆ ได้ ต้องออกจากโรงพยาบาลก่อน 30 วันตามที่ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การดูแลระยะยาวไว้ แล้วถึงกลับเข้ารับบริการใหม่เป็นระยะๆ

2.3) การบริการที่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีระดับการช่วยเหลือตนเองหลายระดับ เช่น สถานบริการหลายๆ แห่งทั้งบ้านพักคนชราและสถานบริบาล ได้จัดให้มีการบริการหลายระดับตั้งแต่การช่วยเหลือส่วนบุคคลถึงการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาล จึงทำให้ยากต่อการจัดประเภทของสถานบริการนั้นๆ ได้อย่างชัดเจน

ตารางที่ 4.4 แสดงบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยจำแนกตามรายภาค

ลำดับที่	ชื่อสถานบริการ	จังหวัด	ประเภท					จำนวนผู้สูงอายุ	จำนวนบุคลากรทั้งหมด	สังกัด	การขึ้นทะเบียน
			RH	AL	LSH	NH	HC				
ภาคเหนือ											
1	ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เชียงใหม่	เชียงใหม่	✓					150	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	รัฐบาล	ไม่ได้จด
2	สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์	เชียงใหม่	✓					70	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	อปท.	ไม่ได้จด
3	บ้านห่วงใย ศูนย์ดูแลและพักฟื้นผู้สูงอายุ	เชียงใหม่				✓		7	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่ได้จด
4	สถาบันแมคเคนเพื่อการฟื้นฟูสภาพ	เชียงใหม่				✓		10	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
5	ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ลำปาง	ลำปาง	✓					50	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	รัฐบาล	ไม่ได้จด
6	สถานพยาบาลแวนแซนต์วูดร์	ลำปาง			✓			11	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
7	ธารธรรมนำสุข โรงพยาบาลแม่ทะ	ลำปาง			✓			13	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	รัฐบาล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
8	วัดตระพังทอง	จ.สุโขทัย			✓			10	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	รัฐบาล	ไม่ได้จด
9	สถานสงเคราะห์วังทอง	จ.พิษณุโลก	✓					120	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	รัฐบาล	ไม่ได้จด
10	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว	จ.นครสวรรค์	✓					120	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	อปท.	ไม่ได้จด
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ											
1	บ้านพักคนชรานักบุญโยเซฟ	ขอนแก่น	✓					14	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่ได้จด
2	บ้านสิเมโอน ศูนย์มารานาธา	ขอนแก่น	✓					2	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่ได้จด
3	สถานสงเคราะห์คนชราท่าอุเทน	นครราชสีมา	✓					35	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	อปท.	ไม่ได้จด
4	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง	นครราชสีมา	✓					107	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	อปท.	ไม่ได้จด
5	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์วัดม่วง	นครราชสีมา	✓					96	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	รัฐบาล	ไม่ได้จด
6	สถาน (หอ) บริบาลในโรงพยาบาลเซนต์แมรี่	นครราชสีมา		✓				16	ไม่ระบุ	เอกชน	กระทรวงพานิชย์

ลำดับที่	ชื่อสถานบริการ	จังหวัด	ประเภท					จำนวนผู้สูงอายุ	จำนวนบุคลากรทั้งหมด	สังกัด	การขึ้นทะเบียน
			RH	AL	LSH	NH	HC				
7	สถาน (หอ) บริบาลในโรงพยาบาล โคราชเมมโมเรียล	นครราชสีมา		✓				17	ไม่ระบุ	เอกชน	กระทรวงพานิชย์
8	โรงพยาบาลขามสะแกแสง	นครราชสีมา						ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	รัฐบาล	ไม่ได้จด
9	สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วัดคำประมง	สกลนคร					✓	5	ไม่ระบุ	รัฐบาล	ไม่ได้จด
10	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบุรีรัมย์	บุรีรัมย์	✓					108	ไม่ระบุ	อปท.	ไม่ได้จด
11	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม	มหาสารคาม	✓					70	ไม่ระบุ	อปท.	ไม่ได้จด
12	บ้านพักคนชราวินเซนต์เดอปอล	อุดรธานี	✓					25	ไม่ระบุ	เอกชน	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
13	บ้านสิเมโอน ศูนย์มารานาธา	อุบลราชธานี						2	ไม่ระบุ	เอกชน	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
ภาคกลางและภาคตะวันออก											
1	คามิลเลียน โซเชียล เซนเตอร์	จันทบุรี	✓					ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
2	คามิลเลียน โซเชียล เซนเตอร์	นครปฐม	✓					ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
3	มูลนิธิซิสเตอร์คามิลเลียนอนุสรณ์	ราชบุรี	✓					ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
4	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี	ลพบุรี	✓					ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	อปท.	ไม่ไดจด

ลำดับที่	ชื่อสถานบริการ	จังหวัด	ประเภท					จำนวนผู้สูงอายุ	จำนวนบุคลากรทั้งหมด	สังกัด	การขึ้นทะเบียน
			RH	AL	LSH	NH	HC				
5	มูลนิธิสงเคราะห์คนชราเกาะสีชัง	ชลบุรี	✓					ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
6	ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุบางละมุง	ชลบุรี	✓					ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	อปท.	ไม่ได้จด
7	สถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ ในพระสังฆราชูปถัมภ์	พระนครศรีอยุธยา	✓					ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	อปท.	ไม่ได้จด
8	ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุบางละมุง	ชลบุรี	✓					ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	อปท.	ไม่ได้จด
9	สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิม-ราชกุมารี	นครปฐม	✓					ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	อปท.	ไม่ได้จด
10	สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราช-กุมารี	กาญจนบุรี	✓					ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	อปท.	ไม่ได้จด
11	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี	จันทบุรี	✓					ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	อปท.	ไม่ได้จด
12	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม	นครปฐม	✓					ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	อปท.	ไม่ได้จด
13	บ้านเบธานี	ราชบุรี	✓					ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่ได้จด
14	สถานสงเคราะห์คนชราถ้ำประทุน	สระบุรี	✓					ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	อปท.	ไม่ได้จด

ลำดับที่	ชื่อสถานบริการ	จังหวัด	ประเภท					จำนวนผู้สูงอายุ	จำนวนบุคลากรทั้งหมด	สังกัด	การขึ้นทะเบียน
			RH	AL	LSH	NH	HC				
15	สถานดูแลผู้สูงอายุ ดอนลาน	พระนครศรีอยุธยา	✓					ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	อปท.	ไม่ได้จด
16	มูลนิธิยอแซฟสงเคราะห์คนชรา	นครนายก	✓					ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	อปท.	ไม่ได้จด
17	มูลนิธิมิตรภาพสงเคราะห์	ปทุมธานี	✓					ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	อปท.	ไม่ได้จด
18	มูลนิธิวัยวัฒนานิวาส	สมุทรปราการ	✓					ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	อปท.	ไม่ได้จด
19	มูลนิธิเนกขัมม์	ราชบุรี	✓					ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	มูลนิธิ
20	ไทยร่มเย็น เนอร์สซิ่งโฮม	ชลบุรี		✓				ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	กระทรวงพานิชย์
21	ศูนย์ธรรมชาติบำบัด สไมล์ เฮลธ์	ปทุมธานี		✓				ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
22	บางไทร ฮอสปิเฮ้าส์	พระนครศรีอยุธยา		✓				ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
23	โรงพยาบาล เซ็นทรัล ปาร์ค	สมุทรปราการ			✓			ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
24	บ้านอายุวัฒนะ โรงพยาบาลวิภาวดี-ปิยราษฎร์	สุพรรณบุรี						ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
25	MC Nursing home	นนทบุรี				✓		ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่สะดวกให้ข้อมูล

ลำดับที่	ชื่อสถานบริการ	จังหวัด	ประเภท					จำนวนผู้สูงอายุ	จำนวนบุคลากรทั้งหมด	สังกัด	การขึ้นทะเบียน
			RH	AL	LSH	NH	HC				
26	โกลเด้นแคร์เนอร์สซิ่งโฮม	นนทบุรี				✓		ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	กระทรวงพานิชย์
27	ศูนย์มุฑิตา เนอสซิ่งโฮม 1	นครปฐม				✓		ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	กระทรวงพานิชย์
28	ดี พี การแพทย์	สมุทรปราการ				✓		ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
29	เตือนใจ เนอสซิ่งโฮม	ราชบุรี				✓		ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	กระทรวงพานิชย์
30	บ้านสุขใจ	นนทบุรี				✓		ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
31	บ้านอภิบาล	นนทบุรี				✓		ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
32	หจก.ศิวนาถเนิร์ซซิ่งโฮม	สมุทรปราการ				✓		ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
33	ศูนย์พยาบาลพิเศษกรุงเทพ	ปทุมธานี				✓		ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	กระทรวงพานิชย์
34	ธนภัทรเนอสซิ่งโฮม	ลพบุรี				✓		ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่ได้จดทะเบียน
35	บ้านพักรับรอง กาญจนบุรี เนอร์สซิ่งแคร์	กาญจนบุรี				✓		ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่ได้จดทะเบียน
36	โสธรชัย เนอสซิ่งโฮม	กาญจนบุรี				✓		ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่สะดวกให้ข้อมูล

ลำดับที่	ชื่อสถานบริการ	จังหวัด	ประเภท					จำนวนผู้สูงอายุ	จำนวนบุคลากรทั้งหมด	สังกัด	การขึ้นทะเบียน
			RH	AL	LSH	NH	HC				
37	ศูนย์เอ็นดีเนอร์สซิ่งโฮม	นนทบรี				✓		ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	กระทรวงพานิชย์
38	ศูนย์นวลจันทร์เนอร์สซิ่งโฮม	นนทบุรี				✓		ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
39	ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาล ชลลดา	นนทบุรี						ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
40	บ้านวิลล่าแอนนา	นครปฐม				✓		ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
41	ศาลายาเนอร์สซิ่งโฮม	นครปฐม				✓		ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
42	ศูนย์จันทน์นุเคราะห์เนอสซิ่งโฮม	สมุทรปราการ				✓		ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
43	สถานพยาบาลจุฬาเวช	สมุทรปราการ						ไม่สะดวกให้ข้อมูล	ไม่สะดวกให้ข้อมูล	เอกชน	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
44	ศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ ธัญบุรี	ปทุมธานี					✓	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	สธ.	สธ.
กรุงเทพมหานคร											
1	สถานพยาบาลศุขเวชเนอสซิ่งโฮม	กทม.				✓		ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ธุรกิจ	กองประกอบโรคศิลปฯ
2	เดอะซีเนียร์ ลาดพร้าว 9	กทม.				✓		ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ธุรกิจ	กองประกอบโรคศิลปฯ
3	เดอะซีเนียร์ รัชดาภิเษก 44	กทม.				✓		ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ธุรกิจ	กองประกอบโรค

ลำดับที่	ชื่อสถานบริการ	จังหวัด	ประเภท					จำนวนผู้สูงอายุ	จำนวนบุคลากรทั้งหมด	สังกัด	การขึ้นทะเบียน
			RH	AL	LSH	NH	HC				
											ศิลปฯ
4	โรงพยาบาลนวศรีเนอร์สซิ่งโฮม	กทม.				✓		ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ธุรกิจ	กองประกอบโรคศิลปฯ
5	ภัสรพิบาลเนอร์สซิ่งโฮม	กทม.				✓		ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ธุรกิจ	กองประกอบโรคศิลปฯ
6	แคร์เนอร์สซิ่งโฮม	กทม.				✓		ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ธุรกิจ	กองประกอบโรคศิลปฯ
7	ทรี พี เซ็นทรัลเนอร์สซิ่งโฮม	กทม.				✓		ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ธุรกิจ	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
8	โกลเด้นแคร์เนอร์สซิ่งโฮม	กทม.				✓		ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ธุรกิจ	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
9	ห้างหุ้นส่วนจำกัด สมปารถนา 49	กทม.				✓		ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ธุรกิจ	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
10	ศูนย์บุญรักษาเนอร์สซิ่งโฮม	กทม.				✓		ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ธุรกิจ	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
11	Nursing and Nurse Aid	กทม.				✓		ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ธุรกิจ	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
12	จุฬาเนอร์สซิ่งแคร์	กทม.				✓		ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ธุรกิจ	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
13	ห้างหุ้นส่วนจำกัด สยามเนอร์ซิ่งแคร์	กทม.				✓		ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ธุรกิจ	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
14	บ้านหมอสม	กทม.				✓		ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ธุรกิจ	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
15	โรงพยาบาลเซ็นหลุยส์	กทม.				✓		ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ธุรกิจ	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
16	โรงพยาบาลเทียนฟ้า มูลนิธิ	กทม.				✓		ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ธุรกิจ	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
17	โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2	กทม.				✓		ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	ธุรกิจ	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
ภาคใต้											
1	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอู่ทอง พนังตัก	ชุมพร	✓					75	32	อปท.	ไม่ได้จดทะเบียน

ลำดับที่	ชื่อสถานบริการ	จังหวัด	ประเภท					จำนวนผู้สูงอายุ	จำนวนบุคลากรทั้งหมด	สังกัด	การขึ้นทะเบียน
			RH	AL	LSH	NH	HC				
2	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง	ตรัง	✓					84	26	อปท.	ไม่ได้จดทะเบียน
3	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านทักษิณ	ยะลา	✓					78	40	อปท.	ไม่ได้จดทะเบียน
4	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านภูเก็ต	ภูเก็ต	✓					84	26	อปท.	ไม่ได้จดทะเบียน
5	มูลนิธิจงฮั่งสงเคราะห์คนชราอนาถา	สงขลา	✓					52	3	มูลนิธิ	ไม่ได้จดทะเบียน

หมายเหตุ :** ***RH : Residential home

AL : Assisted living

LTCH : Long-term care hospitals

NH : Nursing home

HC : Hospice care

4.2 ลักษณะของสถานบริการผู้สูงอายุและการบริการ

4.2.1 ประเภทของสถานบริการตามการขึ้นทะเบียน/ตามวัตถุประสงค์ของการบริการ

เมื่อแบ่งสถานบริการออกเป็นแต่ละประเภท พบว่ามีสถานบริบาลมากที่สุดจำนวน 60 แห่ง (ร้อยละ 43.48) รองลงมาคือบ้านพักคนชราหรือสถานสงเคราะห์คนชราจำนวน 44 แห่ง (ร้อยละ 31.88) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลจำนวน 25 แห่ง (ร้อยละ 18.12) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตจำนวน 6 แห่ง (ร้อยละ 4.35) และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 2.17) ตามลำดับ (ดูตารางที่ 4.1)

4.2.2 ต้นสังกัดของสถานบริการ

เมื่อสถานบริการตามต้นสังกัด พบว่าภาครัฐส่วนใหญ่เป็นสถานสงเคราะห์ อยู่ในสังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 7 แห่ง ส่วนภาคเอกชนส่วนใหญ่เป็นสถานบริบาล (nursing home) มีจำนวน 11 แห่ง (ดูตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ ของสถานบริการจำแนกตามต้นสังกัดของสถานบริการ (n=44)

ประเภทของสถานบริการ	*ภาครัฐบาล*			*ภาคเอกชน*			
	พม.	*สธ.*	*อบท.*	*องค์กรธุรกิจ*	*องค์กรการกุศล*	*วัด*	*องค์กรศาสนา*
Residential home	7	-	6	-	5	-	-
Assisted living	2	-	1	2	-	1	-
LTC hospitals	-	1	-	2	1	-	-
Nursing home	-	-	-	11	1	-	1
Hospice care	-	2	-	-	-	1	-
รวม	**9**	**3**	**7**	**15**	**7**	**2**	**1**

4.2.3 ลักษณะบริการ

การบริการในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย ส่วนใหญ่ให้การบริการด้านการฟื้นฟูสภาพจำนวน 27 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 61.4 รองลงมาเป็นการให้บริการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 20 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 45.5 และการดูแลสุขภาพที่บ้านพบน้อยที่สุด ซึ่งมีจำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 15.9 (ดูตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวน ร้อยละของลักษณะการให้บริการ (n=44)

ประเภทของการให้บริการ	*จำนวน*	*ร้อยละ*
การดูแลระยะสุดท้าย	19	43.1
การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	20	45.5
การดูแลกลางวัน	14	31.8
การดูแลชั่วคราว	17	38.6
การฟื้นฟูสภาพ	27	61.4

ประเภทของการให้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลสุขภาพที่บ้าน	7	15.9
การส่งผู้ช่วยดูแลไปดูแลที่บ้าน	8	18.6

ตารางที่ 4.7 จำนวน ร้อยละ ของลักษณะการให้บริการในสถานบริการ จำแนกตามประเภทของสถานบริการ (n=44)

ลักษณะการให้บริการ	*ประเภทสถานบริการ*					*รวม %*
	Residential home	*Assisted living*	*LTC hospitals*	*Nursing home*	*Hospice care*	
การดูแลระยะสุดท้าย	26.3	5.3	15.8	**36.8**	15.8	100
การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	30	15	5	**50.0**	-	100
การดูแลกลางวัน	28.6	7.1	14.3	**50.0**	-	100
การดูแลชั่วคราว	11.8	17.6	11.8	**47.1**	11.8	100
การฟื้นฟูสภาพ	22.2	14.8	11.1	**40.7**	11.1	100
การดูแลสุขภาพที่บ้าน	14.3	-	28.6	**57.1**	-	100
การส่งผู้ช่วยดูแลไปดูแลที่บ้าน	-	12.5	12.5	**75.0**	-	100

4.2.4 กิจกรรมการให้บริการที่สำคัญ

เมื่อเปรียบเทียบในสถานบริการแต่ละประเภท พบว่า รูปแบบการบริการทุกประเภทพบในสถานบริบาลผู้สูงอายุ (nursing home) มากกว่าในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวประเภทอื่น กล่าวคือ มีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 36.8 ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมละ 50 การูแลกลางวันร้อยละ 50 การดูแลชั่วคราวร้อยละ 47.1 การฟื้นฟูสภาพร้อยละ 40.7 การดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 57.1 และการส่งผู้ช่วยดูแลไปดูแลที่บ้านร้อยละ 75 (ตารางที่ 4.7)

4.2.5 จำนวนเตียงทั้งหมด

จากแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน พบว่าจำนวนเตียงเฉลี่ยของบ้านพักคนชรา ในส่วนของภาครัฐ มีมากที่สุดเท่ากับ 115.5 เตียง ส่วนสถานบริการภาคเอกชนพบว่า จำนวนเตียงเฉลี่ยของสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลมีค่ามากที่สุดเท่ากับ 29.6 เตียง (ดูตารางที่ 4.16) และในภาพรวมพบว่าบ้านพักคนชรามีจำนวนเตียงโดยเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 254.5 เตียง รองลงมาคือ สถานดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานบริบาล สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล มีจำนวนเตียงเฉลี่ย เท่ากับ 81.5, 53.5, 39 และ 36.5 เตียงตามลำดับ

สถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวรวมทุกประเภท พบว่ามีจำนวนเตียงโดยเฉลี่ย 68.7 เตียง เมื่อพิจารณาในแต่ละประเภทพบว่า บ้านพักคนชรามีจำนวนเตียงโดยเฉลี่ยสูงสุดคือ 163 เตียง รองลงมาคือ สถานที่ช่วยเหลือดูแลในการดำรงชีวิต จำนวน 63.5 เตียง บ้านพักคนชราจำนวน

53.5 เตียง สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 34 เตียง และสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล จำนวน 29.5 เตียง และเมื่อนำจำนวนเตียงเฉลี่ยแต่ละประเภทไปคูณกับจำนวนสถานบริการที่สำรวจได้ในเบื้องต้นตามตารางที่ 4.8 ก็จะได้ประมาณการณ์จำนวนเตียงของสถานบริการดูแลระยะยาวแต่ละประเภท ที่พบมากที่สุดคือบ้านพักคนชราคาดว่ามีจำนวนเตียงประมาณ 7,172 เตียง รองลงมาคือสถานบริบาล จำนวน 3,210 เตียง และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวนเตียงน้อยที่สุด คือ 102 เตียง เมื่อนำจำนวนเตียงโดยเฉลี่ยของสถานบริการแต่ละประเภททั้งหมดมารวมกัน ก็จะสามารถประมาณการณ์จำนวนเตียงของสถานบริการดูแลระยะยาวรวมทุกประเภททั่วประเทศ เป็นจำนวน 11,602.5 เตียง

ตารางที่ 4.8 ค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย ของสถานบริการ จำแนกตามจำนวนเตียง

ประเภทของสถานบริการ	จำนวนเตียง								
	ภาครัฐ			ภาคเอกชน			รวม		
	ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย	ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย	ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย
Residential home (44 แห่ง)	33 (พม.)	300 (พม.)	166.5	26 (การกุศล)	150 (การกุศล)	88	26	300	163 (7,172)
Assisted living (6 แห่ง)	10 (สธ.)	120 (พม.)	65	7 (ธุรกิจ)	26 (ธุรกิจ)	16.5	7	120	63.5 (381)
LTC hospitals (25 แห่ง)	13 (สธ.)	-	13	14 (ธุรกิจ)	46 (ธุรกิจ)	30	13	46	29.5 (737.5)
Nursing home (60 แห่ง)	-	-	-	7 (ธุรกิจ)	100 (ธุรกิจ)	53.5	7	100	53.5 (3,210)
Hospice care (3 แห่ง)	8 (สธ.)	10 (สธ.)	9	-	60 (วัด)	60	8	60	34 (102)
รวม (138 แห่ง)									68.7 (11,602.5)

4.2.6 เกณฑ์การพิจารณารับผู้สูงอายุเข้าพักอาศัยในสถานบริการ

ในส่วนสถานสงเคราะห์ โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรการกุศล ได้กำหนดคุณสมบัติของผู้สูงอายุไว้คล้ายคลึงกันคือ

1. เป็นผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิง
2. ไม่เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรงใด ๆ เช่น ไม่เป็นวัณโรค โรคเรื้อน โรคประสาท และโรคติดต่ออื่นๆ
3. เป็นผู้ประสบความเดือดร้อนเนื่องจากมีฐานะยากจน ขาดผู้ดูแลและให้ความช่วยเหลือ ไม่มีผู้อุปการะ ไม่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้

ประเด็นที่แตกต่างกันก็คือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้กำหนดคุณสมบัติเพิ่มเติมคือ ผู้สูงอายุจะต้องมีความสมัครใจที่เข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ ไม่อยู่ในระหว่างต้องหาว่ากระทำความผิดอาญา หรืออยู่ระหว่างการสอบสวนของพนักงานเจ้าหน้าที่ หรือถูกดำเนินคดีอาญา และจะต้องสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในกิจวัตรประจำวัน ในขณะองค์กรการกุศลกำหนดคุณสมบัติเพิ่มเติมคือ ผู้สูงอายุจะต้องมีหนังสือรับรองหรือแนะนำจากสมาคม มูลนิธิ ชมรม หรือหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน และมูลนิธิจะสงวนลิขสิทธิ์ให้คณะกรรมการบริหารมูลนิธิเป็นผู้พิจารณาคนชราที่จะเข้ารับการสงเคราะห์

ส่วนสถานบริการภาคเอกชน ส่วนใหญ่จะไม่มีข้อกำหนดคุณสมบัติของผู้รับบริการที่ชัดเจนถือว่าเป็นการบริการ จึงคำนึงถึงความสามารถในการจ่ายของผู้รับบริการเป็นสำคัญ จึงไม่มีการกำหนดอายุ ทำให้พบว่าผู้รับบริการบางรายมีอายุไม่ถึง 60 ปี แต่มีความพิการที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามมีสถานบริการบางแห่งได้กำหนดคุณสมบัติที่สำคัญข้อหนึ่ง ก็คือ ผู้สูงอายุจะต้องไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อโรคในสถานบริการ

4.2.7 อัตราส่วนผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

จากการศึกษาพบว่า ในภาครัฐมีจำนวนเตียงและจำนวนผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรามากที่สุด ในขณะที่ภาคเอกชน ถึงแม้จะมีจำนวนเตียงในบ้านพักคนชราน้อยกว่าสถานบริบาลแต่กลับพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่พักอาศัยมากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า สถานบริการภาคเอกชนมีจำนวนบุคลากรที่หลากหลายกว่าภาครัฐ (ดูตารางที่ 4.9-4.10)

จากตารางที่ 4.11 พบว่าอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้สูงอายุในสถานบริบาลมีอัตราสูงสุดคือ 1 : 5.7 รองลงมาคือสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลคือ 1 : 6.2 ในขณะที่พบอัตราต่ำสุดในบ้านพักคนชราคือ 1 : 187.3 ส่วนอัตราผู้ช่วยพยาบาลต่อผู้สูงอายุมีอัตราสูงสุดในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลคือ 1 : 6.9 รองลงมาคือสถานบริบาลมีอัตรา 1 : 21.8 และพบอัตราต่ำสุดในบ้านพักคนชราคือ 1 : 2,060.65 อัตราผู้ช่วยดูแลต่อผู้สูงอายุพบอัตราสูงสุดในสถานบริบาลคือ 1 : 1.6 รองลงมาเป็นสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลคือ 1 : 2.5 และพบอัตราต่ำสุดในบ้านพักคนชราคือ 1 : 16.2 ส่วนในสถานดูแลระยะสุดท้ายไม่ผู้ช่วยดูแล ส่วนอัตราพี่เลี้ยงพบอัตราสูงสุดในบ้านพักคนชราคือ 1 : 16.2 ส่วนในสถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุท้ายไม่มีพี่เลี้ยง นอกจากนี้พบว่าอัตราส่วนนักกายภาพบำบัดต่อผู้สูงอายุพบอัตราสูงสุดในสถานบริบาลคือ 1 : 31.6 รองลงมาเป็นสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลคือ 1 : 61.5 และพบอัตราต่ำสุดในบ้านพักคนชราคือ 1 : 424.8 ส่วนอัตรานักกิจกรรมบำบัดพบอัตราสูงสุดในสถานบริบาลคือ 1 : 47.5 และยังพบว่าสถานบริการส่วนใหญ่ขาดแคลนนักกิจกรรมบำบัดซึ่งพบว่าในบ้านพักคนชรา สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล และสถานดูแลระยะสุดท้ายไม่มีนักกิจกรรมบำบัด

ตารางที่ 4.9 ประเภทสถานบริการภาครัฐบาล จำแนกตามจำนวน เตียง ผู้สูงอายุ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยดูแล พี่เลี้ยง นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด

ประเภทสถานบริการ ภาครัฐบาล	จำนวนเตียง	จำนวนผู้สูงอายุ	จำนวนพยาบาล	จำนวนผู้ช่วยพยาบาล	จำนวนผู้ช่วยดูแล	จำนวนพี่เลี้ยง	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
Residential home	1,502	1,385	9	2	10	68	4	-
Assisted living	332	288	15	15	5	-	-	-
LTC hospitals	13	13	1	3	-	-	-	-
Nursing home	-	-	-	-		-	-	
Hospice care	18	14	5	5	-	-	1	1

ตารางที่ 4.10 จำนวนสถานบริการภาคเอกชน จำแนกตามจำนวนเตียง ผู้สูงอายุ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยดูแล พี่เลี้ยง นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด

ประเภทสถานบริการ ภาคเอกชน	จำนวนเตียง	จำนวนผู้สูงอายุ	จำนวนพยาบาล	จำนวนผู้ช่วยพยาบาล	จำนวนผู้ช่วยดูแล	จำนวนพี่เลี้ยง	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
Residential home	343	301	-	-	56	36	-	-
Assisted living	37	33	2	1	36	-	1	2
LTC hospitals	89	49	9	6	25	-	1	-
Nursing home	368	284	50	13	175	2	9	6
Hospice care	60	60	-	-	-	-	-	-

ตารางที่ 4.11 อัตราส่วนของผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุในสถานบริการ จำแนกตามสถานบริการ

สถานบริการ	สัดส่วนบุคลากร : ผู้สูงอายุในสถานบริการ					
	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยดูแล	พี่เลี้ยง	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
Residential home	1: 187.3	1: 2,060.65	1: 25.5	1: 16.2	1: 424.8	ไม่มีนักกิจกรรมบำบัด
Assisted living	1: 15.3	1: 16.3	1: 6.3	ไม่มีพี่เลี้ยง	1: 261	1: 1,305
Long stay hospital	1: 6.2	1: 6.9	1: 2.5	ไม่มีพี่เลี้ยง	1: 61.5	ไม่มีนักกิจกรรมบำบัด
Nursing home	1: 5.7	1: 21.8	1: 1.6	1: 142.5	1: 31.6	1: 47.5
Hospice care	1: 14.8	1: 14.8	ไม่มีผู้ช่วยดูแล	ไม่มีพี่ลี้ยง	1: 74	ไม่มีนักกิจกรรมบำบัด

4.2.8 ค่าบริการ

จากการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลภาคเอกชน มีค่าสูงสุดเท่ากับ 33,000 บาทต่อเดือน รองลงมาเป็นค่าใช้จ่ายในสถานบริบาลเท่ากับ 15,961.5 บาทต่อเดือน ส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่มีค่าน้อยที่สุดพบในบ้านพักคนชรา ภาครัฐ เท่ากับ 1,073 บาทต่อเดือน (ดูตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.12 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ของสถานบริการ จำแนกตามค่าบริการต่อเดือน (n=44)

สถานบริการ	อัตราค่าบริการ					
	ภาครัฐ			ภาคเอกชน		
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย
Residential home	3,950	10,000	1,073	8,500	10,000	5,500
Assisted living	0	0	0	12,000	20,000	16,000
LTC hospitals	0	0	0	11,000	48,000	33,000
Nursing home	-	-	-	3,000	52,500	15,961.5
Hospice care	0	0	0	0	0	0

4.2.9 การขึ้นทะเบียนของสถานบริการ

จากการศึกษา พบว่ามีสถานบริการที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเรื่องการขึ้นทะเบียนเพียง 25 แห่ง พบว่ามีสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนเพียง 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 56 อยู่ระหว่างการขึ้นทะเบียน เท่านั้น 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 16 และไม่ได้ขึ้นทะเบียน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 28 สำหรับบ้านพักคนชราของภาคเอกชนไม่ได้ขึ้นทะเบียนเนื่องจากเป็นส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับองค์การกุศลและองค์กรทางศาสนา ส่วนสถานที่ให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้ขึ้นทะเบียนเนื่องจากเป็นการให้บริการในวัด ซึ่งปัจจุบันไม่ได้มีการกำหนดให้ต้องขึ้นทะเบียน นอกจากนี้ยังพบว่าสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลได้มีการขึ้นทะเบียนทั้งหมด กับกองประกอบโรคศิลปะคิดเป็นร้อยละ 100 ในขณะที่สถานบริบาล ซึ่งเป็นองค์ภาคธุรกิจมีการขึ้นทะเบียนกับกองประกอบโรคศิลปะเพียงร้อยละ 38.5 กระทรวงพาณิชย์ร้อยละ 15.2 และกรมการแพทย์ร้อยละ 7.7 ในขณะที่ร้อยละ 30.9 ของสถานบริบาลอยู่ระหว่างการดำเนินการขอขึ้นทะเบียน และร้อยละ 7.7 ของสถานบริบาลยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน (ดูตารางที่ 4.13)

ตารางที่ 4.13 จำนวน ร้อยละ ของสถานบริการภาคเอกชน จำแนกตามการขึ้นทะเบียน และหน่วยงานที่ขึ้นทะเบียน (n=25)

การขึ้นทะเบียน/ หน่วยงานที่ขึ้นทะเบียน	*ประเภทสถานบริการ*					*รวม*
	Residential home	*Assisted living*	*LTC hospitals*	*Nursing home*	*Hospice care*	
ไม่ได้ขึ้นทะเบียน	5 (100)	1 (25.0)	-	1 (7.7)	1 (100)	8 (28.0)
อยู่ระหว่างการดำเนินการ	-	-	-	4 (30.9)	-	4 (16.0)
ขึ้นทะเบียน						13 (56.0)
กองประกอบโรคศิลปะ	-	2 (75.0)	3 (100)	5 (38.5)	-	
กรมการแพทย์	-	-	-	1 (7.7)	-	
กระทรวงพาณิชย์	-	-	-	2 (15.2)	-	
รวม	**5 (100)**	**3 (100)**	**3 (100)**	**13 (100)**	**1 (100)**	**25 (100)**

4.3 การดำเนินงานของสถานบริการ

จากแบบสอบถามชุดที่ 1 มีคำถามกึ่งปลายเปิดที่สอบถามการดำเนินงานของสถานบริการในด้านความสำเร็จ ปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา แนวทางในการแก้ไขปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือจากภาครัฐ ผู้บริหารของสถานบริการได้ให้ข้อคิดเห็นสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

4.3.1 ความสำเร็จในการดำเนินการที่ผ่านมา

จากการสอบถามด้านความสำเร็จในการดำเนินงานที่ผ่านมา ผู้บริหารของสถานบริการได้ระบุให้เห็นว่าความสำเร็จสามารถประเมินได้จากหลายๆ ประเด็น สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นดังนี้

1) การบริการ สถานบริการของภาครัฐบางแห่งได้รับเลือกให้เป็นศูนย์บริการต้นแบบ มีมาตรฐานในการบริการ ทั้งด้านการพยาบาล ให้การดูแลด้วยความเอื้ออาทรและจริงใจ และมีการพัฒนาระบบการดูแลมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย มีความปลอดภัย และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ นอกจากนี้ในด้านสถานบริการภาคเอกชน ได้ประเมินความสำเร็จของการให้บริการจากผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีขึ้นและสามารถช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้น การได้รับความไว้วางใจจากญาติผู้สูงอายุ มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นและมีการการบอกต่อๆ กันโดยที่สถานบริการไม่ได้ใช้การโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์ใดๆ

2) การได้รับการช่วยเหลือจากสังคม สถานบริการหลายๆ แห่งกล่าวว่าการประกอบการหรือการดำเนินงานของตนได้ช่วยให้คนมีงานทำ ช่วยดูแลผู้สูงอายุไม่ให้เป็นภาระของสังคม เป็นการช่วยเหลือผู้ประสบความเดือดร้อนเนื่องจากขาดผู้ดูแล รวมทั้งยังมีส่วนร่วมในการพัฒนาการศึกษาโดยให้ความร่วมมือเป็นสถานที่ฝึกอบรมและศึกษาดูงาน เป็นต้น

3) การได้รับการสนับสนุน สถานประกอบการของภาครัฐบางแห่งเห็นว่าการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐอย่างต่อเนื่อง หรือการได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายต่างๆ เป็นการแสดงให้เห็นถึงความประสบความสำเร็จจากการดำเนินงาน นอกจากนี้สถานบริการที่องค์กรการกุศลเห็นว่าการได้รับความร่วมมือจากญาติผู้ป่วย การได้รับความสนใจจากสื่อ รวมทั้งการได้รับรางวัลจากการดำเนินงาน ถือว่าเป็นการแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จจากการดำเนินงานเช่นกัน

4.3.2 ปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน

ผู้บริหารสถานบริการได้ระบุปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงานสามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านบุคลากร ผู้บริหารส่วนใหญ่ระบุว่าปัญหาที่พบมากที่สุดคือ บุคลากรมีความรู้ความสามรรถ มีคุณภาพและประสิทธิภาพค่อนข้างต่ำ ปัญหาด้านความประพฤติที่พบ เช่น ใช้โทรศัพท์มือถือพูดคุยระว่างการปฏิบัติงานตลอดเวลา มีความอดทนต่ำ ขาดความรับผิดชอบ มีอัตราการลาออกหรือย้ายสูง ทำให้ประสบปัญหามีบุคลากรไม่เพียงพอ เช่น พยาบาล พี่เลี้ยงหรือผู้ช่วยดูแล นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยา เป็นต้น

2) ด้านผู้รับบริการ ผู้บริหารกล่าวว่าผู้สูงอายุที่มารับบริการในปัจจุบันมีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากกว่าที่ผ่านมา ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่ผู้พักอาศัยจะต้องไม่เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคติดต่ออันตราย ไม่พิการทุพพลภาพหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และต้องสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดที่การบริการการแพทย์ทางเลือกไม่สามารถเบิกได้ทำให้ผู้สูงอายุต้องจ่ายค่าบริการเอง รวมทั้งผู้สูงอายุหลายรายที่มารับบริการไม่มีหลักฐานทางราชการทำให้ไม่สามารถเบิกค่ารักษาได้ และส่วนใหญ่ไม่มีเงินจ่ายทำให้หน่วยงานต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด

3) ด้านสถานบริการ ผู้บริหารภาคเอกชนระบุว่าหากสถานบริการใดไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุขมักจะไม่ได้รับความเชื่อถือ อย่างไรก็ตามหลายๆ แห่งยังประสบปัญหาในการขึ้นทะเบียน และในภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันมีผู้มารับบริการลดลงและไม่สามารถขึ้นราคาได้ถึงแม้ต้นทุนการประกอบการสูงขึ้น หลายแห่งประเมินตนเองว่าขาดการประชาสัมพันธ์ รวมทั้งขาดกลยุทธ์ในการตลาดและการรับรู้ข่าวสาร

4) ด้านงบประมาณ ในหน่วยงานของรัฐมักจะระบุว่าประสบกับปัญหาได้รับการจัดสรรทุนต่ำกว่าค่าใช้จ่ายที่เป็นจริง ซึ่งควรจะมีการจัดสรรเฉพาะกิจด้วย ในขณะที่ผู้ประกอบการภาคเอกชนประสบปัญหาไม่มีแหล่งทุนในการดำเนินหรือขยายกิจการ เป็นต้น

4.3.3 แนวทางในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรค

สืบเนื่องจากปัญหาและอุปสรรคที่พบ ผู้บริหารได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขปัญหา แบ่งออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1) ด้านบุคลากร ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญไปที่คุณภาพของบุคลากรเป็นอันดับแรก โดยเริ่มจากการกระบวนการคัดกรองและรับผู้เข้ามาทำงาน อาจเลือกรับบุคคลที่ได้รับการรับรองจากโรงเรียนที่ผลิต การเลิกจ้างพนักงานที่ไม่มีคุณภาพ และการขึ้นทะเบียนพนักงาน เป็นต้น จากนั้นควรมีการพัฒนาพนักงาน โดยการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ปลูกฝังจิตสำนึก การจัดฝึกอบรมและจัดระบบการนิเทศและกำกับดูแล และสุดท้ายเรื่องสวัสดิการบุคลากร สถานบริการควรให้บริการที่พักอาศัย อาหาร วันหยุด และให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย จะช่วยแก้ไขปัญหาด้านบุคลากรได้

2) ด้านผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ ควรรับเฉพาะผู้ที่มีอาการคงที่ ควรมีการส่งเสริมสุขภาวะ และการพัฒนาสุขภาพ ส่วนผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายเนื่องจากไม่มีหลักฐานทางราชการ หรือใช้บริการที่ไม่สามารถเบิกได้ ทางผู้บริหารเสนอให้ทำเรื่องขอสงเคราะห์เป็นราย ๆ ไป หรือบางรายอาจอนุโลมให้ชำระเป็นบางส่วนได้ตามความเหมาะสม

3) ด้านสถานบริการ มีข้อเสนอแนะให้สถานบริการดูแลผู้สูงอายุขึ้นทะเบียนคล้ายกับการขึ้นทะเบียนสถานดูแลเด็กเล็กในปัจจุบัน ในด้านการให้บริการควรมีการปรับปรุงค่าบริการเป็นเหมาจ่ายเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุและญาติสามารถจ่ายได้ การกำหนดเกณฑ์ค่าบริการให้เป็นมาตรฐานเพื่อป้องกันการเอาเปรียบผู้บริโภค รวมทั้งให้บริการคำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุและญาติก่อนย้ายเข้ามาอยู่ในสถานบริการ ในส่วนของอัตรากำลังควรเพิ่มกรอบอัตราพยาบาล ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และควรมีการปรับปรุงสถานที่ให้เหมาะสมและเพิ่มกาย อุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ

4) ด้านงบประมาณ สำหรับหน่วยงานภาครัฐและองค์กรการกุศล อาจหางบประมาณเพิ่มได้จากการขอรับบริจาค การขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ การรายงานปัญหาข้อขัดข้องแก่ผู้บังคับบัญชาในระดับที่สูงขึ้น และการเชิญชวนอาสาสมัครมาช่วยในการให้บริการเพื่อเป็นการประหยัดงบประมาณในการจ้างคนเพิ่ม ส่วนในภาคเอกชนที่ไม่มีงบประมาณสนับสนุน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าอาจชี้แจงให้ผู้รับบริการทราบถึงปัญหาและอธิบายเข้าใจถึงสถานการณ์ของสถานบริการเพื่อขอขึ้นค่าบริการ หรืออาจขอกู้เงินจากธนาคาร

4.3.4 แนวทางในการพัฒนาการบริการและการดำเนินการ

ผู้บริหารได้ให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนา 4 ด้านดังนี้

1) ด้านการบริการ ส่งเสริมการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การดูแลแบบองค์รวม และให้การดูแลเสมือนญาติ โดยอาจแบ่งผู้สูงอายุตามระดับความต้องการการดูแลเพื่อที่จะสามารถตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคลได้ ส่งเสริมผู้สูงอายุ ญาติ ผู้ดูแลและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาระบบการดูแลและการส่งต่อ โดยการเพิ่มกิจกรรมและพัฒนาคุณภาพ

การดูแล จัดให้มีศูนย์บริการดูแลและเพิ่มการให้บริการดูแลที่บ้าน นอกจากนี้ควรสร้างความเชื่อมั่นในการบริการและมีการสำรวจความพึงพอใจการบริการ

2) การพัฒนาศักยภาพทั้งบุคลากร ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ในด้านบุคลากร ควรจัดให้มีการอบรมทางวิชาการเพื่อเสริมความรู้และทักษะ มุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพ เพิ่มอัตราพยาบาลและจัดสวัสดิการให้เหมาะสม สำหรับผู้ดูแลก็ควรให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพเช่นกัน ส่วนผู้สูงอายุ ควรมีระบบการคัดเลือกผู้ที่จะเข้ามาพักอาศัย ให้การส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ เพื่อช่วยให้ช่วยเหลือตนเองได้ รวมทั้งแสวงหาหรือให้ความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ

3) สถานที่ ควรมีการจัดหาหรือจัดเตรียมสถานที่หรือมีการปรับปรุงสถานที่ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ อาจมีการขยายจำนวนเตียงและการเพิ่มอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการพัฒนาสุขภาวะและการเป็นที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

4) งบประมาณ ในส่วนของสถานบริการภาครัฐ ควรให้จัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นและในส่วนของภาคเอกชน อาจหาแหล่งเงินทุนร่วมจากผู้สนใจได้

4.3.5 ความต้องการการช่วยเหลือจากภาครัฐ

ผู้บริหารสถานบริการประเภทต่างๆ ได้แสดงความคิดต่อความต้องการการช่วยเหลือจากภาครัฐ สามารถสรุปได้เป็น 6 ด้านดังนี้

1) ด้านงบประมาณหรือทุน สถานบริการภาครัฐต้องการให้รัฐให้การสนับสนุนงบประมาณเพิ่มขึ้นหรือให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง สำหรับภาคเอกชนต้องการได้รับการลดหย่อนภาษีหรือยกเว้นภาษีให้กับสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง อาจให้เงินอุดหนุน สนับสนุนเงินทุนหรือแหล่งเงินกู้ดอกเบี้ยราคาถูกแก่สถานประกอบการ

2) ด้านการบริการ รัฐควรเปิดกว้างยอมรับการแพทย์ทางเลือก ส่งเสริมการประสานความร่วมมือในการทำงาน จัดระบบการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เพิ่มบริการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและบริการให้คำปรึกษา ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

3) ด้านการกำกับดูแล สำหรับบุคลากร ภาครัฐควรจัดให้มีการขึ้นทะเบียนผู้ช่วยดูแล และสถานประกอบการของภาครัฐบางส่วน ต้องการให้มีการโอนย้ายสถานสงเคราะห์กลับไปยังกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ตามเดิม ส่วนสถานประกอบการภาคเอกชน เห็นว่าควรมีระบบการกำกับดูแลเหมือนสถานรับเลี้ยงดูแลเด็ก กำหนดให้มีการขึ้นทะเบียนให้ถูกต้อง และกำหนดมาตรฐานค่าบริการ รวมทั้งให้สถานบริการแต่ละแห่งเปิดเผยค่าบริการที่แท้จริง นอกจากนี้ภาครัฐควรกำหนดมาตรฐานอาคารสถานที่ของสถานบริการให้ชัดเจน

4) ด้านนโยบาย รัฐบาลควรกำหนดทิศทาง วางแผนและดำเนินมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่เดือดร้อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักฐานทางราชการ รวมทั้งควรมีการเตรียมความพร้อมและการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

5) ด้านสถานบริการ ผู้บริหารบางรายเสนอให้สร้างสถานสงเคราะห์เพิ่มขึ้นแต่บางรายเสนอให้มีการตั้งสถานบริการที่มีรูปแบบต่างๆ เช่น สถานบริบาล (nursing home) หรือสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยที่ไม่ต้องใช้พื้นที่ของสถานสงเคราะห์ ส่วนผู้ให้บริการภาคเอกชนเสนอว่าภาครัฐควรให้การสนับสนุนสถานบริการเหล่านี้เหมือนกับการสนับสนุนโรงเรียนเอกชน

6) ด้านอุปกรณ์ ผู้บริหารเสนอว่าภาครัฐควรให้การสนับสนุน สื่อ เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

บทที่ 5
ผู้พักอาศัยในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย

ในบทนี้จะนำเสนอผลการวิจัยเกี่ยวกับผู้พักอาศัยในสถานดูแลระยะยาวตามประเด็นต่อไปนี้

5.1 ผู้พักอาศัยในสถานดูแลระยะยาว

5.1.1 ผู้พักอาศัยในสถานดูแลระยะยาว

5.1.2 ข้อมูลส่วนบุคคล

5.2 ภาวะสุขภาพทั่วไป

5.2.1 ดัชนีมวลกาย

5.2.2 การหายใจและความดันโลหิต

5.2.3 การมองเห็น

5.2.4 การได้ยิน

5.2.5 โรคประจำตัว

5.2.6 การใช้ยา

5.2.7 ลักษณะการดูแล

5.3 การประเมินผู้สูงอายุ

5.3.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

5.3.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง

5.3.3 การรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา

5.3.4 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

5.1 ผู้พักอาศัยในสถานดูแลระยะยาว

5.1.1 ผู้สูงอายุที่ผู้พักอาศัยในสถานดูแลระยะยาว

จากกลุ่มตัวอย่างสถานบริการที่ศึกษาจำนวน 21 แห่ง ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งหมด 486 คน พบว่าพักอาศัยอยู่ในบ้านพัก/สถานสงเคราะห์คนชรา สูงสุดจำนวน 358 คน คิดเป็นร้อยละ 73.66 รองลงมาคือ สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล 55 คนคิดเป็นร้อยละ 11.32 และพักอาศัยน้อยที่สุดในสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต 12 คน คิดเป็นร้อยละ 2.47 และเมื่อแบ่งตามรายภาคพบว่าผู้สูงอายุที่ศึกษาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงสุด จำนวน 166 คน รองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร จำนวน 106, 98, 81 และ 35 คนตามลำดับ (ดูตารางที่ 5.1)

ตารางที่ 5.1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในสถานบริการจำแนกตามประเภทของสถานบริการและรายภาค (n=21 แห่ง)

ประเภท	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	กรุงเทพฯ	ใต้	รวม (%)
1. บ้านพัก/สถานสงเคราะห์คนชรา	68	128	56	-	106	358 (73.66)
2. สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต	-	-	-	12	-	12 (2.47)
3. สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล	10	33	-	12	-	55 (11.32)
4. สถานบริบาล	20	-	23	5	-	48 (9.88)
5. สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	-	5	2	6	-	13 (2.67)
รวม	***98***	***166***	***81***	***35***	***106***	***486 (100)***

5.1.2 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการสำรวจข้อมูล พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งหมด 486 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.3 มีอายุช่วง 60 – 74 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 47.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้ายเนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิตร้อยละ 42.4 (ดูตารางที่ 5.2)

เมื่อสอบถามข้อมูลก่อนเข้าพักในสถานบริการ พบว่าส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 29.6 แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากเงินเก็บสะสมร้อยละ 41.2 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานคิดเป็นร้อยละ 40.1 ไม่มีผู้ดูแลร้อยละ 52.5 เหตุผลและการตัดสินใจเข้าพักในสถานบริการส่วนใหญ่มาจากไม่มีผู้ดูแลร้อยละ 62.8 และผู้สูงอายุเป็นผู้ตัดสินใจเข้าพักในสถานบริการด้วยตนเองร้อยละ 62.3 (ดูตารางที่ 5.3)

เมื่อพิจารณาเหตุผลการตัดสินใจเข้าพักในสถานบริการ เปรียบเทียบในแต่ละสถานบริการ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่เข้าพักในบ้านพักคนชรา สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานบริบาลมีเหตุผลเนื่องมาจากไม่มีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 72.5, 50.0 54.7 ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุเข้าพักในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่เนื่องจากต้องการการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 49.1, 38.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 5.4) เมื่อพิจารณาตามรายภาคพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่เข้าพักในบ้านพักคนชรา มีเหตุผลเนื่องมาจากไม่มีผู้ดูแลพบมากที่สุดในภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 75.5 รองลงมาคือภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 65.3 (ตาราง 5.5)

ตารางที่ 5.2 จำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุในสถานบริการ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และจำนวนบุตร (n=486)

.	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	188	38.7
หญิง	298	61.3
รวม	*486*	*100*
อายุ		
60-74 ปี	230	47.3
75-84 ปี	205	42.2
85 ปีขึ้นไป	51	10.5
รวม	*486*	*100*
สถานภาพสมรส		
โสด	112	23.0
สมรมอยู่ด้วยกัน	47	9.7
สมรสแยกกันอยู่	66	13.6
หม้าย (หย่าร้าง)	55	11.3
หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	206	42.4
รวม	*486*	*100*
จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	225	46.3
1-2 คน	125	25.7
3-4 คน	79	16.3
มากกว่า 4 คน	57	11.7
รวม	***486***	***100***

ตารางที่ 5.3 จำนวน ร้อยละ การประกอบอาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ ความเป็นอยู่ และผู้ดูแลก่อนเข้าพักในสถานบริการ เหตุผลและการตัดสินใจเข้าพักในสถานบริการและผู้ตัดสินใจ (n=486)

สภาพความเป็นอยู่ก่อนเข้าพักในสถานบริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การประกอบอาชีพก่อนเข้าพักในสถานบริการ		
เกษตรกร	106	21.8
รับจ้าง	144	29.6
ค้าขาย/ ธุรกิจ	101	20.8
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	39	8.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	53	10.9
อื่น ๆ (แม่บ้าน, พ่อบ้าน, เก็บขยะ)	43	8.8

สภาพความเป็นอยู่ก่อนเข้าพักในสถานบริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แหล่งที่มาของรายได้ก่อนเข้าพักในสถานบริการ		
เงินสะสม	185	41.2
บำเหน็จ/ บำนาญ	35	7.2
คู่สมรส บุตร ญาติ	119	24.5
อื่น ๆ (เบี้ยยังชีพ, เงินบริจาค, เงินช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน)	147	30.2
ความเป็นอยู่ก่อนเข้าพักในสถานบริการ		
อยู่คนเดียว	182	37.4
อยู่กับคู่สมรส	58	11.9
อยู่กับบุตรหลาน	195	40.1
อื่นๆ(อยู่กับนายจ้าง เร่ร่อน, โรงพยาบาล เพื่อนบ้าน)	51	10.5
ผู้ดูแล		
ไม่มีผู้ดูแล	255	52.5
คู่สมรส	35	7.2
บุตรหลาน ญาติ	160	32.9
อื่น ๆ (เพื่อนบ้าน นายจ้าง)	36	7.4
เหตุและการตัดสินใจเข้าพัก		
ไม่มีผู้ดูแล	305	62.8
ญาติไม่สามารถดูแล/ ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะ	54	11.1
ต้องการผู้ช่วยเหลือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	26	5.3
ต้องการการดูแลทางการแพทย์ พยาบาล	43	8.8
อื่น ๆ (เป็นการส่งต่อจากโรงพยาบาล กรมประชาสงค์เคราะห์ นำส่ง เพื่อนบ้านนำส่ง เกรงใจบุตร หลาน)	58	11.9
ผู้ตัดสินใจ		
ตัดสินใจเอง	303	62.3
คู่สมรส	8	1.6
บุตร หลาน ญาติ	117	24.1
อื่น ๆ (เพื่อนบ้าน จนท. ประชาสงเคราะห์ นายจ้าง)	58	11.9

ตารางที่ 5.4 ร้อยละ เหตุผลในการตัดสินใจเข้าพักในสถานบริการของผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทของสถานบริการ (n=486)

เหตุผลและการตัดสินใจเข้าพักในสถานบริการ	ประเภทสถานบริการ					รวม %
	Residential home	Assisted living	LTC hospitals	Nursing home	Hospice care	
ไม่มีผู้ดูแล	72.5	50.0	20.0	54.7	15.4	62.8
ญาติไม่สามารถดูแลได้/ ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะ	7.3	-	16.4	32.1	15.4	11.1

เหตุผลและการตัดสินใจเข้าพักในสถานบริการ	ประเภทสถานบริการ					รวม %
	Residential home	Assisted living	LTC hospitals	Nursing home	Hospice care	
ต้องการผู้ช่วยเหลือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	3.6	25.0	10.9	9.4	-	5.3
ต้องการการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาล	2.5	-	49.1	3.8	38.5	8.8
อื่น ๆ (เป็นการส่งต่อจากโรงพยาบาล กรมประชาสงค์เคราะห์นำส่ง เพื่อนบ้านนำส่ง เกรงใจบุตร หลาน)	14.0	25.0	3.6	-	30.8	11.9
รวม	***100 (357)***	***100 (8)***	***100 (55)***	***100 (53)***	***100 (13)***	***100 (486)***

ตารางที่ 5.5 ร้อยละ เหตุผลในการตัดสินใจเข้าพักในสถานบริการของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายภาค (n=486)

เหตุผลและการตัดสินใจเข้าพักในสถานบริการ	ภาค				รวม %
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
ไม่มีผู้ดูแล	***65.3***	***56.4***	***58.0***	***75.5***	***62.8***
ญาติไม่สามารถดูแลได้/ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะ	12.2	6.7	16.8	10.4	11.1
ต้องการผู้ช่วยเหลือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	11.2	3.1	5.0	3.8	5.3
ต้องการการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาล	4.1	14.7	10.1	2.8	8.8
อื่น ๆ (เป็นการส่งต่อจากโรงพยาบาล กรมประชาสงค์เคราะห์นำส่ง เพื่อนบ้านนำส่ง เกรงใจบุตร หลาน)	7.1	19.0	10.1	7.5	11.9
รวม	***100 (98)***	***100 (163)***	***100 (119)***	***100 (106)***	***100 (486)***

5.2 ภาวะสุขภาพทั่วไป

จากการประเมินพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทั่วไปดังแสดงในตารางที่ 5.6 ดังนี้

5.2.1 ภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุในสถานบริการร้อยละ 34.9 มีภาวะทุพโภชนาการ (อ้วนและผอม) เมื่อเปรียบเทียบในแต่ละสถานบริการพบว่า ผู้สูงอายุในสถานดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิต มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ (ผอม) มากที่สุดร้อยละ 25 และสูงกว่าเกณฑ์ (อ้วน) มากที่สุดร้อยละ 37.5

5.2.2 การหายใจและความดันโลหิต จากการประเมินพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 3.5 มีอัตราการหายใจผิดปกติ โดยพบว่าร้อยละ 1.6 หายใจช้ากว่าปกติ และร้อยละ 1.9 หายใจเร็วกว่าปกติ ผู้สูงอายุร้อยละ 80.4 มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ

5.2.3 การมองเห็น จากการประเมินพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 47.9 มีปัญหาเรื่องการมองเห็น โดยที่ร้อยละ 27.5 มีปัญหาสายตายาว และมีผู้สูงอายุที่มีสายตาสั้นร้อยละ 17.7 อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 2.6 ตาบอด ซึ่งอาจทำให้ต้องการการดูแลในระดับที่สูงขึ้น และเมื่อพิจารณาความผิดปกติของการมองเห็นเปรียบเทียบในแต่ละสถานบริการพบว่า ผู้สูงอายุในสถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิตมีปัญหาสายตายาวมากที่สุดร้อยละ 50 ส่วนผู้สูงอายุที่สายตาสั้นพบมากที่สุดในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 27.3 และพบผู้สูงอายุตาบอดมากที่สุดในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลร้อยละ 3.8

5.2.4 การได้ยิน จากการประเมินพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 17.5 มีปัญหาเรื่องการได้ยิน โดยที่ร้อยละ 15.2 ของผู้สูงอายุที่ต้องตะโกนพูดจึงได้ยิน และร้อยละ 2.3 ตะโกนพูดแล้วยังไม่ได้ยิน

5.2.5 โรคประจำตัว จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 86.8 มีโรคประจำตัว และยังพบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 โรคร้อยละ 33 ซึ่งพบมากที่สุดในสถานให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตร้อยละ 50 รองลงมามีโรคประจำตัว 2 และ 3 โรค คิดเป็นร้อยละ 28.2 และ 15.3 ซึ่งพบมากที่สุดในสถานบริบาลร้อยละ 38.5 และสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลร้อยละ 30.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ามีโรคประจำตัวมากกว่า 3 โรค ร้อยละ 10.3 ซึ่งพบมากที่สุดในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากที่สุดร้อยละ 23.1

เมื่อพิจารณาโรคประจำตัวของผู้สูงอายุเปรียบเทียบในแต่ละสถานบริการ พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงพบในบ้านพักคนชรามากที่สุดร้อยละ 69.5 กลุ่มอาการปวดเข่า ข้อเข่าเสื่อมพบมากที่สุดในบ้านพักคนชราร้อยละ 83.2 โรคหลอดเลือดสมองพบมากที่สุดในผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลร้อยละ 45.8 โรคหัวใจพบมากที่สุดในบ้านพักคนชราร้อยละ 77.3

ตารางที่ 5.6 จำนวน ร้อยละ ของภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุในสถานบริการ จำแนกตามประเภทของสถานบริการ

ภาวะสุขภาพ	ประเภทสถานบริการ					รวม
	Residential home	Assisted living	LTC hospitals	Nursing home	Hospice care	
ดัชนีมวลกาย (n=467)	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
ปกติ	67.4	37.5	52.7	65.7	69.2	65.1
ผอม	16.9	25.0	20.0	5.7	15.4	16.5
อ้วน	15.7	37.5	27.3	28.6	15.4	18.4
อัตราการหายใจ (n=486)	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
ปกติ (18-24 ครั้ง/นาที)	96.6	100	100	94.3	84.6	96.5

ภาวะสุขภาพ	ประเภทสถานบริการ					รวม
	Residential home	**Assisted living**	**LTC hospitals**	**Nursing home**	**Hospice care**	
น้อยกว่าปกติ	1.7	-	-	3.8	-	1.6
มากกว่าปกติ	1.7	-	-	1.9	15.4	1.9
ความดันโลหิต (n=485)	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
ปกติ	78.4	100	80.0	90.6	84.6	80.4
สูง	21.6	-	20.0	9.4	15.4	19.6
การมองเห็น (n=463)	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
ปกติ	53.1	25.0	53.8	50.9	36.4	52.1
สายตายาว	26.3	50.0	21.2	37.7	36.4	27.6
สายตาสั้น	18.0	25.0	21.2	9.4	27.3	17.7
ตาบอด	2.7	-	3.8	1.9	-	2.6
การได้ยิน (n=463)	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
ปกติ	81.8	100	90.9	73.6	92.3	82.5
ต้องตะโกนพูดจึงได้ยิน	15.7	-	7.3	24.5	7.7	15.2
ตะโกนพูดยังไม่ได้ยิน	2.5	-	1.8	1.9	-	2.3
โรคประจำตัว (n=486)	**Residential home**	**Assisted living**	**LTC hospitals**	**Nursing home**	**Hospice care**	**รวม**
โรคความดันโลหิตสูง	70.0	1.0	16.0	11.0	2.0	**100**
โรคหลอดเลือดสมอง	34.3	1.4	45.8	17.1	1.4	**100**
โรคหัวใจ	77.2	-	11.4	11.4	-	**100**
โรคระบบทางเดินหายใจ	65.5	3.4	13.8	10.3	6.9	**100**
โรคพาร์กินสัน	61.1	5.6	11.1	16.7	5.6	**100**
โรคข้อเข่าเสื่อม ปวดเข่า	83.2	-	10.5	4.2	2.1	**100**
โรคมะเร็ง	17.6	-	11.8	-	70.6	**100**
โรคไต	62.5	-	12.5	12.5	12.5	**100**
โรคระบบประสาท	48.7	-	7.7	38.5	5.1	**100**
กลุ่มอาการสมองเสื่อม	33.3	-	37.5	25.0	4.2	**100**
จำนวนโรคประจำตัว(n=486)						
ไม่มีโรคประจำตัว	16.5	37.5	-	3.8	-	
1 โรค	34.7	50.0	29.1	19.2	46.2	
2 โรค	28.0	12.5	25.5	38.5	15.4	
3 โรค	12.3	-	30.9	21.2	15.4	
4 โรค	6.4	-	7.3	7.7	17.7	
5 โรค	1.1	-	3.6	5.8	-	
6 โรค	0.6	-	3.6	3.8	7.7	
7 โรค	0.3	-	-	-	7.7	

เมื่อพิจารณาโรคประจำตัวในผู้สูงอายุในสถานบริการเปรียบเทียบในแต่ละภาค พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง โดยพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.5 รองลงมาคือภาคเหนือคิดเป็นร้อยละ 46.9 ส่วนโรคหลอดเลือดสมองพบมากที่สุดในภาคเหนือคิดเป็นร้อยละ 21.2 รองมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือคิดเป็นร้อยละ 20.2 ในขณะที่โรคเบาหวานพบมากที่สุดในภาคกลางคิดเป็นร้อยละ 22.7 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือคิดเป็นร้อยละ 13.5 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ปวดเข่าซึ่งพบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 28.8 รองลงมาคือภาคเหนือคิดเป็นร้อยละ 25.5 (ดูตารางที่ 5.7)

ตารางที่ 5.7 จำนวน ร้อยละ ของโรคประจำตัวของผู้สูงอายุในสถานบริการ จำแนกตามรายภาค (n=486)

โรคประจำตัว	ภาค			
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้
โรคความดันโลหิตสูง	46(46.9)	80(49.1)	48(40.3)	28(26.4)
โรคหลอดเลือดสมอง	21(21.4)	33(20.2)	15(12.6)	5(4.9)
โรคเบาหวาน	8(8.2)	22(13.5)	27(22.7)	6(5.7)
โรคหัวใจ	3(3.1)	10(6.1)	16(13.4)	14(13.2)
โรคระบบทางเดินหายใจ	2(2.0)	10(6.1)	8(6.7)	7(6.6)
โรคพาร์กินสัน	-	4(2.5)	7(5.9)	7(6.6)
โรคข้อเข่าเสื่อม ปวดเข่า	25(25.5)	47(28.8)	15(12.6)	7(6.6)
โรคมะเร็ง	1(1.0)	7(4.3)	9(7.6)	-
โรคไต	1(1.0)	3(1.8)	4(3.4)	-
โรคระบบประสาท	2(2.1)	17(10.4)	20(16.8)	2(1.2)
กลุ่มอาการสมองเสื่อม	4(4.1)	15(9.2)	5(4.2)	-
อื่น ๆ (ปวดเมื่อย ผิวหนัง)	12(12.2)	55(33.7)	17(14.3)	21(19.8)

5.2.6 การใช้ยา

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานยาเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 78.1 ซึ่งยาที่รับประทานส่วนใหญ่เป็นยาตามคำสั่งแพทย์คิดเป็นร้อยละ 84.1 และซื้อยารับประทานเอง คิดเป็นร้อยละ 15.9 ส่วนใหญ่รับประทานยาจำนวน 1-3 ชนิดคิดเป็นร้อยละ 55.5 และมีผู้สูงอายุร้อยละ 10.5 รับประทานยามากกว่า 7 ชนิด (ดูตารางที่ 5.8)

ตารางที่ 5.8 จำนวน ร้อยละ ของการใช้ยาของผู้สูงอายุ จำแนกตามการรับประทานยาและยาที่ใช้ (n=486)

การใช้ยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับประทานยา		
ไม่รับประทานยา	108	21.9
รับประทานยา	378	78.1
รวม	*486*	*100*
ยาที่ใช้		
ยาตามคำสั่งแพทย์	365	84.1
ซื้อยารับประทานเอง	13	15.9
รวม	*378*	*100*
จำนวนชนิดของยาที่ใช้		
1-3 ชนิด	207	55.5
4-7 ชนิด	132	34.0
มากกว่า 7 ชนิด	39	10.5
รวม	*378*	*100*

5.2.7 ลักษณะการดูแล

เมื่อพิจารณาความต้องการการดูแลของผู้อายุในสถานบริการเปรียบเทียบในแต่ละสถานบริการพบว่า ผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลต้องการการดูแลกรณีใส่ท่อหลอดลมคอ การให้อาหารทางสายยางและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 75, 57.9 และ 51.4 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราต้องการการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 ความต้องการการดูแลกรณีที่เกิดแผลกดทับพบมากที่สุดในบ้านพักคนชราและสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 42.1 ส่วนต้องการการดูแลกรณีที่ใช้ออกซิเจนพบมากที่สุดในบ้านพักคนชรา และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคิดเป็นร้อยละ 38.5 (ดูตารางที่ 5.9)

ตารางที่ 5.9 จำนวน ร้อยละ ของการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ จำแนกตามลักษณะการดูแลและประเภทของสถานบริการ (n=486)

ลักษณะการดูแล	ประเภทสถานบริการ					รวม %
	Residential home	Assisted living	LTC hospitals	Nursing home	Hospice care	
การดูแลคาท่อหลอดลมคอ (on tracheaostomy)	-	-	75.0	25.0	-	100
การให้อาหารทางสายยาง	5.3	-	57.9	21.1	15.8	100
การเฝ้าระวังอาการ	28.6	-	51.4	5.7	14.3	100

ลักษณะการดูแล	ประเภทสถานบริการ					รวม %
	Residential home	Assisted living	LTC hospitals	Nursing home	Hospice care	
เปลี่ยนแปลง						
การดูแลกรณีเกิดแผลกดทับ	42.1	-	42.1	5.3	10.5	100
ต้องช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	40.0	-	34.4	18.9	6.7	100
ต้องดูแลให้ออกซิเจน	38.5	-	7.7	15.4	38.5	100

5.3 การประเมินผู้สูงอายุ

จากการประเมินผู้สูงอายุในด้าน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง การรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า

5.3.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

จากการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้เครื่องมือ Barthel Index พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในสถานบริการมีภาวะพึ่งพาในระดับปานกลางถึงพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 60.3 ซึ่งพบมากที่สุดในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 100 รองลงมาเป็นสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล สถานบริบาล และบ้านพักคนชรา คิดเป็นร้อยละ 90.9, 56.6, 55.6 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุในสถานบริการโดยเปรียบเทียบในแต่ละสถานบริการพบว่า ผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดมากที่สุดร้อยละ 60.0 พึ่งพาผู้อื่นมากพบมากที่สุดในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคิดเป็นร้อยละ 23.1 ส่วนพึ่งพาผู้อื่นปานกลางพบมากที่สุดในบ้านพักคนชราคิดเป็นร้อยละ 35.1 และเมื่อพิจารณาจำนวนชั่วโมงที่ผู้สูงอายุในสถานบริการควรได้รับการช่วยเหลือต่อสัปดาห์พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการพึ่งพาปานกลางถึงทั้งหมด ต้องการการช่วยเหลือ 20-27 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่นน้อยถึงน้อยที่สุดต้องการการช่วยเหลือเพียง 0-13 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ดูตารางที่ 5.10)

เมื่อพิจารณาระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุในสถานบริการเปรียบเทียบรายภาค พบว่าผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดพบมากที่สุดในภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 20.2 รองลงมาคือภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 18.6 ส่วนผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากพบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 33.7 รองลงมาคือภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 15.1 ผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่นปานกลางพบมากที่สุดในภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 59.8 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือคิดเป็นร้อยละ 47.9 ส่วนผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นน้อย พบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือคิดเป็นร้อยละ 7.6 รองมาคือภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 7.5 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุดพบมากที่สุดในภาคใต้คิดเป็น 86.8 รองลงมาคือภาคกลางคิดเป็นร้อยละ 63.0 (ดูตารางที่ 5.11)

ตารางที่ 5.10 จำนวน ร้อยละ ของระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุในสถานบริการ จำแนกตามประเภทของสถานบริการ (n=485)

ระดับการพึ่งพา	ประเภทสถานบริการ												จำนวนชั่วโมงที่ต้องได้รับการช่วยเหลือต่อสัปดาห์
	Residential home		Assisted living		LTC hospitals		Nursing home		Hospice care		รวม		
พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด	20	5.6	-	-	33	60	17	32.1	7	53.8	77	15.9	27.0
พึ่งพาผู้อื่นมาก	53	14.9	-	-	11	20	5	9.4	3	23.1	73	15.1	23.5
พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง	125	35.1	-	-	6	10.9	8	15.1	3	23.1	142	29.3	20.0
พึ่งพาผู้อื่นน้อย	10	2.8	5	62.5	2	3.6	3	5.7	-	-	19	3.9	13.0
พึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด	148	41.6	3	37.5	3	5.5	20	37.7	-	-	174	35.9	น้อยกว่า 10.0
รวม	***356***	***100***	***8***	***100***	***55***	***100***	***53***	***100***	***13***	***100***	***485***	***100***	
พึ่งพาปานกลาง-ทั้งหมด	198	55.6	-	-	50	90.9	30	55.6	13	100	292	52.3	20-27
พึ่งพาผู้อื่นน้อย-น้อยที่สุด	158	44.4	8	100	5	9.1	23	43.4	-	-	193	47.7	0-13
รวม	***356***	***100***		***100***	***55***	***100***	***53***	***100***	***13***	***100***	***485***	***100***	

ตารางที่ 5.11 จำนวน ร้อยละ ของระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุในสถานบริการ จำแนกตาม รายภาค (n= 485)

ระดับการพึ่งพา	ภาค								รวม	
	เหนือ		ตะวันออกเฉียงเหนือ		กลาง		ใต้			
พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด	18	18.6	30	18.4	24	20.2	5	4.7	77	15.9
พึ่งพาผู้อื่นมาก	12	12.4	55	33.7	6	5.0	-	-	73	15.1
พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง	58	59.8	78	47.9	5	4.2	1	0.9	142	29.3
พึ่งพาผู้อื่นน้อย	2	2.1	-	-	9	7.6	8	7.5	19	3.9
พึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด	7	7.2	-	-	75	63.0	92	86.8	174	35.9
รวม	***97***	***100***	***163***	***100***	***119***	***100***	***106***	***100***	***485***	***100***

5.3.2 ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในสถานบริการ

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในสถานบริการที่มีภาวะพึ่งพาในระดับปานกลางถึงพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดมีจำนวน 292 คน คิดเป็นร้อยละ 52.3 ซึ่งผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ต้องการการดูแลในระดับที่สูงขึ้นโดยต้องการการดูแลถึง 20- 27 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราถึงร้อยละ 75 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลร้อยละ 14.4

อย่างไรก็ตามไม่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพามากขึ้นในสถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64 มีอายุในช่วง 60-74 ปีมากที่สุดร้อยละ 48.6 และส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้ายเนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิตร้อยละ 49.3 ไม่มีบุตรร้อยละ 41.8

เมื่อพิจารณาสภาพความเป็นอยู่ก่อนเข้าพักในสถานบริการพบว่า ต้องอยู่คนเดียวร้อยละ 42.1 ประกอบอาชีพการเกษตรมากที่สุดร้อยละ 27.4 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง และค้าขาย ร้อยละ 26.4 และ 17.5 ตามลำดับ ขาดผู้ดูแลร้อยละ 50.7 จึงตัดสินใจเข้าพักในสถานบริการโดยเป็นผู้ตัดสินใจเองร้อยละ 62 ซึ่งเหตุผลส่วนใหญ่เกิดจากไม่มีผู้ดูแลร้อยละ 58.9 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ทั้งหมดมีโรคประจำตัว และส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 47.3 รองลงมาเจ็บป่วยด้วยอาการปวดข้อ ปวดเมื่อยตามตัว ร้อยละ 28.1 (ดูตารางที่ 5.12-5.15)

ตารางที่ 5.12 ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา จำแนกตามสถานบริการ (n= 292)

สถานบริการ	ร้อยละ
Residential home	75.0
Assisted living	-
LTC hospitals	14.4
Nursing home	6.1
Hospice care	4.5
รวม	100

ตารางที่ 5.13 จำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา จำแนกตามเพศ อายุ จำนวนบุตร (n=292)

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุทีมีภาวะพึ่งพา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	105	36.0
หญิง	187	64.0
รวม	292	100
อายุ		
60-74 ปี	142	48.6
75-84 ปี	119	40.8
85 ปีขึ้นไป	31	10.6
รวม	292	100

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	105	36.0
หญิง	187	64.0
รวม	292	100
สถานภาพสมรส		
โสด	59	20.2
สมรมอยู่ด้วยกัน	25	8.6
สมรสแยกกันอยู่	34	11.6
หม้าย (หย่าร้าง)	30	10.3
หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	144	49.3
รวม	292	100
จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	122	41.8
1-2 คน	90	30.8
3-4 คน	47	16.1
มากกว่า 4 คน	33	11.3
รวม	***292***	***100***

ตารางที่ 5.14 จำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา จำแนกตามสภาพความเป็นอยู่ก่อนเข้าพักในสถานบริการ (n=292)

สภาพความเป็นอยู่ก่อนเข้าพักในสถานบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การประกอบอาชีพก่อนเข้าพักในสถานบริการ		
เกษตรกร	80	27.4
รับจ้าง	77	26.4
ค้าขาย/ ธุรกิจ	51	17.5
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	25	8.6
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	29	9.9
อื่น ๆ (แม่บ้าน, พ่อบ้าน, เก็บขยะ)	30	10.3
ความเป็นอยู่ก่อนเข้าพักในสถานบริการ		
อยู่คนเดียว	123	42.1
อยู่กับคู่สมรส	33	11.3
อยู่กับบุตรหลาน	105	36.0
อื่นๆ(อยู่กับนายจ้าง เร่ร่อน, โรงพยาบาล เพื่อนบ้าน)	31	10.6

สภาพความเป็นอยู่ก่อนเข้าพักในสถานบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ดูแล		
ไม่มีผู้ดูแล	148	50.7
คู่สมรส	24	8.2
บุตรหลาน ญาติ	94	32.2
อื่น ๆ (เพื่อนบ้าน นายจ้าง)	26	8.9
เหตุและการตัดสินใจเข้าพัก		
ไม่มีผู้ดูแล	172	58.9
ญาติไม่สามารถดูแล/ ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะ	30	10.3
ต้องการผู้ช่วยเหลือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	15	5.1
ต้องการการดูแลทางการแพทย์ พยาบาล	34	11.6
อื่น ๆ (เป็นการส่งต่อจากโรงพยาบาล กรมประชาสงค์เคราะห์ นำส่ง เพื่อนบ้านนำส่ง เกรงใจบุตร หลาน)	41	14.0
ผู้ตัดสินใจ		
ตัดสินใจเอง	181	62.0
คู่สมรส	5	1.7
บุตร หลาน ญาติ	58	19.9
อื่น ๆ (เพื่อนบ้าน จนท. ประชาสงเคราะห์ นายจ้าง)	48	16.4
รวม	***292***	***100***

ตารางที่ 5.15 ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา จำแนกโรคประจำตัว (n=292)

โรคประจำตัว ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา	ร้อยละ
โรคความดันโลหิตสูง	47.3
โรคหลอดเลือดสมอง	20.5
โรคหัวใจ	5.5
โรคระบบทางเดินหายใจ	5.5
โรคพาร์กินสัน	2.4
โรคข้อเข่าเสื่อม ปวดเข่า	28.1
โรคมะเร็ง	4.8
โรคไต	2.4
โรคระบบประสาท	8.2
กลุ่มอาการสมองเสื่อม	6.8

5.3.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุในแต่ละกิจกรรมพบว่า ร้อยละ 28.8 ของผู้สูงอายุในสถานบริการมีปัญหาเรื่องการเดิน โดยมีผู้สูงอายุเดิน

ไม่ได้ร้อยละ 20.4 ซึ่งพบมากที่สุดในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 63.6 ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 45.8 (จากตารางที่ 5.6) ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุยิ่งมีภาวะทุพลภาพมากขึ้นและต้องการการดูแลในระดับที่สูงขึ้นตามมา ส่วนผู้สูงอายุที่ต้องใช้รถเข็นพบมากที่สุดในสถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิตร้อยละ 12.5 ส่วนผู้สูงอายุที่ยังพอเดินได้แต่ต้องใช้คนพยุง พบมากที่สุดในสถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิตเช่นกัน ร้อยละ 50 ส่วนกิจกรรมเกี่ยวกับการเตรียมอาหารพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 58.4 มีปัญหาการเตรียมอาหาร โดยพบไม่สามารถเตรียมอาหารได้เลย ร้อยละ 48.1 และต้องการการช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร ร้อยละ 10.3 โดยพบมากที่สุดในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 100 ส่วนการทำความสะอาดบ้านและการซักรีด พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 39.1 ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ซึ่งพบมากที่สุดในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลร้อยละ 87.3

นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 37.4 ของผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการใช้เงิน ซึ่งพบมากที่สุดในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 76.9 และการใช้บริการรถเมล์ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 58.7 ไม่สามารถทำได้เอง โดยที่ร้อยละ 44.7 ไม่สามารถทำได้เลย ซึ่งพบมากที่สุดในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลร้อยละ 89.1 ส่วนร้อยละ 14 สามารถทำได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ซึ่งพบมากที่สุดในสถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิตร้อยละ 50 (ดูตารางที่ 5.16)

ตารางที่ 5.16 จำนวน ร้อยละ ของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุในสถานบริการ จำแนกตามรายด้าน (n=486)

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง	ประเภทสถานบริการ					รวม
	Residential home	Assisted living	LTC hospitals	Nursing home	Hospice care	
การเดิน	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
เดินไม่ได้	10.6	-	63.6	35.8	53.8	20.4
ใช้รถเข็น	3.9	12.5	1.8	9.4	7.7	4.5
ต้องการคนช่วยพยุง	1.7	50.0	5.5	5.7	23.1	3.9
เดินเอง	83.8	37.5	29.1	49.1	15.4	71.2
การเตรียมอาหาร	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
ทำไม่ได้	38.7	50.0	89.1	58.5	92.3	48.1
ต้องการความช่วยเหลือ	10.6	25.0	-	17.0	7.7	10.3
ทำเอง	50.7	25.0	10.9	24.5	-	41.6
การทำความสะอาดบ้าน/ การซักรีด	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
ทำไม่ได้	25.2	62.5	87.3	67.9	84.6	39.1
ทำเอง	78.4	37.5	12.7	32.1	15.4	60.9
การทอนเงิน	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
ทำไม่ได้	29.7	37.5	76.4	39.6	76.9	37.4

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง	ประเภทสถานบริการ					รวม
	Residential home	Assisted living	LTC hospitals	Nursing home	Hospice care	
ทำเอง	70.3	62.5	23.6	60.4	23.1	62.5
การใช้บริการรถเมล์	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
ไม่สามารถทำได้	34.2	50.0	89.1	58.5	84.6	44.7
ทำได้แต่ต้องมีผู้ช่วย	14.3	50.0	3.6	17.0	15.4	14.0
ไปมาได้เอง	51.5	-	7.3	24.5	-	41.4

5.3.4 การรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา

จากการคัดกรองการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 (MMSE-T) ผลการคัดกรองพบว่าผู้สูงอายุในสถานบริการร้อยละ 41.6 น่าจะมีภาวะสมองเสื่อม และเมื่อเปรียบเทียบในแต่ละสถานบริการพบว่า ผู้สูงอายุที่น่าจะมีภาวะสมองเสื่อมพบมากที่สุดในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุในสถานบริบาล บ้านพักคนชรา และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 43, 42.6 และ 37.5 ตามลำดับ และพบผู้สูงอายุที่น่าจะมีภาวะสมองเสื่อมน้อยที่สุดในสถานที่ให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตคิดเป็นร้อยละ 12.5 (ดูตารางที่ 5.17)

เมื่อพิจารณาผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในสถานบริการ เปรียบเทียบรายภาคพบว่า ผู้สูงอายุที่น่าจะมีภาวะสมองเสื่อมพบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือคิดเป็นร้อยละ 51.5 รองลงมาคือภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.9 43.8 และ 23.3 ตามลำดับ (ดูตารางที่ 5.18)

ตารางที่ 5.17 ร้อยละ ของผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในสถานบริการ จำแนกตามประเภทของสถานบริการ (n=433)

ผลการคัดกรอง	ประเภทสถานบริการ					รวม
	Residential home	Assisted living	LTC hospitals	Nursing home	Hospice care	
ปกติ	57.4	87.5	50.0	66.0	62.5	58.4
น่าจะมีภาวะสมองเสื่อม	42.6	12.5	50.0	43.0	37.5	41.6
รวม	***100***	***100***	***100***	***100***	***100***	***100***

ตารางที่ 5.18 ร้อยละ ของผู้สูงอายุในสถานบริการ จำแนกตามผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม รายภาค (n=433)

ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม	ภาค				รวม
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
ปกติ	55.1	48.5	76.7	56.3	58.4
น่าจะมีภาวะสมองเสื่อม	44.9	51.5	23.3	43.8	41.6
รวม	***100***	***100***	***100***	***100***	***100***

5.3.5 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานบริการ โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) พบว่า ร้อยละ 29.5 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยพบมากที่สุดในผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราร้อยละ 31.3 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุในสถานบริบาล สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 25.6, 24.3 และ 22.2 ตามลำดับ (ดูตารางที่ 5.19)

เมื่อพิจารณาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานบริการเปรียบเทียบรายภาค พบว่าผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงมากที่สุดร้อยละ 39 รองลงมาเป็นภาคกลาง ภาคใต้ และภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 37.7, 23.6 และ 15.9 ตามลำดับ (ดูตารางที่ 5.20)

ตารางที่ 5.19 ร้อยละ ของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานบริการ จำแนกตามประเภทของสถานบริการ (n=434)

ระดับความซึมเศร้า	ประเภทสถานบริการ					รวม
	Residential home	Assisted living	LTC hospitals	Nursing home	Hospice care	
ปกติ	57.5	100	72.7	65.1	55.6	60.1
ความเศร้าเล็กน้อย	11.1	-	3.0	9.3	2.2	10.4
ความเศร้าปานกลาง	19.6	-	18.2	18.6	11.1	18.9
ความเศร้ารุนแรง	11.7	-	6.1	7.0	11.1	10.6
รวม	***100***	***100***	***100***	***100***	***100***	***100***
ปกติ-ความเศร้าเล็กน้อย	68.6	100	75.7	74.4	77.8	70.5
ความเศร้าปานกลาง-รุนแรง	31.3	-	14.3	25.6	22.2	29.5
รวม	***100***	***100***	***100***	***100***	***100***	***100***

ตารางที่ 5.20 ร้อยละ ของผู้สูงอายุในสถานบริการจำแนกตามระดับความซึมเศร้ารายภาค (n= 434)

ระดับความซึมเศร้า	ภาค				รวม
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
ปกติ	70.2	50.0	55.1	68.9	60.1
ความเศร้าเล็กน้อย	13.8	11.0	9.2	7.5	10.4
ความเศร้าปานกลาง	8.5	26.5	23.5	14.2	28.9
ความเศร้ารุนแรง	7.4	12.5	12.2	9.4	10.6
รวม	***100***	***100***	***100***	***100***	***100***
ปกติ-ความเศร้าเล็กน้อย	84	61	64.3	76.4	70.5
ความเศร้าปานกลาง-รุนแรง	16	39	35.7	23.6	29.5
รวม	***100***	***100***	***100***	***100***	***100***

บทที่ 6
บุคลากรในสถานดูแลระยะยาว

ในบทนี้จะนำเสนอตามประเด็นต่อไปนี้

6.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

6.2 ลักษณะของผู้ให้บริการ

6.3 คุณวุฒิของผู้ให้บริการ

6.4 ประสบการณ์การทำงานในสถานบริการของผู้ให้บริการ

6.5 ความพึงพอใจในการทำงาน อัตราเงินเดือน และความต้องการทำงานต่อไป

6.6 ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงาน

6.6.1 ทัศนคติหรือการมองผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล

6.6.2 ปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน

6.6.3 แนวทางในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรค

6.6.4 แนวทางในการพัฒนาการบริการ

6.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการสำรวจผู้ให้บริการในสถานบริการทั้งหมด 21 แห่ง พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 84.5 มีอายุอยู่ในช่วง 15-30 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 39.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 50.0 และมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช.หรือเทียบเท่ามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41 (ดูตารางที่ 6.1)

ตารางที่ 6.1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ จำแนกตามเพศ อายุ (n=200)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	31	15.5
หญิง	169	84.5
อายุ		
15 – 30 ปี	79	39.5
31 – 40 ปี	63	31.5
41 – 50 ปี	58	29.0
สถานภาพสมรส		
โสด	63	31.5
สมรสอยู่ด้วยกัน	100	50.0
สมรสแยกกันอยู่	13	6.5
หม้าย (หย่าร้าง)	16	8.0
หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	8	4.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา	7	3.5
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	22	11.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช. หรือเทียบเท่า	82	41.0
อนุปริญญา ปวส. หรือเทียบเท่า	20	10.0
ปริญญาตรี	69	34.5

6.2 ลักษณะของผู้ให้บริการ

จากการสำรวจลักษณะของผู้ให้บริการในสถานบริการ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.5 มีอายุในช่วง 15-30 ปีมากที่สุดร้อยละ 39.5 และมีสถานภาพสมรสร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. หรือเทียบเท่ามากที่สุดร้อยละ 41 เมื่อพิจารณาผู้ให้บริการเปรียบเทียบในแต่ละสถานบริการพบว่า ในบ้านพักคนชราผู้ให้บริการเป็นพี่เลี้ยงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.1 รองลงมาเป็นพนักงานกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ คนครัว พนักงานซักรีด คนสวน และพนักงานขับรถ เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 22.1 ส่วนในสถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิตผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยดูแลคิดเป็นร้อยละ 58.3 รองลงมาเป็นพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 16.7 ในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยดูแลคิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมาเป็นพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 13.4 ส่วนในสถานบริบาลผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยดูแลคิดเป็นร้อยละ 40.9 รองลงมาเป็นผู้ช่วยพยาบาลร้อยละ 15.9 และในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 44.4 รองลงมาเป็นผู้ช่วยพยาบาลร้อยละ 33.3 (ดูตารางที่ 6.2)

และเมื่อพิจารณาผู้ให้บริการถึงประวัติการอบรมเกี่ยวการดูแลผู้สูงอายุเปรียบเทียบในแต่ละสถานบริการพบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เคยอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 68.9 ซึ่งเมื่อพิจารณาในแต่ละสถานบริการพบว่า ผู้ให้บริการในสถานบริการเกือบทุกแห่งได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้ให้บริการที่ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยพบว่าในบ้านพักคนชราผู้ให้บริการเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุดร้อยละ 80.9 รองมาคือผู้ให้บริการในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และสถานบริบาลคิดเป็นร้อยละ 70.1, 66.7 และ 54.8 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ให้บริการในสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60 (ดูตารางที่ 6.3) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ให้บริการในสถานบริการเปรียบในแต่ละวิชาชีพ/อาชีพพบว่า ผู้ช่วยดูแลเคยอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 28.9 รองลงมาเป็นพี่เลี้ยง พยาบาลคิดเป็นร้อยละ 23 และ 19.3 ตามลำดับ ในขณะผู้ให้บริการที่ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุพบมากที่สุดเป็นผู้ช่วยดูแลคิดเป็นร้อยละ 27.9 รองลงมาเป็นกลุ่มพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลซึ่งไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเท่ากันคือร้อยละ 14.8 (ดูตารางที่ 6.4)

และพิจารณาความถี่ในการฝึกอบรม เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ให้บริการในสถานบริการพบว่า ผู้ช่วยดูแลมีความถี่ในการอบรมปีละ 3-4 ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.5 รองลงมาคือมีความถี่ในการอบรมปีละ 2-3 ครั้งและมีความถี่ในการอบรมปีละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 27.7 และ

27.3 ตามลำดับ และผู้ให้บริการส่วนใหญ่อบรมปีละ 1 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบในแต่ละวิชาชีพ/อาชีพ พบว่า ผู้ช่วยดูแลเป็นผู้ให้บริการที่มีความถี่ในการอบรมมากกว่าผู้ให้บริการในกลุ่มอื่น ๆ ทุกระดับ โดยที่ผู้ช่วยดูแลมีความถี่ในการอบรมปีละ 3-4 ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.5 รองลงมาคือมีความถี่ในการอบรมปีละ 2-3 ครั้งและมีความถี่ในการอบรมปีละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 27.7 และ 27.3 ตามลำดับ (ดูตารางที่ 6.5)

ตารางที่ 6.2 ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามประเภทของวิชาชีพ/อาชีพและสถานบริการ (n=200)

วิชาชีพ/อาชีพ	ประเภทของสถานบริการ					รวม
	Residential home	Assisted living	LTC hospital	Nursing home	Hospice care	
แพทย์	-	-	4.5	24.5	11.1	3.0
นักกายภาพบำบัด	2.9	8.3	1.5	9.1	-	4.0
นักกิจกรรมบำบัด	-	8.3	1.5	4.5	-	2.0
นักสังคมสงเคราะห์	5.9	-	-	-	-	2.0
พยาบาล	5.9	16.7	31.3	13.6	44.4	18.5
ผู้ช่วยพยาบาล	4.4	-	13.4	15.9	33.3	11.0
ผู้ช่วยดูแล	7.4	58.3	43.3	40.9	11.1	30.0
พี่เลี้ยง	51.5	8.3	-	2.3	-	18.5
อื่น ๆ (คนครัว พนักงานซักรีด คนสวน พนักงานขับรถ)	22.1	-	4.5	9.1	-	11.0
รวม	**100 (68)**	**100 (12)**	**100 (67)**	**100 (44)**	**100 (9)**	**100 (200)**

ตารางที่ 6.3 แสดงจำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามประวัติการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและประเภทของสถานบริการ (n=196)

การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	ประเภทของสถานบริการ					รวม
	Residential home	Assisted living	Long stay hospital	Nursing home	Hospice care	
เคย	80.9	40.0	70.1	54.8	66.7	68.9
ไม่เคย	19.1	60.0	29.9	45.2	33.3	31.1
รวม	**100 (68)**	**100 (10)**	**100 (67)**	**100 (42)**	**100 (9)**	**100 (196)**

ตารางที่ 6.4 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามประวัติการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และความถี่ในการฝึกอบรม (n=196)

วิชาชีพ	การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ		รวม
	เคย	ไม่เคย	
แพทย์	1.5	6.6	31
นักกายภาพบำบัด	3.0	6.6	4.1
นักอาชีวบำบัด	3.0	-	2.0
นักสังคมสงเคราะห์	2.2	1.6	2.0
พยาบาล	19.3	14.8	18.9
ผู้ช่วยพยาบาล	9.6	14.8	11.2
ผู้ช่วยดูแล	28.9	27.9	28.6
พี่เลี้ยง	23.0	9.8	18.9
อื่น ๆ (คนครัว พนักงานซักรีด คนสวน พนักงานขับรถ จิตอาสา)	9.6	14.8	11.2
รวม	**100**	**100**	**100**

ตารางที่ 6.5 จำนวนของผู้ให้บริการ จำแนกตามความถี่ในการฝึกอบรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (n=124)

วิชาชีพ/อาชีพ	ความถี่ในการอบรม			รวม
	ปีละ 1 ครั้ง	ปีละ 2-3 ครั้ง	ปีละ 3-4 ครั้ง	
แพทย์	3.0	-	-	1.6
นักกายภาพบำบัด	3.0	4.3	-	3.2
นักกิจกรรมบำบัด	4.5	-	9.1	3.2
นักสังคมสงเคราะห์	-	6.4	-	2.4
พยาบาล	24.2	12.8	9.1	18.5
ผู้ช่วยพยาบาล	6.1	10.6	27.3	9.7
ผู้ช่วยดูแล	27.3	27.7	45.5	29.0
พี่เลี้ยง	27.3	21.3	-	22.6
อื่นๆ	4.3	17.0	9.1	9.7
รวม	**100**	**100**	**100**	**100**

6.3 คุณวุฒิของผู้ให้บริการ

จากการสำรวจคุณวุฒิของผู้ให้บริการ โดยพิจารณาในแต่ละวิชาชีพ/อาชีพ พบว่าคุณวุฒิของแพทย์เปรียบเทียบในแต่ละสถานบริการพบว่า ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 66.4 ซึ่งพบในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล ส่วนแพทย์เฉพาะทางร้อยละ 33.6 พบในสถานบริบาล ส่วนนักกายภาพบำบัดเปรียบเทียบในแต่ละสถานบริการ พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 87.5 โดยพบมากที่สุดในสถานบริบาลร้อยละ 50 ส่วนนักกายภาพบำบัดที่จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรร้อยละ 12.5 ในบ้านพักคนชรา และเมื่อพิจารณาคุณวุฒิของนัก

กิจกรรมบำบัด โดยเปรียบเทียบในแต่ละสถานบริการพบว่า นักกิจกรรมบำบัดทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 100 นอกจากนี้ยังพบว่าสถานบริบาลมีนักกิจกรรมบำบัดมากที่สุดร้อยละ 50 ส่วนในสถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิตและสถานดูแลระยะยาวมีนักกิจกรรมบำบัดเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 25 ส่วนนักสังคมสงเคราะห์ทั้งหมดซึ่งเป็นบุคลากรในบ้านพักคนชรา และเมื่อพิจารณาคุณวุฒิของนักสังคมสงเคราะห์พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 100

นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลเป็นบุคลากรในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 54 รองลงมาเป็นบุคลากรในสถานบริบาลคิดเป็นร้อยละ 16.3 ส่วนในบ้านพักคนชราและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่าพยาบาลในอัตราที่เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 10.8 ทั้งสองแห่ง และเมื่อพิจารณาคุณวุฒิของพยาบาล พบว่าพยาบาลทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพ จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ส่วนผู้ช่วยพยาบาลทำงานในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 63.0 เมื่อพิจารณาคุณวุฒิ พบว่าทุกคนผ่านการอบรมได้รับประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รับรองโดยสภาการพยาบาล

ในส่วนของผู้ช่วยดูแล พบว่าเป็นบุคลากรในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 45.8 รองลงมาเป็นบุคลากรในสถานบริบาลร้อยละ 28.8 เมื่อพิจารณาคุณวุฒิของผู้ช่วยดูแลพบว่า ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมจากหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานศึกษากระทรวงศึกษาธิการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.6 รองลงมาผ่านการอบรมจากหลักสูตรการฝึกเสริมทักษะผู้ดูแลเด็กเล็กและผู้สูงอายุ กระทรวงแรงงาน และหลักสูตรอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์คิดเป็นร้อยละ 19.2 และ 3.2 ตามลำดับ สวนพี่เลี้ยงเป็นบุคลากรในบ้านพักคนชรามากที่สุดร้อยละ 97.3 และพบในสถานบริบาลร้อยละ 2.7 เมื่อพิจารณาคุณวุฒิพบว่าพี่เลี้ยงทั้งหมดผ่านการอบรมวิชาการด้านผู้สูงอายุในหน่วยงาน (ดูตารางที่ 6.6)

ตารางที่ 6.6 จำนวนบุคลากร จำแนกตามคุณวุฒิและสถานบริการ (n=6)

คุณวุฒิ	ประเภทของสถานบริการ					รวม
	Residential home	Assisted living	LTC hospital	Nursing home	Hospice care	
แพทย์						
ทั่วไป	-	-	66.4	-	-	66.4
เฉพาะทาง	-	-	-	33.6	-	33.6
รวม	-	-	66.4 (4)	33.6 (2)	-	100 (6)
นักกายภาพบำบัด						
ปริญญาตรี	12.5	12.5	12.5	50.0	-	87.5
ประกาศนียบัตร	12.5	-	-	-	-	12.5
รวม	25	12.5	12.5	50.0	-	100 (8)
นักกิจกรรมบำบัด						
ปริญญาตรี	-	25.0	25.0	50.0	-	100

ประกาศนียบัตร	-	-	-	-	-	-
รวม	-	25.0	25.0	50.0	-	4 (5)
นักสังคมสงเคราะห์						
ปริญญาตรี	100	-	-	-	-	100
ประกาศนียบัตร	-	-	-	-	-	-
รวม	100(4)	-	-	-	-	100 (4)
พยาบาล						
ปริญญาตรี	10.8	8.1	54.0	16.3	10.8	100
ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นต้น	-	-	-	-	-	-
รวม	10.8(4)	8.1(3)	54.0(20)	16.3(16)	10.8(4)	100(37)
ผู้ช่วยพยาบาล						
ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รับรองโดยสภาการพยาบาล	9.0	-	63.0	22.5	4.5	100
อื่น ๆ	-	-	-	-	-	-
รวม	9.0 (2)	-	63.0 (14)	22.5 (5)	4.5 (1)	100(22)
ผู้ช่วยดูแล						
หลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ	6.4	11.2	28.8	25.6	1.6	73.6
หลักสูตรการฝึกเสริมทักษะผู้ดูแลเด็กเล็กและผู้สูงอายุ กระทรวงแรงงาน	1.6	-	14.4	3.2	-	19.2
หลักสูตรอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	-	-	3.2	-	-	3.2
รวม	8.0(5)	11.2 (7)	45.8 (29)	28.8 (8)	1.6 (1)	100(60)
พี่เลี้ยง						
เข้าร่วมอบรมวิชาการด้านผู้สูงอายุในหน่วยงาน	97.3	-	-	2.7	-	100
อื่น ๆ	-	-	-	-	-	-
รวม	97.3 (36)	-	-	2.7 (1)	-	100(37)

6.4 ประสบการณ์การทำงานในสถานบริการของผู้ให้บริการ

จากการสำรวจประสบการณ์การทำงานของผู้ให้บริการพบว่า ตารางที่ 6.7 พบว่าผู้ให้บริการในสถานบริการส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในสถานบริการเป็นระยะเวลา 1 เดือน ถึง 1 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 26.2 ซึ่งพบมากที่สุดในสถานที่ให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมามีประสบการณ์การทำงานเป็นระยะเวลา 1 ปี 1 เดือน ถึง 3 ปี และ 10 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 23.3 และ 19.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป พบมากที่สุดในบ้านพักคนชรา คิดเป็นร้อยละ 32.8

ตารางที่ 6.7 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามระยะเวลาของการทำงานในสถานบริการและสถานบริการ (n=172)

ระยะเวลาในการทำงานในสถานบริการ	ประเภทของสถานบริการ					รวม
	Residential home	Assisted living	LTC hospital	Nursing home	Hospice care	
1 เดือน – 1 ปี	11.5	50.0	36.5	31.0	-	26.2
1 ปี 1 เดือน – 3 ปี	23.0	33.3	26.9	14.3	40.0	23.3
3 ปี 1 เดือน – 5 ปี	11.5	8.3	15.4	14.3	-	12.8
5 ปี 1 เดือน – 7 ปี	8.2	8.3	-	9.5	-	5.8
7 ปี 1 เดือน – 10 ปี	13.1	-	15.4	7.1	40.0	12.2
10 ปี ขึ้นไป	32.8	-	5.8	23.8	20.0	19.8
รวม	***100 (61)***	***100 (12)***	***100(52)***	***100 (42)***	***100 (5)***	***100 (171)***

6.5 ความพึงพอใจในการทำงาน อัตราเงินเดือน และความต้องการทำงานต่อไป

จากการสำรวจความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ให้บริการ พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 50.8 ซึ่งพบมากที่สุดในสถานที่ให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต คิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงมาเป็นสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 77.8 และ 50 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้บริการร้อยละ 0.5 พึงพอใจในตำแหน่งความรับผิดชอบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.5 ซึ่งพบได้ในบ้านพักคนชรา (ดูตารางที่ 6.15) และยังพบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 50.8 เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบเปรียบเทียบแต่ละวิชาชีพ/อาชีพ พบว่านักกายภาพบำบัดมีความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบในระดับมาก มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาเป็นพี่เลี้ยงและวิชาชีพพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 59.5 และ 52.8 ตามลำดับ ส่วนแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด และผู้ช่วยพยาบาลมีมีความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบระดับมาก ในอัตราที่เท่ากันคือร้อยละ 50 อย่างไรก็ตามพบว่า พี่เลี้ยงมีความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบในระดับน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.7 (ดูตารางที่ 6.9)

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรเปรียบเทียบในสถานบริการภาครัฐและภาคเอกชนพบว่าผู้ให้บริการในสถานบริการภาครัฐ สังกัด

กระทรวงสาธารณสุขมีความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบในระดับมาก มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 64.1 รองลงมาคือ ความพึงพอใจระดับปานกลาง พบมากที่สุดในผู้ให้บริการภาคเอกชน สังกัดองค์กรศาสนา คิดเป็นร้อยละ 37.5 ความพึงพอใจระดับมากที่สุด พบมากที่สุดในผู้ให้บริการภาคเอกชนที่เป็นองค์กรการกุศล คิดเป็นร้อยละ 33.3 และความพึงพอใจระดับน้อยพบในผู้ให้บริการภาครัฐ สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คิดเป็นร้อยละ 4.9 ส่วนความพึงพอใจระดับน้อยที่สุดพบในผู้ให้บริการภาครัฐ สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียงแห่งเดียว คิดเป็นร้อยละ 2.4 ส่วน (ดูตารางที่ 6.10)

และจากการสำรวจเกี่ยวกับอัตราเงินเดือนของผู้ให้บริการ พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่ได้รับอัตราเงินน้อยกว่า 7,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 52.8 ซึ่งพบในผู้ให้บริการในสถานบริบาลมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 59.1 รองลงมาเป็นผู้ให้บริการในสถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต บ้านพักคนชรา คิดเป็นร้อยละ 58.3 และ 54.4 ตามลำดับ และผู้ให้บริการส่วนน้อยที่ได้รับอัตราเงินเดือน 25,001 – 30,000 บาทต่อเดือน ซึ่งพบมากที่สุดในผู้ให้บริการในสถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต คิดเป็นร้อยละ 25 (ดูตารางที่ 6.11) โดยที่ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ซึ่งได้รับเงินเดือนน้อยกว่า 7,000 บาทต่อเดือน พบมากที่สุดในผู้ช่วยดูแล คิดเป็นร้อยละ 82.8 รองลงมาเป็นผู้ช่วยพยาบาล พี่เลี้ยง คิดเป็นร้อยละ 77.3 และ 64.9 ตามลำดับ ส่วนอัตราเงินเดือน 25,001 – 30,000 บาทต่อเดือน พบมากที่สุดในพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 16.7 รองลงมาเป็นนักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด คิดเป็นร้อยละ 12.6 และ 6.5 ตามลำดับ (ดูตารางที่ 6.12) และยังพบว่าผู้ให้บริการที่ได้รับอัตราเงินเดือนน้อยกว่า 7,000 บาทต่อเดือนพบมากที่สุดในผู้ให้บริการภาคเอกชน องค์กรการกุศล คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมาเป็นผู้ให้บริการภาคเอกชนในองค์กรศาสนา และพบในผู้ให้บริการภาครัฐ สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คิดเป็นร้อยละ 62.5 และ 56.1 ตามลำดับ ในขณะที่อัตราเงินเดือน 25,001 – 30,000 บาทต่อเดือน พบมากที่สุดในผู้ให้บริการภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 7.7 รองลงมาเป็นผู้ให้บริการภาครัฐ สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ให้บริการภาคเอกชน องค์กรธุรกิจ คิดเป็นร้อยละ 4.9 และ 4.6 ตามลำดับ (ดูตารางที่ 6.13)

นอกจากนี้ได้สำรวจความพึงพอใจในอัตราเงินเดือนที่ได้รับ พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อเงินเดือนที่ได้รับในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 55.6 โดยพบว่าผู้ให้บริการในสถานให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตมีความพึงพอใจในระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมาเป็นผู้บริการจากสถานบริบาลและสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลคิดเป็น 61.4 และ 56.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้บริการร้อยละ 7.1 ไม่พึงพอใจต่อเงินเดือนที่ได้รับ โดยพบมากที่สุดในผู้ให้บริการจากบ้านพักคนชราคิดเป็นร้อยละ 13.2 รองลงมาเป็นผู้รับบริการจากสถานให้การดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 7.7 ในส่วนความพึงพอใจต่อเงินที่ได้รับในระดับมากที่สุดพบเพียงร้อยละ 1.5 โดยพบมากที่สุดในผู้ให้บริการในสถานบริบาลคิดเป็นร้อยละ 2.3 (ดูตารางที่ 6.14) และผู้ให้บริการส่วนใหญ่ซึ่งมีความพึงพอใจต่อเงินเดือนที่ได้รับระดับปานกลางพบมากที่สุดในนักกิจกรรมบำบัดคิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาเป็นนักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพ คิดเป็นร้อยละ 75 และ 62.5 ตามลำดับ ส่วนผู้ให้บริการที่พึงพอใจต่อเงินเดือนที่ได้รับในระดับมากที่สุดคือแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 16.7 ในขณะที่ผู้ให้บริการที่ไม่มีความพึงพอใจต่อเงินเดือนที่ได้รับพบมาก

ที่สุดในคนครัว พนักงานซักรีด คนสวน พนักงานขับรถ คิดเป็นร้อยละ 18.2 รองลงมาเป็นพี่เลี้ยงผู้ช่วยดูแล คิดเป็นร้อยละ 10.8 และ 8.6 ตามลำดับ (ดูตารางที่ 6.15)

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอในต่อเงินเดือนที่ได้รับในระดับปานกลาง ซึ่งพบในผู้ให้บริการภาคเอกชน องค์กรธุรกิจมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 67.7 รองลงมาเป็นผู้ให้บริการจากภาคเอกชน องค์กรทางศาสนา และภาครัฐ สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคิดเป็นร้อยละ 54.2 และ 53.7 ตามลำดับ ส่วนผู้ให้บริการที่มีความพึงพอใจต่อเงินเดือนที่ได้รับในระดับมากที่สุด พบมากที่สุดในผู้ให้บริการจากภาคเอกชน องค์กรทางศาสนาคิดเป็นร้อยละ 4.2 ในขณะที่ผู้ให้บริการที่ไม่พึงพอใจต่อเงินเดือนที่ได้รับ พบมากที่สุดในผู้ให้บริการภาครัฐบาล สังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์คิดเป็นร้อยละ 20 รองลงมาเป็นผู้ให้บริการ สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ให้บริการภาคเอกชน องค์กรธุรกิจคิดเป็นร้อยละ 9.8 และ 7.7 ตามลำดับ (ดูตารางที่ 6.16)

จากการสำรวจความต้องการทำงานในสถานบริการของผู้ให้บริการ พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะทำงานต่อไปคิดเป็นร้อยละ 80.7 รองลงมายังไม่แน่ใจว่าจะงานต่อหรือไม่คิดเป็นร้อยละ 17.8 ในขณะที่ร้อยละ 1.5 ของผู้ให้บริการกำลังจะลาออก (ดูตารางที่ 6.17) และเมื่อพิจารณาในแต่ละวิชาชีพ/ อาชีพ พบว่าแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัดต้องการทำงานต่อไปร้อยละ 100 รองลงมาเป็นคนครัว พนักงานซักรีด คนสวน พนักงานขับรถคิดเป็นร้อยละ 95.5 ส่วนพยาบาลและพี่เลี้ยงต้องการทำงานต่อไปในอัตราที่เท่ากันคือร้อยละ 83.3 นอกจากนี้ผู้ให้บริการที่ไม่แน่ใจว่าทำงานต่อไปหรือไม่พบมากที่สุดในผู้ช่วยดูแลร้อยละ 28.8 รองลงมาเป็นผู้ช่วยพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 27.3 และ 25 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ให้บริการที่กำลังจะลาออกจากงานพบมากที่สุดในพี่เลี้ยงคิดเป็นร้อยละ 5.6 รองลงมาเป็นผู้ช่วยดูแลร้อยละ 1.7 (ดูตารางที่ 6.18)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้บริการภาคเอกชน องค์กรการกุศลมีความต้องการทำงานต่อไปมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาเป็นผู้ให้บริการจากภาครัฐบาล สังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสังกัดกระทรวงสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 96 และ 92.5 ตามลำดับ ส่วนผู้ให้บริการที่ไม่แน่ใจว่าจะทำงานต่อไปหรือไม่ พบมากที่สุดในผู้ให้บริการจากภาคเอกชน องค์กรธุรกิจคิดเป็นร้อยละ 29.2 ในขณะที่ผู้ให้บริการที่กำลังจะลาออกพบมากที่สุดในผู้ให้บริการภาครัฐบาล สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คิดเป็นร้อยละ 5 รองลงมาเป็นผู้ให้บริการภาคเอกชน องค์กรธุรกิจ คิดเป็นร้อยละ 1.5 (ดูตารางที่ 6.19)

ตารางที่ 6.8 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามระดับความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบและประเภทของสถานบริการ (n=187)

ความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบ	***ประเภทของสถานบริการ***					***รวม***
	Residential home	***Assisted living***	***LTC hospitals***	***Nursing home***	***Hospice care***	
พึงพอใจน้อยที่สุด	1.5	-	-	-	-	0.5
พึงพอใจน้อย	4.4	-	4.7	-	-	3.0
พึงพอใจปานกลาง	32.4	16.7	34.4	36.4	11.1	32.0
พึงพอใจมาก	48.5	83.3	50.0	40.9	77.8	50.8
พึงพอใจมากที่สุด	13.2	-	10.9	22.7	11.1	13.7
รวม	100 (68)	100 (12)	100 (64)	100 (44)	100 (9)	100 (197)

ตารางที่ 6.9 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามระดับความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบและประเภทของบุคลากร (n=187)

บุคลากร	***ความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบ***					***รวม***
	พึงพอใจน้อยที่สุด	***พึงพอใจน้อย***	***พึงพอใจปานกลาง***	***พึงพอใจมาก***	***พึงพอใจมากที่สุด***	
แพทย์	-	-	50.0	50.0	-	100
นักกายภาพบำบัด	-	-	25.0	75.0	-	100
นักกิจกรรมบำบัด	-	-	50.0	50.0	-	100
นักสังคมสงเคราะห์	-	-	25.0	50.0	25.0	100
พยาบาล	-	-	36.1	52.8	11.1	100
ผู้ช่วยพยาบาล	-	-	27.3	50.0	22.7	100
ผู้ช่วยดูแล	-	5.2	37.9	44.8	12.1	100
พี่เลี้ยง	2.7	5.4	24.3	59.5	8.1	100
อื่น ๆ (คนครัว, พนักงานซักรีด, คนสวน, พนักงานขับรถ)	-	4.5	22.7	40.9	31.8	100
รวม	0.5 (1)	3.0 (6)	32.0 (63)	50.8 (100)	13.7 (27)	100 (197)

ตารางที่ 6.10 ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามระดับความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบและประเภทของบุคลากรเปรียบเทียบในสถานบริการภาครัฐและภาคเอกชน (n=197)

ความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบ	***ภาครัฐ***			***ภาคเอกชน***			***รวม***
	พม.	***สธ.***	***อปท.***	***ธุรกิจ***	***การกุศล***	***ศาสนา***	
พึงพอใจน้อยที่สุด	-	-	2.4	-	-	-	0.5
พึงพอใจน้อย	4.0	2.6	4.9	3.1	-	-	3.0
พึงพอใจปานกลาง	32.0	20.5	31.7	36.9	33.3	37.5	32.0
พึงพอใจมาก	52.0	64.1	48.8	49.2	33.3	37.5	50.8
พึงพอใจมากที่สุด	12.0	12.8	12.5	10.8	33.3	25.0	13.7
รวม	100(25)	100 (39)	100 (41)	100 (65)	100 (3)	100 (24)	100 (160)

ตารางที่ 6.11 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามอัตราเงินเดือนที่ได้รับ (n=187)

อัตราเงินเดือนที่ได้รับ	ประเภทของสถานบริการ					รวม
	Residential home	Assisted living	LTC hospitals	Nursing home	Hospice care	
น้อยกว่า 7,000 บาท	54.4	58.3	46.9	59.1	44.4	52.8
7,000 – 10,000 บาท	10.3	8.3	6.3	31.8	-	13.2
10,001 – 15,000 บาท	27.9	8.3	23.4	-	11.1	18.3
15,001 – 20,000 บาท	1.5	-	6.3	2.3	11.1	3.6
20,001 – 25,000 บาท	2.9	-	12.5	6.8	33.3	8.1
25,001 – 30,000 บาท	2.9	25.0	4.7	-	-	4.1
รวม	100 (68)	100 (12)	100 (64)	100 (44)	100 (9)	100 (197)

ตารางที่ 6.12 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามอัตราเงินเดือนที่ได้รับและประเภทของบุคลากร (n=197)

บุคลากร	อัตราเงินเดือนที่ได้รับ						รวม
	น้อยกว่า 7,000	7,000 – 10,000	10,001 – 15,000	15,001 – 20,000	20,001 – 25,000	25,001 – 30,000	
แพทย์	-	-	-	-	100	-	100
นักกายภาพบำบัด	-	62.5	25.0	-	-	12.5	100
นักกิจกรรมบำบัด	-	50.0	50.0	-	-	4.5	100
นักสังคมสงเคราะห์	-	50.0	50.0	-	-	-	100
พยาบาล		16.3	27.8	13.5	25.0	16.7	100
ผู้ช่วยพยาบาล	77.3	13.6	4.5	4.5	-	-	100
ผู้ช่วยดูแล	82.8	8.6	8.6	-	-	-	100
พี่เลี้ยง	64.9	5.4	27.0	2.7	-	-	100
อื่น ๆ (ธุรการ คนครัว พนักงานซักรีด คนสวน, พนักงานขับรถ)	63.6	9.1	18.2	-	4.5	-	100
รวม	52.5 (104)	13.2 (26)	18.3 (36)	3.6 (7)	8.1 (16)	4.1 (8)	100 (197)

ตารางที่ 6.13 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามอัตราเงินเดือนเปรียบเทียบระหว่างสถานบริการภาครัฐและเอกชน (n=197)

อัตราเงินเดือนที่ได้รับ	*ภาครัฐ*			*ภาคเอกชน*		
	พม.	*สธ.*	*อปท.*	*ธุรกิจ*	*การกุศล*	*ศาสนา*
น้อยกว่า 7,000	52.0	41.0	56.1	53.8	66.7	62.5
7,000 – 10,000	16.0	2.6	7.3	16.9	-	29.2
10,001 – 15,000	28.0	28.2	26.8	9.2	33.3	-
15,001 – 20,000	-	10.3	2.4	1.5	-	4.2
20,001 – 25,000	4.0	10.3	2.4	13.8	-	4.2

อัตราเงินเดือนที่ได้รับ	*ภาครัฐ*			*ภาคเอกชน*		
	พม.	*สธ.*	*อปท.*	*ธุรกิจ*	*การกุศล*	*ศาสนา*
25,001 – 30,000	-	7.7	4.9	4.6	-	-
รวม	100 (25)	100 (39)	100 (41)	100 (65)	100 (3)	100 (24)

ตารางที่ 6.14 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามระดับความพึงพอใจในเงินเดือนที่ได้รับ (n=198)

ระดับความพึงพอใจในเงินเดือนที่ได้รับ	*ประเภทของสถานบริการ*					*รวม*
	Residential home	***Assisted living***	***LTC hospiitals***	***Nursing home***	***Hospice care***	
ไม่พึงพอใจเลย	13.2	-	7.7	-	-	7.1
พึงพอใจน้อยที่สุด	16.2	8.3	6.2	2.3	11.1	9.1
พึงพอใจน้อย	10.4	16.7	13.8	27.3	33.3	16.7
พึงพอใจปานกลาง	51.5	66.7	56.9	61.4	33.3	55.6
พึงพอใจมาก	7.4	8.3	13.8	6.8	22.2	10.1
พึงพอใจมากที่สุด	1.5	-	1.5	2.3	-	1.5
รวม	100 (68)	100 (12)	100 (65)	100 (44)	100 (9)	100 (198)

ตารางที่ 6.15 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามระดับความพึงพอใจในเงินเดือนที่ได้รับ และประเภทของบุคลากร (n=198)

บุคลากร	*ความพึงพอใจในเงินเดือนที่ได้รับ*						*รวม*
	ไม่พึงพอใจ	*พึงพอใจน้อยที่สุด*	*พึงพอใจน้อย*	*พึงพอใจปานกลาง*	*พึงพอใจมาก*	*พึงพอใจมากที่สุด*	
แพทย์	-	-	-	50.0	33.3	16.7	100
นักกายภาพบำบัด	-	12.5	25.0	62.5	-	-	100
นักกิจกรรมบำบัด	-	-	-	100	-	-	100
นักสังคมสงเคราะห์	-	-	-	75.0	25.0	-	100
พยาบาล	2.7	5.4	8.1	62.2	21.6	-	100
ผู้ช่วยพยาบาล	-	-	36.4	59.1	4.5	-	100
ผู้ช่วยดูแล	8.6	6.9	20.7	56.9	5.2	1.7	100
พี่เลี้ยง	10.8	16.2	10.8	54.1	8.1	-	100
อื่น ๆ (คนครัว พนักงานซักรีด คนสวน พนักงานขับรถ)	18.2	22.7	18.2	27.3	9.1	4.5	100

ตารางที่ 6.16 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามความพึงพอใจต่อเงินเดือนที่ได้รับ เปรียบเทียบระหว่างสถานบริการภาครัฐและเอกชน (n=198)

ความพึงพอใจในเงินเดือนที่ได้รับ	***ภาครัฐ***			***ภาคเอกชน***		
	พม.	***สธ.***	***อปท.***	***ธุรกิจ***	***การกุศล***	***ศาสนา***
ไม่พึงพอใจ	20.0	-	9.8	7.7	-	-
พึงพอใจน้อยที่สุด	8.0	10.0	22.0	1.5	33.3	4.2
พึงพอใจน้อย	12.0	20.0	9.8	15.4	-	33.3
พึงพอใจปานกลาง	48.0	45.0	53.7	67.7	33.3	54.2
พึงพอใจมาก	8.0	22.5	4.9	7.7	33.3	4.2
พึงพอใจมากที่สุด	4.0	2.5	-	-	-	4.2
รวม	100 (25)	100 (40)	100 (41)	100 (65)	100 (3)	100 (24)

ตารางที่ 6.17 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ ที่ต้องการที่จะทำงานในสถานบริการต่อไป จำแนกตามประเภทสถานบริการ (n=192)

ความต้องการทำงานต่อ	***ประเภทของสถานบริการ***					***รวม***
	Residential home	***Assisted living***	***LTC hospitals***	***Nursing home***	***Hospice care***	
ไม่แน่ใจ	10.4	16.7	18.2	31.8	-	17.8
ต้องการทำงานต่อไป	86.6	75.0	81.8	68.2	100	80.7
กำลังจะลาออก	3.0	8.3	-	-	-	1.5
รวม	100 (67)	100 (12)	100 (66)	100 (44)	100 (8)	100 (197)

ตารางที่ 6.18 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามความต้องการที่จะทำงานในสถานบริการต่อไป (n=192)

บุคลากร	***ความต้องการที่จะทำงานต่อ***			***รวม***
	ไม่แน่ใจ	***ต้องการทำงานต่อไป***	***กำลังจะลาออก***	
แพทย์	-	100	-	100
นักกายภาพบำบัด	-	100	-	100
นักกิจกรรมบำบัด	-	100	-	100
นักสังคมสงเคราะห์	25.0	75.0	-	100
พยาบาล	16.7	83.3	-	100
ผู้ช่วยพยาบาล	27.3	72.7	-	100
ผู้ช่วยดูแล	28.8	69.5	1.7	100
พี่เลี้ยง	11.1	83.3	5.6	100
อื่น ๆ (คนครัว พนักงานซักรีด คนสวน พนักงานขับรถ)	4.5	95.5	-	100
รวม	**17.8 (35)**	**80.7 (159)**	**1.5 (3)**	**100(197)**

ตารางที่ 6.19 จำนวน ร้อยละ ของผู้ให้บริการ จำแนกตามความต้องการทำงานต่อเปรียบเทียบระหว่างสถานบริการภาครัฐและเอกชน (n=198)

ความต้องการทำงานต่อ	*ภาครัฐ*			*ภาคเอกชน*		
	พม.	*สธ.*	*อปท.*	*ธุรกิจ*	*การกุศล*	*ศาสนา*
ไม่แน่ใจ	4.0	7.5	15.0	29.2	-	25.0
ต้องการทำงานต่อไป	96.0	92.5	80.0	69.2	100	75.0
กำลังจะลาออก	-	-	5.0	1.5	-	-
รวม	100 (25)	100 (40)	100 (40)	100 (65)	100 (3)	100 (24)

6.6 ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงาน

6.6.1 ทัศนคติหรือการมองผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล

จากคำถามกึ่งปลายเปิดที่สอบถามเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ให้บริการที่เป็นบุคลากรทั้งทางด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยดูแล และพี่เลี้ยง และบุคลากรทางด้านสังคม เช่นนักสังคมสงเคราะห์ ต่อผู้รับบริการหรือผู้สูงอายุ พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุ เช่น มองผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลที่น่าสงสาร น่าเห็นใจ เป็นผู้ที่ด้อยโอกาสทางสังคม ขาดการดูแลจากครอบครัว ต้องการการดูแล นอกจากนี้ยังมองผู้สูงอายุว่าเป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อารมณ์เศร้า มีปัญหาพฤติกรรม เช่น ทำตัวเหมือนเด็ก ดื้อรั้น ไม่เชื่อฟัง และบางรายมองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ไม่สมประกอบทั้งทางร่างกายและสติสัมปชัญญะ

ผู้ให้บริการยังให้ทัศนะว่าควรให้ความเข้าใจผู้สูงอายุ เข้าใจการเปลี่ยนแปลง ควรให้กำลังใจ ให้ความรักและความอบอุ่น อำนวยความสะดวก ช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และให้การดูแลเสมือนญาติเป็นต้น

6.6.2 ปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน

ผู้ให้บริการได้ระบุปัญหาหรืออุปสรรคในการ ดำเนินงานแบ่งออกเป็น 3 ด้านใหญ่ คือ

1) ด้านระบบ ผู้ให้บริการระบุว่า การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง มีกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่เคร่งครัดมากเกินไป และผู้บังคับบัญชาไม่ให้ความสนใจ

2) ด้านงบประมาณ เนื่องจากการให้บริการดูแลจะมีค่าใช้จ่าย พบว่าสถานบริการส่วนใหญ่มีงบประมาณหรือทุนดำเนินการไม่เพียงพอ

3) ด้านคน ในที่นี้แบ่งคนออกเป็น 2 กลุ่มคือ บุคลากร และผู้สูงอายุ ในด้านบุคลากรมักมีปัญหาด้านทัศนคติไม่ตรงกัน มีปัญหาในการสื่อสาร การประสานงาน ขาดความรู้และความเข้าใจ ส่วนในด้านผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการระบุว่ามักประสบปัญหาผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล บางรายมีภาวะทุพพลภาพมาก ทำให้ไม่ตอบสนองต่อการดูแลและรักษา บางรายมีอาการทางจิตและมีปัญหาพฤติกรรม เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น

6.6.3 แนวทางในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรค

1) ด้านระบบ ผู้ให้บริการให้ทัศนะว่าควรมีการปรับปรุงระเบียบและออกนโยบายที่เอื้อต่อผู้สูงอายุมากขึ้น

2) ด้านงบประมาณ .สำหรับสถานบริการของภาครัฐ เช่นสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้ให้บริการเห็นว่าควรขอรับบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธาทุกท่าน

3) ด้านคน ควรมีการอธิบายให้ผู้เกี่ยวข้องหรือชี้แจงหน่วยงานทราบ ในการขอเพิ่มอัตรากำลัง ส่วนในเรื่องการที่มีทัศนะหรือความเข้าใจไม่ตรงกัน ควรแก้ไขโดยการพูดคุยปรับความเข้าใจ ประชุมร่วมกันเพื่อค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไข ใช้เทคนิคในการสื่อสารกับผู้ป่วย ใช้ความอดทนและใช้เหตุผล ไม่ใช้อารมณ์ในการแก้ไขปัญหา

6.6.4 แนวทางในการพัฒนาการบริการ

ผู้ให้บริการได้ให้ทัศนะในแนวทางพัฒนาการบริการ โดยให้ความสำคัญในด้านความรู้ ด้านบุคลิกลักษณะและวิธีการดูแล ดังนี้

1) ด้านความรู้ ผู้ให้บริการได้ให้ความสำคัญต่อความรู้เป็นอย่างมาก ได้เสนอแนะให้มีการฝึกอบรม ให้ความรู้แก่บุคลากรที่ให้บริการ มีการถ่ายทอดประสบการณ์เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแล

2) ด้านบุคลิกลักษณะของผู้ให้บริการที่จะช่วยพัฒนาการบริการได้ โดยที่ควรเป็นผู้ที่มีความเมตตา ซื่อสัตย์ ขยัน อดทน และเป็นผู้ที่มีจิตใจอ่อนโยน

3) ด้านการปฏิบัติงาน ควรให้การดูแลด้วยความเต็มใจ ให้ความเข้าใจในตัวผู้สูงอายุ และเปลี่ยนแปลง ดูแลทางด้านสุขภาพจิตโดยให้ทำกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย เพิ่มกิจกรรมการดูแลในระยะสุดท้าย มีความพร้อมของอุปกรณ์ ใช้ระบบ QC ในการควบคุมมาตรฐานการบริการ นอกจากนี้ผู้ให้บริการควรเป็นผู้ที่มีความตั้งใจทำงาน ทำงานได้อย่างรวดเร็วเนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถรอได้ มีเป้าหมายการทำงานที่ชัดเจน มีการวางแผนในการทำงาน และควรมีการทำงานเป็นทีม

บทที่ 7
สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ในบทนี้จะนำเสนอตามประเด็นต่อไปนี้

7.1 สรุป

7.2 อภิปรายผล

7.2.1 ข้อมูลพื้นฐานสถานบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

7.2.2 จำนวนบุคลากรและสมรรถนะของผู้ให้บริการ

7.2.3 ลักษณะกิจกรรมการบริการ

7.2.4 คุณลักษณะของผู้รับบริการ

7.3 ข้อเสนอแนะ

7.4 ปัญหาและอุปสรรค

7.1 สรุป

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ประชากรสูงอายุในสังคมไทย การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลมีจำนวนมากขึ้น ผู้สูงอายุต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งการดูแลภายในครอบครัวและการดูแลในสถานบริการ ด้วยแต่ยังไม่ปรากฏว่ามีข้อมูลพื้นฐานของสถานบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทยที่ชัดเจน เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดีในสถานบริการในประเทศไทย และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้กำหนดนโยบาย ผู้มีส่วนในการวางแผนการให้บริการสุขภาพและสังคม จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานสถานบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของทั้งภาครัฐและเอกชน ศึกษาจำนวนบุคลากรและสมรรถนะของผู้ให้บริการ และเพื่อศึกษาคุณลักษณะของผู้รับบริการ โดยใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจและเชิงบรรยาย

จากการสำรวจทั่วประทศในระยะที่ 1 พบว่า มีจำนวนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งหมด 138 แห่ง พบมากที่สุดในเขตกรุงเทพมหานคร 68 แห่ง (ร้อยละ 49.28) รองลงมาคือภาคกลาง 42 แห่ง (ร้อยละ 30.43) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 13 แห่ง (ร้อยละ 9.42) ภาคเหนือ 10 แห่ง (ร้อยละ 7.25) และภาคใต้ 5 แห่ง (ร้อยละ 3.62) เมื่อแบ่งออกเป็นแต่ละประเภทพบว่ามีสถานบริบาลมากที่สุด 60 แห่ง (ร้อยละ 43.48) รองลงมาคือบ้านพักคนชราหรือสถานสงเคราะห์คนชรา 44 แห่ง (ร้อยละ 31.88) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล 25 แห่ง (ร้อยละ 18.12) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต 6 แห่ง (ร้อยละ 4.35) และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3 แห่ง (ร้อยละ 2.17)

จากกลุ่มตัวอย่างสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ศึกษาในระยะที่ 2 จำนวน 21 แห่ง พบว่าเป็นของภาคเอกชนทั้งที่หวังผลกำไรและไม่หวังผลกำไร จำนวน 11 แห่ง เป็นของภาครัฐ

จำนวน 10 แห่งในส่วนภาคเอกชนส่วนใหญ่เป็นสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long-term care hospitals) ในส่วนของภาครัฐ พบว่าส่วนใหญ่เป็นสถานสงเคราะห์คนชรา สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ไม่พบว่ามีสถานบริบาลของภาครัฐแต่พบว่ามีบริการในระดับเดียวกันในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยให้บริการผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลทุกระดับยกเว้นบริการส่งผู้ช่วยดูแลไปดูแลที่บ้าน ส่วนสถานบริบาลให้บริการที่ครบวงจรตั้งแต่ส่งผู้ช่วยดูแลไปดูแลที่บ้านจนถึงดูแลระยะสุดท้าย ร้อยละ 45 ของบ้านพักคนชราไม่มีพยาบาลประจำ ในขณะที่ร้อยละ 9 ของสถานบริบาลไม่มีพยาบาลประจำ ในขณะที่ร้อยละ 45 ไม่มีพยาบาลประจำ ทั้งในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลและสถานบริบาลมีผู้ช่วยดูแลทำงานประจำ และในบ้านพักคนชราทุกแห่งจะมีพี่เลี้ยงประจำ ร้อยละ 45.5 ของสถานบริการไม่ได้ขึ้นทะเบียน บ้านพักคนชราของภาครัฐมีจำนวนเตียงเฉลี่ยมากที่สุด ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลเอกชน มีค่าสูงสุดเท่ากับ 33,000 บาทต่อเดือน รองลงมาเป็นค่าใช้จ่ายในสถานบริบาลเท่ากับ 15,961.5 บาทต่อเดือน ส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่มีค่าน้อยที่สุดพบในบ้านพักคนชรา ภาครัฐ เท่ากับ 1,073 บาทต่อเดือน

ด้านผู้รับบริการ จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด 486 คน พบว่า 357 คน (ร้อยละ 73.5) พักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.3) มีอายุระหว่าง 60-74 ปี (ร้อยละ 47.3) สถานภาพสมรสเป็นหม้าย (ร้อยละ 42.4) เกือบครึ่งไม่มีบุตร (ร้อยละ 46.3) สาเหตุของการย้ายเข้ามาอยู่ในสถานบริการคือไม่มีผู้ดูแล (ร้อยละ 62.3) ร้อยละ 86.8 มีโรคประจำตัว โดยร้อยละ 33 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเข่าเสื่อม ปวดข้อ โรคเบาหวานและโรคหัวใจ จากการใช้แบบประเมินพบร้อยละ 41.6 มีภาวะสมองเสื่อม และร้อยละ 29.5 มีภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 15.9 อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด เมื่อพิจารณาผู้ที่มีภาวะพึ่งพาปานกลางถึงพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด พบถึงร้อยละ 52.3 โดยร้อยละ 55.6 พบในผู้สูงอายุที่พักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ต้องการได้รับการช่วยเหลือดูแลถึง 20-27 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.5) มีอายุระหว่าง 15-30 ปี (ร้อยละ 39.5) มีสถานภาพสมรส และมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช.หรือเทียบเท่า และส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยดูแล (ร้อยละ 30) ในบ้านพักคนชรามีผู้ให้บริการเป็นพี่เลี้ยงมากที่สุด นักกิจกรรมบำบัดส่วนใหญ่จะทำงานในสถานบริบาล พบว่านักสังคมสงเคราะห์ทั้งหมดเป็นบุคลากรในบ้านพักคนชรา และพยาบาลเป็นบุคลากรในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลมากที่สุด ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ มีการอบรมปีละ 1 ครั้ง แต่ยังพบว่ามีทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุ ผู้ช่วยดูแลที่ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมจากหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ กระทรวงศึกษาธิการมากที่สุด แพทย์ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ทั่วไป ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบในระดับมากและพึงพอใจในต่อเงินเดือนในระดับปานกลาง โดยพบในภาคเอกชนที่เป็นองค์กรธุรกิจมากที่สุด ส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะทำงานต่อไป ให้ทัศนะในแนวทางพัฒนาการ

บริการ โดยให้ความสำคัญในด้านความรู้ การพัฒนาด้านบุคลิกลักษณะและวิธีการดูแลให้มีมาตรฐานสูงขึ้น

7.2 อภิปรายผล

การอภิปรายผลจะดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

7.2.1 ข้อมูลพื้นฐานสถานบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในเขตภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ และเขตกรุงเทพมหานคร ในด้านจำนวน ประเภท จำนวนเตียง อัตราค่าบริการ และการขึ้นทะเบียนของสถานบริการ ของทั้งภาครัฐและเอกชน

1) ความต้องการสถานบริการ

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีจำนวนสถานบริการดูแลระยะยาวจำนวนมากกว่าภาคอื่นๆ ในประเทศ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสภาพความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน และสภาวะความจำเป็นของสังคมในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ยังมีความเป็นชนบทมากกว่าเป็นชุมชนเมือง ซึ่งน่าจะมีส่วนช่วยลดความจำเป็นในการหาแหล่งที่พึ่งพาให้กับผู้สูงอายุ กล่าวคือ ในชนบทไม่มีความความแออัดของการอยู่อาศัย สภาพแวดล้อมยังไปมาสะดวก ไม่ต้องเผชิญกับปัญหารถติด หรือมีความเร่งรีบในการเดินทาง ค่าครองชีพต่ำกว่า และการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันระหว่างผู้สูงอายุหรือครอบครัวกับเพื่อนบ้านในชุมชนเดียวกันมีมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองหลวง และจากความเชื่อ วัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะภาคอีสาน ที่ได้รับการปลูกฝังมาตามบรรทัดฐานทางสังคม ว่าการดูแลผู้สูงเป็นแสดงออกถึงความกตัญญู และการดูแลยามเจ็บป่วยเป็นการแสดงถึงสถานภาพทางสังคมอย่างอื่น การมีญาติพี่น้องมิตรสหาย บริวารมาเกี่ยวข้องมากถือว่าได้รับการยอมรับทางสังคมสูง ส่วนการอยู่อย่างโดดเดี่ยว ถือเป็นความยากจนไร้ญาติขาดมิตร รวมทั้งความเชื่อในเรื่องการยกย่องผู้อาวุโส (จารุวรรณ ธรรมวัตร, 2540) ในขณะที่ผู้สูงอายุในเมืองหลวงมักได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมโดยตรง จึงไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549)

ปัญหาความยากจนของผู้สูงอายุ และภาวะเศรษฐกิจที่ไม่เอื้ออำนวยให้ครอบครัวส่งผู้สูงอายุเข้ารับการดูแลจากสถานบริบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานบริบาลขององค์กรเอกชน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงหากเป็นการดูแลระยะยาว มีรายงานในปี พ.ศ.2550 พบว่า มีผู้สูงอายุรับเบี้ยยังชีพในภาคเหนือ 355,154 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 863,794 คน ภาคกลาง 348,589 คน และภาคใต้ 187,729 คน (วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2552) สถานที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีอยู่ในภาครัฐ จะเป็นสถานสงเคราะห์คนชราซึ่งเน้นการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่หรือไร้ที่พึ่งเท่านั้น อย่างไรก็ตาม สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในภาคเหนือที่มีเพียงไม่กี่แห่งแต่ล้วนเป็นของภาคเอกชน ซึ่งมีค่าบริการ ทำให้ผู้รับบริการหรือครอบครัวมีภาระในค่าใช้จ่ายมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถ

รับภาระนี้ได้ทำให้สถานบริบาลโดยเอกชนในต่างจังหวัดที่เคยรับผู้สูงอายุได้หลายคน อาจต้องประสบกับการขาดทุน และปิดกิจการเมื่อไม่สามารถหาเพิ่มจำนวนผู้รับบริการได้

นอกจากนี้วัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุยังมีความเคร่งครัดในหน้าที่ ความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุที่เป็นบุพการี คือ พ่อแม่ หรือปู่ย่า ตายายยังไม่เปลี่ยนแปลงจากอดีตมากนัก และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว และได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ความต้องการสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในภาคเหนือจึงยังมีไม่มากนักหากเทียบกับสังคมเมือง

สภาพสังคมในกรุงเทพมหานครมีความเร่งรีบ ครอบครัวมีเวลาอยู่กับผู้สูงอายุน้อยกว่าในต่างจังหวัด เพราะบุตรหลานต้องออกจากบ้านตั้งแต่เช้าและกลับจากที่ทำงานมืดค่ำจึงทำให้มีเวลาอยู่กับผู้สูงอายุน้อยกว่า หรือผู้สูงอายุมีเวลาที่ต้องอยู่ตามลำพังมากกว่าผู้สูงอายุในต่างจังหวัด โอกาสที่จะเกิดปัญหาความไม่ปลอดภัยจากสังคมเมืองก็มีสูงกว่า หากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพช่วยเหลือตัวเองได้น้อยจะยิ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายเพิ่มมากขึ้น ภาวะความจำเป็นเหล่านี้ทำให้ความต้องการสถานบริบาลในกรุงเทพมหานคร มีมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ในเขตกรุงเทพมหานครมีจำนวนสถานบริการสูงสุด จำนวน 68 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 49.28 จำนวนสถานบริการดูแลระยะยาวที่เพิ่มขึ้น อาจสะท้อนให้เห็นถึงจำนวนของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและและมีภาวะพึ่งพาที่ต้องการใช้บริการ และอาจประมาณได้ว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีภาวะพึ่งพามากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามภูมิภาค ซึ่งการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2552) พบว่า ความชุกของการพึ่งพาของผู้สูงอายุไทยสูงที่สุดในเขตกรุงเทพมหานคร ปานกลางในภาคกลางและภาคใต้ และต่ำสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ มีข้อสังเกตว่าอัตราความชุกได้ลดหลั่นกันไปตามความเจริญทางเศรษฐกิจ ซึ่งผลจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในเขตกรุงเทพมหานครที่มีจำนวนสูงสุดในประเทศและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น

2) การแบ่งประเภทสถานบริการ

สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั่วทุกภาคของประเทศพบว่า มีความไม่ชัดเจนในวัตถุประสงค์ หลักเกณฑ์การรับผู้สูงอายุ และขอบเขตของบริการที่ให้ สถานดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้บริการผู้สูงอายุบนหลักการกว้างๆ มีหลักเกณฑ์การรับผู้สูงอายุที่ไม่เฉพาะเจาะจงมากนัก สถานดูแลแต่ละแห่งจึงมีบริการที่ซ้ำซ้อนและคาบเกี่ยวกันระหว่างสถานดูแลประเภทต่างๆ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรามีการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังแฝงอยู่ด้วย (ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ และคณะ, 2550)

ในประเทศไทยยังไม่มีสถานบริการใดที่ตรงกับ สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living) อย่างแท้จริง ในส่วนของบ้านพักคนชรา ซึ่งในประเทศไทยตั้งขึ้นเพื่อช่วยสงเคราะห์คนชราที่ยากไร้จึงใช้ชื่อว่า *"สถานสงเคราะห์คนชรา"* ซึ่งเป็นสถานบริการที่ดูแลให้ที่อยู่อาศัย อาหารทั้ง 3 มื้อ แต่มีบางส่วนที่ให้บริการคล้ายคลึงกับสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต คือมีการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน

สำหรับบ้านพักคนชรา พบว่า มีหลักเกณฑ์และวัตถุประสงค์ในการรับผู้สูงอายุเข้าพักอาศัยแตกต่างกับในประเทศตะวันตก คือ สถานสงเคราะห์คนชราในประเทศไทยมีวัตถุประสงค์เพื่อรับดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ไม่มีที่อยู่อาศัย หรืออยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข แต่ในประเทศตะวันตกมีหลักเกณฑ์การรับก็คือ ต้องเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ในสถานการณ์จริงพบว่า สถานสงเคราะห์คนชราไม่สามารถปฏิเสธการรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพบางรายได้ และเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น มีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้บริหารสถานบริการแลระยะยาวแห่งหนึ่งได้กล่าวไว้ว่า *"ผู้สูงอายุที่มารับบริการในปัจจุบันมีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากกว่าที่ผ่านมา ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานสงเคราะห์คนชรา"* ทีมสุขภาพก็ไม่สามารถย้ายผู้สูงอายุออกจากสถานสงเคราะห์ไปสู่สถานบริบาลได้ เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีสถานบริบาลที่จัดตั้งโดยรัฐ (ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ และคณะ, 2550; ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2552) ดังนั้นจึงพบว่ามีบริการดูแลในระดับสูงแฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2552)

นอกจากนี้พบว่า สถานบริบาล (nursing home) ในประเทศไทยส่วนใหญ่พบในเมืองใหญ่ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีลักษณะพิเศษคือมีการผสมผสานระหว่างสถานที่ดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวันและสถานที่ให้การดูแลสำหรับผู้ที่ต้องการการพยาบาล

3) อัตราค่าบริการ

จากการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลภาคเอกชน มีค่าสูงสุดเท่ากับ 33,000 บาทต่อเดือน รองลงมาเป็นค่าใช้จ่ายในสถานบริบาลเท่ากับ 15,961.5 บาทต่อเดือน ส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่มีค่าน้อยที่สุดพบในบ้านพักคนชรา ภาครัฐ เท่ากับ 1,073 บาทต่อเดือน โดยปกติแล้วสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของรัฐให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย แต่จะเป็นภาระต่อภาครัฐที่ต้องจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอ ในขณะที่สถานดูแลผู้สูงอายุขององค์กรเอกชนมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง ทำให้ผู้รับบริการหรือครอบครัวมีภาระในค่าใช้จ่ายมากขึ้น ทำให้หลายครอบครัวไม่สามารถรับภาระนี้ได้ ดังนั้นการสนับสนุนขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่เข้มแข็ง จึงเป็นการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนอีกทางหนึ่งโดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ

อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่เข้าไม่ถึงการสนับสนุนนี้ บางคนอยู่ตามลำพัง บางคนใช้บริการสังคมอื่น เช่น เข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้สูงอายุที่มีครอบครัวให้ความเห็นว่า ควรอาศัยอยู่กับครอบครัวมากกว่าสถานสงเคราะห์คนชรา (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลชั้นกลางที่ไม่สามารถรับบริการในสถานสงเคราะห์ได้เนื่องจากไม่ใช่ผู้ที่ยากจน แต่ก็ไม่สามารถซื้อบริการของภาคเอกชนที่มีราคาแพงได้ ดังนั้นภาครัฐควรเข้ามามีบทบาทในการร่วมเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างกลุ่มประชากรต่างๆ ในสังคม โดยการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวของไทย ที่คำนึงถึงบริบทของประเทศในด้านวัฒนธรรมและโครงสร้าง

พื้นฐานของครอบครัวและระบบบริการสุขภาพและสังคมที่เป็นอยู่ การได้มาของงบประมาณจึงมี 3 แนวทาง (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) ได้แก่

1. การใช้ภาษีทั่วไป โดยระบบการจัดเก็บภาษีเป็นกลไกการกระจาย (redistribution) ทรัพยากรที่เหมาะสม

2. การจัดตั้งกองทุนระดับประเทศเพื่อการดูแลระยะยาว โดยการสมทบเงินจากภาคส่วนต่างๆ ที่ขึ้นกับระดับของฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งการจัดตั้งกองทุนที่แยกต่างหากและมีขอบเขตงบประมาณของตนเอง เป็นแนวทางหนึ่งที่รัฐบาลใช้ในการเสริมสร้างความยั่งยืนทางการเงิน หลายประเทศจัดตั้งกองทุนเพื่อการดูแลระยะยาวขึ้นโดยแยกออกจากกองทุนประกันสุขภาพ เพื่อเป็นการประกันความมั่นคงของงบประมาณว่าจะไม่ถูกนำไปใช้เพื่อบริการอื่น นอกจากนั้นยังเป็นการสร้างความชอบธรรมในการที่จะระดมทุนเพิ่มขึ้นในการจัดบริการ

3. การระดมทรัพยากรภายในชุมชนและองค์กรการกุศลต่างๆ เพื่อให้การคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้ที่ไม่สามารถจัดหาบริการสำหรับตนเองได้

4) การขึ้นทะเบียนสถานบริการ

สถานบริการระยะยาวของภาครัฐส่วนใหญ่จะไม่ขึ้นทะเบียน จากการศึกษานี้พบว่าในภาคเอกชน สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลได้มีการขึ้นทะเบียนทั้งหมด ซึ่งขึ้นทะเบียนกับกองประกอบโรคศิลปะคิดเป็นร้อยละ 100 ในขณะที่สถานบริบาล ซึ่งเป็นองค์ภาคธุรกิจมีการขึ้นทะเบียนกับกองประกอบโรคศิลปะร้อยละ 38.5 กระทรวงพาณิชย์ร้อยละ 15.2 และกรมการแพทย์ร้อยละ 7.7 ในขณะที่ร้อยละ 30.9 ของสถานบริบาลอยู่ระหว่างการดำเนินการขอขึ้นทะเบียน และร้อยละ 7.7 ของสถานบริบาลยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน สำหรับสาเหตุที่สถานบริการภาคเอกชนที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเนื่องจาก บ้านพักคนชราที่ขึ้นอยู่กับองค์กรกุศลและศาสนา ส่วนสถานที่ให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้ขึ้นทะเบียนเนื่องจากเป็นการให้บริการในวัด ซึ่งปัจจุบันไม่ได้มีการกำหนดให้ต้องขึ้นทะเบียน

จะเห็นได้ว่ามีการขึ้นทะเบียนกับหลายหน่วยงาน ซึ่งสถานบริการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการให้บริการในเชิงธุรกิจจะต้องไปขึ้นทะเบียนกับกรมการค้าภายใน และพบว่าบางรายเกิดการเข้าใจไม่ถูกต้องว่าการขึ้นทะเบียนแล้ว ซึ่งหากพิจารณาดูกิจกรรมการดูแล หากมีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาล ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเรื้อรังมีภาวะทุพพลภาพต้องการการช่วยเหลือในระดับสูง จะต้องไปขึ้นทะเบียนกับกองประกอบโรคศิลปะเป็นต้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการกำหนดการขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานให้ชัดเจน เพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพและการติดตามการบริการได้

7.2.2 บุคลากร จำนวนและสมรรถนะของผู้ให้บริการ เช่น จำนวนของแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยดูแลหรือบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อจำนวนผู้รับบริการ การศึกษาอบรมพิเศษที่ได้รับที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

1) บุคลากร

ในด้านบุคลการพบว่า ส่วนใหญ่ทำงานด้วยความเห็นอกเห็นใจและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุแม้จะได้ค่าตอบแทนไม่สูงนัก แต่การได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งน่าสงสาร เป็นบุคคลที่ขาดโอกาส ขาดการได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากครอบครัว และมักมีปัญหาสุขภาพร่างกาย จิตใจและสติปัญญา คิดว่าได้ทำความดี ช่วยเหลือผู้ที่ไม่มีใครดูแล เห็นว่าควรปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเสมือนญาติ ผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์มีความเห็นว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ภายในสถานสงเคราะห์นั้นเป็นผู้ด้อยโอกาสทางสังคม จำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ ด้านปัจจัย 4 ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่วนผู้ดูแลจากสถานบริบาลและสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลมีความเห็นว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลอย่างเป็นระบบ และผู้ดูแลต้องเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้สูงอายุด้วย

แม้บุคลากรส่วนใหญ่จะรู้สึกเหนื่อยกับงานประจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานสงเคราะห์มีผู้ดูแลไม่พอเพียงกับจำนวนผู้สูงอายุ และต้องเผชิญกับการไม่ร่วมมือของผู้สูงอายุบางราย เนื่องจากผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ส่วนใหญ่มักเป็นผู้ที่เคยเร่ร่อน มีพฤติกรรมค่อนข้างก้าวร้าว หลายคนมีภาวะสมองเสื่อม สื่อสารไม่ได้ การควบคุมพฤติกรรมผู้สูงอายุทั้งหมดในสถานสงเคราะห์ สิ่งที่ทำได้ยาก นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องการกำลังใจ ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญในบทบาทหน้าที่ของพี่เลี้ยงจากผู้บังคับบัญชาด้วย ในด้านสถานสงเคราะห์ประเภทอื่นซึ่งมีความเพียงพอในจำนวนพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลมากกว่าสถานสงเคราะห์ให้ความเห็นด้านปัญหาการสื่อสาร การฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากการใช้ยา และผลข้างเคียงของยาบางชนิดที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความคิดสับสน ความจำเสื่อม ง่วงซึม ความดันต่ำ เวียนศีรษะ ทำให้ประสิทธิภาพของความพยายามฟื้นฟูสภาพลดลง รวมทั้งพบว่าผู้สูงอายุและครอบครัวมักมีปัญหาด้านเศรษฐกิจที่ต้องใช้จ่ายจำนวนมากในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

2) อัตราส่วนของบุคลากรต่อผู้รับบริการ

จากการศึกษาวิจัย พบว่าอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้สูงอายุในสถานบริบาลมีอัตราสูงสุดคือ 1 : 5.7 รองลงมาคือสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลคือ 1 : 6.2 ในขณะที่พบอัตราต่ำสุดในบ้านพักคนชราคือ 1 : 187.3 นอกจากนี้พบว่าอัตราส่วนนักกายภาพบำบัดต่อผู้สูงอายุพบอัตราสูงสุดในสถานบริบาลคือ 1 : 31.6 รองลงมาเป็นสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลคือ 1 : 61.5 และพบอัตราต่ำสุดในบ้านพักคนชราคือ 1 : 424.8 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบ้านพักคนชราที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาด้วย อย่างไรก็ตาม นงลักษณ์ พะไกยะ (2552) ได้ศึกษาความต้องการกำลังคน

ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ และได้คาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาปี พ.ศ. 2553 มีจำนวน 499, 873 คน และจะเพิ่มเป็น 741,766 คนในปี พ.ศ. 2563 นอกจากนี้ได้คาดการณ์อัตราพยาบาลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานบริการ เป็น 1 : 200 โดยให้บริการในการเยี่ยมบ้านและติดตามสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราพยาบาลต่อผู้สูงอายุ 1 : 200 ให้บริการใน 2 กิจกรรม แต่จากการศึกษาในครั้งนี้ อัตรากำลังผู้ให้บริการดังกล่าวในสถานบริการบางแห่งให้บริการใน 7 กิจกรรมใหญ่ๆ คือ การดูแลระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม การดูแลกลางวัน การดูแลชั่วคราว การฟื้นฟูสภาพ การดูแลสุขภาพที่บ้าน และการส่งผู้ช่วยดูแลไปดูแลที่บ้าน ซึ่งอาจจะสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการอัตราผู้ให้บริการในสถานดูแลระยะยาว ที่น่าจะมีอัตราส่วนบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างอัตราส่วนของพยาบาลและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่แตกต่างกันตามประเภทของกิจกรรมการให้บริการ รวมทั้งหากสถานบริการใดที่ให้บริการหลากหลายประเภทมากขึ้นดังนั้นอัตราส่วนของผู้สูงอายุต่อบุคลากรก็ควรมีจำนวนลดลงมากกว่า 1 : 200 สอดคล้องกับการศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ของทิพวรรณ วีระกุล (2548) พบว่า ปัญหาในการจัดบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ส่วนใหญ่ประสบปัญหาด้านบุคลากร โดยเฉพาะการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะด้าน เช่น นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา โดยพบว่ามีสัดส่วนไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพไม่แข็งแรง หลงลืม ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จึงเป็นภาระแก่พี่เลี้ยงและพยาบาลมากขึ้น

ปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการระยะยาวในประเทศยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน จึงยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานสัดส่วนของผู้ให้บริการ มาตรฐานการบริการ ตลอดจนการติดตามตรวจสอบมาตรฐานการให้บริการที่ชัดเจน ในขณะที่ในบางประเทศได้มีการกำหนดมาตรฐานอัตรากำลังผู้ให้บริการในสถานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ตลอดจนการกำหนดมาตรฐานการให้บริการ การติดตามตรวจสอบมาตรฐานการบริการที่ชัดเจน เช่น The Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy (DALTCP) สหรัฐอเมริกา ได้กำหนดสัดส่วนอัตรากำลังของผู้ให้บริการขั้นต่ำในสถานบริบาล ใน Arkansas ปี ค.ศ. 2001 โดยเฉพาะอย่างยิ่งสัดส่วนพยาบาลต่อผู้สูงอายุเป็น 1 : 40 ในการปฏิบัติงานช่วงกลางวัน และ 1 : 80 ในการปฏิบัติงานช่วงกลางคืน เป็นต้น (Tilly, Black, & Ormond, 2003)

3) การศึกษาอบรมของบุคลากร

จากการศึกษาพบว่าบุคลากรที่ทำงานในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่วนใหญ่เคยอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ มีการอบรมปีละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ช่วยดูแลที่ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมจากหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ กระทรวงศึกษาธิการมากที่สุด แต่อย่างไรก็ตามพบว่าส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุ เช่น มองผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลที่น่าสงสาร น่าเห็นใจ เป็นผู้ที่ด้อยโอกาสทางสังคม ขาดการดูแลจากครอบครัว ต้องการการดูแล เป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ มีปัญหาพฤติกรรม และบางรายมองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ไม่สมประกอบทั้งทาง

ร่างกายและสติสัมปชัญญะ ดังนั้นการอบรมผู้สูงอายุเป็นระยะๆ ยังมีความจำเป็นเพื่อเป็นการส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ไม่มองผู้สูงอายุเป็นผู้รับ ไม่ใช่เป็นผู้ให้ซึ่งจะเป็นการไม่ส่งเสริมการมีศักดิ์ศรี และยิ่งส่งผลให้มีปัญหาทางด้านจิตใจ เช่นภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ควรมองศักยภาพที่อยู่และส่งเสริมความเป็นอิสระและคุณภาพชีวิตสูงสุด ซึ่งผู้ให้บริการเองก็ตระหนักถึงเรื่องนี้จึงได้เสนอให้มีการจัดฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุให้แก่บุคลากรทุกระดับเพิ่มให้มากขึ้นและสม่ำเสมอ รวมทั้งเสนอให้ผู้ให้บริการได้เรียนรู้การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพให้มากขึ้น สิ่งสำคัญก็คือการให้ความรู้จากการดูแลรักษาแบบเฉียบพลันเหมือนโรงพยาบาล ไปเป็นการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในสถานที่ให้บริการดูแลระยะยาว และมีการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมให้มากขึ้น

4) สมรรถนะของบุคลากร

สถานบริการแต่ละแห่งควรมีบุคลากรที่มีสมรรถนะที่เหมาะสมกับการบริการ เช่น ในสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต เป็นเรื่องการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ Beel-Bates, Ziemba & Algase (2007) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในสถานบริการไม่ค่อยมีปัญหาความจำกัดด้านร่างกาย แต่ส่วนใหญ่มีปัญหาความจำเสื่อมซึ่งต้องการการช่วยเหลือเรื่องให้ยา ดังนั้นการได้รับการดูแลโดยบุคลากรที่ไม่ได้รับการเรียนและฝึกฝนทางด้านการพยาบาลและไม่มีใบประกอบวิชาชีพ ทำให้ไม่สามารถบริหารยาได้ ดังนั้นบุคลากรที่มีสมรรถนะให้การดูแลที่มีลักษณะเป็นงานประจำ อาจไม่ตอบสนองต่อความต้องการหรือต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ จะเห็นได้ว่าบุคลากรด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลจึงเป็นความคาดหวังของผู้รับบริการ

7.2.3 ลักษณะกิจกรรมการบริการ เช่น กิจกรรมการดูแลในกิจวัตรประจำวันพื้นฐานทั่วไป การดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น บริการฟื้นฟูสภาพ บริการดูแลผู้ป่วยด้วยเฉพาะโรค เช่น ภาวะสมองเสื่อม หรือการบริการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

1) ระดับการดูแล (level of care) และมาตรฐานการดูแล (care standard)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า สถานบริการแต่ละประเภทให้บริการดูแลผู้สูงอายุมีระดับการดูแลที่แตกต่างกัน เช่น ในบ้านพักคนชราจะให้การดูแลช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านจิต-สังคม และบริการอาหารและที่พักอาศัย สำหรับผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ มีฐานะยากจน ขาดผู้ดูแล ไม่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ ในขณะที่สถานบริบาลจะให้บริการพยาบาลตลอด 24 ชม ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนย้าย ด้านจิต-สังคม ดูแลส่วนสุขวิทยาส่วนบุคคล การฟื้นฟูสภาพบริการและบริการอาหารและที่พักอาศัย สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง มีโรคเรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพด้านร่างกาย บกพร่องทางการรับรู้ต้องการการดูแลในระดับสูง ดังนั้นมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละประเภทจึงควรมีความแตกต่างกัน

อย่างไรก็ตามพบว่า ในบ้านพักคนชราหรือสถานสงเคราะห์เกือบทุกแห่งมีผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีภาวะทุพพลภาพ อยู่ในภาวะพึ่งพา และให้บริการดูแลผู้สูงอายุทุกระดับตั้งช่วยเหลือตัวเองได้ จนถึงมีภาวะนอนติดเตียงที่ต้องให้สารน้ำทางสายยาง ถึงแม้ว่าได้มีการจัดทำมาตรฐานการบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว แต่พบว่าเป็นมาตรฐานการจัดบริการที่เหมาะสมกับการบริการผู้สูงอายุ ที่ต้องการการดูแลทางด้านสังคมและด้านสุขภาพทั่วไปในสถานสงเคราะห์เท่านั้น เนื่องจากผู้สูงอายุบางส่วนต้องการกิจกรรมการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาลและควรได้รับการดูแลในสถานบริบาล (nursing home) นั้น ดังนั้นอาจต้องมีการทบทวนอีกครั้งว่ามาตรฐานที่มีอยู่เหมาะสมกับบริการที่ให้จริงแล้วหรือไม่ ควรจะมีการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการบริการผู้สูงอายุทุกระดับได้อย่างไร (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2552)

ในบทเรียนของต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกามีการพัฒนามาตรฐานสถานบริการดูแลระยะยาวแต่ละประเภทอย่างชัดเจน มีการกำหนดว่าผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลในระดับใดควรได้รับการดูแลในสถานบริการประเภทไหน แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากการที่ผู้สูงอายุจะต้องย้ายจากสถานบริการให้การดูแลในระดับที่ต่ำกว่าไปสู่สถานบริการดูแลในระดับที่สูงขึ้น เช่น ย้ายจาก บ้านพักคนชรา ไปอยู่ในสถานบริบาลหรือสถานดูแลผู้ป่วยในระสุดท้ายทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัว มีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น

ในประเทศอังกฤษและประเทศสก็อตแลนด์ ได้มีการออกกฎหมายใหม่ ทำให้มีการทำให้ความแตกต่างระหว่างสถานบริบาลและบ้านพักคนชราหายไป (Kerrison & Pollock, 2001) มีการเปลี่ยนชื่อเรียกสถานบริการดูแลระยะยาวประเภทต่างๆ ไปเป็น บ้านที่ให้บริการดูแล (Care Home) ที่ให้บริการที่พักอาศัย การพยาบาลและการดูแลส่วนบุคคล (Department of Health, 2003) โดยจะแยกการขึ้นทะเบียนออกเป็น 2 ประเภทคือ 1) บ้านที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานที่ให้การดูแลส่วนบุคคล และ 2) บ้านที่ให้บริการพยาบาลร่วมด้วย โดยที่บ้านที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานที่ให้การดูแลส่วนบุคคล จะให้บริการดูแลส่วนบุคคลเท่านั้น ส่วนบ้านที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานที่ให้บริการพยาบาล จะสามารถให้บริการทั้งการดูแลส่วนบุคคลและมีพยาบาลอยู่เวรตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อให้การพยาบาล (Department of Health, 2003) ซึ่งพัฒนาการนี้อาจนำมาปรับใช้กับสถานบริการประเภทต่างๆ ในประเทศไทยที่มีการให้บริการดูแลทุกระดับ และควรมีการขึ้นทะเบียนให้ถูกต้อง หากมีการให้การพยาบาลร่วมด้วย ก็จะต้องดูแลเรื่องมาตรฐานด้านบุคลากรทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับการบริการที่ให้ ทั้งนี้เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

7.2.4 คุณลักษณะของผู้รับบริการ เช่น เป็นผู้สูงอายุที่ต้องการการช่วยเหลือดูแลในกิจกรรมพื้นฐานทั่วไป ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลในระดับสูงขึ้น โรคประจำตัว เป็นต้น

1) ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในสถานบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.3 มีอายุในช่วง 60-74 ปีมากที่สุดร้อยละ 47.3 และจากการประเมินภาวะสุขภาพพบว่า ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติคิดเป็นร้อยละ 65.1 อัตราการหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 96.5 ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 80.4 มีการมองเห็นปกติร้อยละ 82.5 และร้อยละ 2.6 ตาบอด ส่วนการได้ยินปกติมากที่สุดร้อยละ 82.5

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 86.8 มีโรคประจำตัว และยังพบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 33 รองลงมามีโรคประจำตัว 2 และ 3 โรค คิดเป็นร้อยละ 28.2 และ 15.3 และเมื่อพิจารณาโรคประจำตัวของผู้สูงอายุพบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.7 โรคข้อเข่าเสื่อม ปวดเข่า ร้อยละ 22.9 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 17.1 และโรคหัวใจร้อยละ 16.6 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 – 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) ซึ่งพบว่ากลุ่มโรคที่ผู้สูงอายุป่วยมากเป็น 3 อันดับแรก คือ กลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปในทางเสื่อมของผู้สูงอายุ ทำให้ประสิทธิภาพ ในการทำงานของร่างกายเสื่อมถอยไปด้วย เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีปัญหากับสุขภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังต่างๆ

และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุในสถานบริการน่าจะมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 41.6 ซึ่งพบมากที่สุดในผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลร้อยละ 50 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุในสถานบริบาล และบ้านพักคนชรา ร้อยละ 43 และ 42.6 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2550) ที่ได้สำรวจสุขภาพของประชากรไทยพบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องทางด้านความคิด ความจำ ความสามารถในการดำเนินชีวิตและการตัดสินใจ ยังมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลมากขึ้น

2) ภาวะพึ่งพา

จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 15.9 อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด แต่เมื่อพิจารณาผู้ที่มีภาวะพึ่งพาปานกลางถึงพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด พบถึงร้อยละ 52.3 โดยร้อยละ 55.6 พบในผู้สูงอายุที่พักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ต้องการได้รับการช่วยเหลือดูแลถึง 20-27 ชั่วโมงต่อ ซึ่งสูงกว่ารายงานการวิจัยของ ประนอม โอทกานนท์และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2537) ซึ่งได้ศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 19.23 มี

ปัญหาเรื่องการช่วยเหลือตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในสถานบริการมีโรคประจำตัว ซึ่งภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุอาจเกิดจากการเสื่อมตามวัย ดังนั้นผู้สูงอายุน่าจะมีแนวโน้มของภาวะพึ่งพาเพิ่มมากขึ้น ตามแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุและโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา ที่มีอัตราการพึ่งพาสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนทั่วไปและต้องการการจัดการดูแลในระดับที่สูงกว่าเช่นกัน (Jitapunkul,et al., 1995)

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระดับปานกลางถึงพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด จำนวน 292 คน ร้อยละ 75 อยู่ในบ้านพักคนชรา ซึ่งพบมากในเพศหญิงร้อยละ 64 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ทุกรายมีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 47.3 และเจ็บป่วยด้วยอาการปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อร้อยละ 28.1 ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการการดูแลที่มากขึ้น อย่างไรก็ตามการที่บ้านพักคนชรามีผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลมากขึ้นในขณะที่ผู้ให้บริการขาดแคลน ซึ่งอาจทำให้การดูแลไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลได้เหมาะสมตามที่ผู้สูงอายุควรได้รับ (ดูตารางที่ 5.12-5.15 ในบทที่ 5)

7.3 ข้อเสนอแนะ

7.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) รัฐควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมความร่วมมือ ระหว่าง ภาครัฐ องค์กรเอกชน มูลนิธิ ศาสนา รวมทั้งครอบครัวและชุมชน ในการจัดบริการดูแลระยะยาว โดยอาจทำเป็นระบบเครือข่ายการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีหน่วยงานท้องถิ่น เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนในการดำเนินการ เนื่องจากเป็นผู้ที่รู้จักบริบทและสามารถสร้างเครือข่ายการดูแลได้ง่าย ตัวอย่างเช่น ส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีขนาดใหญ่ หรือองค์กรภาคเอกชนจัดให้มีบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ไม่มีญาติหรือญาติไม่สามารถให้การดูแลได้ เนื่องจากมีความต้องการการดูแลในระดับที่สูงขึ้นที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาลในการดูแล ด้วยคำนึงถึงความคุ้มค่าคุ้มทุนในการให้บริการ จึงไม่สนับสนุนให้ อปท.ที่มีขนาดเล็กจัดบริการเนื่องจากต้องใช้ต้นทุนการจัดบริการค่อนข้างสูง ควรซื้อบริการจากสถานบริการทั้งของภาครัฐและเอกชนที่มีความพร้อมให้บริการ โดยจะต้องมีการเก็บค่าบริการที่เป็นธรรม

2) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกสภาวะ โดย

2.1) รัฐควรพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมผู้สูงอายุในทุกสุขภาวะ โดยมีการบูรณาการการดูแล (integrated care) ทั้งทางด้านสังคมและสุขภาพในสถานบริการ

2.2) แบ่งกลุ่มผู้พักอาศัยตามระดับความต้องการการดูแล (level of care) ให้สอดคล้องกับประเภทสถานบริการ ที่มีการจัดบริการเพื่อตอบสนองตามปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่แท้จริง ทั้งนี้พบว่าสถานสงเคราะห์คนชรามีการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องการการดูแลในระดับสูงจำเป็นต้องใช้ทักษะทางการพยาบาล ซึ่งควรได้รับการดูแลในสถานบริบาล (nursing home) แฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ดังนั้น

2.2.1) ควรจัดให้มีบริการการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลในระดับสูงของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา และพบว่ามีผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยด้วยเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและข้อ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ที่ต้องการการดูแลจากผู้ที่มีความรู้เฉพาะ จึงเห็นว่าในบ้านพักคนชราจึงควรที่จะมีพยาบาลวิชาชีพประจำเพิ่มขึ้น เพื่อลดการย้ายผู้สูงอายุไปรับการดูแลในสถานบริการในระดับที่สูงขึ้นๆ ลดการปรับตัวของผู้สูงอายุต่อสิ่งแวดล้อมใหม่ และเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการดูแล

2.2.2) ปรับปรุงรูปแบบการบริการและการบริหารจัดการให้เหมาะสม ทั้งในส่วนของบุคลากร เช่น อัตราส่วนของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพต่อจำนวนผู้สูงอายุ เพิ่มงบประมาณให้เหมาะสมกับกิจกรรมการบริการ ให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการ และส่งเสริมกิจกรรมการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

2.3) พัฒนาโปรแกรมการดูแลระยะยาว (Long Term Care Programme) ที่สอดคล้องกับบริบทของไทย สำหรับประเทศไทยซึ่งโครงสร้างภาษีในปัจจุบันยังไม่เอื้อต่อการกระจายทรัพยากร การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภาษีอาจมีความเป็นไปได้ในทางการเมืองน้อย และขึ้นอยู่กับทิศทางนโยบายเศรษฐกิจของประเทศ การได้มาของงบประมาณจึงมี 2 แนวทาง ได้แก่ 1) การจัดตั้งกองทุนระดับประเทศเพื่อการดูแลระยะยาว โดยการสมทบเงินจากภาคส่วนต่างๆ ที่ขึ้นกับระดับของฐานะทางเศรษฐกิจ และ 2) การระดมทรัพยากรภายในชุมชนและองค์กรการกุศลต่างๆ เพื่อให้การคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้ที่ไม่สามารถจัดหาบริการสำหรับตนเองได้ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

3) กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งในหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้การกำหนดมาตรฐานการดูแลควรครอบคลุมในเรื่อง โครงสร้างทางกายภาพของสถานบริการ การบริหารจัดการการดูแล ประเภทและคุณลักษณะบุคลากรทีมสหสาขา และระบบการตรวจสอบคุณภาพ โดย

3.1) กำหนดแผนและนโยบายการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ และมีผู้รับผิดชอบในแต่ละงานที่ชัดเจนเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน

3.2) กำหนด Minimum requirement สำหรับสถานบริการแต่ละประเภท รวมทั้งจัดทำมาตรฐานการดูแลขั้นต่ำ (minimum care standard) ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริการแต่ละประเภท

3.3) กำหนดองค์กรกลางติดตามประเมินมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอและมีความเป็นธรรมในการประเมิน ทั้งนี้เนื่องจากสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในปัจจุบันอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของหน่วยงานที่หลากหลาย เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงแรงงาน และองค์กรเอกชนทั้งที่หวังผลกำไรและไม่หวังผลกำไร แต่ที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีหน่วยงานหลักในการประเมินคุณภาพและมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ

4) ควรกำหนดองค์กรในกำกับดูแลและรับขึ้นทะเบียนสถานบริการที่ชัดเจน เนื่องจากในปัจจุบันในการขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานที่หลากหลาย เช่น กองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข กรมพัฒนาธุรกิจการค้า (เดิมเรียกว่ากรมการค้าภายใน) กระทรวงพาณิชย์ และกระทรวงแรงงาน ทำให้ไม่สามารถควบคุมการให้บริการได้

7.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ

1.1) กำหนดคุณสมบัติบุคลากรผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุให้ชัดเจน เนื่องจากบุคลากรในสถานบริการส่วนใหญ่ ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุจากสถาบันการศึกษามาก่อน ส่วนใหญ่เป็นการฝึกอบรมที่สถานดูแลผู้สูงอายุนั้นๆ จัดขึ้นเอง เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดในการให้บริการผู้สูงอายุ และเพิ่มมาตรฐานการดูแลให้มีคุณภาพมากขึ้น

1.2) จัดการอบรมผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ มีความทันสมัยต่อเนื่องกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยฝึกอบรมบุคลากรเจ้าหน้าที่ทุกระดับเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุก่อนเข้าปฏิบัติงานในสถานบริการ ส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมทางด้านการดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานหรือสถาบันการศึกษาที่ได้รับการรับรอง และการฝึกอบรมในสถานที่ทำงาน (on the job training) เนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมาก่อน ทำให้การดูแลอาจไม่เป็นไปตามหลักการที่ถูกต้องและไม่มีมาตรฐาน รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริบาลมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยอาจมีการเก็บชั่วโมงการฝึกอบรมเพื่อใช้ในการต่อใบอนุญาต

1.3) จัดให้มีการขึ้นทะเบียนผู้ช่วยการดูแลทั้งที่ทำงานอยู่ในสถานบริการและตามบ้าน

2) ส่งเสริมให้สถานบริการจัดให้มีการบริการที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะบริการที่สนับสนุนการดูแลในชุมชน เช่น มีการจัดบริการดูแลระยะสั้น (respite care) และบริการดูแลกลางวัน (day care) ในสถานบริการเพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระหน้าที่การดูแลให้กับครอบครัวผู้สูงอายุ ลดปัญหาเครียดที่อาจเกิดกับผู้ดูแล ซึ่งทำให้ประหยัดงบประมาณของรัฐรวมทั้งประหยัดค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้สูงอายุด้วย นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมการดูแลในชุมชนโดยการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวและชุมชนเดิมที่คุ้ยเคยมาเป็นเวลานาน โดยกำหนดให้สถานบริการเหล่าตั้งกระจายอยู่ในชุมชนเป็นศูนย์กลางประสานงานการดูแลระยะยาวด้วย

3) ควรมีการศึกษาในเชิงลึกของสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ เพราะข้อมูลด้านอื่นๆ ซึ่งหากใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกนอกเหนือจากแบบสอบถามที่ใช้ น่าจะให้ข้อมูลหรือแนวทางการพัฒนาสถานดูแลผู้สูงอายุ หรือช่วยในการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุได้มากขึ้น

7.4 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการสำรวจสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

7.4.1 ไม่มีการขึ้นทะเบียนสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างเป็นรูปธรรม และไม่มีการแบ่งประเภทของมูลนิธิที่ชัดเจน ทำให้การสำรวจบางครั้งอาจได้ข้อมูลไม่ชัดเจนเท่าที่ควร ซึ่งในการสำรวจสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากข้อมูลสถานพยาบาลที่มีอยู่มากมายนั้นไม่มีการบอกประเภทว่าเป็นการให้บริการผู้สูงอายุหรือไม่ แต่จะเป็นข้อมูลเบื้องต้นว่าเป็นสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ในส่วนของมูลนิธิจากการสำรวจพบว่า มีจำนวนมากแต่ไม่ได้แยกประเภทว่าเป็นการให้บริการในรูปแบบใด

7.4.2 การบริการที่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีระดับการช่วยเหลือตนเองหลายระดับ เช่น สถานบริการหลายๆ แห่งทั้งบ้านพักคนชราและสถานบริบาล ได้จัดให้มีการบริการหลายระดับตั้งแต่การช่วยเหลือส่วนบุคคลถึงการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาล จึงทำให้ยากต่อการจัดประเภทของสถานบริการนั้นๆ ได้อย่างชัดเจน

7.4.3 กฎเกณฑ์ในการเบิกค่ารักษาพยาบาล ทำให้สถานบริการหลายๆ แห่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาล ทั้งของภาครัฐและเอกชนพบว่ามีการให้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการไม่สามารถพักอยู่ในโรงพยาบาลนานๆ ได้ ต้องออกจากโรงพยาบาลก่อน 30 วันตามที่ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การดูแลระยะยาวไว้ แล้วถึงกลับเข้ารับบริการใหม่เป็นระยะๆ

7.4.4 ความร่วมมือของผู้ประกอบการ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่ามีผู้ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานใดๆ อาจเป็นสาเหตุที่ผู้ให้บริการมีความมั่นใจในการให้ข้อมูล เกรงว่าจะทำให้สถานบริการถูกสั่งปิดได้หากมีการเปิดเผยข้อมูลและอาจถูกตรวจสอบภายหลัง ทำให้สถานบริการเหล่านี้ส่วนใหญ่ปฏิเสธการให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลไปอย่างน่าเสียดาย

7.4.5 ระยะเวลาในการศึกษาค่อนข้างสั้น มีความรีบเร่ง อาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ครอบคลุมในบางประเด็น

7.4.6 ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานดูแลระยะยาวส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพและความเสื่อมถอยด้านร่างกายระดับมาก เช่น เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ความจำเสื่อม มีความพิการของแขน มือ หรือขา หรือตาบอด หูหนวก ทำให้มีปัญหาการรับรู้และการสื่อสาร ไม่สามารถพูดคุย ตอบคำถามตามแบบสอบถามได้หรือตอบได้ไม่ครบถึงแม้ข้อคำถามจะสั้น

7.4.7 ค่าใช้จ่ายผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวส่วนใหญ่เป็นการคิดแบบเหมาจ่าย ซึ่งสามารถสอบถามรายการปลีกย่อยได้เพียงบางอย่าง เช่น ค่าห้อง ค่าอาหาร แต่รายละเอียดอย่างอื่นไม่ได้รับการเปิดเผยจากเจ้าหน้าที่ของสถานดูแล ทำให้ไม่สามารถประเมินค่าใช้จ่ายที่ชัดเจนกว่านี้ได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ใช้บริการหลายอย่าง

7.4.8. สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวบางแห่งให้บริการโดยไม่ได้ระบุเกณฑ์ที่ชัดเจนในการรับผู้ผู้สูงอายุ หรือมีหลายวัยปนกัน ทำให้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีความสับสน

บรรณานุกรม

กนกวรรณ คุ้มวงศ์. (2536). **ปัจจัยที่มีความสำคัญกับทัศนคติของพี่เลี้ยงต่อการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราสังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. **รามาธิบดีสาร.** 14(3): 358-398.

กมลิน สาตรา. (2531). **ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2551). จังหวัดที่มีจำนวนประชากรรวม จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และร้อยละของประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สูงสุดเป็นสามอันดับแรกของประเทศไทยไม่นับกรุงเทพมหานคร ตามข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ปี พ.ศ.2546 และ พ.ศ.2550. ใน มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550**. กรุงเทพฯ: มส.ผส.

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2550). **รายงานประจำปี พ.ศ.2550.** กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ.

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. (2551). **หน่วยงานในสังกัด**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.dsdw.go.th. [20 พ.ย.2551].

กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย. **สารศิริราช, 45** (6): 359 - 374.

กองประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2551) .**สถานพยาบาลเอกชน**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://203.157.6.200/web/home/.[15 ต.ค.2551].

กิตติ ลิ่มอภิชาติ. (2534). **ประสาทวิทยาพื้นฐาน.** กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภาการพิมพ์.

ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2550). **กรณีศึกษา นวัตกรรมการดูแลสุขภาพชุมชน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ): การดูแลผู้ด้อยโอกาสในชุมชน** การควบคุมป้องกันโรคในชุมชน ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมสุภาพครอบครัว. นนทบุรี: โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.

คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น. (2542). **แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542.** นนทบุรี : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข.

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2541). โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่อง ผู้สูงอายุในประเทศ

ไทย **รายงานวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็น การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.** กรุงเทพฯ:

จันทนา รณฤทธิชัย. (2541). หลักการสำคัญในการพยาบาลผู้สูงอายุ. **วารสารสภาการพยาบาล**, 13(4); 21-33.

จันทิมา เย็นสุขใจ. (2536). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่ออาการสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จารุพรรณ ทรัพย์ปรุง. (2539). **ผลของการสอนจิตรกรรมที่มีต่อการรับรู้ทางศิลปศึกษาของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค.** วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศิลปศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จารุวรรณ จินดานิล. (2547). .**สภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในอาคารสูง: กรณีศึกษาอาคารสวางคนิเวศ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาเคหการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา สมนึก. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. (2540). **ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จีรนาฏ ยิ่งศักดิ์มงคล. (2544). **.ผลการสอนโดยใช้กิจกรรมตามแนวคิดนีโอฮิวแมนนิสต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุหญิงในสถานสงเคราะห์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เจียมจิต โสภณสุขสถิต. (2544). **ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ช่อลดา พันธุเสนา. (2542).(บรรณาธิการ). ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1 (ศัลยศาสตร์). หาดใหญ่: ชานเมืองการพิมพ์

ชาญทอง ไล้เลิศ. (2536). **การพัฒนาแบบทดสอบสำหรับการค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชื่นตา วิชชาวุธ และ สถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล. (2550). **ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://tgri.thainhf.org/?module=edoc&page=detail&id =111.[10 ก.พ.2552].

ญาดารัตน์ บาลจ่าย. (2549). **ผลของโปรแกรมกิจกรรมศิลปะแบบกลุ่มต่อความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, ลินจง โปธิบาล และจิตตวดี เหรียญทอง. (2550). การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชรา. **พยาบาลสาร.** 35(1): 36-45.

ทัศนีย์ ระย้า. (2537). **การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตำบลริมเหนืออำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทิพวรรณ วีระกุล. (2548). **การประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา สังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. (2532). สรุปผลโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทสไทย : ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. **วารสารประชากรศาสตร์.** 3(1): 95-101.

นิติกุล ชัยรัตน์. (2542). **ผลของกายบริหารแบบไทยท่าฤาษีดัดตนต่อสมรรถภาพทางกายและความพึงพอใจในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). **โรคหลอดเลือดสมอง (พิมพ์ครั้งที่ 4).** กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

นิสิตปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ. (2549). **รายงานการสำรวจแหล่งประโยชน์เกี่ยวกับงานบริการผู้สูงอายุ**. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นุกูล ตะบูนพงศ์. ช่อลดา พันธุเสนา และนิตยา ตากวิริยะ (2537). ภูมิหลังและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**, 14(10-12): 1-12.

เนตรนภา จัตุรงค์แสง. (2540). **การเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์และความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ภายในและภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บันเทิง เพียรค้า. **(**2544). **รายงานโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาการจัดระเบียบและปัญหาของสถาบันและครอบครัวในชุมชนชานเมือง: ศึกษา เฉพาะกรณีครอบครัวชุมชนเมือง**

ในจังหวัดปทุมธานี. Retrieved on 18 May. 2009, from http://www.culture.go.th/research/center/44_2.html,.

บุญยืน สุภาพ. (2522). **การศึกษาเปรียบเทียบปัญหาความต้องการและโลกทัศน์ของคนชรา ในสถานสงเคราะห์ของรัฐบาลและเอกชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมวิทยามหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประนอม โอทกานนท์และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2537). **การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุ ในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ: รายงานการวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรประเสริฐ เสือสี. (2547). **ผลของการจัดกิจกรรมนันทนาการตามทฤษฎีแอนดราโกจี เพื่อเพิ่มความเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พวงน้อย อรุณ. (2536). ปัญหาและสุขภาพจิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. **วารสารจิตวิทยาทางคลินิก**, 24(1): 46-53.

พันธ์ทิพย์ วารวาท. (2551). **การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริการเอกชน เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2548). **การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง.**วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เพ็ญศิริ สันตโยภาส. (2542). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและวิธีจัดการตนเองกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มยุรี เพชรอักษร. (2532). **กิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก**. พิมพ์ครั้งที่ 2.**มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย,** Aging Society ที่นี่ประเทศไทย, วันที่: 5/06/2008, [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: from http://tgri.thainhf.org/index.php?module= news&page2= detail&id=160**.** [30 ต.ค.2551].

มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2549). **รายงานฉบับสมบูรณ์ เรื่อง โครงการสร้างและขยายโอกาสในการเข้าถึงหลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2550). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2549**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2551). **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550**. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย โดยการสนับสนุนของ กองทุนผู้สูงอายุ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ: กรุงเทพฯ.

ยุวดี แจ่มกังวาน. (2549). **ผลของการทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โรงพยาบาลรามาธิบดี (2551), คณะกรรมการทำงาน คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี. **End of Life Care**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.ramacme.org/articles/3-16-207-2000-0705-01/index.asp**.** [1 ก.ย.2551]**.**

ลักษณา โพชนุกูล. (2008). **รังสีรักษาและการประคับประคองในผู้ป่วยโรคมะเร็ง,** Retrieved on 27 Nov 2008 from http://www.geocities.com/suchartW/RT_PALLIATIVECARE**.**

วชิราภรณ์ สุมนวงศ์. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2545). **การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย.** ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

วรรณภา ศรีธัญลักษณ์ และคณะ. (2550). **การศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุและครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.** ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วรเวศม์ สุวรรณระดา. (2552). ระดมสมอง. **ประชาชาติธุรกิจ.** *32*(4072): 37.

วันเพ็ญ วงศ์จันทรา. (2539). **แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิภาวี กิจกำแหง. (2548). **ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว มหาวิทยาลัยนเรศวร

วีรยา ทัตตากร. (2547). **การใช้พื้นที่ภายนอกอาคารในโครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสถานสเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาเคหะการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศรีวรรณา ตันศิริ. (2535). **ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริบูลย์ พูนศรีธนากูล. (2550). **ประชุมวิชาการมิติองค์รวม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** 8-10 สิงหาคม 2550 ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.gmwebsite.com/Webboard/ Topic. asp?TopicID=Topic-080921120131088. [1 ก.ย.2551].

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม. (2549). **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการของไทย,** เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม. (2550). **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่อง ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ,** กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). **การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล (พิมพ์ครั้งที่ 2).** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริวรรณ สินไชย. (2532).**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กรมประชาสงเคราะห์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุภาคใต้ สงขลา. (2551). **การบริการ**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.sk-hospital.com/index/.

สถานบริการสำหรับผู้สูงอายุ. (2551). **บริการ รับเลี้ยงเด็กและผู้สูงอายุ ธุรกิจบริการ.**[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www. Thaipurchasing.com/industria…[15 พฤษภาคม 2551]

สถานรับดูแลผู้สูงอายุ. (2551). **สถานบริการสำหรับผู้สูงอายุ**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www. Eldercarethailand.com/index.php?[15 พฤษภาคม 2551].

สถานสงเคราะห์คนชรา ยะลา. (2551). **การให้บริการ**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www. Yalaelderly.org/ [15 สิงหาคม 2551].

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2550). **การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548-2568**. มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2550)**. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2541). **รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ พ.ศ.2536-2540**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. (2549). **การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย.** นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สันติภาพ ไชยวงศ์เกียรติ. (2545). **คู่มือเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เรื่องภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่.** กรุงเทพมหานคร: บริษัทแอดวานซ์จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551). จำนวนประชากรรวม จำนวนประชากรสูงอายุ สัดส่วนของประชากรสูงอายุ และอายุมัธยฐานของประชากร พ.ศ. 2503-2568. ใน มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550**. กรุงเทพฯ: มส.ผส.

สำนักงานปกครองและทะเบียน สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร (2551). **สถิติจำนวนประชากรและบ้านในกรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายแขวงและเขต ณ เดือน มิถุนายน 2551**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://203.155.220.230/esp/pop_on_june51.htm. [28 ก.พ.2552].

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). **ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย พ.ศ. 2547 (ฉบับพิเศษ) เนื่องในวโรกาสเฉลิมพระชนมพรรษามหามงคล 6 รอบ 12 สิงหาคม 2547**. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ. ใน มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2549**. กรุงเทพฯ: มส.ผส.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). **สถิติประชากรประจำปี 2550**. กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). **ข้อมูลประชากรจำแนกตามภาค อายุ เพศ และเขตการปกครอง พ.ศ. 2548.** สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.nso.go.th/thai/stat/stat_23/toc_3.html [8 ก.ย. 2551].

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2552). **สัญญาณอันตราย คนไทยสุขภาพเลว**ลง. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.chula.ac.th/chula/th/news/news091251c.html [28 ก.พ.2552].

สุพจน์ สงวนกิตติพันธ์ (2550). **ถอดรหัส ทุกขภาวะคนไทยปี 2550**. Retrieved February 21, 2009, from http://www.wiseknow.com/blog/2009/01/19/1699

สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ พินทุสร เหมพิสุทธิ์ และทิพวรรณ อิสรพัฒนาสกุล. (2540). การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า. **วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม**, 20(2): 1-9.

สุวิทย์ สุดสมศรี.(2550). “**เรียนรู้การตายอย่างสงบงาม กับ นพ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์,**” บทสัมภาษณ์, จดหมายข่าว มสช. (กค.-สค.): 20-23. Retrieved on 2 Nov 2008, from http://www.shi.or.th/images /misc/200712041116370.pdf**.**

แสงรุ้ง ผ่องใส. (2535). **การศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุและสถานสงเคราะห์คนชรา กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสต

รมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกระบบโรงเรียน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรวรรณ ลี่ทองอิน.(2535). **ผลการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าในบ้านพักคนชรานักบุญโยเซป จังหวัดขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อังคณา ตัณฑ์เอกคุณ**. (2545**). **คุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัมพร ศิริลัย.(2532). **ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัมภัสชา พานิชชอบ. (2546). **การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานที่พักผู้สูงอายุเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**.**

อุทิศ บุญช่วย. (2536). **สาเหตุและแนวโน้มของการรับการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ALFA. (2008). **What is an assisted living residence?** Retrieved 5 Oct. 2008 from http://www.alfa.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3285

American Cancer Society (ACS). (2008). **Hospice care**, revised 4 Apr. 08, Retrieved on 18 Nov. 08, from http://www.cancer.org/docroot/eto/content/eto_2_5x_what_is_hospice_care.asp

American Psychiatric Association. (1995). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th edition (DSM-IV): International version with ICD-10 codes**. Washington DC: American Psychiatric Association, 146 - 148.

Beel-Bates, C. A., Ziemba, R., & Algase, D. L. (2007). Families' perceptions of services in assisted living residences. **Journal of Gerontological Nursing.** (December), 5-12.

BucCunningham A., Crisp H., & Howard L. R. (1992). **How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals.** Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Campbell, R. (1984). Nursing homes and long-term care in Japan. **Pacific Affairs**, 57(1): 78-89.

Canadian Hospice Palliative Care Association. (2008). **What is hospice care?** Retrived on 20 Jan. 2008, from http://www.chpca.net/home.html**.**

Carpenter, G. I. & Demopoulos, G. R. (1990). Screening the elderly in the community: Controlled trial of dependency surveillance using a questionnaire administered by volunteers. **British Medical Journal, 300**(6734): 1253-1256.

Carpenter, G. I., Bemabei, R., Hirdes, J. P., Mor, V. & Steel, K. (2000). Building evidence on chronic disease in old age: Standardized assessments and databases offer one way of building the evidence. **British Medical Journal**, 320: 528-529.

Challis, D., Darton, R., Johnson, L., Stone, M. and Trashe, K. (1998). An Evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients: II. Costs and effectiveness. (Abstract). **Age and Aging. 20**(4): 245-254.

Chemrinski, E., Robinson, R.. G. & Kosier, J. T. (2001). Improved recovery in activities of daily living associated with remission of post-stroke depression. **Stroke**. 32: 113-117.

CMS. (2009). **Long-term care hospital prospective payment system**. Retrieved on 25 Feb. 2009, from http://www.cms.hhs.gov/MLNProducts/downloads/LTCH IntStay.pdf.

Cobe, G.M. & Bentz, P. (1991). The American Nursing Home. In Waters, V. (editor). **Teaching Gerontology**. New York: National League for Nursing Press.

Consumer Information. (2008). **Choosing an assisted living residence: A consumer's guide**. Retrieved 3 Oct. 2008, from http://www.lingtermcareliving.com/assess/al

CPA. (1999). **Standards Matter**, London: Centre for Policy on Ageing.

Cunningham, A., Crisp, H. & Howard, L. **(2006). Accreditation for palliative care and its impact on hospice services**. Retrieved on 20 Nov. 2008, from http://www.isqua.org/ isquaPages/Conferences/London/AbstractsSlides/WED25/POSTERS/22%20-%20189ABS.pdf.

Department of Health. (2003). **Care home for older people: National minimum standards, care homes regulations (3rd editions).** London: The Stationary Office.

Department of Veterans Affairs. (2008). **Geriatrics and extended care, Tennessee valley healthcare System**. Retrieved on 10 Feb. 2009, from http://www.tennesseevalley.va.gov/ services/ecrc.asp.

Derrick, K. S. (1994). Re-thinking hospital long-stay care in Hong Kong. **Journal of the Hong Kong Geriatric Society. 5**(1): 18-21.

Donabedian, A. (1980). **Explorations in quality assessment and monitoring Volume I: The definition of quality and approaches to its assessment**, Ann Arbor, M.I.: Health Administration Press.

Eldercare Locator. (2008). **What is hospice care?** Updated: 08/04/2008, Retrieved on 17 Nov 2008, from http://www.eldercare.gov/eldercare/Public/resources/fact_sheets/hospice_care.asp

Elderl Care Locator. (2008). **Assisted living**. Retrieved on 5 Oct. 2008 from http://www.eldercare.gov/eldercare/Public/resources/fact_sheets/assisted_living.asp

Encyclopedia of Surgery, Wexler, B. & Frey, R. (2008). **Hospices.** Retrieved on 12 Nov. 2008, from http://www.surgeryencyclopedia.com/Fi-La/Hospices.html**.**

Fayed, L. (2008). **Understanding hospice care**, Updated: 6 June 6 2005, Retrieved on 17 Nov 17 2008, from http://cancer.about.com/od/ endoflifeissues/a/ hospice.htm**.**

Ferris, F. D., Balfour, H. M., Bowen, K., Farley, J., Hardwick, M., Lamontagne, C., Lundy, M., Syme, A., & West, P. (2002). **A model to guide hospice palliative care.** Ottawa: Canadian Hospice Palliative Care Association, URL Updates: August 2005. Retrieved on 17 Nov 08, from http://www.chpca.net/marketplace/national_norms/A+ Model+to+Guide+ Hospice+Palliative+Care+2002-URLUpdate-August2005.pdf**.**

George, J. & Knox, J. (1999). Community hospitals and district general hospitals. **Age and Aging, 28**(2), 240.

Get Palliative Care Org. (2008). **What is palliative care**. Retrieved on 17 Nov 08, from http://www.getpalliativecare.org/whatis.

Golding, R., Lugon, M. & Hodkinson, H. M. (1987). Confirming long stay hospital. (Abstract). **Age and Aging. 16**(1): 13-18.

Gorek, B., & Andresen, G. (2000). Long term care. In A. G. Lueckenotte. **Gerontologic Nursing**. (2nd ed. pp. 797-814). St.Louis: Mosby.

Harrison, I. (2008). **National and international cancer supportive care program: Hospice care**. Retrieved on 20 Jan 2009, from http://supportivecancercare.org/hospice.html.

Hawes, C., Rose, M., & Phillips, C. D. (1999). **A national study of assisted living for the frail elderly**. Retrieved 5 Oct. 2008 from http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/facres.htm.

Herzog, A. R., et al. (1994). Urinary incontinence as a risk factor for mortality. **The American Geriatric Society,** 42: 264-268

Horttana, B. M., Ahlstrom, G., & Fahlstrom, G. (2007). Patterns of and reasons for relocation in dementia care. Geriatr Nurs, **28(3):193-200.**

Hospice care. (2007). **Terminal illness.** Retrieved on 19 Nov 07, from **http://**www.terminalillness. co.uk/hospice-care.html.

Hospital. (2009). In **Encyclopædia Britannica.** Retrieved on 1 March 2009, from http://www.britannica.com/EBchecked/topic/272626/hospital.

Hoyert, D. & Seltzer, M. M. (1992). Factors related to well bring and Life activities of family caregivers. **Family Relations**. **41**: 74-91

Integrated Care Services (ICS). (2007). **Access to eldercare services: Question and answer**. Retrieved on 26 Oct. 2007, from http://www.ics.com.sg/Nursing_Home.asp.

Integrated Health Services Division and Healthcare Finance Division. (2006). **Intermediate and long-term care in Singapore**. Ministry of Health Information Paper: 2006/014. MOH: Singapore.

International Association Palliative Hospice Care (IAPHC). (2008). **Definition of palliative hospice care**. Retrived on 20 Jan 2008, from http://www.hospicecare.com/ Organisation / Org.htm#Definition**.**

Jitapunkul, S. & Khovidhunkit, W. (1998). Urinary incontinence in Thai elderly: A community study. **Journal Med Assoc Thai**. **81**: 160-168

Jitapunkul, S., Horbunlerkit, T., Kamolratanakul, P., & Suteparuk. (1995). Factor associated with dependency status of the elderly living in Thamprakorn home care for the elderly. **Chula Med. Journal**. **39**:733-741

Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P. & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. **Age and Ageing 23**: 97-101.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). (2006). **Joint commission names organization, individual recipients of 2006 Ernest Amory Codman Awards**. Retrieved on 19 Nov. 2006, from http://www.jointcommission.org/,

Kane, R. A. & Wilson, K. B. (1993). **Assisted living in the United States: A new paradigm for residential care for frail older persons?** American Association of Retired Persons.

Kerrison, S. K. & Pollock, A. M. (2001). Regulating nursing homes: Caring for older people in the private sector in England. **BMJ**. **323** (September: 566-569).

Lassey, W. R. & Lassey, M. L. (2001). Japan: Challenges of aging and culture change. In **Quality of life for older People: An international perspective** (pp. 286-316), New Jersey: Prentice Hall.

Legger, K. E. (1994). Dysphagia in the elderly stroke patient. **Journal of Neuroscience Nursing. 26**(2): 78 – 84.

Lian, Y. W. (2005). Nursing is a rewarding and respectable career. **New Release, Informatic Group.** Retrieved on 15 Dec 2006, from http://www.informaticsgroup.com/NEWS/newsevent/2005/20July05.pdf.

Liu, K. et al. (2001). Long-term care hospitals under medicare: Facility-level characteristics. **Health Care Financing Rreview. 23**(2): 1-18.

MacCormack, J. (2002). Acute hospitals and older people in Australia. **Ageing and Society. 22**: 637-646.

Maramatsu, N., Lee, S-Y. D. & Alexander, J. A. (2000). Hospital provision of intuitional long-term care: Pattern and correlates. **The Gerontologist. 48**(5): 557-567.

Masterson, A. (2004). Towards an ideal skill mix in nursing homes. **Nursing Older People**. June 16(4):14-16.

McLaughlin, F. E. & Marascuilo, L. A. (1990). **Advanced nursing and health care research**: Quantification approaches. Philadelphia P. A: W. B Saunders.

Medicinenet.com. (2002). **Definition of chronic illness.** Retrieved on 10 March 2009, from http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=2731.

Medicinnet.com. (2003). **Definition of long- term care facility.** Retrieved on 10 Feb 2009, from http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=24859.

Medline Plus. (2008). **Assisted living also called: Residential care**. Retrieved on 27 Sep 2008, from http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/assistedliving.html#cat1

Medpac. (2004**). Report to the congress: New approaches in medicare.** Retrieved on 14 March 2009, from www.medpac.gov/publications/congressional_reports/ June04_ch5.pdf.

Megnami, S. H. (2004). A concept analysis of palliative care in the United State. **Journal of Advanced Nursing. 46**(2), 152-161

Mehta, K. K. (2002) National Policies on Ageing and Long-term Care in Singapore: A Case of Cautious Wisdom? (pp. 150-180). In Phillips, D.R. and Chan, A.C.M. **Ageing and long-term care: National policies in the Asia-Pacific**, Bestprint Printing Co.: Singapore.

Morrow, A. (2008). **What is hospice**, Retrieved on 17 Nov 08, from http://dying.about.com/od/whatishospice/a/whatishospice.htm.

National and Hospice Care Palliation (NHPCO). (2008). **Preamble and philosophy.** Retrieved on 20 Nov 2008, from http://www.nhpco.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=5308.

National Association for Continence, “**About incontinence”** [Online]. Available from: http;//www.nafc.org/ [2003, October 20].

National Association of Long Term Hospitals**.** (2007). Retrieved on 20 Feb 2009, from www.aha org/aha/advisory/2007/070104-regulatory-adv.pdf.

National Center for Assisted Living. (2008). **What is assisted living**. Retrieved 4 Oct. 2008, from http://www.ncal.org/consumer/index.cfm

National Council on Aging and Older People. (2001)**. Long term care aging in Ireland, Fact file No.7.** Retrieved on 25 Feb. 2009, from http://www.ncaop.ie/publications/research/ factfiles/Ff7Longstay.pdf.

Norstrand, J. F., Clark, R. F. & Romoren, T. I. (1993). **Nursing home care in five nations**, Paper prepared for Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services.

Official Publication of National Patient Safety Goals. (2008). **National Patient Safety Goals**. Retrieved on 10 March 2009, from http://www.jcrinc.com/common/PDFs/f pdfs/pubs/ pdfs/ JCReqs/JCP-07-07-S1.pdf.

Orem, D. E. (2001). **Nursing concept of practice**. St Louis: Mosby Year Book.

Philp, I., Manwhinney, S. & Mutch, W. (1991). Setting standard for long term care of the elderly in hospital. **BMJ.** 302**:** 1056.

Ribbe, M. W., Ljunggren, G., Steel, K., Topinkova, E., Hawes, C., Ikegam, N., Henrard, J., & Jonnson, P. V. (1997) Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and setting. **Age and Ageing**, Sep, 26-S2: 3-12.

Rozzini, R., Sabatini, T. & Trabucchi, M. (2005). Hospital organization: General internal medical and geriatrics wards. **Journal of Gerontology: Medical Science. 60A**(4): 535.

Shapiro, E. & Roos, N. P. (1981). The geriatric long –stay hospital patient: A Canadian case study (abstract). **Journal of Health Politics, Policy and Law. 6**(1): 49-61.

Sitoh, Y. Y. (2003). Nursing homes in Singapore: A quiet evolution. **Singapore Med J**, 44(2): 57-59.

Snowdon, J. & Arie, T. (2002). Old age psychiatry service: long-stay care facilities in Australia and the UK**. Psychiatric Bulletin, 26**: 24-26.

Sorrentino, S. A., & Gorek, B. (2007). **Mosby’s textbook for long-term care nursing assistants**. (5th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.

Supachutikul, A. (2008). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เผชิญความตายอย่างสงบ 1**, การประชุม 9th HA National Forum “องค์กรที่มีชีวิต”ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี ห้อง

Meeting Room 7, 14 มีนาคม 2551 เวลา 08.30-10.00 น.(C17), Retrieved on 1 Nov 2008 from http://gotoknow.org/blog/haforum9/177307**.**

Thailand Health Research Institute. (1996). **Report of the first national health examination survey 1991-1992**. Health Research Institute: Bangkok, 107-10.

The Britannica Encyclopedia. (2009). **Hospital long stay institute,** Retrieved on 25 Feb. 2009, from http://www.britannica.com/EBchecked/topic/272626/hospital/35536/Long-stay-institutions.

The Inter-Ministerial Committee on Health Care (IMC) (1997). **Report of the inter-ministerial committee on health care for the elderly**. Singapore: IMC.

The Scottish Government Publications. (2007). **National care standards: Hospice care**. Retrieved on 30 Nov 2007, from http://www.scotland.gov.uk/Publications/2002/03/14404/1266

Tilly, J., Black, K. & Ormond, B. (2003). **State experiences with minimum nursing staff ratios for nursing facilities: findings from case studies of eight states.** Retrieved on 20 Mar. 2009, from http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/8state.htm

Turrell, A. R., Castleden, C. M. & Freestone, B. (1998). Long stay care and the NHS discontinuities between policy and practice. **BMJ. 37**(3): 942-944.

United States Department of Health and Human Services. Retrieved on 15 Oct. 2007, from http://aspe.hhs.gov/daltcp/diction.shtml#LOC.

University of Virginia Health System. (2008). **Home health, hospice and elder care.** Retrieved on 20 Nov 2008, from http://www.healthsystem.virginia.edu/ UVAHealth/ adult_homehealth/hosstats.cfm.

Valuing People with Support Team. **(**2008). **Long stays hospital.** Retrieved on 20 Feb 2009, from www.valuingpeople.gov.uk/echo/filedownload.jsp?action=dFile&key=701.

Wenger, G. D. & Alexander, R. J. (1993). **Reading in family nursing**. Philadelphia: L. B. Lippincott.

World Health Organization. (2000). **Home-based long-term care: Report of a WHO study group.** Geneva: WHO.

Yap, L. K. P., Au, S. Y. L., Aug, Y. H., Kwan, K. Y., Ng, S. C. & Ee, C. H. (2003). Who are the residents of a Nursing Home in Singapore. **Singapore Medical Journal**, 44(2): 65-73.

Yeatman, R., Bennetts, K., Allen, N., Ames, D., Flicker, L. and Waltrowicz, W. (1993). Is caring for elderly relatives with depression as stressful as caring for those with

dementia? A pilot study in Melbourne. **International Journal of Geriatric Psychiatry. 8**: 339 - 342.

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของสถานบริการ

คู่มือการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

ชุดที่ 2 แบบสอบถามคุณลักษณะผู้รับบริการ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามคุณลักษณะผู้ให้บริการ

ชุดที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของสถานบริการ
โครงการวิจัยเรื่อง "การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย"

<u>คำชี้แจงในการสัมภาษณ์</u>

ให้ผู้สัมภาษณ์ศึกษาและใช้คู่มือการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เพื่อเป็นแนวทางในสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

<u>ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล</u>

1.1 เพศ

( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

1.2 อายุ (ระบุอายุเต็ม) .....ปี

1.3 ตำแหน่งของผู้ให้ข้อมูล .....

1.4 มีหน้าที่รับผิดชอบอะไรบ้าง.....

<u>ส่วนที่ 2 สถานที่ตั้งของสถานบริการผู้สูงอายุ</u>

2.1 ชื่อ- สถานบริการ .....

2.2 เลขที่ .....ถนน.....ตรอก/ซอย.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ..... ....จังหวัด.....

2.3 โทร:.....Fax:.....

2.4 เวลาทำการ : .....

<u>ส่วนที่ 3 ลักษณะของสถานบริการผู้สูงอายุและการบริการ</u>

3.1. ประเภทของสถานบริการตามการขึ้นทะเบียน หรือ ตามวัตถุประสงค์ของการบริการ

( ) 1 บ้านพักคนชรา (Residential Home, Home for the Aged)

( ) 2 สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted Living)

( ) 3 สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (Long-stay Hospital)

( ) 4 สถานบริบาล (Nursing Home)

( ) 5 สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Care)

3.2. ต้นสังกัดของสถานบริการ

( ) 1 ภาครัฐ

( ) กระทรวงพัฒนาสังคมฯ ( ) กระทรวงสาธารณสุข

( ) องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ( ) อื่นๆ ระบุ.....

( ) 2 ภาคเอกชน

( ) องค์กรธุรกิจ

( ) องค์กรการกุศล

( ) วัด ( ) องค์กรทางศาสนา ระบุ.....

( ) องค์กรอาสาสมัคร ( ) อื่นๆ ระบุ.....

3.3 ลักษณะบริการที่จัดให้หรือมีหน่วยบริการพิเศษ (Special Care Unit) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) 1 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Care)

( ) 2 การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Dementia Care Unit)

( ) 3 การดูแลผู้ป่วยกลางวัน (Day Care)

( ) 4 การดูแลผู้ป่วยชั่วคราว (Respite Care)

( ) 5 การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (Rehabilitation Unit)

( ) 6 การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Medical/Nursing Care)

( ) 7 การส่งผู้ช่วยดูแลไปดูแลที่บ้าน (Home Care)

( ) 8 อื่นๆ ระบุ.....

3.4. กิจกรรมการให้บริการที่สำคัญ (เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น)

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

3.5 จำนวนเตียงทั้งหมด .....เตียง

3.6 จำนวนผู้เข้ารับบริการ (ตามทะเบียน).....คน แบ่งเป็น

( ) 1 หญิง .....คน ( ) 2 ชาย ..... คน

3.7 ผู้เข้ารับบริการมีอายุเฉลี่ย.....ปี

( ) 1 กลุ่มอายุ 60-69 ปี.....คน

( ) 2 กลุ่มอายุ 70-79 ปี.....คน

( ) 3 กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป.....คน

3.8 เกณฑ์การพิจารณารับผู้สูงอายุเข้าพักอาศัยในสถานบริการ

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

3.9 จำนวนบุคคลากรในสถานบริการ ทั้งหมด.....คน แบ่งเป็น

1 จำนวนพยาบาลวิชาชีพ. .....คน

Full-time.....คน Part-time.....คน

2 จำนวนนักกายภาพบำบัด .....คน

3 จำนวนนักกิจกรรมบำบัด .....คน

4 จำนวนผู้ช่วยพยาบาล .....คน

5 จำนวนพนักงานผู้ช่วยการพยาบาล. .....คน

6 อื่นๆ (ระบุ)..... .....คน

3.10 ค่าบริการ

1 ค่าใช้จ่ายประจำเดือนของผู้สูงอายุ ..…….. บาท

( ) 1 ค่าห้องพัก ……. บาท

( ) 2 ค่าอาหาร ……. บาท

( ) 3 ค่าบริการการดูแล (เช่น ค่าบริการทางการแพทย์ การพยาบาล

( ) 4 กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด หรือ ซักรีด) ……. บาท

( ) 5 อื่นๆ ระบุ..... ……. บาท

2 ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มจากที่จ่ายประจำเดือน

(เช่น ค่ายาที่ใช้ประจำตัว ยาปฏิชีวนะ สารละลายทางหลอดเลือดดำ

การตรวจพิเศษ เวชภัณฑ์ต่าง อุปกรณ์ การทำแผล หรือหัตถการต่างๆ) เฉลี่ย ……บาท

จากประสบการณ์พบ เพิ่มต่ำสุด.....บาท เพิ่มสูงสุด.....บาท

3. อื่นๆ (ระบุ)..... .....……บาท

3.11 การขึ้นทะเบียนของสถานบริการในปัจจุบัน

( ) 1 ไม่ได้ขึ้นทะเบียน เนื่องจาก.....

( ) 2 อยู่ระหว่างการขอขึ้นทะเบียน

( ) 3 ขึ้นทะเบียน

( ) 1.1 กระทรวงสาธารณสุข

( ) กองประกอบโรคศิลปะ

( ) การแพทย์แผนไทย

( ) อื่นๆ ระบุ.....

( ) 1.2 กระทรวงแรงงาน หน่วยงาน/กรม/กอง ระบุ.....

( ) 1.3 กระทรวงพาณิชย์ หน่วยงาน/กรม/กอง ระบุ.....

( ) 1.4 อื่นๆ ระบุ.....

3.12 กรุณาเล่าความสำเร็จในการดำเนินการที่ผ่านมา

.....

.....

.....

.....

3.13 ท่านประสบปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

3.14 ท่านมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคเหล่านั้นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

3.15 ท่านมีแนวทางในการพัฒนาการบริการและการดำเนินการอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

3.16 ท่านต้องการการช่วยเหลือจากภาครัฐอะไรบ้าง อย่างไร

.....

.....

.....

ขอบพระคุณมากที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

คู่มือการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์
โครงการวิจัยโครงการวิจัยเรื่อง “การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย”

คำชี้แจง คู่มือการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ฉบับนี้ ได้จัดทำขึ้นสำหรับนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยใช้เป็นแนวทางในการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย โดยการสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์ เพื่อให้แนวทางในการสัมภาษณ์เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คู่มือการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ ขั้นตอนในการดำเนินการสัมภาษณ์ ข้อควรปฏิบัติขณะสัมภาษณ์ และแนวคำถาม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

I. ขั้นตอนในการดำเนินการสัมภาษณ์

1. โทรติดต่อขอพูดคุยกับผู้รับผิดชอบสถานบริการ พร้อมแนะนำตนเอง ชื่อ สกุล สถานที่ทำงาน
2. แจ้งวัตถุประสงค์ของโครงการ
3. อ่านแนวคำถามและแบบการบันทึกการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ
4. ขอความยินยอมในการให้สัมภาษณ์ โดยอ่านข้อความตามแบบฟอร์มการขอความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย (เน้นการปกปิดความลับและการบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์)
5. ดำเนินการสัมภาษณ์แนวคำถาม
6. เมื่อสัมภาษณ์ครบถ้วน ให้สรุปเนื้อหาที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ หากผู้ให้ข้อมูลต้องการแก้ไขหรือเพิ่มเติมให้ดำเนินการตามความต้องการ
7. กล่าวขอบคุณ

II. ข้อควรปฏิบัติขณะสัมภาษณ์

1. ควรจดจำเนื้อหาการสัมภาษณ์ให้ได้ครบถ้วน ไม่ติดขัดขณะให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดในการสัมภาษณ์ ที่สำคัญต้องจำรายละเอียดหลักการและเหตุผลที่สำคัญของการทำวิจัย เพื่อโน้มน้าวให้เห็นความจำเป็นที่ต้องได้รายละเอียดการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการต่าง พร้อมเน้นประโยชน์ที่จะได้จากงานวิจัยในการจัดทำนโยบายและแผนงานการดำเนินงานสถานบริการผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศให้มีประสิทธิภาพ
2. ฝึกการสัมภาษณ์ให้คล่องก่อนสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์
3. เตรียมปากกา แบบสัมภาษณ์ สมุดจดบันทึก
4. น้ำเสียงในการสัมภาษณ์ควรสุภาพ นุ่ม เรียบ โทนเสียงไม่เสียงสูง ผ่อนคลาย เพื่อให้ผู้ฟังมีความรู้สึกที่ดี
5. เริ่มสัมภาษณ์เมื่อรับรู้ว่าผู้ให้สัมภาษณ์มีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ และอนุญาตให้สัมภาษณ์
6. ก่อนการสัมภาษณ์ต้องแน่ใจว่าการสัมภาษณ์นั้นไม่รบกวนการทำงานของผู้ให้ข้อมูล ถ้าผู้ให้ข้อมูลอนุญาตแล้ว แต่ติดขัดเรื่องเวลา ให้นัดหมายใหม่
7. ให้สัมภาษณ์ตามแนวคำถาม ไม่จำเป็นต้องสัมภาษณ์เป็นลำดับตามแนวคำถามหรือหัวข้อในแบบสัมภาษณ์ ให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการเท่านั้น
8. เมื่อได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ให้บันทึกลงในแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลใดที่ยังไม่สามารถบันทึกตามแบบสัมภาษณ์ ให้บันทึกแยกไว้อีกส่วนหนึ่ง เพื่อนำมาพิจารณาภายหลัง
9. ควรใช้เวลาการสัมภาษณ์ระหว่าง 20 -30 นาที
10. กล่าวขอบคุณเมื่อจบการสัมภาษณ์
11. ในกรณีที่บันทึกไม่ทันขณะสัมภาษณ์ ให้รีบบันทึกหลังจบการสัมภาษณ์
12. ใช้รหัสบันทึกชื่อสถานบริการ ไม่ควรระบุชื่อจริง

13. ในรายที่ไม่อนุญาตให้สัมภาษณ์ กล่าวขอบคุณ จบการสัมภาษณ์ พร้อมบันทึกสาเหตุที่ไม่สะดวกให้สัมภาษณ์

III. แนวคำถาม

1. ในสถานบริการของท่านมีการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะนานมากกว่า 3 เดือน หรือไม่
2. ถ้ามี ลักษณะความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร และท่านให้บริการการดูแลอะไรบ้าง
3. สถานบริการของท่านดำเนินการภายใต้การดูแลของรัฐ หรือของเอกชน หน่วยงานใด ในกรณีที่เป็นองค์กรเอกชน เป็นองค์กรในลักษณะใด
4. สถานบริการของท่านเน้นให้การบริการเรื่องใดเป็นการเฉพาะหรือไม่ เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถานดูแลผู้ป่วยกลางวัน สถานดูแลผู้ป่วยชั่วคราว สถานฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน บริการส่งผู้ช่วยดูแลไปที่บ้าน สถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม หรืออื่นๆ)
5. สถานบริการของท่านมีขนาดจำนวนเตียงที่ให้บริการเท่าใด มีการกำหนดหน่วยบริการหรือจำนวนเตียงที่รับเฉพาะผู้สูงอายุที่ดูแลระยะยาวหรือไม่
6. ประเภทของบุคลากรในสถานบริการของท่านมีประเภทใดบ้าง จำนวนเท่าใดในแต่ละประเภท
7. ท่านคิดค่าใช้จ่ายในการดูแลหรือไม่ ราคาค่าใช้จ่ายแต่ละรายการเป็นอย่างไร
8. สถานบริการของท่านมีเกณฑ์ในการรับผู้สูงอายุเข้าพักอาศัยหรือไม่ อย่างไร
9. สถานบริการของท่านได้รับการขึ้นทะเบียนประกอบการหรือไม่ กับหน่วยงานใด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามลักษณะผู้สูงอายุที่รับบริการ

โครงการวิจัยเรื่อง “การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย”

สถานที่เก็บข้อมูล_____

ชื่อผู้ให้ข้อมูล นาย/นาง/นางสาว_____นามสกุล_____

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้พักอาศัย (กรณีผู้สูงอายุไม่สามารถให้ข้อมูลได้.....

ชื่อผู้สูงอายุ/ผู้พักอาศัย (ถ้าไม่ใช่คนเดียวกับผู้ให้ข้อมูล).....

ระยะเวลาเข้าพัก_____ ปี_____เดือน (เข้าพักเมื่อวันที่____เดือน_____พ.ศ._____)

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบไปด้วย 4 ส่วนใหญ่ โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ( ) ให้ตรงกับความเป็นจริงและเติมคำในช่องว่างให้ได้ข้อความที่สมบูรณ์ที่สุด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

( ) 1. ชาย ( ) 2.หญิง

2. อายุ..... ปี

( ) 1. 60 – 74 ปี ( ) 2. 75 – 84 ปี

( ) 3. 85 ปีหรือมากกว่า

3. สถานภาพสมรส

( ) 1. โสด ( ) 2. สมรส (อยู่ด้วยกัน)

( ) 3. สมรส (แยกกันอยู่) ( ) 4. หม้าย (หย่าร้าง)

( ) 5. หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

4. อาชีพก่อนการเข้าพักในสถานบริการ

( ) 1. เกษตรกรรม ( ) 2. รับจ้าง

( ) 3. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ( ) 4. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

( ) 5. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) 6. อื่น ๆ ระบุ_____

5. แหล่งที่มาของรายได้ก่อนการเข้าพักในสถานบริการ

( ) 1. เงินเก็บสะสม ( ) 2. เงินบำเหน็จ/บำนาญ

( ) 3. คู่สมรส บุตร ญาติ ( ) 4. อื่น ๆ ระบุ_____

6. จำนวนบุตร_____ คน

( ) 1. ไม่มีบุตร ( ) 2. 1 - 2 คน

( ) 3. 3 - 4 คน ( ) 4. มากกว่า 4 คน

7. สภาพความเป็นอยู่ก่อนเข้าพักในสถานบริการแห่งนี้

( ) 1 อยู่คนเดียว ( ) 2 อยู่กับคู่สมรส

( ) 3 อยู่กับ บุตรหลาน ญาติ ( ) 4 อื่น ๆ ระบุ_____

8. ผู้ดูแลใกล้ชิดก่อนเข้าพักในสถานบริการแห่งนี้

( ) 1 ไม่มีผู้ดูแล ( ) 2 คู่สมรส

( ) 3 บุตรหลาน ญาติ ( ) 4 อื่น ๆ ระบุ_____

9. เหตุผลและการตัดสินใจเข้าพักอาศัยในสถานบริการแห่งนี้

( ) 1 ไม่มีผู้ดูแล

( ) 2 ญาติไม่สามารถให้การดูแลได้ / ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะ

( ) 3 ต้องการผู้ดูแล ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

( ) 4 ต้องการการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาล

( ) 5 อื่น ๆ ระบุ_____

10. ผู้ตัดสินใจให้เข้าพักในสถานบริการแห่งนี้

( ) 1 ตัดสินใจเอง ( ) 2 คู่สมรส

( ) 3 บุตร หลาน ญาติ ( ) 4 อื่น ๆ ระบุ_____

ภาวะสุขภาพทั่วไป (ประเมินโดยผู้วิจัย)

11. ภาวะโภชนาการจากการชั่ง น้ำหนัก_____กิโลกรัม ส่วนสูง_____เมตร

คำนวณดัชนีความหนาของร่างกาย

โดยใช้สูตรดัชนีความหนาของร่างกาย BMI = น้ำหนักเป็นกิโลกรัม / (ส่วนสูงเป็นเมตร) 2

( ) 1 ปกติ (BMI มีค่า 18.5 – 24.9) ( ) 2 ผอม (BMI มีค่าน้อยกว่า 18.5)

( ) 3 อ้วน (BMI มีค่า มากกว่า 24.9)

12. การหายใจ อัตราการหายใจ_____ ครั้งต่อนาที

( ) 1 ปกติ 18 -24 ครั้งต่อนาที ( ) 2 น้อยกว่า 18 ครั้งต่อนาที

( ) 3 มากกว่า 24 ครั้งต่อนาที

13. ความดันโลหิต _____ม.ม. ปรอท

( ) 1 ปกติ (ตั้งแต่ 140/90 ม.ม.ปรอทลงมา) ( ) 2 สูง (มากกว่า 140/90 ม.ม.ปรอท)

14. ตา (ตรวจสายตา)

( ) 1 สายตาปกติ ( ) 2 สายตายาว

( ) 3 สายตาสั้น

15. หู (การได้ยิน)

( ) 1 ได้ยินเสียงพูดคุยปกติ ( ) 2 ต้องตะโกนพูดจึงได้ยิน

( ) 3 ตะโกนพูดแล้วยังไม่ได้ยิน

16. ปัญหาสุขภาพที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) 1 โรคความดันโลหิตสูง

( ) 2 โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต/อัมพฤกษ์)/แขนหรือขาอ่อนแรง

( ) 3 โรคเบาหวาน

( ) 4 โรคหัวใจ หลอดเลือด

( ) 5 โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น วัณโรค หอบ หืด ถุงลมโป่งพอง

( ) 6 โรคพาร์กินสัน

( ) 7 โรคข้อเสื่อม/ข้ออักเสบ

( ) 8 โรคมะเร็ง/เนื้อร้ายอื่น ๆ

( ) 9 โรคระบบทางเดินปัสสาวะ/โรคไต

( ) 10 โรคทางตา การมองเห็น ระบุ_____

( ) 11 โรคทางหู การได้ยิน ระบุ_____

( ) 12 โรคทางระบบประสาท โรคจิตเวช

( ) 13 ภาวะสมองเสื่อม/มีปัญหาอย่างรุนแรงเรื่องความจำ

( ) 14 อื่น ๆ ระบุ_____

17. ปัจจุบันนี้ท่านได้รับยากี่ชนิด (ให้ระบุจำนวนชนิด) มียาอะไรบ้าง

( ) 1 ไม่รับประทานยา

( ) 2 รับประทานยา ระบุ

( ) 2.1 รับประทานยาตามแพทย์สั่ง จำนวน.....ชนิด

( ) 2.2 ญาติซื้อมาให้รับประทานเอง จำนวน.....ชนิด

( ) 2.3 อื่นๆ ระบุ..... จำนวน.....ชนิด

18. ค่าบริการ

18.1 ค่าใช้จ่ายประจำเดือน .....บาท

( ) 1 ค่าห้องพัก .....บาท

( ) 2 ค่าอาหาร .....บาท

( ) 3 ค่าบริการการดูแล (เช่น ค่าบริการทางการแพทย์ การพยาบาลกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด) .....บาท

( ) 4 อื่นๆ ระบุ..... .....บาท

18.2 ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มเติมจากค่าใช้จ่ายประจำเดือน (เช่น ค่ายาที่ใช้ประจำตัว ยาปฏิชีวนะ สารละลายทางหลอดเลือดดำ การตรวจพิเศษ เวชภัณฑ์ต่าง อุปกรณ์ การทำแผล หัตถการต่างๆ) .....บาท

19. การดูแล

19.1 จำนวนครั้งของการมีพยาบาลวิชาชีพมาเยี่ยม .....ต่อวัน/ต่อสัปดาห์

19.2 จำนวนครั้งของการทำกายภาพ .....ต่อวัน/ต่อสัปดาห์

19.3 จำนวนครั้งของการทำกิจกรรมบำบัด ..... ต่อวัน/ต่อสัปดาห์

19.4 จำนวนเวลาที่ต้องการการดูแลใกล้ชิด หน่วย ชั่วโมง/วัน .....ต่อวัน

19.5 จำนวนผู้ช่วยดูแลต่อห้องหรือต่อจำนวนผู้พักอาศัย .....คน

20. ลักษณะความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริการในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) 1. ให้อาหารทางสายยาง

( ) 2. เจาะคอ (tracheostomy tube)

( ) 3. ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

( ) 4. ต้องให้ออกซิเจนตลอดเวลา

( ) 5. มีแผลกดทับชนิดต่าง ๆ

( ) 6. มีความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลัน เช่น การติดเชื้อ ระดับการรู้สึกตัว

( ) 7. อื่น ๆ ระบุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ตอนย่อย ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน The Barthel Index

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ให้ตรงกับการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ทำได้อยู่จริง

เรื่อง	ไม่สามารถทำได้เลย	ต้องการความช่วยเหลือเกือบทั้งหมด	ต้องการความช่วยเหลือปานกลาง	ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย	สามารถทำได้เอง
1. การทำความสะอาดส่วนตัว					
2. การอาบน้ำให้ตนเอง					
3. การทานอาหาร					
4. การเข้าห้องส้วม					
5. การเดินขึ้นบันได					
6. การแต่งตัว					
7. การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ					
8. การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ					
9. การเดิน					
10. การเคลื่อนย้ายระหว่างเก้าอี้กับเตียงนอน					

รวม_____คะแนน

ตอนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADL)

คำชี้แจง โปรดประเมินและให้คะแนนตรงกับการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ทำได้อยู่จริง

กิจกรรม	คะแนน	คะแนนที่ได้
1.การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน		
- เดินไม่ได้	0	
- ใช้รถเข็น และช่วยตัวเองได้ หรือต้องการคนประคอง 2 ข้าง	1	
- ต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตลอด	2	
- เดินได้เอง (รวมทั้งการใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker)	3	
2. การทำหรือเตรียมอาหาร		
- ทำไม่ได้	0	
- ต้องการความช่วยเหลือในการทำ หรือจัดเตรียมการบางอย่างไว้ให้ล่วงหน้าจึงจะทำได้	1	
- ทำได้เอง	2	
3. การทำความสะอาดบ้าน/ ซักรีดเสื้อผ้า		
- ทำไม่ได้/ ต้องมีคนช่วย	0	
- ทำได้เอง	1	
4. การทอนเงิน/ แลกเงิน		
- ทำไม่ได้/ ต้องมีคนช่วย	0	
- ทำได้เอง	1	
5. การใช้บริการรถเมล์/ รถสองแถว		
- ไม่สามารถทำได้	0	
- ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย	1	
- ไปมาได้เอง	2	

หมายเหตุ

1. เป็นการประเมินว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง ไม่ใช่เป็นการประเมินหรือถามว่าทำได้หรือไม่
2. เป็นการสอบถามถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะ 1-2 สัปดาห์
3. จุดประสงค์เป็นการวัดระดับ Independence ดังนั้นหากไม่ต้องมีคนคอยอยู่ดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติให้ถือว่าได้คะแนนเต็ม
4. ถ้าหมดสติให้คะแนนศูนย์ทั้งหมด

ตอนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา

แบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

คะแนน

1. Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)
   1.1 วันนี้วันที่เท่าไร ……..
   1.2 วันนี้วันอะไร ……..
   1.3 เดือนนี้เดือนอะไร ……..
   1.4 ปีนี้ ปีอะไร ……..
   1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร ……..
2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)
   (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)
   2.1 กรณีอยู่ที่<u>สถานพยาบาล</u>
      2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่า อะไร <u>และ</u>……ชื่อว่าอะไร ……
      2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร ……
      2.1.3 ที่นี่อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร ……..
      2.1.4 ที่นี่จังหวัดอะไร ……..
      2.1.5 ที่นี่ภาคอะไร ……..
   2.2 <u>กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ</u>
      2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร <u>และ</u>บ้านเลขที่เท่าไร ……
      2.2.2 ที่นี่หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร ……
      2.2.3 ที่นี่อยู่ในอำเภอ / เขตอะไร ……..
      2.2.4 ที่นี่จังหวัดอะไร ……..
      2.2.5 ที่นี่ภาคอะไร ……..
3. Registration (3 คะแนน)
   ต่อไปนี้เป็นการทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย,…) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้ คุณ (ตา, ยาย,…) พูดทบทวน<u>ตามที่ได้ยิน ให้ครบ ทั้ง 3 ชื่อ</u> แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี๋ยวดิฉันถามซ้ำ
   การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป
   (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)
      ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ ……..
   ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า
      ต้นไม้ ทะเล รถยนต์ ……..
4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)
   ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา, ยาย…) คิดเลขในใจเป็นไหม?

ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 "ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7

ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา" .... …….

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 "ผม (ดิฉัน) จะสกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา, ยาย…) ฟังแล้วให้คุณ (ตา, ยาย…)

สะกดถอย หลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า

มอม้า - สระอะ - นอหนู - สระอา - วอแหวน ไหนคุณ (ตา, ยาย…)

สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ" .... …….

ว า น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน)

"เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง" (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ ……..

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์ ……..

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” ……..…..

6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” ……..

7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

"ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย…) พูดตามผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว"

"ใครใคร่ขายไก่ไข่" ……..

8. Verbal command (3 คะแนน)

"ฟังดี ๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย…) รับด้วยมือขวา พับครึ่งกระดาษ แล้ววางไว้ที่....." (พื้น, โต๊ะ, เตียง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ - 4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา พับครึ่ง วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เตียง) ……

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย…) อ่าน แล้วทำตาม คุณ (ตา, ยาย…) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา” หลับตาได้ ……

หลับตา

10. Writing (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "ให้คุณ (ตา, ยาย…) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค”

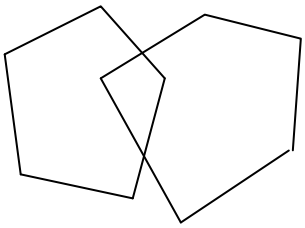
…….....

ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”

(ในที่ว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)



คะแนนรวม_____

ชื่อผู้ถูกประเมิน (นาย,นาง,นางสาว)_____นามสกุล_____อายุ_____ปี

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ_____วันที่_____เดือน_____พ.ศ._____

จุดตัด (cut-off-point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22	30

ตอนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)

ชื่อ – สกุล_____เพศ_____อายุ_____
วันที่_____

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียดและประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

■ ให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

■ ให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้	.....	.....	.....
2. คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ	.....	.....	.....
3. คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร	.....	.....	.....
4. คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ	.....	.....	.....
5. คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า	.....	.....	.....
6. คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้	.....	.....	.....
7. ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี	.....	.....	.....
8. คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ	.....	.....	.....
9. ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข	.....	.....	.....
10. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง	.....	.....	.....
11. คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ	.....	.....	.....
12. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน	.....	.....	.....
13. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า	.....	.....	.....
14. คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น	.....	.....	.....
15. การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องน่ายินดี	.....	.....	.....
16. คุณรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ	.....	.....	.....
17. คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณค่อนข้างไม่มีคุณค่า	.....	.....	.....
18. คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา	.....	.....	.....
19. คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก	.....	.....	.....
20. คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ	.....	.....	.....
21. คุณรู้สึกกระตือรือร้น	.....	.....	.....
22. คุณรู้สึกสิ้นหวัง	.....	.....	.....
23. คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ	.....	.....	.....
24. คุณอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ อยู่เสมอ	.....	.....	.....
25. คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ	.....	.....	.....
26. คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน	.....	.....	.....
27. คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า	.....	.....	.....

28. คุณไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น	.....	.....	.....
29. คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว	.....	.....	.....
30. คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน	.....	.....	.....
	รวม	.....	
	ผู้ตรวจ	.....	

<u>หมายเหตุ</u>

1. การคิดคะแนน ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน
2. การแปลผล

คะแนน 0 -12	หมายถึง	ปกติ
คะแนน 13 -15	หมายถึง	ความเศร้าเล็กน้อย
คะแนน 16 - 20	หมายถึง	ความเศร้าปานกลาง
มากกว่า 20 คะแนน	หมายถึง	ความเศร้ารุนแรง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามลักษณะผู้ให้บริการ

โครงการวิจัยเรื่อง “การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย”

สถานบริการที่เก็บข้อมูล_____

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่อง ( ) ให้ตรงกับความเป็นจริงและเติมคำในช่องว่างให้ได้ข้อความที่สมบูรณ์ที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 เพศ

( ) 1. ชาย ( ) 2.หญิง

1.2 อายุ..... ปี

( ) 1. 15-30 ปี ( ) 2. 31-40 ปี

( ) 3. 41-50 ปีขึ้นไป ( ) 4. 51-60 ปี

( ) 5. 60 ปีขึ้นไป

1.3 สถานภาพสมรส

( ) 1. โสด ( ) 2. สมรส (อยู่ด้วยกัน)

( ) 3. สมรส (แยกกันอยู่) ( ) 4. หม้าย (หย่าร้าง)

( ) 5. หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

1.4 การศึกษา

( ) 1. ประถมศึกษา ( ) 2. มัธยมต้นหรือเทียบเท่า

( ) 3. มัธยมปลาย/ปวช.หรือเทียบเท่า ( ) 4. อนุปริญญา/ปวส.หรือเทียบเท่า

( ) 5. ปริญญาตรี ( ) 6. สูงกว่าปริญญาตรี

ส่วนที่ 2 ลักษณะของผู้ให้บริการ

2.1. ตำแหน่งของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

( ) 1. แพทย์ ( ) 2. นักกายภาพบำบัด

( ) 3. นักกิจกรรมบำบัด ( ) 4. นักสังคมสงเคราะห์

( ) 5. พยาบาล ( ) 6. ผู้ช่วยพยาบาล

( ) 7. พนักงานผู้ช่วย/ผู้ช่วยดูแล ( ) 8. พี่เลี้ยง

( ) 9 อื่นๆ (ระบุ).....

2.2 ท่านเคยผ่านการอบรมหรือเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยหรือไม่

( ) 1. เคย ( ) 2. ไม่เคย.....(ให้ข้ามไปตอบข้อ 2.13)

2.3. หากเคย ท่านได้รับการเพิ่มพูนความรู้ทางด้านการดูแลผู้สูงอายุบ่อยมากน้อยเพียงใด

( ) 1. ปีละ 1 ครั้ง ( ) 2. ปีละ 2-3 ครั้ง

( ) 3. ปีละ 3-4 ครั้ง ( ) 3. ปีละ 5 ครั้ง ขึ้นไป

2.4. สำหรับแพทย์ กรุณาระบุคุณวุฒิ หลักสูตรการฝึกอบรมหรือการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ท่านได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

คุณวุฒิ ( ) 1 แพทย์ทั่วไป
( ) 2 แพทย์เฉพาะทาง สาขา.....

การอบรมเพิ่มเติม ( ) 1 วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
( ) 2 การฝึกอบรมระยะสั้นที่เกี่ยวกับเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
( ) 3 การเข้าร่วมประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุ
( ) 4 อื่นๆ (ระบุ).....

2.5 สำหรับนักกายภาพบำบัด กรุณาระบุคุณวุฒิ หลักสูตรการฝึกอบรมหรือการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ท่านได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

คุณวุฒิ ( ) 1 ปริญญาตรีด้านกายภาพบำบัด
( ) 2 อื่นๆ (ระบุ).....

การอบรมเพิ่มเติม ( ) 1 การเข้าร่วมประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุ
( ) 2 อื่นๆ (ระบุ).....

2.6 สำหรับนักกิจกรรมบำบัด กรุณาระบุคุณวุฒิ หลักสูตรการฝึกอบรมหรือการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ท่านได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

คุณวุฒิ ( ) 1 ปริญญาตรีด้านกิจกรรมบำบัด
( ) 2 อื่นๆ (ระบุ).....

การอบรมเพิ่มเติม ( ) 1 การเข้าร่วมประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุ
( ) 2 อื่นๆ (ระบุ).....

2.7 สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ กรุณาระบุคุณวุฒิ หลักสูตรการฝึกอบรมหรือการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ท่านได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

คุณวุฒิ ( ) 1 ปริญญาตรีด้านสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
( ) 2 อื่นๆ (ระบุ).....

การอบรมเพิ่มเติม ( ) 1 การเข้าร่วมประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุ
( ) 2 อื่นๆ (ระบุ).....

2.8 สำหรับพยาบาล กรุณาระบุคุณวุฒิ หลักสูตรการฝึกอบรมหรือการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ท่านได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

คุณวุฒิ ( ) 1. พยาบาลวิชาชีพ
( ) 2 ประกาศนียบัตรด้านการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้นสูง

การอบรมเพิ่มเติม ( ) 1 วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาผู้สูงอายุ
( ) 2 ประกาศนียบัตรการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ
( ) 3 การเข้าร่วมประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุ
( ) 4 อื่นๆ (ระบุ).....

2.9 สำหรับผู้ช่วยพยาบาล กรุณาระบุหลักสูตรการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและที่เกี่ยวข้องที่ท่านได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

คุณวุฒิ ( ) 1 ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ที่รับรองโดยสภาการพยาบาล

( ) 2 อื่นๆ (ระบุ).....

การอบรมเพิ่มเติม ( ) 1 การเข้าร่วมประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุ

( ) 2 อื่นๆ (ระบุ).....

2.10 สำหรับ<u>พนักงานผู้ช่วย/ผู้ช่วยดูแล</u> กรุณาระบุหลักสูตรการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและที่เกี่ยวข้องที่ท่านได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

คุณวุฒิ ( ) 1 หลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

( ) 2 หลักสูตรการฝึกเสริมทักษะผู้ดูแลเด็กและผู้สูงอายุ กระทรวงแรงงาน

( ) 3 หลักสูตรวุฒิบัตรพัฒนาฝีมือแรงงาน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ กระทรวงแรงงาน

( ) 4 หลักสูตรอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

( ) 5 อื่นๆ (ระบุ).....

การอบรมเพิ่มเติม ( ) 1 การเข้าร่วมประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุ

( ) 2 อื่นๆ (ระบุ).....

2.11 สำหรับ<u>พี่เลี้ยง</u> กรุณาระบุคุณวุฒิ หลักสูตรการฝึกอบรมหรือการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ท่านได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

คุณวุฒิ ( ) ระบุ .....

การอบรมเพิ่มเติม ( ) 1 การเข้าร่วมประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุ

( ) 2 อื่นๆ (ระบุ).....

2.12 บุคลากรอื่นๆ (ระบุ) .....กรุณาระบุคุณวุฒิ หลักสูตรการฝึกอบรมหรือการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ท่านได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

คุณวุฒิ ( ) ระบุ .....

การอบรมเพิ่มเติม ( ) 1 การเข้าร่วมประชุมวิชาการด้านผู้สูงอายุ

( ) 2 อื่นๆ (ระบุ).....

2.13 ประสบการณ์ในการทำงานด้านผู้สูงอายุ.....ปี.....เดือน

2.14 ท่านมีความพึงพอใจในตำแหน่งหน้าที่ที่รับผิดชอบอยู่ในปัจจุบันหรือไม่

( ) 1. ไม่พึงพอใจเลย ( ) 2. พึงพอใจน้อยที่สุด

( ) 3. พึงพอใจน้อย ( ) 4. พึงพอใจปานกลาง

( ) 5. พึงพอใจมาก ( ) 6. พึงพอใจมากที่สุด

2.15 ท่านได้รับเงินเดือนประมาณเดือนละเท่าไร

( ) 1. น้อยกว่า 7,000 บาท ( ) 2. 7,000-10,000 บาท

( ) 3.10,001-15,000บาท ( ) 4. 15,001-20,000 บาท

( ) 5. 20,001-25,000 บาท ( ) 6. 25,001-30,000บาท

( ) 7. มากกว่า 30,000 บาท

2.16 ท่านมีความพึงพอใจในเงินเดือนที่ท่านได้รับในปัจจุบันหรือไม่

( ) 1. ไม่พึงพอใจเลย ( ) 2. พึงพอใจน้อยที่สุด

( ) 3. พึงพอใจน้อย ( ) 4. พึงพอใจปานกลาง

( ) 5. พึงพอใจมาก ( ) 6. พึงพอใจมากที่สุด

2.17 ท่านจะทำงานนี้ต่อไปหรือไม่

( ) 1. ไม่แน่ใจ

( ) 2. จะทำงานต่อไป เนื่องจาก.....

( ) 3. กำลังคิดจะลาออก เนื่องจาก.....

2.18 ท่านมีทัศนะหรือมองผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของท่านอย่างไร

.....

.....

.....

.....

2.19 ท่านประสบปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

2.20 ท่านมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคเหล่านั้นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

2.21 ท่านมีแนวทางในการพัฒนาการบริการอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

ขอบพระคุณมากที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

ภาคผนวก 2 ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

ชื่อผู้วิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ ตำแหน่ง อาจารย์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 แขวงพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

(ที่บ้าน) 103/17 บ้านสวนพงษ์เพชร อาคาร A ต.คลองเกลือ อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2189814 ต่อ - โทรศัพท์ที่บ้าน -

โทรศัพท์มือถือ 081-8411371 E-mail: sisasat@gmail.com

1. เป็นโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

2. มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานสถานบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ 2) ศึกษาจำนวนบุคลากรและสมรรถนะของผู้ให้บริการ 3) ศึกษาลักษณะกิจกรรมการบริการ และ 4) ศึกษาคุณลักษณะของผู้รับบริการ

3 ประชากรในการวิจัย ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการ และผู้รับบริการที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริการผู้สูงอายุระยะยาวประเภทต่าง ๆ ที่มีอยู่ในประเทศไทยที่สามารถสืบค้นได้ทั้งหมด โดยแต่ละภาคแบ่งสถานบริการดูแลระยะยาวออกเป็น 5 ประเภท คือ บ้านพักคนชรา สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานบริบาล สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังจากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างสถานบริการแต่ละประเภทมา 1 แห่ง รวม 5 แห่งในแต่ละภาค รวมทั้งหมด 20 แห่งทั่วประเทศ แต่ละแห่งเก็บข้อมูลจากกลุ่มบุคลากรทุกคน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ 600 คน เพื่อศึกษาเชิงบรรยายถึงคุณลักษณะเกี่ยวกับสถานบริการ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการการดูแลระยะยาว

4. ผู้วิจัยจะทำการโทรศัพท์สอบถามโดยตรงกับผู้ให้บริการ เพื่อขอข้อมูลผู้ประกอบการที่เป็นปัจจุบันและใกล้เคียงกับจำนวนที่แท้จริงมากที่สุด จากนั้นผู้วิจัยในแต่ละภาค ทำการจัดกลุ่มสถานบริการดูแลระยะยาว ออกเป็น 5 ประเภทต่างๆ แล้วทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างสถานบริการในแต่ละประเภทมา 1 แห่ง รวม 5 แห่งในแต่ละภาค รวมทั้งหมด 20 แห่งทั่วประเทศ เพื่อทำการศึกษาลักษณะผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 45 นาที – 1 ชั่วโมงต่อคน

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลสถานประกอบการ ผู้ให้บริการและผู้สูงอายุ โดยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงให้ผู้ให้บริการและผู้สูงอายุทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามความเป็นจริงที่สุด สำหรับผู้ให้บริการซึ่งเป็น

บุคลากรจะได้รับการสอบถามประวัติส่วนตัว ประวัติการทำงาน ประวัติการศึกษาอบรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เป็นต้น ส่วนผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุจะได้รับการสอบถามประวัติส่วนตัว ภาวะสุขภาพทั่วไป ซึ่งรวมทั้งการประเมินระดับการช่วยเหลือตนเอง สมรรถภาพสมอง ภาวะสุขภาพจิต เป็นต้น ทั้งนี้หากพบความผิดปกติผู้วิจัยจะรายงานให้แพทย์เจ้าของรับทราบทันทีเพื่อให้ได้รับการดูแล รักษาต่อไป

ทั้งนี้ผู้วิจัยจะคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และหากในระหว่างการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้

5. หากผู้สูงอายุมีอาการเปลี่ยนแปลงผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและแจ้งให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลในสถานบริการนั้นๆ ทราบทันที และจะทำการเก็บข้อมูลต่อเมื่อได้รับการเห็นชอบจากแพทย์แล้วเท่านั้น

6. ในการขอดูข้อมูลผู้สูงอายุจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการสถานบริการก่อน และในกลุ่มผู้สูงอายุที่ มีความจำบกพร่อง ผู้ป่วยสมองเสื่อม คนพิการ ที่ไม่สามารถให้คำยินยอมด้วยตนเองได้ ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามให้ความยินยอมแทนผ่านทางสถานบริการนั้นๆ

7. ในขณะซักถามเกี่ยวกับสาเหตุของการย้ายเข้ามาอยู่ในสถานบริการ หรือเกี่ยวกับลูกหลานผู้สูงอายุอาจมีอาการเศร้า เสียใจ และร้องไห้ ผู้วิจัยจะยุติการซักถามอยู่เป็นเพื่อน คอยปลอบใจ หากผู้สูงอายุยังไม่พร้อมให้ข้อมูลผู้วิจัยจะกลับมาเก็บข้อมูลอีกครั้งภายหลัง ทั้งนี้เพื่อให้ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการในสถานบริการระยะยาวและเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านการวางแผนและการกำหนดนโยบายในด้านการบริการสุขภาพและสังคมในประเทศไทยต่อไป

8. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาจะได้รับคำตอบจนเป็นที่พอใจ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

11. ผู้วิจัยจะมีของที่ระลึกคือ หนังสือที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ มอบให้กับสถานบริการที่ให้ความร่วมมือกับผู้วิจัย

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วิทยาลัยวิทยาศาสตร์

สาธารณสุข ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2253-2395 E-mail: eccu@chula.ac.th”

ภาคผนวก 3 ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

เลขที่ ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าชื่อ/นามสกุล.....**ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจน**จากผู้วิจัย ชื่อ/นามสกุล ศิริพันธุ์ สาสัตย์ ที่อยู่ที่ติดต่อได้ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ถนนพญาไท กรุงเทพฯ 10330 โทร 02-2189814 ถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้**จนเข้าใจอย่างดี**

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย เพื่อเก็บไว้เป็น**หลักฐานอ้างอิง** ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองจากผู้วิจัยว่าจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ**

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความ**สมัครใจ**ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และข้าพเจ้า**มีสิทธิ**ถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดย**ไม่ต้องแจ้งเหตุผล** และจะ**ไม่มีผลกระทบ**ใดๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าจึงได้ลงนามไว้ท้ายหนังสือนี้

.....	.....
สถานที่ / วันที่	ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
.....	.....
	( )
สถานที่ / วันที่	ลงนามผู้วิจัยหลัก
.....	.....
	( )
สถานที่ / วันที่	พยาน

ภาคผนวก 4 รายชื่อสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลชื่อที่อยู่ของบ้านพัก/สถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 44 แห่ง

ลำดับที่	จังหวัด	ชื่อสถานบริการ	ที่อยู่ – โทรศัพท์
ภาคเหนือ			
1	เชียงใหม่	ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่	เลขที่ 1 ถนนมูลเมือง ต.พระสิงห์ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ โทร: 053-278573
2	เชียงใหม่	สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์	เลขที่ 304 หมู่ 7 ต.สันมหาพน อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่ โทร: 053-471491, 471731
3	ลำปาง	ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ	เลขที่ 120 หมู่ 1 ถนนลำปาง-แจ้ห่ม ต. นิคมพัฒนา อ.เมือง จ.ลำปาง โทร: 054-247635
4	นครสวรรค์	สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านเขาบ่อแก้ว	เลขที่ 90 หมู่ 3 ต.นิคมเขาบ่อแก้ว อ.พยุหะคีรี จ.นครสวรรค์ โทร: 056-204039
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			
5	ขอนแก่น	บ้านพักคนชรานักบุญโยเซฟ (องค์กรการกุศล)	เลขที่ 311/17 ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น โทร: 043-244130
6	ขอนแก่น	บ้านสิเมโอน ศูนย์มารานาธา (องค์กรการกุศล)	เลขที่ 217 ม.2 ต.โนนสมบูรณ์ กิ่งอำเภอบ้านแฮด จ.ขอนแก่น โทร: 043-267243
7	นครพนม	ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนครพนม	เลขที่ 101 ม.13 ถ.นครพนม-ธาตุ ต.โนนตาล อ.ท่าอุเทน จ.นครพนม โทร: 042-535411, 042-511022
8	นครราชสีมา	สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง	เลขที่ 583 ถ.โพธิกลาง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา โทร: 044-242521, 044-274898
9	นครราชสีมา	สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์วัดม่วง	เลขที่ 38 ถ.สุรนารี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา โทร: 044-242490, 044-258986,08-1760-6099
10	บุรีรัมย์	สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบุรีรัมย์	ม.3 ถ.บุรีรัมย์-พุทไธสง ต.ชุมเห็ด อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ โทร : 044-616761
11	มหาสารคาม	สถานสงเคราะห์คนชรา	เลขที่ 277 ม.8 ถ.มหาสารคาม-วาปีปทุม ต.แวงนาง อ.เมือง จ.มหาสารคาม

		บ้านมหาสารคาม	โทร: 043-721524
12	อุดรธานี	บ้านพักคนชราวินเซนต์เดอปอล (องค์กรการกุศล)	เลขที่ 135/1 ม.5 บ้านดงอุดม ถ.รอบเมือง อ.เมือง จ.อุดรธานี โทร: 042-230178, 08-6857-2079
13	อุบลราชธานี	บ้านสิเมโอน ศูนย์มารานาธา (องค์กรการกุศล)	เลขที่ 40 ม.9 ต.ไร่น้อย อ.เมือง จ.อุบลราชธานี โทร: 08-9416-1686, 08-1729-1738
ภาคกลาง			
14	กาญจนบุรี	สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราช-กุมารี (หลวงพ่อลำใยอุปถัมภ์)	หมู่ที่ 4 บ้านท่าหวี ต.ลาดหญ้า อ.เมือง จ.กาญจนบุรี 71190 โทร: (034)515-678
15	จันทบุรี	คามิลเลียน โซเซียล เซนเตอร์ จันทบุรี	137 หมู่ 4 ต.จันทนิมิต อ.เมือง จ.จันทบุรี 22000 โทร: 039-344011-3; แฟกซ์: 039-343350
16	จันทบุรี	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี	54/5 หมู่ที่ 10 ต.ทุ่งเบญจา อ.ท่าใหม่ จ.จันทบุรี 22170 โทร: 039-437-269, 039-437-269
17	ชลบุรี	มูลนิธิสงเคราะห์คนชราเกาะสีชัง	114 หมู่ 6 ต.ท่าเทววงษ์ อ.เกาะสีชัง จ. ชลบุรี รหัสไปรษณีย์ 22170 โทร: 038-216-173; แฟกซ์: 038-216-052
18	ชลบุรี	ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ บางละมุง	40 ม.4 ถ.สุขุมวิท ต.บางละมุง อ.บางละมุง จ.ชลบุรี 20150 โทร: 038-240220, 038-241121, 038-241759, 038-241121
19	นครนายก	มูลนิธิยอแซฟสงเคราะห์คนชรา	129 ม.8 ต.ศรีกะอาง อ.บ้านนา จ.นครนายก 26110 โทร: 037-381785-6
20	นครปฐม	คามิลเลียน โซเซียล เซนเตอร์นครปฐม	36 หมู่ 6 ต.ท่าข้าม อ.สามพราน จ.นครปฐม 73110 โทร: 02-8125140 แฟกซ์: 02-8125144
21	นครปฐม	สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิม-ราชกุมารี (หลวงพ่อเปิ่นอุปถัมภ์)	25 หมู่ที่ 3 ถ.นครชัยศรี-ห้วยพลู ต.วัดสำโรง อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม 73120 โทร: 034-338-412, 034-338-412
22	นครปฐม	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม	1/1 หมู่ที่ 5 ต.สนามจันทร์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000 โทร: 034-255-102, 034-219-026
23	ปทุมธานี	มูลนิธิมิตรภาพสงเคราะห์ (บ้านพักคนชราหญิง)	35/26 ถ.ติวานนท์ กม.23 ต.บ้านใหม่ อ.เมือง จ.ปทุมธานี 12000 โทร: 501-2372 ที่ทำการ โทร: 214-2820 ซอยวัดตวงแข (หัวลำโพง)

24	พระนครศรีอยุธยา	สถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ ในพระสังฆราชูปถัมภ์	200/1 หมู่ที่ 2 ระหว่างกม.77-78 ถ.บางปะอิน-นครสวรรค์ ต.บ่อโพง อ.นครหลวง จ.พระนครศรีอยุธยา 13260 โทร: 035-359-277, 035-360-377
25	พระนครศรีอยุธยา	สถานพักฟื้นคนชราดอนลาน	59 ต.ดอนลาน อ.ผักไห่ จ.พระนครศรีอยุธยา โทร:.....
26	ราชบุรี	มูลนิธิซิสเตอร์คามิลเลียนอนุสรณ์ราชบุรี	4/11 ม.12 ต.สวนกล้วย อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี 70110 โทร: 032-221816 แฟกซ์: 032-341-393
27	ราชบุรี	บ้านเบธานี	4/12 ม.4 ต.สวนกล้วย อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี 70110 โทร: 032-211621, 032-221816
28	ราชบุรี	มูลนิธิเนกขัมม์	1239 ถ.ริมทางรถไฟสายใต้ ต.โพธาราม อ.โพธาราม จ.ราชบุรี 70120 โทร: 032-231519
29	ลพบุรี	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี	82 หมู่ที่ 1 ถ.พระปิยะ ต.ป่าตาล อ.เมือง จ.ลพบุรี 15000 โทร: 036-413-706, 036-413-706
30	สมุทรปราการ	สวางคนิเวศ อาคารที่พักสำหรับผู้สูงอายุ สภากาชาติไทย	อาคารสวางคนิเวศ 888 ม.2 ในบริเวณสถานพักฟื้นสวางคนิวาสสภากาชาติไทย ถ.สุขุมวิท ต.ท้ายบ้าน อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10280 โทร: 02-7039639-46
31	สมุทรปราการ	มูลนิธิวัยวัฒนานิวาส	999 ซอยวัดราษฎร์ ต.ท้ายบ้าน อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270 โทร: 02-3872740-2; แฟกซ์: 027-035-206
32	สระบุรี	สถานสงเคราะห์คนชราถ้ำประทุน หรือ เชงจุยยี่ (มูลนิธิชาวจีน)	96/1 หมู่ 9 ต.ขุนโขลน อ.พระพุทธบาท จ.สระบุรี โทร: 036-266301
กรุงเทพมหานคร			
33	กรุงเทพมหานคร	ศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านทิพย์สุคนธ์	81 หมู่ที่ 15 ถ.เพชรเกษม กม.11 แขวงบางหว้า เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ 10160 โทร: 02-413-1141, 02-455-1590, 02-413-1140
34	กรุงเทพมหานคร	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 1	81 หมู่ที่ 15 ถ.เพชรเกษม กม.11 แขวงบางหว้า เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ 10160 โทร: 02-413-1141, 02-413-1140
35	กรุงเทพมหานคร	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2	69/4 หมู่ที่ 9 ซ.คลองหนองใหญ่ แขวงบางแค เขตบางแค กรุงเทพฯ 10160

			โทร: 02-455-6318, 02-455-6309, 02-455-6294
36	กรุงเทพมหานคร	สถานพักฟื้นคนชราบางเขน โดยมูลนิธิธารนุเคราะห์	159/4 ถ.วิภาวดีรังสิต ซ.64 เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร 10120 โทร: 02-5210087, 02-5211804
37	กรุงเทพมหานคร	มูลนิธิกว่องสิว	513-515 ติดโรงหนังภาพยนตร์สิริรามา สามแยกเจริญกรุง เขตป้อมปราบฯ กรุงเทพฯ 10100 โทร: 02-2265703-4 (คุณศรีพูน-ผู้จัดการ)
38	กรุงเทพมหานคร	มูลนิธิโคกโคสสังคมสงเคราะห์	128/84 บ้านศิขริน ถ.รามคำแหง 24 แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ10240 โทร: 02-3005115, 02-7190902; แฟกซ์: 02-7190-903
39	กรุงเทพมหานคร	มูลนิธิธารนุเคราะห์	104 ถ.พระรามหก ซ.7 แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ10330 โทร: 02-2164145-6; แฟกซ์: 02-2143-816
ภาคใต้			
40	ชุมพร	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอู่ทอง พนังตัก	44/1 หมู่ที่ 4 ต. นาชะอัง อ.เมือง จ.ชุมพร โทร. 077-503464
41	ตรัง	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง	113 ต. ปาแจ่ม อ.ห้วยยอด จ.ตรัง 92190 โทร. 075-203005
42	ภูเก็ต	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านภูเก็ต	132 หมู่ 2 ต. ปากคลอก อ.ถลาง จ.ภูเก็ต 83110 โทร. 076-529699
43	ยะลา	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านทักษิณ	62 ถ. สุขยางค์ ต.สะเตง อ.เมือง จ.ยะลา 95000 โทร. 073-223219
44	สงขลา	มูลนิธิจงฮั่งสงเคราะห์คนชราอนาถา (องค์กรการกุศล)	184 ถ.นิพัทธ์อุทิศ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 80110 โทร. 074-243364, 074-243555

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลชื่อที่อยู่ของสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต จำนวน 6 แห่ง

ลำดับที่	จังหวัด	ชื่อสถานบริการ	ที่อยู่ – โทรศัพท์
ภาคเหนือ			
1	พิษณุโลก	สถานสงเคราะห์วังทอง	เลขที่ 771 หมู่ 8 ต.วังทอง อ.วังทอง จ.พิษณุโลก โทร 055-312802
2	สุโขทัย	สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุในวัด	วัดตระพังทอง ต.เมืองเก่า อ.เมือง จ.สุโขทัย โทร 055-697134
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			
-		**ไม่มี**	

ภาคกลาง			
3	ชลบุรี	ไทยร่มเย็น เนอร์สซิ่งโฮม	9/6 ม.7 ต.หนองปลาไหล อ.บางละมุง จ.ชลบุรี โทร: 089-4891360
4	ปทุมธานี	ศูนย์ธรรมชาติบำบัด สไมล์ เฮลธ์	2/946 หมู่ที่ 1 หมู่บ้านศุภาลัยบุรี ถนนรังสิต-นครนายก ต.คลองสี่ อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12120 โทร: 02-9049808
5	พระนครศรีอยุธยา	บางไทร ฮอสปิเฮ้าส์	Wellness Home Resort and Spa เลขที่ 1 หมู่ 4 ต. ช่างเหล็ก อ.บางไทร จ.พระนครศรีอยุธยา 13190 โทร. 035-249500 ต่อ 803, 804; แฟกซ์ 035-249505
กรุงเทพมหานคร			
6	กรุงเทพฯ	เดอะซีเนียร์ พหลฯ 30	119 รัชดาภิเษก 44 แขวงจันทรเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900 โทร: 081-4668786
ภาคใต้			
-		**ไม่มี**	

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลชื่อที่อยู่ของสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล จำนวน 25 แห่ง

ลำดับที่	จังหวัด	ชื่อสถานบริการ	ที่อยู่ – โทรศัพท์
ภาคเหนือ			
1	ลำปาง	ธารธรรมนำสุข โรงพยาบาลแม่ทะ	เลขที่ 289 หมู่ 10 ต. แม่ทะ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง โทร: 054-289184, 089-8516119
2	ลำปาง	สถานพยาบาลแวนแซนต์วูดร์	เลขที่ 129 ถนนเจริญประเทศ ต.เวียงเหนือ อ.เมือง จ.ลำปาง โทร: 054-217007
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			
3	นครราชสีมา	โรงพยาบาล โคราชเมมโมเรียล (คล้าย หอผู้ป่วยอายุรกรรม แต่ไม่มีเครื่องมือการดูแล)	เลขที่ 398 ถ.สุรนรี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา โทร: 044-263777-9
4	นครราชสีมา	โรงพยาบาลเซนต์แมรี่ (คล้าย หอผู้ป่วย อายุรกรรม แต่ไม่มีเครื่องมือการดูแล)	เลขที่ 307 ถ.มิตรภาพ-หนองคาย อ.เมือง จ.นครราชสีมา โทร: 044-261261, 044-256600

5	นครราชสีมา	โรงพยาบาลขามสะแกแสง	เลขที่ 13 ต.ขามสะแกแสง อ.ขามสะแกแสง จ.นครราชสีมา โทร: 044-385201
ภาคกลาง			
6	สมุทรปราการ	โรงพยาบาล เซ็นทรัล ปาร์ค	4/42 หมู่ 1 ถ.บางนา-ตราด กม.16 ต.บางโฉลง อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540 โทร: 02-312-7216-9, 02-750-9731
7	สุพรรณบุรี	บ้านอายุวัฒนะ โรงพยาบาลวิภาวดี-ปิยราษฎร์	1618/1 ต.อู่ทอง อ.อู่ทอง จ.สุพรรณบุรี 72160 โทร: 035-552724, 035-564555
กรุงเทพมหานคร			
8	กรุงเทพมหานคร	บีแคร์ เมดดิคอล เซนเตอร์	29 หมู่ 6 ถนนพหลโยธิน (กม. 26-27) แขวงสายไหม กรุงเทพฯ 10220 โทร: 02-523-3359-71, 02-523-3374
9	กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาล โกลเดนเยียส์	55/3 ถ.สุทธิสาร เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ10320 โทร: 02-693 0733; แฟกซ์: 02-275-5295
10	กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาล บี เอน เอช	9/1 ถนนคอนแวนต์ สาธร กรุงเทพฯ 10500 โทร: 02-686-2700; แฟกซ์: 02-632-0577
11	กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาล เปาโล	670/1 สี่แยกสะพานควาย ถนน พหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400 โทร: 02-279-7000; แฟกซ์: 02-279-0394
12	กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 1	80 ซ.โรงพยาบาล 2 ถ.พระราม 4 แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110 โทร: 02-769-2000; แฟกซ์: 02-381-3582
13	กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2	80 ซ.โรงพยาบาล 2 ถ.พระราม 4 แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110 โทร: 02-399-4259-63
14	กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลโชกชัย 4 เนอสซิ่งโฮม	45/123 ลาดพร้าว 53 กรุงเทพฯ โทร: 02-538-8457
15	กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์	215 ถ.สาทรใต้ เขตสาทร กรุงเทพฯ โทร: 02-6759300, 02-6755000
16	กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลเซ็นทรัลเยนเนอรัล	362/114 หมู่ 8 ถ.พหลโยธิน สะพานใหม่ แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพฯ โทร: 02-552-8777; แฟกซ์: 02-552-0666

17	กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลนวศรี	65/17 หมู่บ้านศรีชวาลา ซอยรามคำแหง 21 ถนนรามคำแหง แขวงวังทองหลาง เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310; โทร: 02-6863476; แฟกซ์: 02-3187048
18	กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลบางปะกอก 1	611/42-43 หมู่ที่ ม.4 ซอย สุขสวัสดิ์ 25/1 ถนน สุขสวัสดิ์ แขวงบางปะกอก เขตราษฎร์บูรณะ กรุงเทพฯ10140; โทร: 02- 8721111
19	กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลปิยเวท	998 ถ.ริมคลองสามเสน แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 กรุงเทพฯ โทร: 02-6256500, 02-6414499
20	กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลพญาไท 2	2107/17 ม.7 ถ.เทพารักษ์ แขวงสามเสนใน พญาไท กรุงเทพฯ 10400 โทร: 02-617-244; แฟกซ์: 02-617-249
21	กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลพระราม 9	99 ซอย แสงแจ่ม ถนน พระราม 9 แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10320 โทร: 02-2029999
22	กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลมิตรภาพ	1467-9 ถ.ประชาธิปก แขวงสมเด็จเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพฯ10600 โทร: 02-4370340-2
23	กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลวิภาราม	2677 ถ.พัฒนาการ แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพฯ 10250 โทร: 02-722-2500; แฟกซ์: 02-722-2445
24	กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลหัวเฉียว	เขตป้อมปราบฯ กรุงเทพฯ10100 โทร: 02-2231351-61
25	กรุงเทพมหานคร	สถานพยาบาลเดอะซีเนียร์	119 รัชดาภิเษก 44 แขวงจันทรเกษม เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900
ภาคใต้			
-		**ไม่มี**	

ตารางที่ 7 แสดงข้อมูลชื่อที่อยู่ของสถานบริบาล จำนวน 60 แห่ง

ลำดับที่	จังหวัด	ชื่อสถานบริการ	ที่อยู่ – โทรศัพท์
ภาคเหนือ			
1	เชียงใหม่	บ้านห่วงใย ศูนย์ดูแลและพักฟื้นผู้สูงอายุ	เลขที่ 185 ถนนบ้านป่าเก็ดกี่ หมู่ 7 ต.หนองผึ้ง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ โทร: 053-423158, 089-1740576
2	เชียงใหม่	สถาบันแมคเคนเพื่อการฟื้นฟูสภาพ	เลขที่ 68 หมู่ 8 ถนนสายเกาะกลาง ต.ป่าแดด อ.เมือง จ.เชียงใหม่ โทร: 053-817170
ลำดับที่	**จังหวัด**	**ชื่อสถานบริการ**	**ที่อยู่ – โทรศัพท์**
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			
-		**ไม่มี**	
ภาคกลาง			
3	กาญจนบุรี	บ้านพักรับรอง กาญจนบุรี เนอร์สซิ่งแคร์	99/14 ต.ท่าล้อ อ.ท่าม่วง จ.กาญจนบุรี 71000 โทร: 087- 4033313
4	กาญจนบุรี	โสธรชัย เนอสซิ่งโฮม	658/51 หมู่ 2 ต.ท่าม่วง อ.ท่าม่วง จ.กาญจนบุรี โทร: 034-626-4161; มือถือ: 086-377-5997
5	นครปฐม	ศูนย์มุฑิตา เนอสซิ่งโฮม 1	17 ซอยอุดรวิถี (ซอย 6) ต.พระปฐมเจดีย์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000 โทร: 034-252598
6	นครปฐม	บ้านวิลล่าแอนนา	42/140 ซอยเสถียร ถนนเพชรเกษม ต.ไร่ขิง อ.สามพราน จ.นครปฐม 73110 โทร: 02-429-0804
7	นครปฐม	ศาลายาเนอร์สซิ่งโฮม	ถนนปิ่นเกล้า-นครชัยศรี ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170 โทร: 889-2601-7
8	นนทบรี	ศูนย์เอ็นดีเนอร์สซิ่งโฮม	91/186 ซอยพิชยนันท์ 7 ถนนติวานนท์ ซอย 3 แขวงตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบรี 11000 โทร: 02-968-9503, 084-970-4390, 085-063-4429
9	นนทบุรี	MC Nursing home	19/72 ซอยจุฬาเกษม งามวงศ์วาน เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทร: 02-951-9638

ลำดับที่	จังหวัด	ชื่อสถานบริการ	ที่อยู่ – โทรศัพท์
			มือถือ: 081-8996575
10	นนทบุรี	โกลเด้นแคร์เนอร์สซิ่งโฮม	25/303 ซ.12ก หมู่บ้านสี่ไชยทอง 3 ถนนแจ้งวัฒนะ 24 ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 จ.นนทบุรี โทร: 02-584-3705
11	นนทบุรี	โกลเด้นไลฟ์เนอร์สซิ่งโฮม	25/303 ซ. 12 ก หมู่บ้าน 4 ไชยทอง 3 ปากเกร็ด แจ้งวัฒนะ ต. บางตลาด จ.นนทบุรี 11120 โทร: 02-584-3705, 02-583-7709
12	นนทบุรี	บ้านสุขใจ	300/79 หมู่บ้านบุศรินทร์ ต.บางรักพัฒนา อ.บางบัวทอง จ.นนทบุรี 11110 โทร: 02-920-8976 มือถือ: 089-2159621
13	นนทบุรี	บ้านอภิบาล	90/2 ถนนบางกรวย-ไทรน้อย ต.บางกรวย อ.บางกรวย จ.นนทบุรี 11130 โทร:. 02-880-6669; แฟกซ์: 02-879-3717
14	ปทุมธานี	ศูนย์พยาบาลพิเศษกรุงเทพ	2/659 ม.ศุภาลัยบุรี ต.คลองสี่ อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12120 โทร: 0-2904-9522; มือถือ: 081-7020739
15	ราชบุรี	เตือนใจ เนอสซิ่งโฮม	91/108 ม.1 หมู่บ้านกรุณาการ์เด้น หนองอ้อ อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี 70110 โทร: 0-3222-1897
16	ลพบุรี	ธนภัทรเนอสซิ่งโฮม	17/60 หมู่ 1 ต.ป่าตาล อ.เมือง จ.ลพบุรี 10160 โทร: 036-421441
17	สมุทรปราการ	ดี พี การแพทย์	72 ซ.วัดด่านสำโรง ศรีนครินทร์ ต.สำโรงเหนือ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270 โทร: 02-757-2026-8
18	สมุทรปราการ	หจก.ศิวนาถเนิร์ซซิ่งโฮม	ที่อยู่: 80/605ม.5 หมู่บ้านทิพวัล1 ซ.ทิพวัล 51 ถ.เทพารักษ์ ต.บางเมืองใหม่ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270
19	สมุทรปราการ	ศูนย์จันทน์นุเคราะห์เนอสซิ่งโฮม	2788 ม.3 ซ.วัดด่าน ต.สำโรงเหนือ จ.สมุทรปราการ โทร: 02-394-2786, 02-394-2836
กรุงเทพมหานคร			
20	กรุงเทพมหานคร	101 โฮมแคร์	885 ซ.ทับภักดี ลาดพร้าว 101 บึงทองหลาง บางกะปิ 10240 บึงทองหลาง 10240

ลำดับที่	จังหวัด	ชื่อสถานบริการ	ที่อยู่ – โทรศัพท์
			กรุงเทพฯ โทร: 087-717-8548; แฟกซ์: 02-736-9780
21	กรุงเทพมหานคร	Nanny and Nurse Aid	474 จรัญสนิทวงศ์ 67 เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700 โทร: 02-435-4657
22	กรุงเทพมหานคร	Professional care	135-137 ซอยบรมราชชนนี 6 ถนนบรมราชชนนี แขวง บางบำหรุ บางพลัด กรุงเทพฯ 10700 โทร: 02-433-7006
23	กรุงเทพมหานคร	RN Nursing Home	เลขที่ 7 ซอย.รามคำแหง แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพ 10240 โทร: 02-7329985; มือถือ: 087-9899234, 086-3071664 ติดต่อสอบถามได้ที่ หจก.รัตน์ธมนต์ เนอร์ซิ่งโฮม http://www.rn-nursinghome.com/index.html
24	กรุงเทพมหานคร	เจริญรุ่งเรือง เนอสซิ่งโฮมณัฏฐ	32/72 ซอยชะอุ่ม 2 สุขุมวิท 103 แขวงหนองบอน เขตประเวศน์ กรุงเทพ 10260 โทร: 02-747017
25	กรุงเทพมหานคร	เดอะซีเนียร์ (ลาดพร้าว)	99/49 ลาดพร้าวซอย 9 แขวงลาดยาว จตุจักร กรุงเทพฯ 10900 โทร: 02-5138169 -70
26	กรุงเทพมหานคร	เดอะซีเนียร์ เนอสซิ่งโฮม (รัชดา 44)	119 ซ.รัชดาภิเษก แขวงจันทรเกษม จตุจักร กรุงเทพฯ10900 โทร: 02-51103033, 02-3110306
27	กรุงเทพมหานคร	เทรนแคร์เซนเตอร์	24/424 หมู่บ้านอยู่เจริญ ซ.6 ถวิภาวดีรังสิต แขวงสีกัน เขตดอนเมือง กรุงเทพฯ10210 โทร: 02-998120; มือถือ: 09-9505512
28	กรุงเทพมหานคร	เฟร์สเพลย เนอสซอร์รี่	107/3 ซอยมั่นสิน 4 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร: 02-2158183
29	กรุงเทพมหานคร	เอจ แคร์ เซนเตอร์	34/72 หมู่ 4 ซอยเฉลิมพระเกียรติฯ 32 ถนนเฉลิมพระเกียรติ ร.9 แขวงหนองบอน เขตประเวศ กรุงเทพฯ 10250 มือถือ: 086-0795599, 084-1163388
30	กรุงเทพมหานคร	แคร์ เนอสซิ่งโฮม	45/123 ซ.ลาดพร้าว 53 โชคชัย 4 ซอย 20 ม.เรือนทอง แยก 4 เขตลาดพร้าว กรุงเทพฯ 10320 โทร: 081-3303563

ลำดับที่	จังหวัด	ชื่อสถานบริการ	ที่อยู่ – โทรศัพท์
31	กรุงเทพมหานคร	โกลเด้นแคร์เนอร์สซิ่งโฮม สาขาห้วยขวาง	777/5 ซอยประชาราษฎร์บำเพ็ญ 29 ถนนประชาราษฎร์บำเพ็ญ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร: 02-691-2978
32	กรุงเทพมหานคร	ไนซ์ คิดเนอร์สเซอรี แอนด์ เนอร์สซิ่งโฮม	48/473 หมู่บ้านวังทองวิลเลจ 2 ถนนสุขาภิบาล 2 แขวงคลองกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10240 โทร: 0-2732-4652
33	กรุงเทพมหานคร	กานต์ทิตา Nursing home	205/19 ม.6 ซ.ชัยเกียรติ 1 ถ.งามวงศ์วาน แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210 โทร: 0-2954-1973, 081-6544-1973
34	กรุงเทพมหานคร	ณัฏฐชานันท์ เนอร์ซิ่งโฮม	29/52 ม.15 เพชรเกษม 48 บ้านจันทร์เจริญ แขวงบางด้วน เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ โทร: 02-869-6799; มือถือ: 086-529-4096, 081-199-6542 Web-site: http://www.nurseryncn.com/index.html
35	กรุงเทพมหานคร	ดวงใจ เนอสซิ่งโฮม	99/148 ซ.มามีนคอนโดทาวน์ ถ.สีหบุรานุกิจ แขวงมีนบุรี เขตมีนบุรี กรุงเทพฯ 10510 โทร: 0-2918-9402-3; แฟกซ์: 0-2918-9402-3
36	กรุงเทพมหานคร	ทรี พี เซ็นทรัล เนอร์สซิ่งโฮม	611/7 ถ.พหลโยธิน ซ. พหลโยธิน 62 แขวงสายไหม (ใกล้ร้านอาหารจิตรโภชนา) กรุงเทพฯ โทร: 02-993-7564; แฟกซ์: 02-993-7982
37	กรุงเทพมหานคร	ธวริน เนริสซิ่งโฮม	หมู่บ้านสหกรณ์ ถนนเสรีไทย เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ โทร: 028660804; มือถือ: 0814466822
38	กรุงเทพมหานคร	นิรชาเนอร์สแอนด์แคร์	60/291 ถนนรามอินทรา40 แยก33 คลองกุ่ม บึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10230 โทร: 0-2942-9965ว มือถือ: 08-9529-2123
39	กรุงเทพมหานคร	บริษัทบ้าน สิริบริการ จำกัด (บริษัทสิริ-รังสฤษฎ์)	1546 ถ.พัฒนาการ แขวงสวนหลวง เขตประเวศ กรุงเทพฯ 10250 โทร: 02-3227723-7, 02-7226602-10
40	กรุงเทพมหานคร	บางกอกโปรแคร์	17/74-75 ถ.ลาดพร้าว ซ.41 เขตลาดพร้าว กรุงเทพฯ 10230 โทร: 02-9316166
41	กรุงเทพมหานคร	บ้านเพิ่มสุข	106/87 นวมินทร์ 70 หมู่บ้านปัฐวิกรณ์ แยก 6 หรือแยก 8 แขวงคลองกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10230 โทร: 02-9477449

ลำดับที่	จังหวัด	ชื่อสถานบริการ	ที่อยู่ – โทรศัพท์
42	กรุงเทพมหานคร	บ้านสมปราถนา	51 ซอย 44 ถนนรามคำแหง แขวงหัวหมาก เขต บางกะปิ กรุงเทพฯ 10240 โทร: 02-377 6198, 02 -377 9483
43	กรุงเทพมหานคร	บ้านหมอสม	347 ซ.รามอินทรา 61 ถ.รามอินทรา แขวงท่าแว้ง เขตบางเขต กรุงเทพฯ โทร: 02-509-5558
44	กรุงเทพมหานคร	ประทีปเนอร์ซิ่งโฮม	91/927 ม.เคหะธานี 2 ซ.A4 ถนนรามอินทรา 44 แขวงคลองกุ่ม กรุงเทพฯ 10230 โทร: 02-510-6202, 02-966-4920 กด 9 มือถือ: 081-565-1128 แฟกซ์: 02-510-6202; E-mail: pratheepnurse@hotmail.com
45	กรุงเทพมหานคร	ป๊อป เนอสซิ่งโฮม	351/67 พระรามเก้า ซ.11 บางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร: 02-719-6038-40
46	กรุงเทพมหานคร	ภัสรภิบาล เนอสซิ่งโฮม จำกัด	185 ซอยลาดพร้าว 71 (แยกจักรกริช 4) ถนนลาดพร้าว แขวงวังทองหลาง เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310 มือถือ: 081-9261100 โทร: 02-538-7458, 02-538-7468,
47	กรุงเทพมหานคร	วี แคร์ เนอสซิ่งโฮม	4/3 สุขุมวิท 105 ซอยลาซาล 22 แขวงบางนา เขตบางนา กรุงเทพฯ 10260 โทร: 081-6334791
48	กรุงเทพมหานคร	ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการทางสมอง สถานพักฟื้น ธนบุรี-สมุทรสาคร	45/172 ม.1 ถ.เพชรเกษม ซ.81 แขวงหนองค้างพลู เขตหนองแขม กรุงเทพฯ 10160 โทร: 0-2812-3723
49	กรุงเทพมหานคร	ศูนย์พยาบาล พหลโยธิน เนอสซิ่งโฮม	10/15 ม.ฝนทองนิเวศน์ ซ.1 ตรงข้ามพหลโยธิน 59 ใกล้โลตัส (สะพานใหม่) กรุงเทพฯ 10900 โทร: 0-2552-2060; มือถือ: 085-916-4005
50	กรุงเทพมหานคร	ศูนย์มุฑิตา เนอสซิ่งโฮม ศูนย์ 2	หมู่บ้านผาสุข พุทธมณฑลสาย 2 บางแคเหนือ เขตบางแค กรุงเทพฯ 10160 โทร: 02-885-8938
51	กรุงเทพมหานคร	สถานพยาบาลโชคชัย 4 เนอสซิ่งโฮม	วังทองหลาง เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10310
52	กรุงเทพมหานคร	สถานพยาบาลศุขเวชเนอสซิ่งโฮม (ราม21)	20 ซอยเจริญรัก ถนนเจริญรัก แขวงวังทองหลาง เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10310

ลำดับที่	จังหวัด	ชื่อสถานบริการ	ที่อยู่ – โทรศัพท์
			โทร: 02-319 5865, 02-319 5870-71
53	กรุงเทพมหานคร	สายใยสัมพันธ์เนอสซิ่งโฮม	100/391 หมู่บ้านอินทรานิเวศน์ แยก 8 ถนนรามอินทรา67 ทางเข้าตลาด ก.ม.7แขวงคันนายาว เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10230 โทร: 02-9465998; มือถือ: 081-7833239
54	กรุงเทพมหานคร	สุพิกา เฮลท์ แคร์ เซนเตอร์	26 / 799 หมู่ที่ 6 พหลโยธิน 64 แขวงสายไหม เขตสายไหม กรุงเทพฯ 10220 โทร: 02-5313695
55	กรุงเทพมหานคร	สุริสา เนอร์สซิ่งโฮม	32 ตรอกมานะวิทยา ถ.กรุงธนบุรี แขวงคลองต้นไทร กรุงเทพฯ 10600 โทร: 024401852
56	กรุงเทพมหานคร	หจก. ศูนย์สยาม เนอสซิ่งแคร์	91/1401 หมู่11 หมู่บ้านเคหะธานี 2 ซอยซี 1 ถ.รามอินทรา 44 คลองกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10230 โทร: 02-949 7990, 02-374 7793
57	กรุงเทพมหานคร	หจก.สยามเนอร์สซิ่งแคร์	108 ซ.พหลโยธิน 11 (สีฟ้า) ถ.พหลโยธิน สามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400 โทร: 02-2713707; มือถือ: 081-6578667
58	กรุงเทพมหานคร	ห้างหุ้นส่วนจำกัด จูเนียร์ เนอสซิ่งโฮม	56/64 ถ.เพชรเกษม 63/2 แขวงหลักสอง เขตบางแค กรุงเทพฯ โทร: 02-8093362, 02-8094471
59	กรุงเทพมหานคร	ออชาร์ด เนอร์สซิ่งโฮม	ถนนราชพฤกษ์ ซอย 11 (ใกล้แยกจรัล 13,35) กรุงเทพฯ โทร: 02-865-8355 02-865-8377; มือถือ: 085-890-0299
60	กรุงเทพมหานคร	อาร์ แอน ที เนอสซิ่งโฮม	82/182 หมู่บ้านสินธานี 2 ซอยรามอินทรา 119 ถนนรามอินทรา แขวงมีนบุรี เขตมีนบุรี กรุงเทพฯ 10510 โทร: 0-2918-6631; มือถือ: 086-009-0075
ภาคใต้			
-		**ไม่มี**	

ตารางที่ 8 แสดงข้อมูลชื่อที่อยู่ของสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 3 แห่ง

ลำดับที่	จังหวัด	ชื่อสถานบริการ	ที่อยู่ – โทรศัพท์
ภาคเหนือ			
-		ไม่มี	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			
1	สกลนคร	วัดคำประมง (ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีผู้สูงอายุด้วย แต่ไม่มีเจ้าหน้าที่ มีแพทย์มาเยี่ยมเป็นบางครั้ง)	20 ม.4 ต.สว่าง อ.พรรณนิคม จ.สกลนคร โทร: 042-779276, 08-1601-6960, 08-1111-7107
ภาคกลาง			
2	ปทุมธานี	หอผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ ธัญบุรี	139 กิโลเมตรที่ 25 ระหว่างคลอง 10-11 ถนนรังสิต-นครนายก ต.บึงสนั่น อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี โทร: 02-5461960-6
กรุงเทพมหานคร			
3	กรุงเทพฯ	หอผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลสงฆ์	ถ.ศรีอยุธยา เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10300
ภาคใต้			
-		**ไม่มี**	

ตารางที่ 9 จำนวนสถานบริการผู้สูงอายุระยะยาว แยกตามประเภทและผู้ให้บริการ

ลำดับที่	จังหวัด	บ้านพักคนชรา			สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต		สถานบริบาล		สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล		สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	
		เอกชน	มูลนิธิ	รัฐ	เอกชน	รัฐ	เอกชน	รัฐ	เอกชน	รัฐ	เอกชน/วัด	รัฐ
1	กาฬสินธุ์											
2	ขอนแก่น		2									
3	ชัยภูมิ											
4	นครพนม			1 *								
5	นครราชสีมา			2**					2	1		
6	บุรีรัมย์			1*								
7	มหาสารคาม			1**								
8	มุกดาหาร											
9	ยโสธร											
10	ร้อยเอ็ด											
11	เลย											
12	ศรีสะเกษ											
13	สกลนคร										1	
14	สุรินทร์											
15	หนองคาย											
16	หนองบัวลำภู											
17	อุดรธานี			1								
18	อุบลราชธานี			1								
19	อำนาจเจริญ											

หมายเหตุ

* สังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและมนุษย์

** สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตารางที่ 10 รายละเอียดของสถานบริการผู้สูงอายุระยะยาว

ลำดับที่	ชื่อสถานบริบาล	ที่อยู่ – โทรศัพท์	จำนวนผู้สูงอายุ	ผู้ดูแล
1.	บ้านพักคนชรานักบุญโยเซฟ	47 อ. เมืองขอนแก่น 40000 โทร: 0-4324-4130	14	แม่บ้าน
2	บ้านสิเมโอน ศูนย์มารานาธา (บ้านพักคนชรา)	217 หมู่ที่ 2 ต.โนนสมบูรณ์ กิ่ง อ. บ้านแฮด จ.ขอนแก่น โทร: 0-4326-7243	2	แม่บ้าน
3	สถานสงเคราะห์คนชรา ท่าอุเทน	583 ถนนโพธิ์กลาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จ.นครราชสีมา โทร: 0-4251-1022	35	บุคลากรตำแหน่งพยาบาล (แต่ไม่ใช่พยาบาล) พี่เลี้ยง นักสังคมสงเคราะห์
4	สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง	583 ถ.สุรนารี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000	107	พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พี่เลี้ยงยังไม่ยืนยัน
5	สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์วัดม่วง	38 ถ.สุรนารี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000	96	พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พี่เลี้ยง
6	สถาน (หอ) บริบาลในโรงพยาบาลเซนต์แมรี่ (คล้าย หอผู้ป่วยอายุรกรรม แต่ไม่มีเครื่องมือการดูแล ดูแล ADL/ฟื้นฟู)	307 ถนนมิตรภาพ-หนองคาย อำเภอเมือง นครราชสีมา 30000 โทร: 0-4426-1261	16	พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือดูแล
7	สถาน (หอ) บริบาลในโรงพยาบาลโคราชเมมโมเรียล (คล้าย หอผู้ป่วยอายุรกรรม แต่ไม่มีเครื่องมือการดูแล ดูแล ADL/ฟื้นฟู)	398 ถ.สุรนารี อ.เมือง จ.นครราชสีมา โทร: 0-4426-3777	17	พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือดูแล
8	โรงพยาบาลขามสะแกแสง	หมู่ 13 ต.ขามสะแกแสง อ.ขามสะแกแสง จ.นครราชสีมา 30290		
9	สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย วัดคำประมง (ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีผู้สูงอายุด้วย แต่ไม่มีเจ้าหน้าที่ มีแพทย์เยี่ยมเป็นบางครั้ง)	20 ม.4 ต.สว่าง อ.พรรณานิคม จ.สกลนคร โทร: 0-4277-9276	5	จำนวนไม่แน่นอน (ครอบครัวดูแลเองให้แต่การใช้ทางเลือก/จิตใจ)
9	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบุรีรัมย์	ม.3 ถ.บุรีรัมย์-พุทไธสง หมู่ 3 ต.ชุมเห็ด อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ 31000 โทร: 0-4461-7595	108	บุคลากรตำแหน่งพยาบาล (แต่ไม่ใช่พยาบาล) พี่เลี้ยง นักสังคมสงเคราะห์

ลำดับที่	ชื่อสถานบริบาล	ที่อยู่ – โทรศัพท์	จำนวนผู้สูงอายุ	ผู้ดูแล
10	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม	279 ม.8 ต.แวงน่าง อ.เมือง จ.มหาสารคาม 44000 โทร: 0-4372-1524	70	บุคลากรตำแหน่ง พยาบาล พี่เลี้ยง นักสังคมสงเคราะห์
11	บ้านพักคนชราวินเซนต์เดอปอล	135/1 หมู่ 5 บ้านดงอุดม ถนนรอบเมือง อ.เมือง อุดรธานี 41000 โทร: 0-4223-0178	25	ประธานบ้านพัก แม่บ้าน
12	บ้านสิเมโอน ศูนย์มารานาธา	40 หมู่ที่ 9 ต.ไร่น้อย อ.เมือง จ.อุบลราชธานี โทร: 08-9416-1686	2	ประธานบ้านพัก

ตารางที่ 11 ชื่อ-ที่อยู่ของบ้านพักคนชรา 19 แห่ง ภาคกลาง

ลำดับที่	ชื่อ-ที่อยู่ เบอร์โทร	อื่น ๆ	จำนวนเตียง	ค่าใช้จ่าย/เดือน	บุคลากร							จดทะเบียน
					แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยดูแล	PT	OT	นักสังคมสงเคราะห์	
1	คามิลเลียน โซเชียล เซนเตอร์ จันทบุรี 137 หมู่ 4 ต.จันทนิมิต อ.เมือง จ.จันทบุรี 22000 โทร: 039-344011-3 แฟกซ์: 039-343350			เริ่มต้นที่ 9,000 บาท	-	-	/	/	-	-	-	แรงงาน
2	คามิลเลียน โซเชียล เซนเตอร์ นครปฐม 36 หมู่ 6 ต.ท่าข้าม อ.สามพราน จ.นครปฐม 73110 โทร: 02-8125140 แฟกซ์: 02-8125144			เริ่มต้นที่ 9,000 บาท	-	-	/	/	-	-	-	แรงงาน
3	มูลนิธิซิสเตอร์คามิลเลียนอนุสรณ์ : 4/11 ม.12 ต.สวนกล้วย อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี 70110 โทร: 032-221816 แฟกซ์: 032-341-393											
4	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี 82 หมู่ที่ 1 ถ.พระปิยะ ต.ป่าตาล อ.เมือง จ.ลพบุรี 15000 โทร: 036-413-706, 036-413-706					/	-	/	-	-	/	พม.
5	มูลนิธิสงเคราะห์คนชราเกาะสีชัง 114 หมู่ 6 ต.ท่าเทววงษ์ อ.เกาะสีชัง จ. ชลบุรี รหัสไปรษณีย์ 22170 โทร: 038-216-173 แฟกซ์: 038-216-052											
6	สถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ ในพระสังฆราชูปถัมภ์ จ.พระนครศรีอยุธยา				-	/	-	/	-	-		พม.

ลำดับที่	ชื่อ-ที่อยู่ เบอร์โทร	อื่น ๆ	จำนวนเตียง	ค่าใช้จ่าย/เดือน	บุคลากร							จดทะเบียน
					แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยดูแล	PT	OT	นักสังคมสงเคราะห์	
	200/1 หมู่ที่ 2 ระหว่างกม.77-78 ถ.บางปะอิน-นครสวรรค์ ต.บ่อโพง อ.นครหลวง จ.พระนครศรีอยุธยา 13260 โทร: 035-359-277, 035-360-377											
7	ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุบางละมุง จังหวัดชลบุรี 40 ม.4 ถ.สุขุมวิท ต.บางละมุง อ.บางละมุง จ.ชลบุรี 20150 โทร: 038-240220, 038-241121, 038-241759, 038-241121				-	/	-	/	-	-		พม.
8	สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิม-ราชกุมารี (หลวงพ่อเปิ่นอุปถัมภ์) 25 หมู่ที่ 3 ถ.นครชัยศรี-ห้วยพลู ต.วัดสำโรง อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม 73120 โทร: 034-338-412, 034-338-412				-	/	/	/	/	-	-	พม.
9	สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราช-กุมารี (หลวงพ่อลำใยอุปถัมภ์) หมู่ที่ 4 บ้านท่าหวี ต.ลาดหญ้า อ.เมือง จ.กาญจนบุรี 71190 โทร: (034)515-678				-	/	-	/	-	-		พม.
10	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี 54/5 หมู่ที่ 10 ต.ทุ่งเบญจา อ.ท่าใหม่ จ.จันทบุรี 22170 โทร: (039)437-269, (039)437-269					/	-	/	-	-		พม.

ลำดับที่	ชื่อ-ที่อยู่ เบอร์โทร	อื่น ๆ	จำนวนเตียง	ค่าใช้จ่าย/เดือน	บุคลากร							จดทะเบียน
					แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยดูแล	PT	OT	นักสังคมสงเคราะห์	
11	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม 1/1 หมู่ที่ 5 ต.สนามจันทร์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000 โทร: (034)255-102, (034)219-026					/	-	/	-	-		พม.
12	บ้านเบธานี 4/12 ม.4 ต.สวนกล้วย อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี 70110 โทร: 032-211621 , 032-221816	ไม่สะดวกให้ข้อมูล										องค์กรศาสนา
13	สถานสงเคราะห์คนชราถ้ำประทุน หรือ เชงจุยยี่ 96/1 หมู่ 9 ต.ขุนโขลน อ.พระพุทธบาท จ.สระบุรี โทร: 036-266301											องค์กรการกุศล
14	สถานดูแลผู้สูงอายุ ดอนลาน จ.พระนครศรีอยุธยา โทร:											อปท.
15	มูลนิธิยอแซฟสงเคราะห์คนชรา จ.นครนายก 129 ม.8 ต.ศรีกะอาง อ.บ้านนา จ.นครนายก 26110 โทร: 037-381785-6											
16	มูลนิธิมิตรภาพสงเคราะห์ (บ้านพักคนชราหญิง) 35/26 ถ.ติวานนท์ กม.23 ต.บ้านใหม่ อ.เมือง จ.ปทุมธานี 12000 โทร: 501-2372 ที่ทำการโทร: 214-2820 ซอยวัดตวงแข		102	-	1 คน/สัปดาห์	-	-	13	-	-	-	ไม่จดทะเบียน
17	สว่างคนิเวศ อาคารที่พักสำหรับผู้สูงอายุของสภากาชาดไทย อาคารสว่างคนิเวศ 888 ม.2		166	1)บริจาค 400,000	-	4	-	-	2	-	-	สภากาชาด

ลำดับที่	ชื่อ-ที่อยู่ เบอร์โทร	อื่น ๆ	จำนวนเตียง	ค่าใช้จ่าย/เดือน	บุคลากร							จดทะเบียน
					แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยดูแล	PT	OT	นักสังคมสงเคราะห์	
	ในบริเวณสถานพักฟื้นสว่างคนิวาศสภากาชาติไทย ถ.สุขุมวิท ต.ท้ายบ้าน อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10280 โทร: 02-7039639-46			จ่าย2,000 บ/ด. 2)บริจาค 700,000 จ่าย 1,000 บ. /ด.								
18	มูลนิธิวัยวัฒนานิวาส 999 ซอยวัดราษฎร์ ต.ท้ายบ้าน อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270 โทร: 02-3872740-2 แฟกซ์: 02-7035206		37	-	-	-	-					ไม่ขึ้นทะเบียน
19	มูลนิธิเนกขัมม์ 1239 ถ.ริมทางรถไฟสายใต้ ต.โพธาราม อ.โพธาราม จ.ราชบุรี 70120 โทร: 032-231519											

ตาราง12 ชื่อ-ที่อยู่ของสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต 3 แห่ง ภาคกลาง

ลำดับที่	ชื่อ-ที่อยู่ เบอร์โทร	อื่น ๆ	จำนวนเตียง	ค่าใช้จ่าย/เดือน	บุคลากร							จดทะเบียน
					แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยดูแล	PT	OT	นักสังคมสงเคราะห์	
1	ไทยร่มเย็น เนอร์สซิ่งโฮม 9/6 ม. 7 ต.หนองปลาไหล อ.บางละมุง จ.ชลบุรี โทร: 089-4891360			เริ่มต้นที่ 20,000 บาท	-	/	-	/	-	-	-	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
2	ศูนย์ธรรมชาติบำบัด สไมล์ เฮลธ์ 2/946 หมู่ที่ 1 หมู่บ้านศุภาลัยบุรี ถนนรังสิต-นครนายก ตำบลคลองสี่ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120 โทร: 02-9049808	(ปิดปรับปรุง)			/	/	-	/	-	-	-	
3	บางไทร ฮอสปิเฮ้าส์ 1 หมู่ที่ 4 ตำบลช่างเหล็ก อ.บางไทร จ.พระนครศรีอยุธยาโทร:.....											

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลชื่อที่อยู่ของสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล 2 แห่ง ภาคกลาง

ลำดับที่	ชื่อ-ที่อยู่ เบอร์โทร	อื่น ๆ	จำนวนเตียง	ค่าใช้จ่าย/เดือน	บุคลากร							จดทะเบียน
					แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยดูแล	PT	OT	นักสังคมสงเคราะห์	

1	โรงพยาบาล เซ็นทรัล ปาร์ค 4/42 หมู่ 1 ถ.บางนา-ตราด กม.16 ต.บางโฉลง อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540 โทร: 02-312-7216-9, 02-750-9731			ตาม สภาพ	/	/	/	/	/	/	-	กองประกอบโรคศิลปะ
2	บ้านอายุวัฒนะ โรงพยาบาลวิภาวดี-ปิยราษฎร์ 1618/1 ต.อู่ทอง อ.อู่ทอง จ.สุพรรณบุรี 72160 โทร: 035-552724, 035-564555		10	35,000	1	1	2	-	1	-	-	

ตารางที่ 14 ชื่อ-ที่อยู่ของสถานบริบาล 17 แห่ง ภาคกลาง

ลำดับที่	ชื่อ-ที่อยู่ เบอร์โทร	อื่น ๆ	จำนวนเตียง	ค่าใช้จ่าย/ เดือน	บุคลากร							จดทะเบียน
					แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยดูแล	PT	OT	นักสังคมสงเคราะห์	
1	MC Nursing home 19/72 ซอยจุฬาเกษม งามวงศ์วาน เมือง นนทบุรี 11000 โทร: 02-951-9638 มือถือ: 081-8996575 (รัชนิดา)		13 เตียง	เริ่มต้น 23,000	/	/	/	/	-	-	-	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
2	โกลเด้นแคร์เนอร์สซิ่งโฮม 25/303 ซ.12ก หมู่บ้านสี่ไชยทอง3 ถนนแจ้งวัฒนะ 24 ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120จังหวัด: นนทบุรี โทร: 02-584-3705			เริ่มต้น 16,000	-	/	/	/	-	-	-	พาณิชย์

ลำดับที่	ชื่อ-ที่อยู่ เบอร์โทร	อื่น ๆ	จำนวนเตียง	ค่าใช้จ่าย/เดือน	บุคลากร							จดทะเบียน
					แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยดูแล	PT	OT	นักสังคมสงเคราะห์	
3	โกลเด้นไลฟ์เนอร์สซิ่งโฮม 25/303 ซ. 12 ก หมู่บ้าน 4 ไชยทอง 3 ปากเกร็ด แจ้งวัฒนะ ต. บางตลาด นนทบุรี 11120 โทร: 02-584-3705, 02-583-7709			เริ่มต้น 16,000	/	/	/	/	-	-	-	พาณิชย์
4	ศูนย์มุฑิตา เนอสซิ่งโฮม 1 17 ซอยอุดรวิถี (ซอย 6) ตำบลพระปฐมเจดีย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม 73000 โทร: 034-252598		10 เตียง	เริ่มต้น 15,000	-	-	/	-	-	-	-	พาณิชย์
5	ดี พี การแพทย์ 72 ซ.วัดด่านสำโรง ศรีนครินทร์ ต.สำโรงเหนือ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270 โทร: 02-757-2026-8	ติดต่อไม่ได้										
6	เตือนใจ เนอสซิ่งโฮม 91/108 ม.1 หมู่บ้านกรุณาการ์เด้น หนองอ้อ อ. บ้านโป่ง จ. ราชบุรี 70110 โทร: 0-3222-1897			เริ่มต้น 15,000	-	/	-	/	-	-	-	พานิชย์
7	บ้านสุขใจ 300/79 หมู่บ้านบุศรินทร์ ตำบลบางรักพัฒนา อำเภอบางบัวทอง จ.นนทบุรี 11110											

ลำดับที่	ชื่อ-ที่อยู่ เบอร์โทร	อื่น ๆ	จำนวนเตียง	ค่าใช้จ่าย/เดือน	บุคลากร							จดทะเบียน
					แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยดูแล	PT	OT	นักสังคมสงเคราะห์	
	โทร:. 02-920-8976 มือถือ: 089-2159621											
8	บ้านอภิบาล 90/2 ถนนบางกรวย-ไทรน้อย ต.บางกรวย อ.บางกรวย จ.นนทบุรี 11130 โทร:. 02-880-6669 แฟกซ์: 02-879-3717			10,000 ตามสภาพ								
9	หจก.ศิวนาถเนิร์ซซิ่งโฮม ที่อยู่: 80/605ม.5 หมู่บ้านทิพวัล1 ซ.ทิพวัล 51 ถ.เทพารักษ์ ต.บางเมืองใหม่ อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270				-	-	-	/	-	-	-	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
10	ศูนย์พยาบาลพิเศษกรุงเทพ 2/659 ม.ศุภาลัยบุรี ต.คลองสี่ อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12120 โทร: 0-2904-9522 มือถือ: 081-7020739			เริ่มต้น 15,000	-	-	-	/	-	-	-	พาณิชย์
11	ธนภัทรเนอสซิ่งโฮม 17/60 หมู่ 1 ต.ป่าตาล อ.เมือง จ.ลพบุรี 10160 โทร: 036-421441			เริ่มต้น 12,000		/	/	/	-	-	-	ยังไม่จดทะเบียน
12	บ้านพักรับรอง กาญจนบุรี เนอร์สซิ่งแคร์ 99/14 ต.ท่าล้อ อ.ท่าม่วง จ.กาญจนบุรี 71000 โทร: 087- 4033313		15 เตียง	เริ่มต้น 8,000	-	/	-	/	-	-	-	ยังไม่จดทะเบียน
13	โสธรชัย เนอสซิ่งโฮม											ไม่สะดวกให้

ลำดับที่	ชื่อ-ที่อยู่ เบอร์โทร	อื่น ๆ	จำนวนเตียง	ค่าใช้จ่าย/เดือน	บุคลากร							จดทะเบียน
					แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยดูแล	PT	OT	นักสังคมสงเคราะห์	
	658/51 หมู่ 2 ต.ท่าม่วง อ.ท่าม่วง จ.กาญจนบุรี โทร: 034-626-4161 มือถือ: 086-377-5997											ข้อมูล
14	ศูนย์เอ็นดีเนอร์สซิ่งโฮม 91/186 ซอยพิชยนันท์ 7 ถนนติวานนท์ ซอย 3 แขวงตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบรี 11000 โทร: 02-968-9503, 084-970-4390, 085-063-4429		10	15,000	-	1	**2**	**-**	**-**	**-**	**-**	ห้างหุ้นส่วน
15	บ้านวิลล่าแอนนา 42/140 ซอยเสถียร ถนนเพชรเกษม ต.ไร่ขิง อ.สามพราน จ.นครปฐม 73110 โทร: 02-4290804	ไม่สะดวกให้ข้อมูล										ไม่สะดวกให้ข้อมูล
16	ศาลายาเนอร์สซิ่งโฮม ถนนปิ่นเกล้า-นครชัยศรี ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170 โทร: 889-2601-7	ไม่สะดวกให้ข้อมูล										ไม่สะดวกให้ข้อมูล
17	ศูนย์จันทน์นุเคราะห์เนอสซิ่งโฮม 2788 ม.3 ซ.วัดด่าน ต.สำโรงเหนือ จ.สมุทรปราการ โทร: 02-394-2786, 02-394-2836	ไม่สะดวกให้ข้อมูล										ไม่สะดวกให้ข้อมูล

ตารางที่ 15 ชื่อ - ที่อยู่ของสถานดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย 1 แห่ง

ลำดับที่	ชื่อ-ที่อยู่ เบอร์โทร	อื่น ๆ	จำนวนเตียง	ค่าใช้จ่าย/เดือน	บุคลากร							จดทะเบียน
					แพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	ผู้ช่วยดูแล	PT	OT	นักสังคมสงเคราะห์	
1	ศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ ธัญบุรี 139 กิโลเมตร ที่ 25 ระหว่างคลอง 10-11 ถนนรังสิต-นครนายก ต.บึงสนั่น อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี				/	/	/	-	/	/	/	กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 16 ชื่อ-ที่อยู่สถานสงเคราะห์คนชรา จำนวนผู้พักอาศัยและจำนวนเจ้าหน้าที่ของภาครัฐ ภาคใต้

ลำดับที่	ชื่อสถานบริการ	ที่อยู่ – โทรศัพท์	จำนวนผู้สูงอายุ	เจ้าหน้าที่
1	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอู่ทองพนังตัก	44/1 หมู่ที่ 4 ต. นาชะอัง อ.เมือง จ.ชุมพร โทร. 077-503464	75 คน	32 คน
2	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง	113 ต. ปาแจ่ม อ.ห้วยยอด จ.ตรัง 92190 โทร. 075-203005	84 คน	26 คน
3	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านทักษิณ	62 ถ. สุขยางค์ ต.สะเตง อ.เมือง จ. ยะลา 95000 โทร. 073-223219	78 คน	40 คน
4	สถานสงเคราะห์คนชราบ้านภูเก็ต	132 หมู่ 2 ต. ปากคลอก อ.ถลาง จ.ภูเก็ต 83110 โทร. 076-529699	84 คน	26 คน

ตารางที่ 17 ชื่อ-ที่อยู่สถานสงเคราะห์คนชรา จำนวนผู้พักอาศัยและจำนวนเจ้าหน้าที่ขององค์การการกุศล ภาคใต้

ลำดับที่	ชื่อสถานบริการ	ที่อยู่ – โทรศัพท์	จำนวนผู้สูงอายุ	เจ้าหน้าที่
1	มูลนิธิจงฮั่งสงเคราะห์คนชราอนาถา	184 ถ.นิพัทธ์อุทิศ อ.หาดใหญ่ จ. สงขลา 80110 โทร. 074-243364, 074-243555	52 คน	3 คน

ภาคผนวก 5 สำเนาใบอนุมัติจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

---

COA No. 083/2551

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 076/51 : การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

ผู้วิจัยหลัก : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1

เลขที่โครงการวิจัย 076/51
วันที่รับรอง - 3 ก.ย. 2551
วันหมดอายุ - 2 ก.ย. 2552

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 3 กันยายน 2551 **วันหมดอายุ** : 2 กันยายน 2552

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

1) โครงการวิจัย
2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3) ผู้วิจัย
4) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เงื่อนไข

1. หากใบรับรองหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน
2. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
3. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย, ใบยินยอม, และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราของคณะกรรมการฯ เท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้ เอกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการฯ
4. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง (SAE) ต้องรายงานคณะกรรมการฯ ภายใน 5 วันทำการ
5. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการฯ พิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
6. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น
7. โครงการวิจัยเกิน 1 ปี ส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัยทุกปีก่อนใบรับรองหมดอายุ เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ให้ดำเนินการเช่นเดียวกับข้อ 6