

การศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ*

นิศยา โขคทวีพานิช** ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทำงานในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารการพยาบาล 4 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาล 5 คน อาจารย์พยาบาล 4 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 4 คน และผู้มีประสบการณ์การจัดการภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน 3 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างชนิดปลายเปิด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ชุดที่ 2 ความคิดเห็นที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ สร้างเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และชุดที่ 3 คำตอบที่ได้ในรอบที่ 2 มาคำนวณทางสถิติ และส่งกลับให้ผู้เชี่ยวชาญได้ตอบยืนยันความคิดเห็น ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 3 รอบ จำนวน 161 วัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติค่ามัธยฐาน (Median: Md) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile Range: IR) ผลการวิจัยพบว่า การศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การจัดการพยาบาล 4 ระยะ 13 ด้าน จำนวน 47 ข้อรายการ ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด 38 ข้อรายการ และระดับมาก 9 ข้อรายการ การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ จึงสามารถแบ่งได้ดังนี้

1. ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวน 13 ข้อรายการ
2. ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวน 11 ข้อรายการ
3. ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ ประกอบด้วย 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อรายการ
4. ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วย 2 ด้าน จำนวน 8 ข้อรายการ

คำสำคัญ : การจัดการพยาบาล ภัยพิบัติ ผู้สูงอายุ

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วนจาก บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล

*** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

A Study of Disaster Nursing Management for the Elderly

Nittaya Choketaweepanich

Suvinee Wivatvanit, Ph.D.

Abstract

The purpose of this research was to study disaster nursing management for the elderly. A Delphi technique was applied. Twenty experts including 4 nursing administrators, 5 staff nurses, 4 nurse instructors, 4 medical physicians and 3 stakeholders were get experienced in disaster nursing management. The instruments were developed by the researcher, including (1) a semi-structure interview with open ended questionnaire for asking the experts to describe the disaster nursing management for the elderly. (2) and (3) a questionnaire with 5-scale rating developed from the interview contents to ask a prior panel of experts for confirming the previous opinion. The data was collected 3 times within 161 days. The content analysis was used. The statistics were median (Md) and inter-quartile range (IR).

The results revealed that the study disaster nursing management for the elderly were classified into 4 phase 47 items. The experts absolutely accorded that 38 items were evaluated as the most essential and the other 9 items essential. These 47 items can be classified into 13 domains as follows:

1. Prevention and Mitigation Phase: included 3 domains, composed of 13 items
2. Preparedness Phase: included 3 domains, composed of 11 items
3. Response Phase: included 5 domains, composed of 15 items
4. Recovery Phase: included 2 domains, composed of 8 items

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาวิจัย

ปัจจุบันภัยพิบัติเกิดบ่อยขึ้นทั่วโลก โดยเกิดแทบทุกสัปดาห์ (Bistaraki, Waddington, & Galanis, 2011) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทวีปเอเชีย จากสถิติ 10 ปีที่ผ่านมา ทวีปเอเชียเกิดภัยพิบัติธรรมชาติเฉลี่ย 160 ครั้งต่อปี (ESCAP & UNISDR, 2012) ส่งผลให้มีจำนวนผู้บาดเจ็บ เสียชีวิต หรือได้รับผลกระทบเป็นจำนวนมาก สำหรับประเทศไทยมีภัยพิบัติเกิดเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน สถิติ พ.ศ. 2549-2552 มีภัยจากสารเคมีและวัตถุอันตรายเกิดขึ้น 32, 36, 28 และ 75 ครั้งตามลำดับ มีอุทกภัยเกิดขึ้น 6, 13, 6 และ 5 ครั้งตามลำดับ (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2553) โดยเฉลี่ย พ.ศ. 2532-2552 เกิดอุทกภัย 60 จังหวัดในแต่ละปี และเพิ่มถึง 74 จังหวัดใน พ.ศ. 2553 เหตุการณ์ที่ส่งผลเสียหายต่อเศรษฐกิจมากที่สุดคือน้ำท่วมใหญ่ในปี 2554 คิดเป็นมูลค่ากว่า พันล้านเหรียญสหรัฐ (EM-DAT, 2009) ส่งผลกระทบต่อประชาชนทุกเพศวัยรวมทั้งผู้สูงอายุ ซึ่งในขณะเดียวกันทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นจำนวนมากที่เรียกว่า เป็นสังคมสูงอายุ โดยมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือเมื่อเกิดภัยพิบัติ ได้แก่ ปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ การเจ็บป่วย การใช้ยา อีกทั้งข้อจำกัดทางสังคม เศรษฐกิจ และการปรับตัว ทำให้ไม่สามารถเตรียมป้องกันภัยพิบัติได้เพียงพอ (Fernandez, Byard, Lin, Benson, & Barbera, 2002) ส่วนใหญ่ไม่รู้วิธีเตรียมตัวรับภัยพิบัติ ทำให้ได้รับบาดเจ็บมากกว่ากลุ่มอายุอื่น (Rosenkoetter, Covan, Cobb, Bunting, & Weinrich, 2007) รวมถึงการเข้าถึงการช่วยเหลือและถูกเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลรักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ที่พักไม่เหมาะสม (Hutton, 2008) ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคเมื่อประกอบกับการเปลี่ยนแปลงในวัยชรา ทำให้การดูแลเมื่อประสบภัยพิบัติต้องการการวางแผน เตรียมพร้อมป้องกันร่วมกับการจัดบริการจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ (Aldrich & Benson, 2008) ควรที่ผู้สูงอายุได้รับการพิทักษ์สิทธิ ระบุความต้องการของผู้สูงอายุ และตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ให้สามารถเข้าถึง การบริการที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน โดยคำนึงถึงจิตใจ สังคม และความต้องการของครอบครัว ผู้สูงอายุ (HelpAge International, 2000) ควรมีการเตรียมความพร้อมที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การออกแบบที่พัก การเคลื่อนย้าย การจัดการความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการละเมิดต่อ ผู้สูงอายุ การฝึกอบรมพยาบาล การประเมินผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ ก่อนเกิดภัยพิบัติและ หลังเกิดภัยพิบัติ รวมถึงพยาบาลควรเป็นผู้นำการพัฒนา นโยบายการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีโอกาส เกิดภัยพิบัติในระดับชุมชน (Cloyd & Dyer, 2010) ซึ่งในปัจจุบันการจัดการพยาบาลผู้สูงอายุ ในภาวะภัยพิบัติในประเทศไทยเป็นการจัดการแบบโดยรวม ยังมีข้อจำกัดที่ไม่ใช่การประเมินที่เฉพาะ กับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพต่อไป

International Council of Nurses: ICN (2009) แบ่งการช่วยเหลือภัยพิบัติเป็น 4 ระยะ คือ ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ และระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ โดย Dyer, Regev, Burnett, Festa, & Cloyd (2008) ได้ระบุว่า Baylor College of Medicine & Harris County Hospital District (2006) จัดการประเมินผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติเป็น 3 ด้าน คือปัญหาสุขภาพและการรับรู้ การใช้ยาและความต้องการการบริการทางสังคม และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัตินี้ เรียกชื่อว่า Seniors Without Family Triage: SWiFT โดยแบ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตามความต้องการความช่วยเหลือ ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลรู้ถึงวิธีการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่พยาบาลไม่รู้ถึงการจัดการการพยาบาลและบทบาทของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ย่อมส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพลดลง ซึ่ง สุวราภรณ์ โพธิ์ร่มเย็น (2555) ได้กล่าวไว้ว่า ของในถุงยังชีพไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ฝ้ายอนามัย บะหมี่สำเร็จรูปมีรสเค็ม ผักกาดดองแข็งผู้สูงอายุเคี้ยวลำบาก รวมทั้งสวมลายน้าทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการเวียนศีรษะ ดังนั้นจากเหตุผลดังที่ได้กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจการศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

ปัญหาการวิจัย

การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ใช้แนวคิดของ International Council of Nurses (2009) และใช้การประเมินผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ (SWiFT) ตามแนวคิดของ Baylor College of Medicine & Harris County Hospital District (2006) อ้างใน Dyer et al., (2008)

วิธีการดำเนินการวิจัย

ใช้เทคนิคเดลฟาย โดยการสอบถามความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การทำงานด้านภาวะภัยพิบัติในผู้สูงอายุ

ประชากรและการคัดเลือกตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยการพิจารณาจาก ประวัติ ผลงาน ความเชี่ยวชาญ การสอน การเขียนหนังสือ หรือมีประสบการณ์การทำงานด้าน ภาวะภัยพิบัติในผู้สูงอายุ โดยผ่านความเห็นชอบและแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รวมถึงการบอกต่อของผู้เชี่ยวชาญ

ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การทำงานในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ 20 คน ประกอบด้วย 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารการพยาบาล 4 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาล 5 คน อาจารย์พยาบาล 4 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 4 คน และผู้มีประสบการณ์การจัดการภาวะ ภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน 3 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทั้งหมด 3 ชุด ชุดที่ 1 ใช้ในการตอบ รอบที่ 1 เป็นแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างชนิดปลายเปิด ชุดที่ 2 ใช้ในการตอบ รอบที่ 2 ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้จากรอบที่ 1 มาสร้างเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และชุดที่ 3 ใช้ในการตอบรอบที่ 3 คำถามมีลักษณะเดียวกับรอบที่ 2 โดยมีการคำนวณค่าสถิติ และระบุผลที่ผู้เชี่ยวชาญตอบมาส่งกลับให้ผู้เชี่ยวชาญได้ยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบอีกครั้ง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยนัดวันสัมภาษณ์ ส่ง/นัดรับคืนด้วยตนเอง ส่งทางไปรษณีย์ และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ได้รับคืนมาทั้งสิ้นจำนวน 20 ชุด ทั้ง 3 รอบ คิดเป็น ร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ใช้สถิติคือค่ามัธยฐาน (Md) และค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์ (IR) ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 3 รอบ จำนวน 161 วัน

การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (Information sheet) ประกอบด้วย หัวข้อวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลที่คาดว่าจะได้รับ ชี้แจงผู้เข้า ร่วมวิจัยทราบว่ามีสิทธิปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ ตลอดเวลา ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะมีการวิเคราะห์และรายงานผลเป็นภาพรวม โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลจะถูกทำลายทิ้งโดยทันที ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัย ต้องมีความเต็มใจยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย เรื่องการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้

1. การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) ระยะ ป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ 2) ระยะการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ 3) ระยะตอบสนองต่อ

ภัยพิบัติ และ 4) ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ รวมการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งสิ้น 13 ด้าน จำนวน 47 ข้อรายการ มีคะแนนความสำคัญในระดับมากที่สุด 38 ข้อรายการ และระดับมาก 9 ข้อรายการ

2. การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด 3 ระยะ ได้แก่ ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ และระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ ส่วนระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ มีความสำคัญอยู่ในระดับมาก

3. การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ 4 ระยะ ทั้งสิ้น 13 ด้าน รวม 47 ข้อรายการ ดังนี้

3.1 การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน 15 ข้อรายการ ได้แก่ ด้านการควบคุมการติดเชื้อ 4 ข้อรายการ ด้านการประเมินผู้สูงอายุและจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุ 3 ข้อรายการ ด้านการประสานงานและการส่งต่อเครือข่าย 2 ข้อรายการ ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น 4 ข้อรายการ และด้านการประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติ 2 ข้อรายการ มีความสำคัญมากที่สุดทั้ง 5 ด้าน โดยค่า Md อยู่ในช่วง 4.52-4.68, IR อยู่ในช่วง 0.42-0.76 โดยข้อรายการของทุกด้านมีความสำคัญในระดับมากที่สุด

3.2 การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน 13 ข้อรายการ ได้แก่ ด้านการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการกับภัยพิบัติ 4 ข้อรายการ ด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ 5 ข้อรายการ และด้านการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ 4 ข้อรายการ มีความสำคัญมากที่สุดทั้ง 3 ด้าน เรียงตามลำดับดังกล่าว โดยค่า Md อยู่ในช่วง 4.50-4.53, IR อยู่ในช่วง 0.61-0.70 เมื่อพิจารณาข้อรายการ พบว่าข้อรายการของทุกด้านมีความสำคัญระดับมากและมากที่สุด

3.3 การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ด้าน 8 ข้อรายการ ได้แก่ ด้านการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ 4 ข้อรายการ และด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม 4 ข้อรายการ มีความสำคัญมากที่สุดทั้ง 2 ด้าน เรียงตามลำดับดังกล่าว โดยค่า Md เท่ากับ 4.52 เท่ากันทั้ง 2 ด้าน, IR อยู่ในช่วง 0.63-0.79

3.4 การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน 11 ข้อรายการ ได้แก่ ด้านการเตรียมความพร้อมบุคลากรพยาบาล 5 ข้อรายการ ด้านการจัดเตรียมและกระจายทรัพยากร 3 ข้อรายการ และด้านการเตรียมความพร้อม

ชุมชน 3 ข้อรายการ มีความสำคัญมากที่สุดด้านเดียวคือ ด้านการจัดเตรียมและกระจายทรัพยากร โดยค่า Md เท่ากับ 4.61, IR เท่ากับ 0.54 ด้านที่มีระดับความสำคัญมาก 2 ด้านคือ ด้านการเตรียมความพร้อมบุคลากรพยาบาล และด้านการเตรียมความพร้อมชุมชน มีค่า Md อยู่ในช่วง 4.39-4.42, IR อยู่ในช่วง 0.68-0.77

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุโดยรวม พบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นในระดับความสำคัญมากที่สุดใน 3 ระยะ โดยผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญตามลำดับคือ ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ และระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ ที่เป็นเช่นนี้เพราะการจัดการเรื่องภัยพิบัติจะเน้นที่การตอบสนองเมื่อเกิดภัยพิบัติขึ้น แต่อย่างไรก็ตามในประเทศไทยได้เริ่มให้ความสำคัญกับการป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ รวมถึงการฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติมากขึ้นเช่นกัน แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ และพบว่ายังไม่มีรูปแบบการจัดการพยาบาลภาวะภัยพิบัติในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรม (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) จึงทำให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญมากที่สุดกับระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติด้วยและมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติต้องอาศัยขั้นตอนการวางแผน งบประมาณ นโยบาย และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ส่วนการป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติเป็นการจัดการพยาบาลที่สามารถดำเนินการบาง ส่วนได้ทันที อันได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการกับภัยพิบัติ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ และการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Aldrich & Benson (2008) และ O'Brien (2003) ที่เน้นการเตรียมความพร้อมบุคลากรพยาบาล ซึ่ง International Council of Nurses (2009) ได้กำหนดสมรรถนะพยาบาลภัยพิบัติครอบคลุมทั้ง 4 ระยะ อีกในหลายองค์กรได้ให้คำแนะนำเรื่องการเตรียมของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยให้เตรียมความพร้อมผู้สูงอายุชุมชนรวมทั้งพยาบาลด้วย (American Red Cross, 2012; ESCAP & UNISDR, 2012; Wilken, Bobroff, & Minton, 2011)

เมื่อพิจารณาในแต่ละระยะของการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ พบว่าผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญกับระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ ได้แก่ การควบคุมการติดเชื้อ การประเมินผู้สูงอายุ และจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุ การประสานงานและการส่งต่อเครือข่าย การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติ

การควบคุมการติดเชื้อ ผลที่ได้มีความสอดคล้องกับ Gibson & Hayunga (2006) เนื่องจากระบุว่า ผู้สูงอายุมีภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง และมีโรคประจำตัว Bremer, 2003 แนะนำว่า การพัฒนา นโยบายเพื่อรับมือและจัดการกับภัยพิบัติ ต้องควบคุมและป้องกันการติดเชื้อเช่นกัน โดย University of Hyogo (2005) ระบุว่า การจัดแนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ควรเน้นดูแลความสะอาดที่พัก อาหารและน้ำดื่ม กำจัดของเหลือใช้และของเสีย นอกจากนี้ยังควรมีการประเมินผู้สูงอายุและจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุโดยสอดคล้องกับ Adams, Ford, & Dailey (2004), Donatelli & Somes (2012) และ International Council of Nurses (2009) ที่ระบุว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ การรับรู้ เข้าไม่ถึงการช่วยเหลือ จึงต้องอาศัยเครื่องมือช่วยประเมินผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากได้อย่างรวดเร็ว ใช้เครื่องมือที่มีชื่อย่อว่า SWiFT ประเมินครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ แบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มตามความต้องการความช่วยเหลือ นอกจากนี้ Fernandez et al. (2002) ยังระบุว่ากลยุทธ์ในการช่วยเหลือคือ จัดระบบการจัดการฉุกเฉินเฉพาะผู้สูงอายุ มีแผนเตรียมอพยพเคลื่อนย้าย ทั้งนี้เพราะการมีแผนอพยพเคลื่อนย้าย และจัดหาที่พักไว้ล่วงหน้า ทำให้ช่วยเหลือเมื่อเกิดภัยพิบัติได้ทันที (Burnett, Dyer, & Pickins, 2007) อีกทั้ง Gibson & Hayunga, (2006) และ Rothman & Brown (2007) ระบุว่าผู้สูงอายุมีความเปราะบาง จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว โดย HelpAge International, (2000) และ International Council of Nurses (2009) ระบุว่าแนวทางการปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ต้องระบุความต้องการของผู้สูงอายุได้ ตอบสนองความต้องการพื้นฐาน เข้าถึงบริการที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน และพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ รวมถึงยังต้องมีการประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ Gibson & Hayunga (2006), Jennings (2004), Lach, Langan, & James (2005) และ Somes & Donatelli (2012) ทั้งนี้เพราะการประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ รวมถึงการประเมินซ้ำ ทำให้พยาบาลนำมาปรับแผนการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ สามารถจัดการเพื่อตอบสนองสถานการณ์ได้อย่างต่อเนื่อง

สำหรับระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญกับการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการกับภัยพิบัติ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ และการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ ผลที่ได้มีความสอดคล้องกับ Lach et al. (2005), Rosenkoetter et al., (2007), และ Yeoh (2012) ที่ระบุว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบวิธีเตรียมตัวรับภัยพิบัติ รวมถึงการสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของภัยพิบัติ ทำให้มีการเตรียมความพร้อมมากขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองในเบื้องต้นได้ ลดความกังวลและลดภาระทางราชการ โดย American Red Cross (2012) แนะนำให้ผู้สูงอายุเตรียมของใช้จำเป็น

ส่วนตัวไว้ตลอดเวลา จัดทำสมุดคู่มือ และระบุแหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติไว้ด้านหลังสมุดคู่มือผู้สูงอายุเกี่ยวกับภัยพิบัติ นอกจากนี้สอดคล้องกับ HelpAge International & UNHCR (2012) และ Veenema (2009) ที่ระบุว่าควรมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติ ทั้งนี้เพราะการวิเคราะห์ความเปราะบางและจัดทำแผนที่เสี่ยงส่งผลให้เข้าช่วยเหลือได้รวดเร็ว อีกทั้งเป็นไปตามแนวคิดการจัดการพยาบาลภัยพิบัติในศตวรรษที่ 21 (Qureshi & Gebbie, 2007) โดย Aldrich & Benson (2008) เสนอแนะให้จัดตั้งเครือข่ายผู้สูงอายุ ทำแผนที่ชุมชน ระบุพื้นที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ และทำสมุดคู่มือเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุด้วย นอกจากนี้ Fernandez, et al. (2002) และ Somes & Donatelli (2012) ยังระบุว่าผู้สูงอายุมีความบกพร่องทางการรับรู้ การเจ็บป่วย ผลจากยา ปัญหาสุขภาพจิต สังคมและเศรษฐกิจ เป็นจุดอ่อนที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเตรียมป้องกันภัยพิบัติได้ดีพอ อีกทั้ง HelpAge International & UNHCR (2012) ระบุว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้แข็งแรง และส่งเสริมครอบครัวให้เข้มแข็ง ช่วยให้ผู้สูงอายุเผชิญกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

ส่วนการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะเวลาฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ และการจัดการสิ่งแวดล้อม ผลที่ได้มีความสอดคล้องกับ Claver, Dobalian, Fickel, Ricci, & Mallers (2013), University of Hyogo (2005), Veenema (2009) และ Yeoh (2012) ที่ระบุว่าผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติมีแหล่งสนับสนุนส่วนบุคคลน้อยกว่าวัยอื่น ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นตัว รวมถึงหลังเกิดภัยพิบัติมีความทุกข์ใจ การรับรู้ลดลง แยกตัวจากสังคมมากขึ้น จึงต้องช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ อีกทั้งต้องติดตามในระยะยาว และจัดให้มีการบริการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งสอดคล้องกับ กิตติพงศ์ อุบลสะอาด, ผาสุข แก้วเจริญตา และทีมวิจัย คปสอ.ลับแล (2550) และ University of Hyogo (2005) ที่พบว่าหลังเกิดภัยพิบัติ ผู้สูงอายุมีโอกาสบาดเจ็บและติดเชื้จากสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมสูงขึ้น จึงควรมีการจัดการสิ่งแวดล้อม โดย The office of U.S. Foreign Disaster Assistance (1982) อังใน อนันต์ ตันมุขยกุล (2542) แนะนำให้บูรณะที่อยู่อาศัย สังคมและชุมชนให้กลับสู่สภาพเดิม/ใกล้เคียงเดิมโดยเร็ว โดย International Council of Nurses (2009) แนะนำให้พยาบาลสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเท่าที่เป็นไปได้ ประสานกับทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ตอบสนองความต้องการจำเป็นและลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะเวลาเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญกับ การจัดเตรียมและกระจายทรัพยากร การเตรียมความพร้อม

บุคลากรพยาบาล และการเตรียมความพร้อมชุมชน ผลที่ได้มีความสอดคล้องกับ Aldrich & Benson (2008) Lach et al. (2005), Saliba, Buchanan, & Kington, (2004), และ Somes & Donatelli (2012) ที่ระบุว่าผลกระทบของภัยพิบัติทำให้ขาดอุปกรณ์การแพทย์และยา จึงควรมีอาหาร น้ำ อุปกรณ์การแพทย์ ยา/เวชภัณฑ์ ของใช้จำเป็นเพียงพอ สิ่งแวดล้อมเหมาะสมปลอดภัย การบริการหรือโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการจำเป็น ซึ่ง Cloyd & Dyer (2010) ให้คำเนื่งถึงการออกแบบที่พักเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการพักผ่อน ลดความสับสน วิดกกังวล และลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ทั้งนี้ควรสำรวจและลงทะเบียนความต้องการการช่วยเหลือไว้ล่วงหน้า ก่อนเกิดภัยพิบัติ โดย Cloyd & Dyer (2010), Jennings-Sanders, (2004), Prezant et al. (2005), และ Wilber et al. (2006) ระบุว่าประสิทธิภาพการจัดการพยาบาลภัยพิบัติ ขึ้นอยู่กับ ปริมาณและคุณภาพทรัพยากรบุคคล การอบรมให้ความรู้การจัดการภัยพิบัติ การฝึกซ้อมการช่วยเหลือ อุปกรณ์ของใช้ และวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ ตรงกับ Veenema (2009) ที่ระบุว่า พยาบาลต้องรู้และได้ซ้อมแผนรับภัยพิบัติของโรงพยาบาล ซึ่งองค์กรพยาบาลสหรัฐอเมริกา (American Nurses Association: ANA, 2002) ประกาศให้พยาบาลทุกคนต้องมีความรู้เรื่องภัยพิบัติ ได้รับการเตรียมความพร้อมช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ ประเมินสมรรถนะพยาบาลปีละครั้ง และฝึกซ้อมแผน ปีละ 2 ครั้ง โดย International Council of Nurses (2009) ก็ได้ระบุเรื่องการเตรียมความรู้ พยาบาลด้านภัยพิบัติและด้านการดูแลกลุ่มเปราะบางให้เป็นกลยุทธ์หนึ่งในหลายกลยุทธ์ของการ จัดการภัยพิบัติเช่นกัน ซึ่ง Fernandez et al. (2002) ระบุว่าคนในชุมชนรู้ข้อมูลแวดล้อมดีกว่า ผู้ช่วยเหลือจากภายนอก จึงควรนำศักยภาพของทรัพยากรในชุมชนมาใช้ เตรียมความพร้อมชุมชน จะได้ให้การช่วยเหลือตามแผนได้ทันที โดย Jennings-Sanders (2004) ระบุว่า ควรวางแผน ช่วยเคลื่อนย้ายและระบุที่พักผู้เปราะบางที่ประสบภัยพิบัติกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนไว้ล่วงหน้า ตรงกับ Yeoh (2012) ระบุว่า พยาบาลควรรู้วิธีช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น ส่งเสริมการพัฒนา ผู้นำชุมชน ฝึกผู้ช่วยงานภัยพิบัติ โดยแผนงานของกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย เน้นการเตรียม ความพร้อมของคนและชุมชนเช่นกัน ส่งเสริมประชาชนให้ตระหนัก และฝึกซ้อมแผนการช่วยเหลือ ในชุมชน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงของกลุ่มประเทศ อาเซียน (Association of South East Asian Nations: ASEAN, 2005) และคำแนะนำของ HelpAge International & UNHCR (2012) ส่วนการจัดทำข้อมูลที่อยู่และวิธีติดต่อกับแหล่ง ประโยชน์ในพื้นที่ ยังมีข้อจำกัดที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ผู้เชี่ยวชาญจึงให้ความสำคัญในระดับต่ำกว่า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ควร 1) มีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการภัยพิบัติ ที่เน้นกลุ่มผู้สูงอายุครอบคลุมทั้ง 4 ระยะของการจัดการภัยพิบัติ 2) เตรียมพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจในการจัดการภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ และ 3) ประสานให้ความร่วมมือกับชุมชน ในการเตรียมการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ การจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งต่อเครือข่าย และการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ

เอกสารอ้างอิง

- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. (2553). *สถิติภัยพิบัติย้อนหลัง 10 ปี*. เข้าถึงเมื่อ 14 กรกฎาคม 2555, จาก <http://thaipublica.org/wp-content/uploads/2012/10/%E0.pdf>
- กิตติพงศ์ อุบลสะอาด, ผาสุข แก้วเจริญตา และ ทีมวิจัย คปสอ.ลับแล. (2550). บทเรียนการบรรเทาภัยพิบัติ สถานการณ์อุทกภัย น้ำท่วมโคลนถล่มอำเภอลับแล และการพัฒนาแผนบรรเทาภัยพิบัติที่มสาธารณสุขอำเภอลับแล. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 1(2), 146-153.
- สุวรรณภรณ์ โพธิ์ร่มเย็น. (2555). *วิกฤติมหายุทธภัยกับผู้สูงอายุ: บทเรียนที่ต้องหาทางออก*. เข้าถึงเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2556, จาก http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/3602?mode=full&submit__simple=Show+full+item+record
- อนันต์ ตัณมุขกุล. (2542). *การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของโรงพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: L.T. เพรส.
- Adams, M. L., Ford, J. D., & Dailey, W. F. (2004). Predictors of help seeking among Connecticut adults after September 11, 2001. *American Journal of Public Health*, 94(9), 1596-1602.
- Aldrich, N., & Benson, W. F. (2008). Disaster preparedness and the chronic disease needs of vulnerable older adults. *Preventing Chronic Disease*, 5(1), 1-7.
- American Nurses Association (ANA). (2002). *Work release during a disaster - Guidelines for employers*. Retrieved October 26, 2012, from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/Positions-and-Resolutions/ANAPositionStatements/Position>

- American Red Cross. (2012). *Older Adults and Disaster: Preparedness and Response*. Retrieved December 1, 2012, from <http://www.redcross.org>
- Association of South East Asian Nations: ASEAN. (2005). *ASEAN Agreement on disaster management and emergency response*. Retrieved February 27, 2013, from <http://www.ifrc.org/Docs/idrl/N112EN.pdf>
- Bistaraki, A., Waddington, K., & Galanis, P. (2011). The effectiveness of a disaster training programme for healthcare workers in Greece. *International Nursing Review*, 58(3), 341-346.
- Bremer, R. (2003). Policy development in disaster preparedness and management: lessons learned from the January 2001 earthquake in Gujarat, India. *Prehospital and Disaster Medicine*, 18(4), 372-384.
- Burnett, J., Dyer, C. B., & Pickins, S. (2007). Rapid needs assessments for older adults in disasters. *Journal of the American Society on Aging*, 31(4), 10-15.
- Claver, M., Dobalian, A., Fickel, J. J., Ricci, K. A., & Mallers, M. H. (2013). Comprehensive care for vulnerable elderly veterans during disasters. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(1), 205-213.
- Cloyd, E., & Dyer, C. B. (2010). Catastrophic events and older adults. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 22(4), 501-513.
- Donatelli, N. S., & Somes, J. (2012). Disaster planning considerations involving the geriatric patient: part II. *Journal of Emergency Nursing*, 38(6), 563-567.
- Dyer, C. B., Regev, M., Burnett, J., Festa, N., & Cloyd, B. (2008). SWiFT: a rapid triage tool for vulnerable older adults in disaster situations. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2(1), S45-S50.
- EM-DAT. (2009). *Thailand-disaster statistics*. Retrieved February 19, 2013, from <http://www.preventionweb.net/english/countries/statistics/index.php?cid=170>
- ESCAP, & UNISDR. (2012). *Reducing vulnerability and exposure to disasters: The Asia-Pacific disaster report 2012*. Retrieved February 22, 2013, from http://www.unisdr.org/files/29288__apdr2012finalowres.pdf

- Fernandez, L. S., Byard, D., Lin, C. C., Benson, S., & Barbera, J. A. (2002). Frail elderly as disaster victims: emergency management strategies. *Prehospital and Disaster Medicine, 17*(2), 67-74.
- Gibson, M. J., & Hayunga, M. (2006). *We can do better: lessons learned for protecting older persons in disasters*. Washington, DC: American Association for Retired Persons.
- HelpAge International. (2000). *Older people in disasters and humanitarian crisis: guidelines for best practice*. London: HelpAge International.
- HelpAge International, & UNHCR. (2012). *Protecting older people in emergencies: good practice guide*. London: Park Lane Press.
- Hutton, D. (2008). *Older people in emergencies: considerations for action and policy development*. France: WHO.
- International Council of Nurses. (2009). *ICN framework of competencies for the nurse specialist*. Geneva: International Council of Nurses.
- Jennings-Sanders, A. (2004). Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings disaster nursing management model. *Nurse Education in Practice, 4*(1), 69-76.
- Lach, H. W., Langan, J. C., & James, D. C. (2005). Disaster planning: are gerontological nurses prepared? *Journal of Gerontological Nursing, 31*(11), 21-27.
- O'Brien, N. (2003). *Emergency preparedness for older people*. New York: International Longevity Center–USA.
- Prezant, D. J., Clair, J., Belyaev, S., Alleyne, D., Banauch, G., Davitt, M., et al. (2005). Effects of the August 2003 blackout on the New York City healthcare delivery system: A lesson for disaster preparedness. *Critical Care Medicine, 33*(1), S96-S101.
- Qureshi, K., & Gebbie, K. M. (2007). Disaster management. In T.G. Veenema, *Disaster nursing and emergency preparedness for chemical, biological, and radiological terrorism and other hazards*. (2nded.). New York: Springer publishing.
- Rosenkoetter, M. M., Covan, E. K., Cobb, B. K., Bunting, S., & Weinrich, M. (2007). Perceptions of older adults regarding evacuation in the event of a natural. *Public Health Nursing, 24*(2), 160-168.

- Saliba, D., Buchanan, J., & Kington, R. S. (2004). Function and response of nursing facilities during community disaster. *American Journal of Public Health, 94*(8), 1436-1441.
- Somes, J., & Donatelli, N. S. (2012). Disaster planning considerations involving the geriatric patient: part I. *Journal of Emergency Nursing, 38*(5), 479-481.
- University of Hyogo. (2005). *Nursing care provider guidance for elderly in shelters following disasters*. Retrieved September 9, 2012, from <http://www.coe-cnas.jp/english/groups/enior/manual/manual02/index.pdf>
- Veenema, T.G. (2009). *Handbook for disaster nursing and emergency preparedness*. (2nd ed.) St.Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Wilber, S. T., Gerson, L. W., Terrell, K. M., Carpenter, C. R., Shah, M. N., Heard, K., et al. (2006). Geriatric emergency medicine and the 2006 institute of medicine reports from the committee on the future of emergency care in the U.S. health system. *Academic Emergency Medicine, 13*(12), 1345-1351.
- Wilken, C. S., Bobroff, L. B., & Minton, E. (2011). *Disaster planning tips for older adults*. Retrieved February 6, 2013, from: <http://edis.ifas.ufl.edu/pdf/files/FY/FY62000.pdf>
- Yeoh, G. (2012). *Lessons learned: The 2011 disasters in Tohoku, Japan*. Retrieved January 30, 2013, from <http://www.give2asia.org>