

ชื่อเรื่อง “การประยุกต์ใช้การแพทย์พื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของ  
ครอบครัวและชุมชน ต.เสนางคนิคม อ.เสนางคนิคม จ.อำนาจเจริญ”

“Development a model of Thai Senang model of caring for the elderly with  
dependency Integrated Thai indigenous medicine through Family and Community  
Participation, Amnatcharoen Province.”

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการแพทย์พื้นบ้านในการดูแล  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ภายใต้บริบทสังคมและวัฒนธรรม มีผู้ร่วม  
ดำเนินการวิจัย จำนวน 62 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 คน สมาชิกครอบครัว  
จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ ประชาชน  
ชาวบ้าน จำนวน 10 นักบริหารผู้สูงอายุจำนวน 10 คน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่  
แพทย์แผนไทยจากโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เชิง  
ลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล  
(Barthel ADL index) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale:  
TGDS) และแนวทางการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการ  
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการประยุกต์ใช้การแพทย์พื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีดังนี้ กลุ่ม  
ผู้สูงอายุติดเตียง มีจำนวน 5 คน และกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 15 คน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาวะพึ่งพิง  
ต้องการการช่วยเหลือบางส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและต้องการการช่วยเหลือทั้งหมดในกลุ่มผู้สูงอายุติด  
เตียง ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาวะ  
ซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางรูปแบบการประยุกต์การแพทย์พื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ได้แก่ 1) ผู้ดูแล  
หลักในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในด้านการจัดหาอาหารที่มีประโยชน์สำหรับ  
ผู้สูงอายุกลุ่ม การออกกำลังกายโดยการออกกำลังกายบำบัด วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น ครั้งละ 30 นาที ก่อนทำ  
กายภาพบำบัดเพิ่มการนวดประคบสมุนไพรเพื่อคลายกล้ามเนื้อลดอาการปวด ใช้เวลาในการประคบสมุนไพร  
ไม่เกิน 15 นาที 2) นักบริหารผู้สูงอายุ ให้การดูแลตามแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Plan) และ  
ผสมผสานการนวด ประคบสมุนไพร กลุ่มติดบ้านเดือนละ 2 ครั้ง กลุ่มติดเตียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 3) ชุมชน  
ประกอบด้วย อสม. ชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน เครือข่ายสตรีภัญญะ มีการเยี่ยมบ้าน การผูกแขนเอ็นขวัญ เพื่อสร้าง  
ขวัญกำลังใจ เยี่ยมบ้านโดยชุมชน เดือนละ 1 ครั้ง 4) ผู้จัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่แพทย์แผน  
ไทย ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เปิดช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทาง  
ไลน์ ติดตามประเมินผลเดือนละ 1 ครั้ง

**คำสำคัญ:** การแพทย์พื้นบ้าน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

## ความเป็นมาและความสำคัญ

โครงสร้างประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสังคมที่เข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุ" (Aging Society) ประชากรโลกในปี พ.ศ.2560 โลกมีประชากร รวมทั้งหมด 7,633 ล้านคน และมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 990 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 13 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ.2561 มีประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยทั้งหมด 69 ล้านคนมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 11.6 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 17.6 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งภาคเหนือเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ร้อยละ 20.2 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 18.5 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) จากการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในปี 2558 พบว่า ร้อยละ 79 (5 ล้านคน) คือผู้สูงอายุติดสังคมหรือกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ และอีก ร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) คือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือ เรียกว่า กลุ่มติดบ้านติดเตียง และต้องการการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่งผลทำให้รัฐบาลต้องเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการและการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ในปีพ.ศ. 2557 พบจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ95 หรือ 9.93 ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุเจ็บป่วยมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงซึมเศร้าข้อเข่าเสื่อม สมองเสื่อม พบผู้สูงอายุร้อยละ 8 อยู่บ้านคนเดียว (อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และคณะ อ้างถึงใน National Health Security Office, 2016) สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเมืองที่มีรายไดปานกลางพบว่าต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ค่าเฉลี่ยต่อคน 23,274 บาท/คน/ปี โดยกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงน้อยค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 21,376 บาท/คน/ปี และ 81,537 บาท/คน/สำหรับกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงมาก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะในผู้สูงอายุจนทำให้เกิดภาวะพึ่งพิง พฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไป เช่นออกกำลังกายลดลง มีภาวะอ้วน ภาวะความเครียด การเสพสิ่งเสพติด ฯลฯ ยังเคียงคู่มากับการขยายตัวของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น เส้นเลือดสมองแตก/ตีบ เส้นเลือดหัวใจตีบ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561) นอกจากนั้นผู้สูงอายุยังมีการถดถอยของสมรรถนะทางด้านร่างกายร่วมกับผลจากการเจ็บป่วยเรื้อรังจึงทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพเกิดขึ้น ทำให้เกิดความต้องการการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) และระยะยาว (long term care) เกิดขึ้น จากทะเบียนข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตตำบลเสนางคนิคม โรงพยาบาลเสนางคนิคม (2562) พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 46 คน มีโรคประจำตัวมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คน โรคเบาหวาน จำนวน 5 คน และมีทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 4 คน เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 คน หากบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ก่อนสามารถทำงานได้และเกิดภาวะพึ่งพิงอย่างฉับพลัน เช่น โรคหลอดเลือดในสมองตีบ/แตกหรือเกิดอุบัติเหตุ ทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต นอกจากสูญเสียรายได้อันมีผลถึงบุคคลอื่นในครอบครัว หากผู้ดูแลต้องออกจากงานที่ทำเพื่อมาดูแล เท่ากับสูญเสียกำลังสำคัญในการหารายได้ของครัวเรือนไปถึงสองคนทีเดียว (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2561)

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care; LTC) อำเภอเสนางคนิคม มีการพัฒนาศักยภาพนักบริบาลผู้สูงอายุ (Care Giver; CG) ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน จากข้อมูลในปีพ.ศ.2561 มี

ประชากรอาศัยอยู่ทั้งหมด 31,370 คน มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.56 พบผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงมากที่สุดคือ ตำบลเสนางคนนิคม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ, 2562) ความต้องการการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้แก่ 1) บริการสุขภาพที่บ้านหรือในชุมชน 2) บริการรับส่งสำหรับตรวจที่โรงพยาบาล 3) บริการช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล 4) สถานที่ดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล 5) ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้าน (นัตดา คำนิยมและวรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2559) ดังนั้นรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมมากที่สุดจึงเป็นรูปแบบการดูแลที่บ้าน (Home Care Model) คือการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน (ปาณิศา บุญยรัตกลิน, 2561) การศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่วยให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ราตรี โพธิ์ระวีช, 2561) และ (สุกัญญา ปวงนิยมและคณะ, 2562) แต่ผู้สูงอายุชุมชนอีสานเคร่งครัดในประเพณีพิธีกรรมเชื่อถือเรื่องบาปบุญคุณโทษ เรื่องขวัญและวิญญาณ จากภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านเป็นพื้นฐานทางวัฒนธรรมเป็นการพึ่งตนเองด้านสุขภาพให้เกิดสุภาวะที่ดีของคนในชุมชน มีการดูแลแบบองค์รวม ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นการแพทย์พื้นบ้านจึงทำให้คนในชุมชนยอมรับนับถือเกิดความเชื่อ ศรัทธา (ดารณี อ่อนชมจันทร์, 2546) การใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพจิตช่วยให้มีขวัญกำลังใจ มีคุณค่าในตนเอง มีความหวัง สบายใจ และมีความมั่นใจในการดำเนินชีวิต (มะยูรี วงศ์กวางกลม, 2561)

ในปีพ.ศ.2562 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลเสนางคนนิคมพบว่ามีความซึมเศร้าถึงร้อยละ 30.1 จากความรู้สึกว่าต้องเป็นภาระแก่ครอบครัว บางครอบครัวผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวตามลำพัง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมดังนั้นการนำการแพทย์พื้นบ้านมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้มีกำลังใจมากขึ้น มีความรู้สึกมีพลังชีวิต ต้องการใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายชุมชน ได้แก่ นักบริหารผู้สูงอายุ อสม.ประจำหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ ร่วมกับองค์ความรู้การแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ ผู้จัดการสุขภาพผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนผสมผสานกับภูมิปัญญาท้องถิ่นการแพทย์พื้นบ้านในการดูแล ส่งเสริม พื้นฟูสุขภาพจิตและลดภาวะซึมเศร้าให้ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีสุขภาพดีขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประยุกต์ใช้การแพทย์พื้นบ้าน โดยมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) เพื่อมุ่งเน้นพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยประยุกต์ใช้การแพทย์พื้นบ้าน ปัญหาและความต้องการของครอบครัว และชุมชนในเขตตำบลเสนางคนนิคม อำเภอเสนางคนนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ ผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยผู้แทนจาก 4 องค์กรหลักในพื้นที่ ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และครอบครัว 2) ผู้จัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

(Care Manager) 3) นักบริบาลผู้สูงอายุ (Care Giver) 4) ) ผู้นำการแพทย์พื้นบ้าน ได้แก่ เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ประชาชนชาวบ้าน ชมรมผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษา คือ ทุกหมู่บ้านในเขตตำบลเสนางคนิคม อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ ระยะเวลาในการศึกษา 4 เดือน ระหว่างเดือน มกราคม 2563 ถึงเมษายน 2563

### นิยามคำศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดบ้านหมายถึง ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้างช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกาย อยู่ในช่วง 5-11 คะแนนจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน และกลุ่มติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายอยู่ในช่วง 0-4 คะแนนจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน

2. ผู้จัดการผู้สูงอายุ (Care Manager) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีหน้าที่ประเมินและวางแผนการดูแล (Care Plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. นักบริบาลผู้สูงอายุ (Care Giver) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 70 ชม.ของกรมอนามัย มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามที่ได้รับมอบหมายในแผนการดูแล (Care Plan)

4. ครอบครัว หมายถึง สมาชิกภายในครอบครัว ที่มีหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุ

5. ชุมชน หมายถึง แกนนำในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ชมรมผู้สูงอายุ และประชาชนชาวบ้าน ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลเสนางคนิคม อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ

6. การแพทย์พื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง การใช้การแพทย์พื้นบ้านในการดูแล การส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้แก่ การผูกแขนเอ็นขวัญ การสวดสรภัญญะ การนวดคลายเส้น การประคบสมุนไพร การใช้อาหารพื้นบ้านเพื่อการรักษาสุขภาพ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชนที่มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยเลือกแบบเจาะจง มีทั้งหมด 5 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาศัยอยู่จริงในตำบลเสนางคนิคม อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ โดยเป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี การพูดด้วยภาษาไทยได้ สามารถติดต่อสื่อสารด้วยการอ่าน การฟัง จำนวน 20 คน

2. กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลเสนางคนิคม อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 20 คน โดยได้คัดเลือกในกลุ่มผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น กระตุ้นการรับประทานยา การจัดเตรียมอาหาร การกระตุ้นให้ออกกำลังกายและการพาผู้ป่วยเข้ารับบริการการตรวจรักษา เป็นต้น

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักบริหารผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำผู้สูงอายุ ประชาชน ชาวบ้าน ในตำบลเสนางคนิคม อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ รวมทั้งหมด จำนวน 57 คน

4. ผู้จัดการสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

5. เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน เป็นเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

### วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) (Kessarawan Nilvarangkul, 2015) การดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) การศึกษาสถานการณ์ที่เป็นจริงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัวและชุมชน 2) ร่วมกันวางแผนดำเนินการ และออกแบบกิจกรรม 3) ปฏิบัติตามแผน และ 4) สะท้อนคิดการปฏิบัติหรือประเมินผล

**ผู้ร่วมวิจัย** คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 คน สมาชิกครอบครัว 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) 10 คน นักบริหารผู้สูงอายุ 10 คน ผู้นำชุมชนและแกนนำผู้สูงอายุ 10 คน ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย 1 คน รวมทั้งหมด 62 คน

**เกณฑ์คัดเข้า** ดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารตามปกติได้ ไม่มีภาวะสมองเสื่อมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

**เกณฑ์การคัดออก** คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความผิดปกติทางสมอง เช่น สมองเสื่อม ได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง ไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ หรือเป็นโรคติดต่อร้ายแรง หรือมีภาวะการเจ็บป่วยอย่างรุนแรง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีประเด็นคำถามดังนี้ ความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน รูปแบบการประยุกต์ใช้การแพทย์พื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ ข้อเสนอแนะสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สัมภาษณ์ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและสมาชิกในครอบครัว ผู้จัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Manager) 2) แบบสนทนากลุ่ม สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นักบริหารผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน แกนนำผู้สูงอายุ ประชาชนชาวบ้าน โดยมีประเด็นคำถามดังนี้ การรับรู้สถานการณ์ปัญหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน รูปแบบการประยุกต์ใช้การแพทย์พื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ ข้อเสนอแนะสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 3) แนวทางประชุมระดมสมอง มีประเด็นคำถามดังนี้ การแพทย์

พื้บ้านในชุมชน การใช้การแพทย์พื้บ้านในชุมชน แหล่งการแพทย์พื้บ้าน ผลการใช้การแพทย์พื้บ้านในการดูแลคนในชุมชน การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เพื่อให้ได้คำถามที่ตรงประเด็น 4) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ใช้แบบประเมินของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) คะแนนADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) คะแนน ADL= 5-11คะแนน และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) คะแนน ADL = 0-4 คะแนน 5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) โดยแปลผลเป็นภาวะสุขภาพจิตปกติ เศร้าเล็กน้อย เศร้าปานกลางและเศร้าวรุนแรง

### จริยธรรมในการวิจัย

คณะผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลทราบ และขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยให้อิสระในการตัดสินใจ ไม่เป็นการบังคับและให้ความมั่นใจแก่ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการที่จะไม่เข้าร่วมหรือออกจากการศึกษาวิจัยได้ทุกเวลา

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ออกแบบการเก็บข้อมูลให้มีความหลากหลายเพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือและครอบคลุมในประเด็นต่างๆ และผลการวิจัยเป็นที่ยอมรับมากที่สุด ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมีความแตกต่างตามกลุ่มเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคลที่บ้าน ก่อนการเก็บข้อมูลมีการนัดหมายล่วงหน้า 1-2 วัน ในช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสะดวกให้ข้อมูล โดยทำการเก็บข้อมูลทั้ง 2 ส่วนให้แล้วเสร็จในคราวเดียวกัน ในการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้มีการขออนุญาตทำการบันทึกเสียงในระหว่างการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มนี้ประมาณ 1 สัปดาห์

2. กลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัว จำนวน 10 คน โดยเลือกจากครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการดูแลสุขภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคลที่บ้าน ก่อนการเก็บข้อมูลมีการนัดหมายล่วงหน้า 1-2 วัน ในช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสะดวกให้ข้อมูล โดยทำการเก็บข้อมูลทั้ง 2 ส่วนให้แล้วเสร็จในคราวเดียวกัน ในการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้มีการขออนุญาตทำการบันทึกเสียงและบันทึกภาพในระหว่างการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มนี้ประมาณ 1 สัปดาห์ โดยทำการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันกับการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักบริบาลผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งหมด จำนวน 30 คน มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มละ 7-8 คน โดยการแบ่ง

ตามคุณสมบัติร่วมกันเพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความสะดวกใจในการสนทนาภายในกลุ่ม การสนทนากลุ่มมีแนวคำถามแบบมีโครงสร้าง ก่อนการเก็บข้อมูลมีการนัดหมายก่อนล่วงหน้า 1-2 วัน ในช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวก โดยทำสนทนากลุ่มเป้าหมายเพื่อทำการเก็บข้อมูลทั้ง 2 ส่วนให้แล้วเสร็จในคราวเดียวกัน ซึ่งใช้เวลาในการสนทนากลุ่มไม่เกิน 1 ชั่วโมง 30 นาทีในแต่ละกลุ่ม ผู้วิจัยได้ขออนุญาตทำการบันทึกเสียง ในระหว่างสนทนากลุ่มใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเป้าหมายนี้ประมาณ 2 สัปดาห์

4. ผู้จัดการสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไป และการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ก่อนการเก็บข้อมูลได้มีการนัดหมายล่วงหน้า 1-2 วัน ในช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวก

5. เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไป และการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ก่อนการเก็บข้อมูลได้มีการนัดหมายล่วงหน้า 1-2 วัน ในช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวก

นอกจากนี้เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือ ในระหว่างการเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มต่างๆคือ

1) การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (Participant observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ในสภาพแวดล้อมที่เป็นจริงในชุมชน โดยมีการสังเกตสิ่งแวดล้อมต่างๆ สังเกตผู้เข้าร่วมวิจัย และสังเกตการณ์มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างกลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ สังเกตพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สังเกตการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ครอบครัว สิทธิการรักษา ข้อมูลภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัวอื่น ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรักษาในปัจจุบัน ลักษณะของการเข้ารับบริการสุขภาพ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยมีการอ่านทบทวนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหา นำกลุ่มคำหรือประโยคมาตีความหมาย โดยนำข้อมูลที่ได้อั้มาจำแนกเป็นหัวข้อตามคำถามการวิจัยให้ครอบคลุม หาก

ข้อมูลใดไม่ชัดเจนมีการนัดหมายเพื่อสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติม ทำการจัดหมวดหมู่ของข้อความที่ปรากฏ และ นำเสนอผลการวิจัยโดยการบรรยายพร้อมทั้งยกตัวอย่างคำพูดของกลุ่มเป้าหมายเพื่อประกอบการนำเสนอ การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

### ระยะที่ 1 ขั้นศึกษาสถานการณ์รูปแบบการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากโรงพยาบาลเสนางคนิคม และเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิจาก กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา ได้แก่ การสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 คน 2) ครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 10 คน 3) เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน 4) ผู้จัดการสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน การสนทนากลุ่มกับ ผู้นำชุมชน ประชาชนชาวบ้าน ตัวแทนจากชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน และนักบริบาลผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน นำเสนอผลการรวบรวมข้อมูลกับครอบครัว และชุมชน เพื่อนำเสนอประเด็นปัญหาที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล สรุปผลการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของสถานการณ์ปัญหาในชุมชน ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ สภาพปัญหาจริงที่เกิดขึ้น การตระหนักรู้ การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ในการวิเคราะห์สภาพปัญหา ความคิดพินิจวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ในแง่มุมต่างๆทำให้เกิดการเข้าปัญหาได้อย่างชัดเจน นำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติ มีการร่วมกันวางแผนและการออกแบบรูปแบบการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้เวลาในการประชุม ประมาณ 2 ชั่วโมง มีการประสานงานและส่งหนังสือเชิญร่วมประชุม เป็นการนัดหมายล่วงหน้า 1 สัปดาห์

### ระยะที่ 2 ขั้นพัฒนารูปแบบการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

1. **ขั้นวางแผน** นำเสนอข้อมูลภาพรวมที่ได้จากขั้นตอนการศึกษารูปแบบการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เกิดความตระหนักรู้ถึงสภาพปัญหาความคิดพินิจวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ในแง่มุมต่างๆทำให้เกิดการเข้าปัญหาได้อย่างชัดเจน เพื่อเป็นการนำเข้าสู่ขั้นตอนการวางแผนการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวในชุมชน โดยกลุ่มเป้าหมายที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด จำนวน 56 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 คน ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 4 คน ประชาชนชาวบ้านและชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ผู้จัดการสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 1 คนเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน และนักบริบาลผู้สูงอายุ 10 คน โดยดำเนินการดังนี้ จัดประชุมระดมสมอง กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และวางแผนการดำเนินงานในกิจกรรมต่างๆร่วมกัน มีการตั้งเป้าหมายและผลลัพธ์ของการดำเนินการรวมทั้งวิธีการประเมินผล ซึ่งการวางแผนการดำเนินงานมีการจัดทำตารางการดำเนินงาน มีการร่วมกันวางแผนและการออกแบบบริการสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาจนเกิดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน ผลลัพธ์ที่ต้องการในขั้นตอนนี้คือรูปแบบการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ใช้เวลาในการประชุม 6 ชั่วโมง

2. **ขั้นปฏิบัติตามแผน** เป็นระยะที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน โดยมีการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเองเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลหลักในครอบครัวและชุมชนร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ เกิดการ



แลกเปลี่ยนข้อมูลกัน นำสู่การเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานที่ได้ตัดสินใจเลือกด้วยชุมชนเอง ซึ่งนำไปสู่ขั้นตอนต่อไป ใช้เวลาในการปฏิบัติตามแผน ประมาณ 1 เดือน โดยมีการประสานงานและปฏิบัติตามตารางที่ได้วางแผนไว้ เป็นการนัดหมายล่วงหน้า 1 สัปดาห์

3. **ขั้นสะท้อนการปฏิบัติ** ขั้นสะท้อนการปฏิบัติ กระบวนการนี้เกิดการสะท้อนการปฏิบัติงานตามแผน เกิดปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานต่างๆเกิดขึ้น การประเมินผลทำในแต่ละขั้นตอนและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง สร้างบรรยากาศให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน การอภิปรายผลการดำเนินงานเพื่อนำสู่การปรับปรุงแผนใหม่ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ เมื่อเลือกนำแผนไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ ชุมชนเกิดความมั่นใจ การสะท้อนการปฏิบัติ มีการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และให้ข้อมูลย้อนกลับนำไปสู่การปรับปรุงการปฏิบัติงาน โดยการนำแผนที่กำหนดไว้มาอภิปรายร่วมกัน ให้เกิดการแลกเปลี่ยนกัน ว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติมีอะไรบ้าง กิจกรรมใดที่ปฏิบัติไม่ได้ และปัจจัยอะไรที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้ และดำเนินการปรับปรุงแผนปฏิบัติใหม่ตามรูปเกลียวของการวิจัยเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ดำเนินการต่อไปจนกว่าได้ผลลัพธ์ที่ต้องการเกิดรูปแบบการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนใช้เวลาในการประเมินผลกระบวนการ ประมาณ 1 เดือน ซึ่งกระทำทุกกระยะที่มีการปฏิบัติตามแผน

### **ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนผสมผสานภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน**

การทดลองใช้รูปแบบการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำนวน 20 คน จนทำให้เกิดผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้เกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวและชุมชน ชุมชนเกิดความมั่นใจ ซึ่งการประเมินผลได้ผลลัพธ์ ได้แก่ การสะท้อนการปฏิบัติหรือการประเมินผลสรุปรวม (summative evaluation) เป็นการประเมินผลขั้นสุดท้าย ว่าการปฏิบัติตามแผนทำให้เกิดผลหรือการเปลี่ยนแปลงในด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลหลักในครอบครัว นักบริบาลผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ผลลัพธ์ที่ต้องการ ได้แก่

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าลดลง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ดีขึ้น
2. ครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สนับสนุน ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เกิดการดูแลตนเองให้ดีขึ้น
3. ชุมชน มีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ได้แก่ นักบริบาลผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน เกิดรูปแบบการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ งบประมาณ เกิดการประสานความร่วมมือกัน เพื่อช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ผลลัพธ์ทางด้านชุมชนในรูปแบบการสนับสนุนทรัพยากร เช่น การมีแหล่งให้ชุมชนได้ใช้ประโยชน์ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อในการดูแลตนเอง หรือจัดหางบประมาณมาดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชนด้วยชุมชนเอง และนำสู่การสร้างแนวทางปฏิบัติร่วมกันในชุมชน ใช้เวลาใน

การประเมินผลสรุปภาพรวม ประมาณ 1 เดือน โดยการสัมภาษณ์ตามแบบเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

### ระยะเวลาทำวิจัย

เดือนมกราคม 2563 – เมษายน 2563

### ผลการวิจัย

#### 1. สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

1.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง จำนวน 15 คน ร้อยละ 75.0 มีอายุเฉลี่ย 75.6 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 12 คน ร้อยละ 60 และหม้าย จำนวน 8 คน ร้อยละ 40 การศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 18 คน ร้อยละ 90 ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 20 คน ร้อยละ 100 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,120 บาท สิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 17 คน ร้อยละ 85.0 สถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัย 14 คน ร้อยละ 70.0 หัวหน้าครอบครัว จำนวน 6 คน ร้อยละ 30.0 อาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 10 คน ร้อยละ 50.0 รองลงมาอาศัยอยู่กับบุตร/หลาน จำนวน 9 คน ร้อยละ 45.0 ผู้ให้การดูแลหลักคือสามี/ภรรยา จำนวน 10 คน ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือบุตร จำนวน 9 คน ร้อยละ 45.0 ซึ่งแสดงเป็นตาราง ดังนี้

#### ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จำแนกตามภาวะสุขภาพ (n = 20)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัว</b>		
โรคหลอดเลือดสมอง	7	35.5
เบาหวาน	5	25.0
ความดันโลหิตสูง	1	5.0
โรคหลอดเลือดหัวใจ	1	5.0
โรคจิตเวช	1	5.0
โรคอื่นๆ ได้แก่ โรคนิ้วไต โรคกระดูกพรุน	2	10.0
ไม่มีโรคประจำตัว	3	15.0
<b>ระยะเวลาที่ป่วย</b>		
น้อยกว่า 1 ปี	1	50.0
1-3 ปี	4	20.0
4-5 ปี	5	25.0
6-10 ปี	4	20.0
มากกว่า 10 ปี	3	15.0
ไม่ได้เจ็บป่วย	3	15.0
<b>ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</b> (Barthel Activities of Daily Living: ADL)		
กลุ่มติดบ้าน (5 - 11 คะแนน)	15	75.0
กลุ่มติดเตียง (0 - 4 คะแนน)	5	25.0
X = 7.9, S.D = 3.6, Min = 2.0, Max = 11.0		
<b>การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ</b>		

(Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)

มีความเศร้าเล็กน้อย (13 – 18 คะแนน)	18	90.0
มีความเศร้าปานกลาง (19 – 24 คะแนน)	2	10.0

X = 16.1, S.D = 2.6, Min = 13.0, Max = 23.0

### รูปแบบการประยุกต์ใช้การแพทย์พื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีดังนี้

**กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง** ค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่าง 0 - 4 คะแนน มีจำนวน 5 คน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาวะพึ่งพิงต้องการการช่วยเหลือทั้งหมด ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความพิการอย่างมาก มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ปอดติดเชื้อ ข้อติดเนื่องจากนอนนาน ผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในด้านการจัดหาอาหารที่มีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ อาหารพื้นบ้านที่เหมาะสมเป็นอาหารที่นุ่ม เคี้ยวง่าย ได้แก่ ปลาหนึ่ง นึ่งผัก อ่อมปลาใส่ผักรวมผลไม้ตามฤดูกาล รสไม่หวานจัด เช่น มะละกอสุก 1 ส่วน ก๋วยเตี๋ยว 1 ลูก เป็นต้น เลี่ยงการรับประทานอาหารหวานและอาหารมัน การออกกำลังกายโดยผู้ดูแลหลักเน้นการกายภาพบำบัด วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น ครั้งละ 30 นาที การนวดประคบสมุนไพรคลายเส้นป้องกันข้อติด สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง โดยนักบริบาลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง รูปแบบการประยุกต์การแพทย์พื้นบ้านกลุ่มนี้ได้แก่ การเยี่ยมบ้านโดยชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มสรภัญญะ การผูกแขนเอ็นขวัญ เพื่อสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ กลับคืนมา เยี่ยมบ้านโดยชุมชน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กระตุ้นและส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ เปิดช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทางไลน์ โดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยกระตุ้นและติดตามประเมินผลเดือนละ 1 ครั้ง

**กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน** ค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่าง 5 - 11 คะแนน มีจำนวน 15 คน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาวะพึ่งพิงต้องการการช่วยเหลือบางส่วน สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบมีแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง แต่พอช่วยเหลือตัวเองได้ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 3 - 5 ปี เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและการเกิดอุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ข้อติด ผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในด้านการจัดหาอาหารที่มีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ อาหารพื้นบ้านที่เหมาะสมเป็นอาหารที่นุ่ม เคี้ยวง่าย ได้แก่ ปลาหนึ่ง ลวกผัก อ่อมปลาใส่ผักรวม แกงขี้เหล็ก เป็นต้น ผลไม้ตามฤดูกาล รสไม่หวานจัด เช่น มะละกอสุก 1 ส่วน ก๋วยเตี๋ยว 1 ลูก เป็นต้น เลี่ยงการรับประทานอาหารหวานและอาหารมัน การออกกำลังกายโดยผู้ดูแล วันละ 1 ครั้งๆละ 30 นาทีเน้นการบริหารร่างกายสำหรับผู้สูงอายุ การนวดประคบสมุนไพรคลายเส้นป้องกันข้อติด สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง โดยนักบริบาลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง รูปแบบการประยุกต์การแพทย์พื้นบ้านกลุ่มนี้ได้แก่ การเยี่ยมบ้านโดยชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มสรภัญญะ การผูกแขนเอ็นขวัญ เพื่อสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้สูงอายุกลับคืนมา เยี่ยมบ้านโดยชุมชน เดือนละ 1 ครั้ง กระตุ้นและส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ เปิดช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทางไลน์ โดยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยกระตุ้นและติดตามประเมินผลเดือนละ 1 ครั้ง

**1.2 ครอบครัว** ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเป็นเพศหญิง จำนวน 6 คน มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ เป็นสามี/ภรรยา 5 คน มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 5 คน การศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 10 คน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 8 คน ปัญหาและความต้องการของครอบครัวได้แก่ ขาดความรู้เรื่องดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่ค่อยมีเวลาดูแลกันต่างคนต่างทำมาหากิน และไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีซึมเศร้าเกิดขึ้น จึงไม่เกิดการส่งเสริมหรือสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลตนเอง รูปแบบการประยุกต์ใช้การแพทย์พื้นบ้านสำหรับครอบครัว คือ มีการสอนการนวด ประคบสมุนไพร การให้ความรู้เรื่องผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและการดูแลผู้สูงอายุ การประกอบอาหารพื้นบ้านที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการกระตุ้นและส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

**1.3 ชุมชน** ประกอบด้วยผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ นักบริหารผู้สูงอายุและ อสม. จำนวน 30 คน ยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ผู้นำชุมชนรับรู้สถานการณ์ แต่ยังไม่มีการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชน ข้อดีในชุมชนนี้มีชมรมผู้สูงอายุ อสม. ซึ่งเป็นนักขับเคลื่อน สรภัญญะจรมีชื่อเสียงระดับจังหวัด มีประเพณีเก่าแก่อันดีงามด้านการให้กำลังใจปัดเป่าทุกข์ภัยจากโรคและสิ่งไม่ดี ได้แก่ การประเพณีผูกแขนเอ็นขวัญเพื่อเรียกขวัญ กำลังใจให้กลับมา การประยุกต์ใช้รูปแบบการแพทย์พื้นบ้านนี้ในการเข้ามาดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีดังนี้ 1. มีการหาบทกลอน สรภัญญะ ในแนวการส่งเสริมและสร้างกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ 2. สร้างเครือข่าย นักสรภัญญะในพื้นที่ 3. วางแผนปฏิบัติงานของเครือข่ายชุมชน การผูกแขนเอ็นขวัญ ขับร้องสรภัญญะ ในกลุ่มติดบ้าน ออกเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ เดือนละ 2 ครั้ง และกลุ่มติดเตียงออกเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สำหรับนักบริหารผู้สูงอายุให้การดูแลตามแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง Care Plan และประยุกต์ใช้รูปแบบการแพทย์พื้นบ้านโดยการนวด ประคบสมุนไพร กลุ่มติดบ้านเดือนละ 2 ครั้ง กลุ่มติดเตียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

## การอภิปรายผล

**1.สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน** ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง มีโรคประจำตัวคือโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพิงเกิดขึ้นสัมพันธ์กับ ศิริรีตน์ ปานอุทัยและคณะ จากปัญหาด้านร่างกายได้แก่ การมีภาวะเสื่อมของร่างกาย เช่น ข้อเข่าเสื่อม กระดูกพรุน มีโรคเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเป็นภาวะพึ่งพิงแก่ครอบครัว ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสังคมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับ อาคม บุญเลิศ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนจึงเป็นภาระแก่ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ทั้งยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งในการจัดบริการที่บ้านเป็นบริการที่มีคุณภาพช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัวโดยใช้ชุมชนเป็นฐานดึงเอาศักยภาพชุมชนเข้ามาช่วยดูแลดึงเอาเครือข่ายชุมชนมาช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เยี่ยมเยียนให้กำลังใจ มีระบบผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลหลักอีกแรงหนึ่งเพื่อป้องกันการที่ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง หรือผู้ดูแลหลักเหนื่อยล้าจนเกินไป

## 2.การพัฒนาารูปแบบการประยุกต์ใช้การแพทย์พื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การแพทย์พื้นบ้านในวัฒนธรรมชุมชนชนบทภาคอีสาน มีมาตั้งแต่อดีตซึ่งเป็นความเชื่อ ศรัทธาของคนในชุมชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ การแพทย์พื้นบ้านมีความใกล้ชิดกับชุมชนจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น โดยผสมผสานกับการองค์ความรู้ด้านการแพทย์ปัจจุบันจะช่วยให้การส่งเสริมสุขภาพจิตตามแนวคิดนี้จึงเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสอดคล้องกับสมเกียรติ สุทธิรัตน์ และปารีชาติ เมืองขวา การแพทย์พื้นบ้านเป็นพิธีกรรมพื้นบ้านมาใช้ในการฟื้นฟูสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงช่วยให้มีขวัญกำลังใจ มีความหวังมีคุณค่าในตนเองและมีความมั่นใจในการดำเนินชีวิต การนำภูมิปัญญาพื้นบ้านมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพจิตจึงสอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมของผู้สูงอายุอีสานในยุคปัจจุบัน

สอดคล้องกับมะยูรี วงศ์กวานกลม เนื่องจากแพทย์พื้นบ้านเป็นศาสตร์ของชุมชนซึ่งเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นนั้น ดังนั้นผู้ที่ใช้ภูมิปัญญานี้จึงเป็นผู้ที่สืบทอดภูมิปัญญาหรือคนในชุมชนนั้นๆเป็นหลักในการดำเนินกิจกรรม โดย การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตั้งแต่กระบวนการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและการแพทย์พื้นบ้านใน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ขึ้นวางแผนการประยุกต์ใช้การแพทย์พื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในชุมชน ขึ้นปฏิบัติตามแผน และขึ้นการสะท้อนกลับและประเมินผล จนเกิดรูปแบบการแพทย์ พื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่มีประสิทธิภาพเกิดขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

1. การนำใช้รูปแบบการแพทย์พื้นบ้าน ควรศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของแต่ละชุมชน ภายใต้เงื่อนไขบริบท สังคม และวัฒนธรรมของชุมชน เนื่องจากบริบทของแต่ละชุมชน แตกต่างกัน สิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรม มีความแตกต่างกันซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของ ความสำเร็จ
2. การฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีระยะเวลาการเจ็บป่วย ที่ยาวนานดังนั้นต้องอาศัยระยะเวลาในการดูแลอย่างต่อเนื่องจึงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนำมาซึ่งผลลัพธ์ ทางด้านสุขภาพ เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้าเป็นไปในทางที่ดีขึ้น

### บรรณานุกรม

- ดารณี อ่อนชมจันทร์. (2546). การแพทย์พื้นบ้านไทยภูมิปัญญาของแผ่นดิน นิทรรศการในงาน **ชุมชนแพทย์แผนไทยสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ 5 ระหว่างวันที่ 9 –18 พฤษภาคม 2546 ณ กระทรวงสาธารณสุข .** กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ปาณิศา บุญรัตกลิน. (2561). การดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน: บทบาท พยาบาล [ฉบับอิเล็กทรอนิกส์].วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ. 11(1) 49-59.
- มะยูรี วงศ์กวานกลม. (2561). **ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสังคมวัฒนธรรมอีสาน.** ค้นเมื่อ 3 มกราคม 2562, จาก <https://so03.tci-thaijo.org>.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2561 SITUATION OF THE THAI ELDERLY 2018.** ค้นเมื่อ 6 ธันวาคม 2562 จาก <https://thaitgri.org/?p=38670>.
- นิตดา คำนิยมและวรรณภา ศรีธีรัตน์. (2559). ความต้องการชุดบริการการดูแลระยะยาวของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในชุมชน. [ฉบับอิเล็กทรอนิกส์]. วารสารการพยาบาลและการดูแล สุขภาพ. 34(3) 125-131.
- สมเกียรติ สุทธิรัตน์ และปาริชาติ เมืองขวา. (2561). **ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.** ค้นเมื่อ 3 มกราคม 2562, จาก <https://so03.tci-thaijo.org>.
- สุวัชรารักษ์ ชิวไศภิชฐ. (2562). สังคมผู้สูงอายุ: ปัจจัยการตลาดที่เปลี่ยนไป AGING SOCIETY: THE

- CHANGED MARKETING FACTOR. [ฉบับอิเล็กทรอนิกส์]. วารสารมหาจุฬานาครธรรมศน์. 6(1) 39-54.
- สุกัญญา ปวงนิยม, นงนภัทร รุ่งเนย และอุไรรัชต์ บุญแท้. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแล  
สุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบจังหวัด  
เพชรบุรี. [ฉบับอิเล็กทรอนิกส์]. วารสารแพทย์เขต 4-5. 38(3) 178-195.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร, สุรสุม กฤษณะจุกะและปิ่นวดี ศรีสุพรรณ. (2561). **วัฒนธรรมอีสานกับการดูแล  
สุขภาพผู้สูงอายุ**. อุบลราชธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร และบรรทม  
ลีระพันธ์. (2561). **โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care)  
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**. กรุงเทพฯ:  
บริษัท ดีเซมเบอร์ จำกัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). **คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข  
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพ  
แห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559**. กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพชรจำกัด.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. (2562). **ระบบงานคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัด  
อำนาจเจริญ**. ค้นเมื่อ 3 มกราคม 2562, จาก <http://www.amno.moph.go.th/>.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ทศพร คำผลศิริและลินจง โปธิบาล. (2553). **โครงการวิจัยการวิเคราะห์การดูแลระยะยาว  
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้**. ค้นเมื่อ 5 มกราคม 2562, จาก  
[www.portal.nurse.cmu.ac.th](http://www.portal.nurse.cmu.ac.th).
- อาคม บุญเลิศ. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน  
เขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. [ฉบับอิเล็กทรอนิกส์]. **ศรี  
นครินทร์เวชสาร** 30(1) 25-33.
- อัญชัชฐฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุค  
ประเทศไทย 4.0 The Long Term Care for the Elderly Dependency on Thailand  
Country 4.0 Era. [ฉบับอิเล็กทรอนิกส์]. **วารสารวิชาการธรรมศาสตร์**. 17(3) 237-243.
- National Health Security Office. (2016). **Long-term Care Public Health for  
Depressed Elderly People (Long Term Care) on National Health Security  
System**. Bangkok :National Health Security Office.