

การพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดเตียง ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

ลัดดาวัลย์ ชูทอง^{1*} ยามีละ ดอแม²

Received : September 15, 2021

Revised : December 23, 2021

Accepted : December 24, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียงก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย (การนวดและการประคบสมุนไพร) โดยนำกระบวนการ PDCA มาประยุกต์ในวิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุติดเตียงที่อาศัยอยู่ตำบลบางพลู อำเภอมือง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 30 คน มีค่า ADL ไม่เกิน 12 คะแนน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียงเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยกลุ่มพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง มีค่าสูงสุด คือ จากร้อยละ 70.00 เป็นร้อยละ 56.67 ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีค่าลดลง โดยไปเพิ่มจำนวนอยู่ในกลุ่มพึ่งพิงผู้อื่นเล็กน้อย จากร้อยละ 6.67 เป็นร้อยละ 20.00

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียงก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียงหลังพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย อยู่ในระดับมากกว่าก่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย คือ จาก 7.53 เป็น 7.87 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียงเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

คำสำคัญ: ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุติดเตียง การแพทย์แผนไทย

¹ อาจารย์ประจำหลักสูตร การแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต คณะการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี อีเมล: laddawan_c@mutt.ac.th

² อาจารย์ประจำหลักสูตร สาขาวิชาสุขภาพและความงาม คณะการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี อีเมล: yamila_d@mutt.ac.th

* ผู้นิพนธ์หลัก อีเมล: laddawan_c@mutt.ac.th

DEVELOPMENT OF ABILITY TO PERFORM ACTIVITIES OF DAILY LIVING OF BEDRIDDEN ELDERLY PEOPLE BY THAI TRADITIONAL MEDICINE

Laddawan Choothong^{1*} Yamila Domea²

Abstract

The purpose of this study was to assess the ability to perform basic Activities of Daily Living (ADL) of bedridden elderly before and after being developed by using Thai traditional medicine (massage and herbal compress). In this study PDCA was applied as a research method. The target group was specifically selected including 30 bedridden elderly people in Bang Phun, Mueang Pathum Thani Province with the ADL score of less than 12. The tool used in this study included, the Barthel ADL index was used. The statistics used for data analysis included frequency, percentages, means, and standard deviation.

The findings of this study clearly showed the levels of ability to perform activities of daily living before and after the application of Thai traditional medicine. The level of ability of moderate dependency was reduced from 70.00% to 56.67% while the that of the elderly people with slightly less dependency in the group was reduced from 6.67% to 20.00%.

The comparison of mean score differences of the ability to perform ADL of the bedridden elderly before and after the application of Thai traditional medicine showed that the life quality score increased from 7.53 to 7.87 after the application of Thai traditional medicine. Therefore, the ability to perform basic daily activities of bedridden elderly was increasing and a significant and statistical proven difference ($P < 0.05$) have been observed.

Keywords: Capacity in activities of daily living, Bedridden elderly, Thai traditional medicine

¹ Department of Applied Thai Traditional Medicine Programme, Faculty of Integrative Medicine, Rajamangala University of Technology Thanyaburi, e-mail: laddawan_c@mutt.ac.th

² Department of Health and Aesthetics Program, Faculty of Integrative Medicine, Rajamangala University of Technology Thanyaburi, e-mail: yamila_d@mutt.ac.th

* Corresponding author, e-mail: laddawan_c@mutt.ac.th

บทนำ

การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสื่อมของร่างกายตามอายุ อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยที่กำลังเคลื่อนเข้าสู่ภาวะประชากรสูงวัย โดยในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 14.5 จากจำนวนผู้สูงอายุ 9.4 ล้านคน ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ของประชากรทั้งหมด 64.5 ล้านคน โดยจะมีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุปีละประมาณ 5 แสนคน และคาดว่าภายในปีดังกล่าวประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด หรือมีประมาณ 14.4 ล้านคน (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2558) และมีผู้สูงอายุที่นอนติดบ้าน ติดเตียง ต้องพึ่งพิงคนอื่นช่วยดูแลกว่า 1 ล้านคน โดยร้อยละ 15 หรือประมาณ 960,000 คน เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ส่วนอีกประมาณ 63,000 คน เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย (ณรงค์ สหมาพาณิชย์, 2557)

ปัจจุบันผู้ป่วยติดเตียงมีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวเป็นอย่างมาก ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องให้การดูแลเอาใจใส่รวมทั้งการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงนาน ๆ สำหรับผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้เลย เป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่ต้องช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ทั้งหมดเพราะผู้ป่วยติดเตียงจะมีความลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลให้ช่วยเหลือเกือบตลอดเวลา การดูแลที่ดีมีประสิทธิภาพจะส่งผลต่อการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การรักษาความสะอาด สุขอนามัยทางร่างกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและถูกหลักอนามัย การพลิกตัว การนวดผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณที่จะเกิดแผลกดทับได้ง่าย การพุงนัง การฟื้นฟูสภาพทางกาย แขน ขา เพื่อป้องกันความพิการที่อาจรุนแรงขึ้น (ขนิษฐา ชงโคสันติสุข, 2560) ตลอดจนการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นภาระกับลูกหลาน ไม่รู้สึกท้อถอย ไม่รู้สึกหมดหวังในชีวิต เหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องช่วยกันประสานความรักความผูกพันที่มีส่งให้กับผู้ป่วยด้วยความเข้าใจความรู้สึกของมนุษย์ที่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ติดเตียงมีความจำเป็น เพื่อป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนเป็นภาระแก่ผู้ดูแลและเกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงนั้นควรได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ซึ่งผลของการที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านจะส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง และสามารถพึ่งตนเองได้ดีกว่าเดิม (จุฑาทิพ งอยจันทร์ศรี และอรสา กงตาล, 2555) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพที่มีการพึ่งพาผู้ดูแลในระดับสูง จัดเป็น

ภาระงานที่หนักและซับซ้อนในการดูแลที่เป็นความรับผิดชอบของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาระที่ยาวนานในการดูแลต้องมีการปรับตัวเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ตนเอง อาจเกิดความคลุมเครือในบทบาทและความไม่สะดวกในการดำเนินชีวิตเกิดขึ้นในบางรายต้องให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ดังนั้นชุมชนจึงต้องเข้ามามีส่วนร่วมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ติดเตียง โดยการดูแล ส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงให้เพิ่มมากขึ้นเพื่อช่วยลดปัญหาและผลกระทบต่าง ๆ เพราะสภาวะการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อกลุ่มคนในชุมชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มคนเหล่านี้ให้เพิ่มมากขึ้น

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จำเป็นต้องดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุมทั้งทางกายและทางใจเพื่อทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (พรณภัทร อินทฤทธิ์, 2560) ในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยเป็นการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน คือการรักษาโรค, การส่งเสริมสุขภาพ, การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยด้านการรักษาโรค คือ การใช้ยาสมุนไพร การนวดไทย การตรวจวินิจฉัยด้วยแพทย์แผนไทย และการใช้ยาสมุนไพร (กรกช อินทอง และคณะ, 2561)

จากประเด็นดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดเตียงด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ในตำบลบางพูน อำเภอมือง จังหวัดปทุมธานี เพื่อดูแลและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยให้สามารถกลับมาดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียง ก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียงก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณแบบกึ่งทดลอง โดยประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียง ก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้า โดยมีขั้นตอนตามลำดับต่อไปนี้

แบบแผนการวิจัย

(1) ศึกษาแนวคิดการพัฒนาความสามารถด้วยการประยุกต์ใช้หลัก PDCA คือ Plan (การวางแผน) DO (การปฏิบัติ) Check (การตรวจสอบ) และ Act (การปรับปรุง) เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

(2) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยวิธีการสนทนากลุ่มกับบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน 1 ทำให้ทราบถึงปัญหาเบื้องต้น คือ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบมีภาวะเจ็บป่วยและนอนติดเตียง ดังนั้นจึงดำเนินการจัดทำแผนการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดเตียงด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

(3) ติดต่อประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน 1, ผู้นำชุมชน และ อสม. เพื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมายและคัดเลือกผู้สูงอายุติดเตียงในพื้นที่ ตำบลบางพูน อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

(4) กำหนดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ดังนี้

- ตรวจสอบสัญญาณชีพทุกครั้งเพื่อประเมินร่างกายของผู้สูงอายุเบื้องต้น โดยการวัดอุณหภูมิร่างกาย, วัดความดันโลหิต, จับชีพจรและดูอัตราการเต้นของหัวใจ

- ประเมินลักษณะทั่วไปทุกครั้ง โดยดูลักษณะ รูปร่าง สีผิว สังเกตอิริยาบถในการเคลื่อนไหว เช่น การยืน เดิน นั่ง นอน ยกแขนขา การพลิกตัว การหยิบจับสิ่งของ การกลืน การเคี้ยว การพูด การหลับตา การหายใจ

- ประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียง โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ก่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยทุกครั้ง

- การตรวจร่างกายก่อนทำหัตถการ ได้แก่ ดูข้อต่อหัวไหล่ วัดสันเท้า ทดสอบกำลังและการเคลื่อนไหวของขา กระดิกนิ้วเท้าขึ้นลง กระดกข้อเท้าขึ้น ทดสอบแรงถีบข้อเท้า ให้ตั้งเข่าเข้าสองข้าง ทดสอบกำลังสะโพก (ในกรณีผู้ป่วยตั้งเข่าเข้าได้) ให้ต้านแรง กางเข่า หุบเข่า ทดสอบกำลังและการเคลื่อนไหวของแขน คว่ำหงายมือ กำเหยียดมือ ทดสอบแรงบีบของมือ 2 ข้างเปรียบเทียบกัน ตั้งข้อศอก กระดกข้อมือขึ้นลง ชูแขนชิดหู เหยียดนิ้วมือ ดึงแขน 3 จังหวะ

- พัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ได้แก่ ทำหัตถการโดยการนวดครั้งละ 1 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิต และทำให้ระบบกล้ามเนื้อคลายตัว มีกำลัง ลดการหดเกร็งของเส้นเอ็น, ประคบสมุนไพรครั้งละ 20 นาที เพื่อลดการอักเสบหลังจากการทำหัตถการ ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุติดเตียง และญาติผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวและเป็นการดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ดียิ่งขึ้น

- ประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียง โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) หลังการพัฒนาศักยภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยทุกครั้ง

- ติดตามอาการของผู้สูงอายุติดเตียง เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุติดเตียง และทำการบันทึกข้อมูลทุกครั้ง

(5) ลงพื้นที่เป้าหมาย ณ ตำบลบางพูน อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี เพื่อดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ตามรูปแบบที่กำหนด ได้แก่ ตรวจสอบสัญญาณชีพ ประเมินลักษณะทั่วไป ประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียงก่อนและหลัง การตรวจร่างกายก่อนทำหัตถการ พัฒนาศักยภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และติดตามอาการของผู้สูงอายุติดเตียง

(6) ติดตามและประเมินผลจากการดำเนินกิจกรรม การพัฒนาศักยภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียง ตามรูปแบบกิจกรรม

(7) สรุปผลและปรับปรุงการดำเนินงาน โดยการจัดประชุม สนทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์ผลจากการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งปัญหา อุปสรรค และหาแนวทางแก้ไข ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียงก่อนและหลังพัฒนาศักยภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน 1 อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 195 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน มีค่า ADL ไม่เกิน 12 คะแนน ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อุณหภูมิน้อยกว่า 38 องศาเซลเซียส สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง ไม่ใช้อุปกรณ์การช่วยหายใจ ไม่มีภาวะติดเชื้อหรือมะเร็ง ไม่มีโรคติดต่อรุนแรง ไม่มีภาวะโรคหัวใจ ไม่มีภาวะข้อหรือกระดูกเคลื่อน/แตก/หัก และเป็นผู้ที่สมัครใจสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินโดยใช้แบบสอบถามประเมินผู้สูงอายุและสอบถามผ่านผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การล้างหน้า

หวิ้ม แปร่งฟัน การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลืนอาหาร และการกลืนปัสสาวะ

การแปลผลคะแนน คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ดังนี้

0 - 4 คะแนน ภาวะพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมดหรือพิการ

5 - 11 คะแนน ภาวะพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง

12 คะแนนขึ้นไป ภาวะพึ่งพิงผู้อื่นเล็กน้อย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

(1) ติดต่อประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน 1 ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และร่วมสนทนากลุ่มเพื่อขอความร่วมมือในการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง

(2) ประสานบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน 1 เพื่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำชุมชน และ อสม. ในการลงพื้นที่และเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

(3) ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุติดเตียงที่อาศัยอยู่ในตำบลบางพูน อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

(4) รวบรวมข้อมูล มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired samples t-test และสรุปผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลสถิติดังนี้

(1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคล

(2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired samples t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียงก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย พบว่าผู้สูงอายุติดเตียงที่อาศัยอยู่ตำบลบางพูน อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 เพศชาย จำนวน 12 คน คิดเป็น

ร้อยละ 40.00 มีอายุ 70-79 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา มีอายุ 60-69 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และอายุมากกว่า 80 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
(n = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	12	40
	หญิง	18	60
อายุ	60-69 ปี	10	33.33
	70-79 ปี	15	50
	>80 ปี	5	16.67

เมื่อพิจารณาระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียง เปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย พบว่า กลุ่มพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด (0 - 4 คะแนน) มีระดับความสามารถเท่าเดิมทั้งก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย คิดเป็นร้อยละ 23.33 กลุ่มพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง (5 - 11 คะแนน) จากร้อยละ 70.00 เป็นร้อยละ 56.67 ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีค่าลดลง โดยไปเพิ่มจำนวนอยู่ในกลุ่มพึ่งพิงผู้อื่นเล็กน้อย (12 คะแนนขึ้นไป) จากร้อยละ 6.67 เป็นร้อยละ 20.00 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียงก่อน และ
หลังพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย (n = 30)

ระดับความสามารถ	ก่อนพัฒนาคุณภาพชีวิต		หลังพัฒนาคุณภาพชีวิต	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมดหรือพิการ (0 - 4 คะแนน)	7	23.33	7	23.33
พึ่งพิงผู้อื่นบ้าง (5 - 11 คะแนน)	21	70.00	17	56.67
พึ่งพิงผู้อื่นเล็กน้อย (12 คะแนนขึ้นไป)	2	6.67	6	20.00

ผลการศึกษาคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ADL เป็นรายชื่อของผู้สูงอายุติดเตียงก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงมี

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในการอาบน้ำ ระดับคะแนนน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.2, 0.4 ตามลำดับ ส่วนการลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ มีระดับคะแนนมากที่สุด ก่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.4, 0.5 ตามลำดับ และหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.6, 0.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียงก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย (n = 30)

กิจวัตรประจำวัน		ก่อน		หลัง	
		mean	S.D.	mean	S.D.
1	การรับประทานอาหาร	0.8	0.4	0.8	0.4
2	การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน	0.6	0.5	0.7	0.5
3	การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	1.4	0.5	1.6	0.5
4	การใช้ห้องน้ำ	0.8	0.4	0.8	0.5
5	การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	1.1	0.7	1.1	0.7
6	การสวมใส่เสื้อผ้า	0.3	0.5	0.4	0.5
7	การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	0.4	0.5	0.4	0.5
8	การอาบน้ำ	0.2	0.4	0.2	0.4
9	การกลืนอุจจาระ	1.1	0.4	1.1	0.4
10	การกลืนปัสสาวะ	0.9	0.6	0.9	0.61

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียงก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยทดสอบด้วยค่าสถิติ Paired samples t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียงหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยแตกต่างจากก่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียงเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ
ติดเตียงระหว่างก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย (n = 30)

ความสามารถ	n	mean	S.D	95% confidence interval		t	df	sig
				of the difference				
				Lower	Upper			
ก่อนพัฒนาคุณภาพชีวิต	30	7.53	3.43	6.25	8.81	2.76	29	0.005
หลังพัฒนาคุณภาพชีวิต	30	7.87	3.66	6.50	9.23			

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดเตียงด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย พบว่า ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียง ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ทั้งก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย (การนวดเพื่อกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิต และทำให้ระบบกล้ามเนื้อคลายตัว มีกำลังลดการหดเกร็งของเส้นเอ็น ร่วมกับประคบสมุนไพรเพื่อลดการอักเสบหลังจากการทำหัตถการ รวมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุติดเตียง และญาติผู้ป่วย) โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ประเมินกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร, การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน, การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้, การใช้ห้องน้ำ, การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน, การสวมใส่เสื้อผ้า, การขึ้นลงบันได 1 ชั้น, การอาบน้ำ, การกลืนอาหาร และการกลืนปัสสาวะ ซึ่งสอดคล้องกับ อธิธิพล ดวงจินดา (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในบริบทพื้นที่จังหวัดชัยนาท พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาทมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยรวมอยู่ในระดับพึ่งพาตนเองได้ ร้อยละ 94.11 (Mean=18.56, SD.=4.08) และมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.96 (Mean=86.42, SD.=12.76) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฌิสาชล นาคกุล (2561) ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี โดยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ร้อยละ 45.20 เช่นเดียวกับ ราตรี โพธิ์ระวัช (2562) แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในตำบลนครชุม อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร โดยประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึ่งตนเองได้จำนวน 341 คน คิดเป็นร้อยละ 97.43 ดูแลตนเองได้บ้าง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.43 พึ่งตนเองไม่ได้จำนวน 4 คน

คิดเป็นร้อยละ 1.14 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ กิ่งกมล พุทธิบุญ (2563) ศึกษาเรื่องการประยุกต์ใช้การแพทย์พื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ต.เสนานิคม อ.เสนานิคม จ.อำนาจเจริญ พบว่า การนวดประคบสมุนไพรคลายเส้นป้องกันข้อติด สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง โดยนักบริบาล ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าลดลง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ดีขึ้น สอดคล้องกับ กรกช อินทอง และคณะ (2561) ศึกษาเรื่องรูปแบบการให้บริการสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษาจังหวัดตรัง พบว่า ควรครอบคลุมตามมิติการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน คือการรักษาโรค, การส่งเสริมสุขภาพ, การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยด้านการรักษาโรค คือ การใช้ยาสมุนไพร การนวดไทย การตรวจวินิจฉัยด้วยแพทย์แผนไทย การใช้ยาสมุนไพรและยาแผน ไทยในโรคเรื้อรัง และการรับประทานอาหารเป็นยา นอกจากนี้ พรณภัทร อินทฤทธิ์ (2560) ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยนำมาประยุกต์ใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลักธรรมานามัย ประกอบด้วย กายานามัย เป็นการดูแลสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุประกอบด้วยการใช้สมุนไพรเป็นอาหารและ ยา และการบริหารร่างกายด้วยฤาษีดัดตนและการนวดตัวเอง จิตตานามัย เป็นการดูแลสุขภาพจิตและอารมณ์ โดยการฝึกปฏิบัติสมาธิ โดยการสวดมนต์ การนั่งสมาธิ การเดินจงกรม และ สูดหายใจ ชีวิตานามัยเป็นการดำเนินชีวิตทางสายกลาง ดังนั้นศาสตร์การแพทย์แผนไทยจึงดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับ สุนันทา โอศิริ และคณะ (2559) ศึกษาเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย ตามหลักธรรมานามัยประกอบด้วย กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย โดยกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การทำอาหารเพื่อสุขภาพ กายบริหารท่าฤาษีดัดตน การนวดตนเอง การทำลูกประคบสด การสวดมนต์ และการเดินจงกรม ซึ่งสามารถสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น อีกทั้ง วัฒนีย์ ปานจินดา และพุทธรธรณ ชูเชิด (2559) ศึกษาเรื่องการดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular disease) ในคนไทยนิยมเรียกว่า โรคอัมพาต โดยมีการฟื้นฟูสภาพด้านภูมิปัญญาไทย มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประคบด้วยใบพลับพลึงร้อน การนวดตัวด้วยลูกประคบสมุนไพร การทำธาราบำบัดในน้ำสมุนไพรอุ่นและการออกกำลังกายในน้ำ การเดินในบ่อเลน ในขณะที่ สุรัชย์ โชคครรชิตชัย (2561) อ้างถึงตำราการแพทย์แผนไทยเดิมเล่ม 1 กล่าวถึงโรคอัมพฤกษ์หรืออัมพาต เกิดจากลมเบื้องสูง (ลมอุทกังคมาวาตา คือลมพัดขึ้นเบื้องบน จากปลายเท้าถึงศีรษะ) และลมเบื้องต่ำ (ลมอโรคมาวาตา คือ ลมพัดลงเบื้องล่างตั้งแต่ศีรษะถึงปลายเท้า) พัดระคนกัน จนเกิดโทษ ทั้งสองนี้เมื่อระคนกัน คือลมอโรคมาวาตาดัดย่อนขึ้นประคนกับลมอุทกังคมาวาตากับพัดลงหาอโรคมาวาตา จึงเป็นเหตุให้โลหิตถูกพัดเป็นฟองและร้อนดังไฟ ส่วนลมในทิศเบื้องต่ำคือลมอัมพฤกษ์และลมอัมพาตเกิดแต่ปลายเท้าถึงเบื้องบน ลมทั้งสองนี้ เป็นที่ตั้งแห่งฐานลมทั้งหลายเมื่อระคนกันก็ให้วาดหวนไปทั่ว เพราะไปกระทบกับลมหทัยวาตะ คือ ลมประจำหทัย เมื่อลม

ระคนกันให้กำลังโลหิตแปรไป อาการการที่ปรากฏจึงเป็นอาการทางระบบประสาทให้จุกแน่น ชัก กำมือ เท้างอ ดิ้นไป ให้ลิ้นกระด้างแข็ง ขากรรไกรแข็ง เจริญไม่ได้ บ้างสิ้นสติ หรือลมนั้นมีกำลังขับโลหิตให้คั่งเป็นวง ซึ่งอาจทำให้เป็นภาวะผู้ป่วยติดเตียงได้ และ จิริงกูร ญัฐรังสี และคณะ (2561) ศึกษาเรื่องความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและความสุขของผู้สูงอายุชุมชนทุ่งขุนน้อย อุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อยู่ในกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 97.90 (93 คน) กลุ่มติดบ้านร้อยละ 2.10 (2 คน) ไม่มี กลุ่มติดเตียง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำได้เองทุกคนได้แก่ การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า การหิ้วม ลางหนา แปร่งฟันและโกนหนวด สามารถกลืนอาหารและปัสสาวะได้อายุเฉลี่ย 50.00 ระดับความสุขของผู้สูงอายุทุกคนอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 38.90 (37 คน) ดังนั้นหากเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงอาจทำให้ระดับความสุขของผู้สูงอายุต่ำมากกว่ากลุ่มติดสังคม และกลุ่มติดบ้าน

การเปรียบเทียบระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียง ก่อน และหลังพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย พบว่า เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ความสามารถในการลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ มีระดับคะแนนมากที่สุด และความสามารถในการอาบน้ำ มีระดับคะแนนน้อยที่สุด จึงสรุปได้ว่า ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียงก่อน และหลังพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) สอดคล้องกับ ประหยัด ธุระแพง (2561) ศึกษาการพัฒนาาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอมือง จังหวัดหนองบัวลำพู พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการพัฒนามีกิจกรรมคือ พัฒนาระบบฐานข้อมูล พัฒนาระบบของที่มีสุขภาพครอบครัวและสร้างมีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง หลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนี Barthel ADL Index เพิ่มขึ้น 2.60 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับ ชาญชัย เหลาสาร และคณะ (2563) ศึกษาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง ตำบลกระเดียน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี โดยหาค่าเฉลี่ยของ ADL เปรียบเทียบก่อนและหลังให้การดูแล พบว่า กลุ่มที่ 1 มีค่าเฉลี่ย ADL จาก 10.36 เป็น 10.78 คะแนน กลุ่มที่ 2 มีค่าเฉลี่ย ADL จาก 8.23 เป็น 8.50 คะแนน กลุ่มที่ 3 มีค่าเฉลี่ย ADL จาก 6.00 เป็น 6.33 คะแนน และกลุ่มที่ 4 ค่าเฉลี่ย ADL จาก 4.00 เป็น 4.00 คะแนน ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น

สรุป

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย พบว่า ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียงก่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์

แผนไทย กลุ่มพึงพิงผู้อื่นบ้าง มีค่าสูงสุด คือ ร้อยละ 70.00 และหลังจากพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย กลุ่มพึงพิงผู้อื่นบ้าง มีค่าลดลงเหลือร้อยละ 56.67 ซึ่งจะเห็นได้ว่าจำนวนดังกล่าวไปเพิ่มอยู่ในกลุ่มพึงพิงผู้อื่นเล็กน้อย โดยที่การอาบน้ำ ยังคงต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด ส่วนกิจวัตรอื่นที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น ได้แก่ การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน, การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ และการสวมใส่เสื้อผ้า ดังนั้นหากมีการดูแลและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะทำให้เพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุติดเตียง และญาติผู้ป่วย โดยนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยมาประยุกต์ใช้ในการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพของร่างกายในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม
2. ศึกษาความสัมพันธ์ของข้อมูลเพิ่มขึ้น ได้แก่ เพศกับการเกิดภาวะติดเตียง โรคกับการเกิดภาวะติดเตียง และธาตุเจ้าเรือนทางทฤษฎีการแพทย์แผนไทยกับการเกิดภาวะติดเตียง
3. สามารถนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริม ฟื้นฟู ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุติดเตียง และติดตามความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
2. ควรศึกษาเพิ่มเติมด้านความรู้สึกรู้สึกในส่วนของผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแล เพื่อนำผลมาพัฒนาและปรับปรุงในการจัดโปรแกรมการดูแลคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงตำบลบางพูน อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพูน 1 และนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์รุ่น 19 วิทยาลัยการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรกช อินทอง, และคณะ. (2561). รูปแบบการให้บริการสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษาจังหวัดตรัง. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 11(1), 193- 203.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2558). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550.**

สืบค้นจาก <http://www.m-society.go.th>.

กึ่งกมล พุทธิบุญ. (2563). **การประยุกต์ใช้การแพทย์พื้นบ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ต.เสนานิคม อ.เสนานิคม จ.อำนาจเจริญ.** สืบค้นจาก http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files.../1p7.pdf.

ชนิษฐา ชงโคสันติสุข. (2560). **ศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เขตพื้นที่อำเภองาว จังหวัดลำปาง.** *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 4(1), 39-53.

จิรังกู ญัฐรังสี, และคณะ. (2561). **ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและความสุขของผู้สูงอายุ ชุมชนทุ่งขุนน้อย อุดรราชธานี. วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 2(1), 50-60.

จุฑาทิพ กองจันทร์ศรี, และอรสา กงตาล. (2555). **การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพรชบูรณ์. การประชุมวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น**, 17 กุมภาพันธ์ 2555, 658-669.

ชาญชัย เหลาสาร, และคณะ. (2563). **การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง ตำบลกระเดียน อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุดรราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข**, 29(5), 813-821.

ณรงค์ สหมธาพัฒน์. (2557). **สถานการณ์ผู้สูงอายุติดเตียง.** สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2014/03/6726>.

ณิสาชล นาคกุล. (2561). **การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี โดยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL). วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**, 28(3), 36-50.

ประหยัด ธุระแพง. (2561). **การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน**, 1(2), 15-29.

พรรณนัท อินทฤทธิ์. (2560). **การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยนำมาประยุกต์ใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลักธรรมานามัย. วารสารหมอยาไทยวิจัย**, 3(2), 35-42.

ราตรี โพธิ์ระวัช. (2562). **แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในตำบลนครชุม อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. สักทอง : วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (สทมส)**, 25(4), 76-85.

วัฒน์ย์ ปานจินดา, และพุทธวรรณ ชูเชิด. (2559). **การดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการ ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย**, 5(2), 70-78.

สุนันทา โอศิริ, และคณะ. (2559). **การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย ตามหลักธรรมานามัย.วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา**, 11(2), 33-43.

สุรัชย์ โชคครรชิตชัย. (2561). **คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เขตสุขภาพที่ 3.** สืบค้นจาก http://www.ppho.go.th/webppho/dl_strat/F20181018140227.pdf.

อิทธิพล ดวงจินดา. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในบริบทพื้นที่จังหวัดชัยนาท. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 35(3), 60-73.