

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน

The Quality of Life of the Elderly with Parkinson's Disease

อรวรรณ กุลจีรัง* พย.ม.
นารีรัตน์ สังวรวงษ์พนา** คม.

Orawan Kuljeerung* M.N.S.
Narirat Sungvorawongphana** M.Ed.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน จำนวน 80 ราย ที่มารับการรักษา ณ คลินิกโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคพาร์กินสัน ระยะที่ 1-3 ระหว่างเดือนเมษายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2555 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (PDQ8) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 71.53 ปี (SD = 7.48) ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.8 มีระดับความรุนแรงของโรคพาร์กินสันในระยะที่ 3 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับอยู่ในปานกลาง (M = 12.25, SD = 7.19) เมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตรายด้าน 8 ด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคุณภาพชีวิตด้านการเคลื่อนไหวในระดับน้อย (M = 2.73, SD = 1.56) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม (M = 0.34, SD = 0.76) และ ความรู้สึกพึงพอใจอยู่ในระดับดี (M = 0.70, SD = 1.29)

ผลจากการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางสุขภาพ นักศึกษา และผู้ที่มีความสนใจในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

โรคพาร์กินสัน

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ โรคพาร์กินสัน

Abstract

The purposive of this study was to describe the quality of life of the elderly with Parkinson's disease. The sample were 80 elders with Parkinson's disease who were diagnosed to be stage 1-3. and health check up at Parkinson's disease and Related Disorder Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society during April-July, 2012. The sample were asked to complete on personal data and Park-inson's Disease Questionnaires (PDQ8). The data were analyzed by descriptive statistics.

The results showed mean age of this sample was 71.53 years (SD = 7.48), the majority of sample 63.8% had Parkinson's disease in the 3rd stage. The total quality of life of the elderly with Parkinson's disease were classified moderate level (M = 12.25, SD = 7.19). Among 8 items under the total Parkinson's Disease Questionnaire had the highest mean score was mobility (M = 2.73, SD = 1.56), which was poor

* อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

quality of life. On the other hand, the lowest mean score were social support ($M = 0.34$, $SD = 0.76$) and stigma ($M = 0.70$, $SD = 1.29$), which were good quality of life.

The results of this study will be used for the health care providers, students and the people who want the basic data for promote quality of life of the elderly with Parkinson's disease.

Key words : Quality of life, elderly, Parkinson's disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาท จากการพร่องสารสื่อประสาทโดปามีน (Strayer & Richman, 2008) อัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น (Meiner & Lueckenotte, 2006) ประเทศไทยมีผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันประมาณ 0.8-1.2 แสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุญนาค, 2549) ผลจากการพร่องสารสื่อประสาทโดปามีน ทำให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีอาการสั่น (tremor) อาการแข็งเกร็ง (rigidity) การเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) การทรงตัวไม่สมดุล (postural instability) รวมทั้งอาการอื่นๆ เช่น พูดลำบาก เสียงเบา น้ำเสียงระดับเดียวกัน ลายมือตัวเล็กลง กลืนลำบาก ท้องผูก มีปัญหาการจับถ้วยปัสสาวะ นอนหลับยากเนื่องจากอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ ภาวะซึมเศร้า และสมองเสื่อม เป็นต้น (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ, 2549; Shagam, 2008) อาการเหล่านี้ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง บทบาททางสังคมลดลง เกิดการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นและเป็นภาระต่อผู้ดูแล นอกจากนี้ยังอาจส่งผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคล

รอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวและไม่มีความพึงพอใจในชีวิต นำมาสู่ภาวะซึมเศร้า มีผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง (Bhatai & Gupta, 2003; Schrag, 2004 cited in Wressle, Bringer, & Granerus, 2006)

คุณภาพชีวิต คือ ความผาสุก ความพึงพอใจและความหวังของแต่ละบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ในขณะนั้น (Cambell, 1976) โอเรม (Orem, 1991) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคล ซึ่งรับรู้ได้ แม้ว่าอยู่ในภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแสดงถึงศักยภาพในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล คุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมินคุณภาพการบริการทางด้านสุขภาพ ของแต่ละประเทศ (ธีราภรณ์ จันทร์ดา, 2549) จากการเสื่อมและการเปลี่ยนแปลงตามวัย ส่งผลให้ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทุกภาวะของผู้สูงอายุ มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Eliopoulos, 2014) จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน คือ ระดับความรุนแรงของโรค อาการและอาการแสดงที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การปฏิบัติบทบาทต่างๆ ในสังคม และความผาสุกทางอารมณ์ของผู้ป่วย รวมทั้งการรับรู้ต่อผลการรักษาผลข้างเคียงจากการรักษา และการพยาบาล การจัดการปัญหาสุขภาพดังกล่าวด้วยตนเองของผู้ป่วย (Jenkinson, Fitzpatrick, Peto, Dummett, Morley, & Saunders, 2012; Rahman, Griffin, Quinn, & Jahanshahi, 2008; Ziropada, Stefanova, Potrebic & Kostic, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในประเด็นดังกล่าวเพื่อนำผลการวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันทั้งในด้านบวกและ

ด้านลบมาเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้สูง อายุ โรคพาร์กินสันให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความผาสุกในการดำเนินชีวิตมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาตามกรอบแนวคิดการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่เจนคินสันฟิสปาทริก ฟิท ดัลเมท มอร์เลย์ และ ซูลเดอร์ (Jenkinson, Fitzpatrick, Peto, Dummett, Morley, & Saunders, 2012) ได้ศึกษาตามแนวคิดของสคิปเปอร์และคณะ (Schipper, & et al, 1996 cited in Jenkinson, Fitzpatrick, Peto, Dummett, Morley, & Saunders, 2012) ที่ว่า สุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (health-relate quality of life) โดยกรอบแนวคิดดังกล่าวมีความเชื่อว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) อาการ (symptoms) เช่น อาการสั่น อาการเหนื่อยล้า 2) การทำหน้าที่ทางกายภาพ (physical functioning) เช่น การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง 3) บทบาทและความรับผิดชอบ (role performance) เช่น การประกอบอาชีพ การทำงานบ้าน 4) ความผาสุกทางอารมณ์ (emotional well being) เช่น ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ 5) การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) เช่น ชีวิตครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจาก

แพทย์ว่าเป็นโรคพาร์กินสันในระยะที่ 1-3 ตามการแบ่งระยะของโฮห์นและยาร์ (Hoehn & Yahr, 1967 อ้างถึงใน นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2536) เข้ามารับการรักษาคณคลินิกโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยในระหว่างเดือนเมษายนถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2555

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุเพศชาย/หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคพาร์กินสัน มารับการรักษา ณ คลินิกโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 100 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุเพศชาย/หญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคพาร์กินสัน มารับการรักษา ณ คลินิกโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งเลือกอย่างเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคพาร์กินสันในระยะที่ 1-3 ตามการแบ่งระยะของโรคของโฮห์น และยาร์ (Hoehn & Yahr, 1967 อ้างถึงใน นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2536)
2. ไม่มีภาวะซึมเศร้า และสมองเสื่อม โดยอ้างอิงจากการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ในแฟ้มประวัติผู้ป่วยนอก

3. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้ตารางสำเร็จของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1971 อ้างถึงใน เรณา พงษ์เรืองพันธ์ และประสิทธิ์ พงษ์เรืองพันธ์, 2545) ระดับความเชื่อมั่นที่ 95

เปอร์เซ็นต์ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ 80 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระดับความรุนแรง การรักษาและการแสวงหาการรักษา โรคพาร์กินสันด้วยวิธีอื่นๆ โรคประจำตัวอื่นๆ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการมีผู้ดูแล

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยพาร์กินสัน (The Short Form Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ 8) ฉบับภาษาไทย ซึ่งได้รับอนุญาตจาก Isis Innovation Limited เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่พัฒนามาจาก The Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ 39) โดย เจนกินสัน ฟิตซ์แพทริก พีโท (Jenkinson, Fitzpatrick, Peto, 2012 cited Jenkinson, Fitzpatrick, Peto, Dummett, Morley, & Saunders, 2012) การตรวจสอบความสัมพันธ์ของ PDQ39 กับ PDQ8 พบว่ามีความคล้ายคลึงและมีความสัมพันธ์กันสูง คือ ใช้แทนกันได้ ($r = .96, p < .001, n = 459$) PDQ8 เป็นแบบสอบถามปลายปิดทั้งหมด 8 ด้าน จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการถามการรับรู้ผลกระทบจากการเป็นโรคพาร์กินสันไปประเด็น ความสามารถด้านการเคลื่อนไหว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความผาสุกทางอารมณ์ แหล่งสนับสนุนทางสังคม การระลึกรู้ ความสามารถในการสื่อสาร ความไม่สุขสบายด้านร่างกาย และความรู้สึกลึกลับในใจ (Jenkinson, Fitzpatrick, Peto, Dummett, Morley, & Saunders, 2012; Tan, Luo, Nazri, Li & Thumboo, 2004) ลักษณะของแบบวัดเป็นอัตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เลยให้ 0 คะแนน เป็นบางโอกาสให้ 1 คะแนน เป็นบางครั้งให้ 2 คะแนน เป็นบ่อยๆ ให้ 3 คะแนน และเป็นประจำเสมอให้ 4 คะแนน คะแนน

เฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน มีค่าอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 0-32 คะแนน ในการแปลผลนั้น ทั้งคะแนนรายด้านและคะแนนโดยรวมถ้าคะแนนยิ่งสูงหมายถึง คุณภาพชีวิตยิ่งน้อย และคะแนนยิ่งน้อย หมายถึง คุณภาพชีวิตยิ่งดี โดยเกณฑ์ในการกำหนดคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมแบ่งเป็นช่วงคะแนนด้วยวิธีการหาอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าบวกจากค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด (บุญใจ ศรีสถิตินราทร, 2547) แล้วเอาผลที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่าๆ กัน ซึ่งจะได้ค่าคะแนนที่มีความกว้างเท่ากันทุกชั้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์ในการกำหนดคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 0-1.33 คะแนน หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตดี ค่าเฉลี่ย 1.34-2.67 คะแนน หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.68-4.00 คะแนน หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตน้อย

เกณฑ์ในการกำหนดคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 0-10 คะแนน หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตดี ค่าเฉลี่ย 11-20 คะแนน หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ค่าเฉลี่ย 21-30 คะแนน หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตน้อย

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันในจังหวัดชลบุรีที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์-

มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว ขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และสามารถยุติหรือบอกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัยในช่วงใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลทำโดยภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดี และตอบรับการเข้าร่วมวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือผ่านทางคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และหัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยเพื่อขอความร่วมมือและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในระหว่างเดือนเมษายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2555 โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่ละราย ณ คลินิกโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ ชั้น 3 ตึก กปร. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ การเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาตและเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานและประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่คลินิกโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ ชั้น 3 ตึก กปร. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60-89 ปี อายุเฉลี่ย 71.53 ปี (SD = 7.48) เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.2 และเพศหญิง ร้อยละ 48.8 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนมากมีรายได้ ต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 38.8 รองลงมา มีรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท มากกว่า 20,000 บาท และ 1,001-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 21.3, 17.5 และ 12.5 ตามลำดับมีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย ร้อยละ 70 มีระดับความรุนแรง ของโรคพาร์กินสันอยู่ในระดับ 3 ร้อยละ 63.8 ระดับ 1 ร้อยละ 25 และ ระดับ 2 ร้อยละ 11.2 ส่วนใหญ่มีระยะการป่วยโรคพาร์กินสัน 1-5 ปี ร้อยละ 47.5 รองลงมา มีระยะการป่วย 6-10 ปี, 11-15 ปี, 15-20 ปี และมากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.3, 8.7, 6.3 และ 1.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95 ได้รับความรักษาด้วยการรับประทานยา และร้อยละ 5 ได้รับความรักษาด้วยการรับประทานยา ร่วมกับการผ่าตัดแบบกระตุ้นสมองส่วนลึก (deep brain stimulation : DBS) โดยร้อยละ 98.8 รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีเพียงร้อยละ 1.2 รับประทานยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจากยาหมดและ/หรือลืมรับประทานยา ร้อยละ 65 มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย ร้อยละ 90 ดูแลตนเองด้วยวิธีอื่นๆ ร่วมกับการรับประทานยา โดยวิธีการเดินออกกำลังกาย ร้อยละ 62.5 รองลงมา คือ การนวดแผนไทย การทำกายภาพบำบัด ร้อยละ 38.8 และ 33.3 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 มีผู้ให้การดูแลช่วยเหลือขณะอยู่บ้าน (รายละเอียดตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน จำแนกตามภาวะสุขภาพ (n=80)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะความรุนแรงของโรค		
ระยะที่ 1	20	25.0
ระยะที่ 2	9	11.20
ระยะที่ 3	51	63.80
การรักษา		
รับประทานยา	76	95.0
ทำ DBS ร่วมกับรับประทานยา	4	5.0
การรับประทานยา		
รับประทานยาสม่ำเสมอ	79	98.80
ขาดยาเป็นบางครั้ง	1	1.20
การดูแลตนเองนอกเหนือจากการรับประทานยา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
การเดินออกกำลังกาย	15	34.60
การนวดแผนไทย	28	21.53
การทำกายภาพบำบัด	24	18.58
การฝังเข็ม	15	11.54
กายบริหาร (รำมวยจีน ไหม้พลอง โยคะ)	9	6.90
การใช้สมุนไพร	6	4.60
ดนตรีบำบัดการ ฝึกพูด	3	2.30
ความสามารถในการดูแลตนเอง		
ดูแลตนเองได้	62	77.50
ไม่สามารถดูแลตนเองได้	18	22.50
การมีผู้ให้การดูแล		
มีผู้ดูแล	56	70.0
ไม่มีผู้ดูแล	24	30.0

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจำแนกตามรายด้าน และโดยรวม (n=80)

คุณภาพชีวิต	พิสัย		M	SD	ระดับ
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง			
รายด้าน					
1. การเคลื่อนไหว	0-4	0-4	2.73	1.56	น้อย
2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0-4	0-4	2.07	1.79	ปานกลาง
3. ความผาสุกทางอารมณ์	0-4	0-4	1.35	1.41	ปานกลาง
4. แหล่งสนับสนุนทางสังคม	0-4	0-4	0.34	0.76	ดี
5. การระลึกรู้	0-4	0-4	1.39	1.65	ปานกลาง
6. การสื่อสาร	0-4	0-4	1.51	1.67	ปานกลาง
7. ความไม่สุขสบายด้านร่างกาย	0-4	0-4	2.16	1.64	ปานกลาง
8. ความรู้สึกพึงพอใจ	0-4	0-4	0.70	1.29	ดี
โดยรวม	0-32	0-30	12.25	7.19	ปานกลาง

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน รายด้าน (ดังตารางที่ 2) พบว่า การเป็นโรคพาร์กินสันมีผลกระทบในทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านการเคลื่อนไหวเป็นประจำสม่ำเสมอมากที่สุด ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตระดับน้อย ($M = 2.73$, $SD = 1.56$) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อความไม่สุขสบายด้านร่างกาย ($M = 2.16$, $SD = 1.64$) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($M = 2.07$, $SD = 1.79$) การสื่อสาร ($M = 1.51$, $SD = 1.67$) การระลึก ($M = 1.39$, $SD = 1.65$) และความผาสุกทางอารมณ์ ($M = 1.35$, $SD = 1.41$) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางอย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่มีผลกระทบด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย ($M = 0.34$, $SD = 0.76$) และมีความรู้สึกพึงลึกในใจน้อย ($M = 0.70$, $SD = 1.29$) จะมีคุณภาพชีวิตระดับดี สำหรับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 12.25$, $SD = 7.19$)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตรายด้านของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี ($M = 0.32$, $SD = 0.74$) โดยกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีปัญหาสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ทั้งนี้อาจเป็นผล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มีผู้ดูแล ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน พี่ น้อง หรือ ผู้ดูแลจากสถานดูแลที่บุตรจ้างมาดูแลเป็นไปตามค่านิยมอันดีงามของสังคมไทยที่ผู้สูงอายุไทยมากกว่าร้อยละ 96 พักอาศัยและได้รับการดูแลจากครอบครัว (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554) ขณะเดียวกันที่คลินิกโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย แห่งนี้ มีการจัดทำเว็บไซต์ ของศูนย์ที่มีการให้ความรู้ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน นอกจากนี้ที่ศูนย์มีการทำกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเป็นประจำทุกเดือน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ เกษัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด

เป็นต้น เพื่อให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย พร้อมกันนี้ได้เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กับผู้ป่วยได้ เพื่อให้ผู้ดูแลซึ่งจัดว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Han, Lee, Lee & Park, 2003) มีความรู้และมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย มีความมั่นคงทางจิตใจ ไม่โดดเดี่ยว และสามารถปรับตัวผ่านสถานการณ์ต่างๆ ได้ (Cobb, 1976 อ้างใน อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2010; Ebersole & Hess, 1998; Maslow, 1969 cited in Luecknotte, 2000)

คุณภาพชีวิตด้านความรู้สึกพึงลึกในใจอยู่ในระดับดี ($M = 0.32$, $SD = 0.74$) โดยกลุ่มตัวอย่างไม่รู้สึกว่าโรคพาร์กินสันทำให้ตนเองอึดอัดเมื่อต้องอยู่ในที่สาธารณะ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันอยู่ในระยะที่ 1-3 ตามการแบ่งระยะของโรคของ โฮน และยาร์ (Hoehn & Yahr, 1967 อ้างถึงใน นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2536) ซึ่งอาการในระยะดังกล่าวผู้ป่วยยังพอช่วยเหลือตนเองได้ โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.50 สามารถดูแลตนเองได้ และร้อยละ 98.80 รับประทานยาสม่ำเสมอ เพื่อช่วยในความคุมอาการของโรค รวมทั้งยังมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระตุ้นสมองส่วนลึก (DBS) ร่วมกับการรับประทานยา ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและดูแลตนเองเป็นอย่างดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงกับคนปกติ (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ, 2549) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของคลินิกฯ และเป็นสมาชิกในเฟสบุ๊คของกลุ่มเพื่อนพาร์กินสันที่มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการให้คำปรึกษาทั้งจากเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่เป็นจิตอาสา ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและอึดอัด ซึ่งผลการวิจัยมีความแตกต่างกับการศึกษาของ แคป-เออร์เกรน และคณะ (Caap-Ahlgren et al., 2002) ที่พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีความอาย อายอายุผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองเหมือน

ผู้พิการจากการเป็นโรคพาร์กินสัน

คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางอารมณ์ ($M = 1.35$, $SD = 1.41$) และคุณภาพชีวิตด้านการระลึกรู้ ($M = 1.39$, $SD = 1.65$) ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างไม่รู้สึกรำใจ และขาดสมาธิในการทำกิจกรรมต่างๆ มากนัก ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพาร์กินสันสูงถึง 40% (Rihmer et al., 2004 cited in Jenkinson, Fitzpatrick, Peto, Dummett, Morley, & Saunders, 2012) รวมทั้งความบกพร่องทางปัญญา (cognitive impairment) ที่สามารถพบได้ 36% ในช่วงเวลา 2 ปีแรกของการเป็นโรคพาร์กินสัน (NS390 Noble C, 2007) อย่างไรก็ตามแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีระยะการป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน 1-5 ปีร้อยละ 17.5 และมีระยะการเป็นโรคพาร์กินสันในระยะที่ 3 ร้อยละ 83.8 ตามการแบ่งระยะของโรคของ โฮห์น และยาร์ (Hoehn & Yahr, 1967 อ้างถึงใน นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2536) แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยในการชะลอการดำเนินของโรค (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ, 2549) ประกอบกับการศึกษาในครั้งนี้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม

คุณภาพชีวิตด้านการสื่อสาร มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.54$, $SD = 1.67$) ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันตั้งแต่ระยะที่ 1-3 ตามการแบ่งระยะของโรคของ โฮห์น และยาร์ จะเริ่มมีอาการพูดลำบาก พูดเบาเสียงเร็ว น้ำเสียงมีระดับเดียวไม่มีเสียงสูงต่ำ อันเป็นผลมาจากข้อจำกัดในการหายใจ การทำงานของกล่องเสียง และเพดานทำให้เกิดอุปสรรคต่อการสื่อสารได้ (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ, 2549; Hoehn & Yahr, 1967 อ้างถึงใน นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2536) แม้ว่าการวิจัยครั้งนี้จะเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคพาร์กินสันในระยะที่ 1-3 ซึ่งเป็นระยะที่กลุ่มตัวอย่างอาจมีปัญหาในการสื่อสารได้ แต่เนื่องจากผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างว่าต้องเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารไปได้ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.30 มีการดูแลตนเอง

ด้วยการฝึกพูด และร้อยละ 98.80 รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จึงสามารถควบคุมอาการดังกล่าวได้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านการสื่อสารในระดับปานกลาง

คุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($M = 2.07$, $SD = 1.79$) และคุณภาพชีวิตด้านความไม่สุขสบายด้านร่างกาย ($M = 2.16$, $SD = 1.64$) อยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกลำบากในการทรงตัวและรู้สึกปวดเมื่อยจากอาการแข็งหรือเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 63.80 เป็นโรคพาร์กินสันในระยะที่ 3 ตามการแบ่งระยะของโรคของ โฮห์น และยาร์ (Hoehn & Yahr, 1967 อ้างถึงใน นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2536) ซึ่งในระยะดังกล่าวผู้ป่วยจะมีอาการเกร็งกล้ามเนื้อ ส่งผลให้มีการปวดเมื่อย แล้วอาการเกร็งของกล้ามเนื้อยังส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยมากที่สุด ทำให้เคลื่อนไหวได้ช้า หิบบั่นลึงของลำบาก (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ, 2549) แม้อาการเหล่านี้จะสามารถควบคุมได้ด้วยยา แต่ในช่วงที่ยาลดระดับต่ำลงก็ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการดังกล่าวได้ จึงอาจส่งผลต่อการรับรู้ความไม่สุขสบายและความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เบรมลีย์ และอีทอช (Bramley & Eatough, 2005) ที่พบว่า เมื่อยาออกฤทธิ์ผู้ป่วยจะทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดี แต่จะไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เมื่อระดับยาหมดลง อย่างไรก็ตาม นอกจากการรับประทานยาแล้วกลุ่มตัวอย่างบางส่วนได้เข้าร่วมกิจกรรมกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพที่คลินิกฯ (ร้อยละ 18.51) รวมทั้งมีการดูแลตนเอง เช่น เดินออกกำลังกาย (ร้อยละ 34.60) นวดแผนไทย (ร้อยละ 21.53) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวช่วยส่งเสริมการไหลเวียนโลหิต ช่วยแก้กล้ามเนื้อยึดเหยียดตึงขึ้น ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อได้ (ประมณฑิ วัฒนากุลวานิชย์, 2010) จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านความไม่สุขสบายด้านร่างกายในระดับปานกลาง

คุณภาพชีวิตด้านการเคลื่อนไหวของกลุ่ม

ตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย ($M = 2.73$, $SD = 1.56$) โดยกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่ามี 'ความยากลำบากเมื่อเดินทางไปในที่สาธารณะ ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีความพร่องของสารสื่อประสาทโดปามีน ส่งผลให้มีอาการสั่น อาการแข็งเกร็ง การเคลื่อนไหวช้า และมีปัญหาในการทรงตัว ซึ่งอาการดังกล่าวจะเป็นมากขึ้นเมื่อระยะเวลาการดำเนินของโรคมามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมากขึ้น (Miller, 2009; Strayer & Richman, 2008) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ ร้อยละ 63.80 เป็นโรคพาร์กินสันในระยะที่ 3 ตามการแบ่งระยะของโรคของ โสโน และยาร์ จะเริ่มมีการสูญเสียการทรงตัว ผู้ป่วยอาจพบว่าตนเองมีความไม่มั่นคงในการเดิน และขาดความมั่นใจในการก้าวเดินมากขึ้น (Hoehn & Yahr, 1967 อ้างถึงใน นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2536) ซึ่งการเคลื่อนไหวลำบากจะลดลงเมื่อฤทธิ์ยาในกระแสเลือดอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อยาหมดฤทธิ์หรือมีระดับต่ำลงก็อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมักรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของคุณลดลง รู้สึกลำบากเมื่อออกจากสังคม หรือเมื่อมีภาวะเครียด ซึ่งในความเป็นจริงแล้วอาการดังกล่าวเป็นอาการที่พบได้ในโรคสั่นทุกชนิด (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ, 2549) ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคพาร์กินสันวัยสูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว คือ กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงเมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวแต่ละครั้งยาวนานขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวในลักษณะต่างๆ ช้าลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตด้านการเคลื่อนไหวในระดับน้อยได้

คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 12.25$, $SD = 7.19$) ระยะเวลาการเป็นโรคพาร์กินสันที่นานมีผลทำให้ระดับความรุนแรงของโรคมามากขึ้นซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน การศึกษาคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันด้วยประเมินด้วยแบบประเมิน PDQ39 พบว่าผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในระยะที่ 1 ($M = 37.6$, $SD = 10.3$) มีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าระยะที่ 2 ($M = 49.9$, $SD = 12.4$) และ ระยะที่ 3 ($M = 54.6$, $SD = 11.8$) ตามลำดับ (Ziropada, Stefanova, Potrebic & Kostic, 2009) การวิจัยครั้งนี้แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 63.8 เป็นโรคพาร์กินสันระยะที่ 3 แต่กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 25 โรคพาร์กินสันระยะที่ 1 ซึ่งยังมีอาการไม่มาก เป็นเพียงด้านใดด้านหนึ่งของร่างกายเท่านั้น ร่วมกับระยะเวลาการเป็นโรคพาร์กินสันของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.5 เป็นโรคพาร์กินสัน 1-5 ปี รองลงมาคือ ร้อยละ 36.3 เป็นโรคพาร์กินสัน 6-10 ปี ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.80 ได้รับความช่วยเหลือด้วยการรับประทานยาสม่ำเสมอ ซึ่งช่วยควบคุมอาการของโรค รวมทั้งชะลอความก้าวหน้าของโรคได้ดี (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ, 2549) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีการเข้าร่วมกิจกรรมของคลินิกฯ และดูแลตนเองร่วมด้วย ได้แก่ เดินออกกำลังกาย กายบริหาร ทำกายภาพบำบัด ใช้ดนตรีบำบัดและการฝึกพูด ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว จัดว่าเป็นการฟื้นฟูสภาพ คงไว้ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (ศิริพันธ์ุ สาสัดย์, 2549) ดังจะเห็นว่าคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างก็อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($M = 2.07$, $SD = 1.79$) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิต ด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคมในระดับดี ($M = 0.32$, $SD = 0.74$) โดยร้อยละ 70 มีผู้ให้การดูแลช่วยเหลือจากปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันแก่ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันรวมทั้งผู้ดูแลเป็นระยะๆ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้การส่งเสริมให้ความรู้จะเป็นในประเด็นเกี่ยวกับลักษณะอาการ

การดำเนินการของโรค การรักษา การให้อาหารอย่างถูกต้อง วิธีการฟื้นฟูสภาพเพื่อสร้างเสริมศักยภาพของผู้ป่วย และผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้อย่างเหมาะสม การให้ความรู้ดังกล่าวอาจจัดทำในรูปแบบของกิจกรรมกลุ่ม การให้ความรู้ผ่านทางเว็บไซต์ของหน่วยงาน หรือจัดตั้งกลุ่มสมาชิกเพื่อผู้ป่วยโรคพาร์กินสันด้วยกันเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

1.2 ควรมีการกำหนดแผนการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในแต่ละระยะของโรคอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม โดยมีการร่วมมือกับสหวิชาชีพ เช่น แพทย์เฉพาะทาง พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักการพยาบาล นักจิตวิทยาและแพทย์ทางเลือก เป็นต้น

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรมีผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา และผลกระทบจากโรคพาร์กินสัน โดยเน้นให้ตระหนักถึงความสำคัญในการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

3. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแบบดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ นายแพทย์รุ่งโรจน์ พิทยศิริ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลผู้ป่วย ของพระคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ปฏิบัติงาน ณ คลินิกโรคพาร์กินสัน และการเคลื่อนไหวมุขมนตรี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ให้ความสะดวกสนับสนุนในการรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญยิ่งขอขอบพระคุณผู้สูงอายุกลุ่ม

ตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ธีราภรณ์ จันทร์ดา. (2549). คุณภาพชีวิตผู้ป่วย เรื้อรัง: สิ่งสำคัญที่พยาบาลควรคำนึงถึง ใน *การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในยุคแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้* (หน้า 21-24). ม.ป.ท.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2536). *โรคพาร์กินสัน*. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสดีตนรากร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัทยูเอ็นดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ประมณฑิ์ วิวัฒนาภักควาณิชย์. (2553). *การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยพาร์กินสัน*. เข้าถึงได้จาก <http://www.chula-parkinsons.org/?p=676&print=1>
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้*. ขอนแก่น: คลังนาภาวิทยา.
- เรณา พงษ์เรืองพันธ์ และประสิทธิ์ พงษ์เรืองพันธ์. (2545). *การวิจัยทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา เบนเนต. (2549). *โรคพาร์กินสันรักษาได้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : ศูนย์โรคพาร์กินสัน และกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพันธุ์ สาลัดย์. (2549). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. กรุงเทพฯ : บริษัทแอกทีฟ ฟรันท் จำกัด.
- อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2010). *แรงสนับสนุนทาง*

- สังคม: ปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน. *Rama Nurs J*, 16(2), 309-322.
- Bhatai, S., & Gupta, A. (2003). Impairment in activities of daily living in Parkinson's disease: Implications for management. *Neuro Rehabilitation*, 18, 209-214.
- Bramley, N., & Eatough, V. (2005). The experience of living with Parkinson's disease: An interpretative phenomenological analysis case study. *Psychology and Health*, 20(2), 223-235.
- Caap-Ahlgren, M., Lannerheim, L., & Dehlin, O. (2002). Older Swedish women's experiences of living with symptoms related to Parkinson's disease. *Journal of Advanced Nursing*, 39(1), 87-95.
- Campbell, A. (1976). Subjective measure of well-being. *American Psychologist*, 3, 117-124.
- Ebersole, P., & Hess, P. (1998). *Toward healthy aging: Human needs and nursing response* (5th ed.). St. Louis : Mosby-Year book.
- Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological nursing* (8th ed.). Philadelphia : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Han, K., Lee, P., Lee, S., & Park, E. (2003). Factors influencing quality of life in people with chronic illness in Korea. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 139-144.
- Jenkinson, C., Fitzpatrick, R., Peto, V., Dummett, S., Morley, D., & Saunders, P. (2012). *The Parkinson's Disease Questionnaires User Manual* (3rd ed). Oxford : Health Service Research Unit.
- Lueckenotte, A. G. (2000). *Gerontological nursing* (2nd ed.). St. Louis : Mosby.
- Meiner, S. E., & Lueckenotte, A. G. (2006). *Gerontological nursing* (3rd ed). St. Louis : Mosby.
- Miller, C. A. (2009). *Nursing for wellness in older adult* (5th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- NS390 Noble C. (2007). Understanding Parkinson's disease. *Nursing Standard*, 21 (34), 48-56
- Orem, D. E. (1991). *Nursing concept of practice*. St. Louis : Mosby Years Book.
- Rahman, S., Griffin, H. J., Quinn, N. P., & Jahanshahi, M. (2008). Quality of life in Parkinson's disease: The relative importance of the symptoms. *Movement Disorder*, 23(10), 1428-1434.
- Shagam, J. A. (2008). Unlocking the secrets of Parkinson's disease. *Radiologic Technology*, 79, 227-239.
- Strayer, D. A., & Richman, S. (2008). Quick lesson about Parkinson's disease: Psychological support. *CINAHL Information Systems*, 11, 1-2.
- Wressle, E., Bringe, B. & Granerus, A. (2006). *Quality of life in Parkinson's disease at a geriatric out patient department in Sweden including commentary by Behari M*. Retrieved from CINAHL plus with full text database.
- Tan, L. C., Luo, N., Nazri, M., Li, S. C., & Thumboo, J. (2004). Validity and reliability of the PDQ-39 and the PDQ-8 in English-speaking Parkinson's disease patients in Singapore. *Parkinsonism Relat Disord*, 10(8), 493-499.
- Ziropada, L., Stefanova, E., Potrebic, A., & Kostic, S. (2009). Quality of life in Serbian patient with parkinson's disease. *Qual Life Res*, 18, 833-839.