

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

Development of A Care Model for Patients with
Parkinson's Disease at Chiang Mai Neurological Hospital

| | |
|------------------|------------|
| นางนิรมัย | มณีรัตน์ |
| นายจตุพงษ์ | พันธ์วิไล |
| สุพัตรา | ปวนไผ่ |
| นางสาวสุชารินทร์ | ศรีสวัสดิ์ |
| นางวราพร | ราชเนตร |

ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรมการแพทย์

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

Development of A Care Model for Patients with
Parkinson's Disease at Chiang Mai Neurological Hospital

| | |
|----------------|------------|
| นางนิรมัย | มณีรัตน์ |
| นายจตุพงษ์ | พันธ์วิไล |
| สุพัตรา | ปวนไผ่ |
| นางสาวสุชาริณี | ศรีสวัสดิ์ |
| นางวราพร | ราชเนตร |

ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรมการแพทย์

กิตกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ทั้งนี้ เนื่องจากความเอื้อเฟื้อ และความอนุเคราะห์ของบุคลากรหลายฝ่าย ทั้งผู้ทรงคุณวุฒิจากโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอก ที่ได้สละเวลารุณาให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกระยะของการดำเนินโครงการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน อีกทั้งให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมใช้รูปแบบดังกล่าวเป็นอย่างดี

ผู้วิจัยและคณะ ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ แพทย์หญิงศศิธร ศิริมหาราช ที่ได้อนุญาต และสนับสนุนให้ดำเนินโครงการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จ และบรรลุตามวัตถุประสงค์

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานผลการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย พาร์กินสัน ญาติผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการผู้ป่วยพาร์กินสัน ตลอดจนประชาชนทั่วไป และผู้ที่สนใจสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน และเป็นต้นแบบในการพัฒนาต่อยอดได้

นिरมัย มณีรัตน์ และคณะ

Title Development of A Care Model for Patients with Parkinson's Disease at Chiang Mai Neurological Hospital

Authors Mrs. Niramai Maneerattana
Mr. Jatupong Panwilai
Mrs. Supattra Puanphai
Miss Sucharinee Srisawat
Mrs. Warapon Rachanet

Abstract

Parkinson's disease (PD) is a neurodegenerative disorder and incurable illness affecting the quality of life of the patient with PD, and the relevant. Then it would be beneficial if there is an appropriate process for caring for the patient with PD in order to reduce the incidence of its complication and improve their quality of life. The main objective was to develop a care model for patients with PD, the specific objectives consisted of exploring 1) the situation regarding nursing care for patients with PD, 2) the components and model of nursing care for patients with PD, and 3) the feasibility of model implementation. This research and development consisted of 4 phases, situational analysis, model development, model implementation, and evaluation, and conclusion of the feasibility of the model from November 2021 – July 2022.

The findings revealed that 1) the situations regarding nursing care for patients with PD consisted of lacking knowledge and inappropriate knowledge about PD and having low quality of life among patients with PD, lacking knowledge about PD and skill of being a caregiver among family caregivers, and lacking a multidisciplinary care system, 2) the components and care model for patients with PD comprised promoting the health

literacy of patient with PD, promoting family caregiver's participation in caring for the patient with PD, and increasing of healthcare provider's competencies, and 3) the feasibility of model implementation, the findings revealed that the knowledge regarding PD, medication adherence, and quality of life score among patients with PD, the knowledge regarding PD and readiness of being caregiver score of family caregivers and the knowledge regarding PD of nurses were significantly increased.

This model enables to increase in the effectiveness of caring for patients with PD through promoting the knowledge, understanding, and practice regarding the disease. As well as, promoting the competencies of family caregivers and healthcare providers.

| | | |
|-----------------|---|------------|
| ชื่องานวิจัย | การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ | |
| รายชื่อผู้วิจัย | นางนิรมัย | มณีนรัตน์ |
| | นายจตุพงษ์ | พันธวิไล |
| | นางสุพัตรา | ปวนไผ่ |
| | นางสาวสุชารินทร์ | ศรีสวัสดิ์ |
| | นางวรารพร | ราชเนตร |

บทคัดย่อ

โรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง ดังนั้นหากมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันที่เหมาะสมจะสามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของกลุ่มคนดังกล่าวได้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยมีวัตถุประสงค์ย่อยเพื่อศึกษา 1) สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน 2) องค์กรประกอบ และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน และ 3) ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ วิธีการ: เป็นการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน 2) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน 3) การนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ และ 4) การสรุป และประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้ ดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 – กรกฎาคม 2565

ผลการศึกษาประกอบด้วย 1) สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค ผู้ป่วยมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการ

ปฏิบัติตัว คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ญาติขาดทักษะในการเป็นผู้ดูแล บุคลากรขาดทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ขาดระบบการดูแลผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพ 2) องค์ประกอบ และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ประกอบด้วย การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลแก่ญาติ และการเสริมสร้างสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์ และ 3) ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน พฤติกรรมการกินยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คะแนนความรู้ และคะแนนความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลของญาติ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

การนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันที่ได้พัฒนาขึ้นไปใช้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยเป็นการช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยพาร์กินสัน และยังเพิ่มศักยภาพในการเป็นผู้ดูแลแก่ญาติ ตลอดจนการเสริมสร้างสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| กิตติกรรมประกาศ | ข |
| Abstract | ค |
| บทคัดย่อ | จ |
| สารบัญตาราง | ฉ |
| สารบัญรูปภาพ | ญ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย | 8 |
| คำถามการวิจัย | 8 |
| ขอบเขตการวิจัย | 8 |
| นิยามศัพท์ | 8 |
| บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง | 9 |
| 1. โรคพาร์กินสัน | 9 |
| 1.1 ความหมายของโรคพาร์กินสัน | 9 |
| 1.2 สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยง | 10 |
| 1.3 พยาธิสภาพของการเกิดโรคพาร์กินสัน | 11 |
| 1.4 อาการ และอาการแสดง | 14 |
| 1.5 การวินิจฉัยโรคพาร์กินสัน | 19 |
| 1.6 ผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน | 20 |
| 1.7 การรักษาผู้ป่วยพาร์กินสัน | 22 |
| 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน | 28 |
| 2. การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุพาร์กินสัน | 42 |
| 3. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัย และพัฒนา | 46 |
| กรอบแนวคิดการวิจัย | 52 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|---|------|
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย | 53 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 53 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 55 |
| การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ | 58 |
| การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง | 59 |
| ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย | 59 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 65 |
| บทที่ 4 ผลการวิจัย และการอภิปรายผล | 67 |
| ผลการวิจัย | 67 |
| 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง | 67 |
| 2. สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน | 74 |
| 3. องค์กรประกอบ และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน | 77 |
| 4. ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ | 78 |
| การอภิปรายผล | 81 |
| 1. สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน | 81 |
| 2. องค์กรประกอบที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาล ประสาทเชียงใหม่ | 86 |
| 3. ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ | 88 |
| บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ | 89 |
| สรุปผลการศึกษา | 89 |
| ข้อเสนอแนะ | 90 |
| อ้างอิง | 92 |
| ภาคผนวก | 102 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | | หน้า |
|----------|--|------|
| 4.1 | ลักษณะทั่วไปของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา | 68 |
| 4.2 | ลักษณะทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้นำรูปแบบฯ ไปใช้ | 69 |
| 4.3 | ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยพาร์กินสันผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา | 70 |
| 4.4 | ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยพาร์กินสันที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน | 71 |
| 4.5 | ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา | 72 |
| 4.6 | ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่มีส่วนร่วมในการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน | 73 |
| 4.7 | เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยพาร์กินสันในกลุ่มทดลอง | 79 |
| 4.8 | การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง | 80 |
| 4.9 | การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล และความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน ก่อนและหลังการอบรม | 80 |
| 4.10 | เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันก่อนและหลังการอบรมของพยาบาล | 81 |

สารบัญรูปภาพ

| รูปภาพที่ | หน้า |
|--|------|
| 2.1 ระบบประสาทส่วนกลาง | 12 |
| 2.2 Basal ganglia | 12 |
| 2.3 Direct and indirect basal ganglia pathways | 13 |
| 2.4 อาการ และอาการแสดง | 15 |
| 2.5 การผ่าตัดกระตุ้นสมองส่วนลึก (deep brain stimulation [DBS]) | 27 |
| 4.1 องค์ประกอบ และรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน | 78 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease, PD) เป็นโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญที่พบได้บ่อยเป็นอันดับสองของโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท (neurodegenerative disease) รองจากโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) โรคพาร์กินสันพบได้น้อยในกลุ่มอายุที่น้อยกว่า 50 ปี แต่จะมีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในกลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (Pringsheim, Jette, Frolkis, & Steeves, 2014) และพบได้ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 1.5 เท่า (Elbaz, Carcaillon, Kab, & Moisan, 2016) โดยพบอุบัติการณ์การเกิดในประเทศอุตสาหกรรมประมาณร้อยละ 0.3 ในประชาชนทั่วไป พบร้อยละ 1 ในประชาชนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และพบได้สูงถึงร้อยละ 3 ในประชาชนที่มีอายุมากกว่า 80 ปี (Lee, & Gilbert, 2016) และจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุทั่วโลก ทำให้มีการคาดการณ์ความชุกของพาร์กินสันจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 จากปี 2010 – 2020 และจะเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าในปี 2030 (Dall et al., 2013; Dorsey et al., 2007) สำหรับประเทศไทย เริ่มมีข้อมูลจากโครงการลงทะเบียนผู้ป่วยพาร์กินสันตั้งแต่ พ.ศ. 2553 – 2554 โดยพบความชุกรวมอยู่ที่ 242.57 ต่อ 100,000 คน (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2562) ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในประเทศไทยมีอัตรา 1 ใน 100 ของประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อันเนื่องมาจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้น ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งประเทศ ที่สำคัญยังพบอีกว่าผู้ป่วยร้อยละ 8 ถูกตรวจพบว่าเป็นโรคพาร์กินสันก่อนอายุ 40 ปี (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2559)

โรคพาร์กินสันเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาทในส่วนของสับสแตนเชียไนกรา (substantia nigra) ซึ่งเซลล์ระบบประสาทส่วนนี้มีหน้าที่ในการผลิตสารโดปามีน (dopamine) ที่มีส่วนสำคัญในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการทรงตัวของร่างกาย ดังนั้นเมื่อเซลล์สมองส่วนนี้เสื่อม และมีการผลิตสารโดปามีนน้อยลง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการติดขัดทางการเคลื่อนไหว และการทรงตัว (Klimaschewski, 2023) อาการของโรคพาร์กินสันสามารถแบ่งออกเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว (motor symptoms) และอาการนอกเหนือจากการเคลื่อนไหว (non-motor symptoms) โดยอาการที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว ได้แก่ 1) อาการสั่น (tremor) โดยเฉพาะเมื่อเวลาที่อยู่นิ่ง ๆ 2) อาการเกร็ง (rigidity) มักจะเป็นข้างเดียวกับข้างที่มีอาการสั่น ผู้ป่วย

จะรู้สึกปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ทั้งที่ไม่ได้เคลื่อนไหว หรือทำงานมาก 3) การเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) ผู้ป่วยจะขาดความกระฉับกระเฉง งุ่มง่าม โดยเฉพาะเมื่อเริ่มต้นเคลื่อนไหว ซึ่งอาจทำให้เกิดหกล้ม เกิดอุบัติเหตุตามมาได้ 4) ท่าเดินผิดปกติ (posture instability) คือ มีลักษณะจำเพาะที่ต่างจากโรคอื่น คือ ก้าวเดินสั้น ๆ แบบซอยเท้าในช่วงแรก ๆ และจะก้าวยาวขึ้นเรื่อย ๆ จนเร็วมาก และหยุดไม่ได้ทันที จึงมีโอกาสเกิดหกล้มหน้าคว่ำได้ง่าย เดินตัวงอ แขนไม่แกว่ง มือชิดลำตัวเป็นต้น 5) การแสดงสีหน้าเหมือนใส่หน้ากาก (masking face/ hypomimia) ผู้ป่วยมีใบหน้าเฉยเมย ไม่มีอารมณ์ 6) เสียงพูดเบา ไม่ชัด หากพูดนานไปเสียงก็จะค่อย ๆ หายไปในลำคอ 7) เขียนหนังสือลำบาก ตัวหนังสือค่อย ๆ เล็กลง (micrographia) จนอ่านไม่ออก (Balestrino, & Schapira, 2020) และอาการอื่น ๆ นอกเหนือจากการเคลื่อนไหว ซึ่งเกิดขึ้นได้กับทุกระยะของโรค และสามารถพบได้บ่อย เช่นเดียวกับความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว แต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้มากกว่าหากอาการผิดปกตินี้มีมากขึ้น จากการศึกษาที่สารสื่อประสาทโดปามีนลดลง เกิดภาวะบกพร่องทางระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic dysfunction เช่น ภาวะความดันเลือดต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า อาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น (สิรินันท์ กลั่นบุศย์, สิริพรรณพัฒนาฤดี และรุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2561) รวมถึงเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorders) เกิดอาการทางจิตประสาท (neuropsychiatric symptoms) เช่น ภาวะซึมเศร้า (depression) และความวิตกกังวล (anxiety) ซึ่งจะส่งผลให้อาการของโรคพาร์กินสันแย่งลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แย่ลง ความสามารถในการจดจำ การเรียนรู้ และการตัดสินใจบกพร่อง ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต และเพิ่มภาระให้แก่ผู้ดูแลได้ (Balestrino, & Schapira, 2020; ศิริรินภา อภิสิทธิ์ธิฎัญญู, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สมศักดิ์ เทียมเก่า และพงศธร พหุลภาคย์, 2560)

อาการของโรคพาร์กินสันเมื่อมีความรุนแรงมากขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ดูแลมากขึ้น โดยความรุนแรงของโรคพาร์กินสัน สามารถจำแนกได้ 5 ระดับตามอาการของผู้ป่วย คือ ระยะที่ 1 ผู้ป่วยจะมีอาการสั่น เกร็ง เคลื่อนไหวช้า โดยมีอาการข้างเดียว อาจเริ่มที่แขนหรือขา และกระจายไปส่วนอื่น ๆ ระยะที่ 2 ผู้ป่วยจะมีอาการเหมือนระยะที่ 1 แต่เป็นทั้ง 2 ข้าง แต่ระยะนี้ยังไม่มีผลต่อการทรงตัว ผู้ป่วยจะเดินตัวค่อมเล็กน้อย สีหน้าเหมือนใส่หน้ากาก เคลื่อนไหวช้า และเสียงพูดราบเรียบ ระยะที่ 3 ผู้ป่วยจะมีอาการทั้ง 2 ข้างของร่างกาย โดยอาการจะมีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง เสียการทรงตัว แต่เดินได้เอง ขณะเดินหรือลุกยืน หัวจะทิ่มไปข้างหน้า และซอยเท้าถี่ ผู้ป่วยยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้บ้าง ระยะที่ 4 เริ่มมีอาการรุนแรงขึ้น และต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น เดินได้แต่ต้องมีคนพยุง กิจวัตรประจำวันต้องมีผู้ช่วยเหลือ และระยะที่ 5 ผู้ป่วยไม่สามารถลุกจากเตียงได้ ต้องนั่งรถเข็น ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา, และ ศรีจิตรา บุณนาค, 2550)

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่ไม่ได้รับการรักษา หรือได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างจากการดำเนินของโรค และทำให้ระยะการดำเนินของโรคเร็วขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เกิดความพิการ หรือมีทุพพลภาพตามอายุ และระยะการดำเนินของโรคที่เพิ่มมากขึ้น ร่วมกับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น โดยผลกระทบของโรคพาร์กินสันต่อตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ 1) ผลกระทบด้านร่างกาย จากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงทำให้เกิดปัญหาการพลัดตกหกล้มได้ง่าย โดยร้อยละ 54 ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เกิดการพลัดตกหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 1 ปี และเกิดมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคพาร์กินสันถึง 3 เท่า (Rudzinska et al., 2013) เกิดปัญหาในเรื่องของการสื่อสาร ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไม่ดี และจากปัญหาการกลืนอาหารลำบาก และปัญหาการสำลักได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยขาดสารอาหาร ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ (Fereshtehnejad et al., 2014) 2) ผลกระทบด้านจิตใจ เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ มีอาการทางจิตประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ความสามารถในการจดจำ การเรียนรู้ และการตัดสินใจบกพร่อง (ศิริริภา อภิสวัสดิ์ภิญโญ, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สมศักดิ์ เทียมเก่า และ พงศธร พหลภาคย์, 2560) มีความคิดอยากฆ่าตัวตายได้ (Nazem et al., 2008) มีคุณภาพชีวิตลดลง (Simpson, Lekwuwa, Crawford, 2013) 3) ผลกระทบด้านสังคม ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในตนเอง และไม่ยอมออกงานสังคมเนื่องจากอาการผิดปกติของการเคลื่อนไหว และการเสียสมดุลของการทรงตัว (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา, และ ศรีจิตรา บุณนาค, 2550) มีการลดบทบาทในครอบครัว จากผู้นำมาเป็นผู้ตาม และลดบทบาททางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมลดลง (ชลดา ดิษฐ์ชกิจ, 2554) แยกตัวออกจากสังคม (Soundy, Stubbs, Roskell, 2014) และ 4) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เกิดภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น (Boland, & Stacy, 2012) โดยค่าใช้จ่ายจะเพิ่มมากขึ้นสัมพันธ์กับการดำเนินของโรค และผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้บริการทางสุขภาพที่มากขึ้น (Mateus, & Coloma, 2013) ค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีทั้งค่าใช้จ่ายโดยตรง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การมาตรวจตามนัด หัตถการทางการแพทย์ และค่ายาตลอดจนค่าเดินทาง ค่าอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และค่าใช้จ่ายโดยอ้อม ได้แก่ ค่าใช้จ่ายจากการสูญเสียแรงงาน ค่าใช้จ่ายจากการดูแลที่ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับมาหายเป็นปกติได้ และภาระจากการดูแลของผู้ดูแล (Mateus, & Coloma, 2013; Boland, & Stacy, 2012)

นอกจากจะผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว และผู้ดูแล ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การไปตรวจตามแพทย์นัด รวมถึงการช่วยออกกำลังกาย การทำกายภาพฟื้นฟู เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีเวลาในการดูแลตนเองลดลง เกิดการรบกวนต่อภาวะสุขภาพหรือบทบาทอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันตามมา (ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล,

2558; Martinez-Martin, Rodriguez-Blazquez, & Forjaz, 2012; Peters, 2014) ผลกระทบด้านร่างกาย จากการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ไม่มีเวลาพักผ่อน ไม่ได้ออกกำลังกาย ทำให้เกิดการเจ็บป่วยตามมา เช่น เป็นไข้ ปวดหลัง น้ำหนักลด เป็นต้น (Padovani et al., 2018) ผลกระทบด้านจิตใจ เกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า (ศิริินภา อภิสิริธิภิญโญ, สุวรรณ อรุณพงศ์ ไพศาล, สมศักดิ์ เทียมเก่า และพงศธร พหลภาคย์, 2560; del-Pino-Casado, Espinosa-Medina, López-Martínez, Orgeta, 2019; Martinez et al., 2018) รวมถึงรูปแบบการนอนหลับผิดปกติ นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ (Perez, Perrin, Lageman, Villaseñor, Dzierzewski, 2020) ผลกระทบด้านสังคม และเศรษฐกิจ เกิดจากการที่ผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ทำให้ขาดความอบอุ่นในครอบครัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงลดลง นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัว รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษา และฟื้นฟูสภาพทั้งค่าใช้จ่ายทางตรง และทางอ้อม อีกทั้งผู้ดูแลอาจไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายตามมา (วิน เตชะเคหะกิจ, 2559; Martinez-Martin et al., 2019)

ผู้ป่วยพาร์กินสันเป็นโรคที่มีความผิดปกติหลายระบบ และมีอาการทางระบบประสาทที่แตกต่างกันออกไป (multisystem, and heterogeneous neurodegenerative disorder) ซึ่งต้องการการดูแลด้วยการจัดการที่หลายมิติ (multidimensional approach to management) อาศัยการมีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered multidisciplinary approach) ประกอบด้วย ผู้ดูแลในครอบครัวและทีมสหวิชาชีพที่เฉพาะเจาะจง และมีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล จิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา เกสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักฝึกพูด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงผู้ดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น (Qamar et al., 2017; Radder et al., 2019) โดยการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary care) เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันอย่างแข็งขัน (active collaboration) ระหว่างสมาชิกทีมบุคลากรทางการแพทย์ต่าง ๆ เพื่อพัฒนาและจัดทำแผนการดูแลที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Nichanim, Fitterman, Lukela, & Crocker, 2017) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพมีวัตถุประสงค์ คือร่วมกันสามารถบริหารจัดการโดยใช้ความรู้ความสามารถตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ และแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นทีมได้อย่างเหมาะสม มีความไว้วางใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูล การวางแผนการดูแล และการตัดสินใจแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ (Sullivan, 1998) ซึ่งปัจจุบันการให้บริการด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) โดยลำพังเฉพาะวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์ได้ บุคลากรทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องให้ความร่วมมือในกระบวนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้มี

ความครอบคลุมทุกปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งมีความต่อเนื่องของการให้บริการ ความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างทีมสุขภาพสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรค อัตราการเสียชีวิต และกลับมารักษาซ้ำ (Baggs, 2001) ช่วยลดความเสี่ยง และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการ เป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจ เพิ่มอัตราการคงอยู่ในงาน และส่งเสริมความภาคภูมิใจในวิชาชีพของตนเอง (Rice, 2001) อีกทั้งยังเพิ่มความมั่นคงและอยู่รอดขององค์กร (Mizrahi, & Abramson, 2000) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันซึ่งมีความละเอียดซับซ้อน จึงต้องอาศัยการดูแลโดยสหวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทบาทหน้าที่การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน สามารถอธิบายได้ดังนี้ 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน (family caregivers) จะรับบทบาทในการให้การดูแลโดยตรงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การป้อนอาหาร การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย และการเคลื่อนไหวการช่วยเหลือในกิจกรรมที่ต้องใช้อุปกรณ์ เช่น การเดินทาง การทำงานบ้าน การเตรียมอาหาร เป็นต้น (National Alliance for Caregiving, & American Association of Retired Person, 2020) รวมถึงทำหน้าที่ในการสื่อสารและทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพในการจัดการและวางแผนในการรักษาผู้ป่วยพาร์กินสัน (Qamar et al., 2017) 2) แพทย์ (Neurologist) มีหน้าที่ในการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค การรักษาโรครวมถึงเป็นผู้นำทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน 3) พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน (Parkinson's disease nurse) มีหน้าที่ในการให้ข้อมูล ให้ความรู้ และสนับสนุนผู้ป่วยพาร์กินสันในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรค แผนการรักษา การกินยา การทำกายภาพบำบัด และอื่น ๆ โดยเป็นศูนย์กลางในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ 4) จิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา (Psychologist and neuropsychiatrist) ทำหน้าที่ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และโรคจิต เป็นต้น รวมถึงให้การสนับสนุนด้านจิตใจ การทำพฤติกรรมบำบัด (cognitive behavior therapy) ตลอดจนการให้ยาบำบัดหากจำเป็น 5) เภสัชกร (Pharmacist) ดูแลในเรื่องของการรักษาด้วยยา 6) นักกายภาพบำบัด (Physiotherapist) ช่วยฝึกผู้ป่วยเกี่ยวกับการทรงตัว การเคลื่อนไหว เพื่อพัฒนาความสามารถ และทักษะในการทำหน้าที่ประจำวันของผู้ป่วยเอง 7) นักกิจกรรมบำบัด (Occupational therapist) ช่วยส่งเสริมสุขภาพ และความผาสุกให้แก่ผู้ป่วยผ่านทางอาชีพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้สำเร็จด้วยตนเอง 8) นักฝึกพูด (Speech and language therapist) ช่วยผู้ป่วยในการฝึกสื่อสาร การพูด การฝึกกลืนโดยใช้กิจกรรมฝึกที่มีความหลากหลาย 9) โภชนากร หรือนักกำหนดอาหาร (Dietitian) ส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วยในอยู่ในเกณฑ์ และจัดเตรียมอาหารในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหากลืนลำบาก และภาวะท้องผูกอย่างเหมาะสม (Qamar et al., 2017) 10) นักสังคมสงเคราะห์ (Social worker) ช่วยเหลือผู้ป่วยพาร์กินสัน และครอบครัวในการรับบริการใน

โรงพยาบาล ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้สิทธิ์การรักษาต่าง ๆ ตลอดจนการเชื่อมต่อกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน (González-Ramos, Cohen, Luce, González, 2019) และ 11) ผู้ดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative care specialist) คอยดูแลในกรณีที่ผู้ป่วยพาร์กินสันอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ช่วยเตรียมความพร้อมให้แก่ญาติผู้ดูแล และประสานระหว่างทีมสหวิชาชีพในการสิ้นสุดการดูแล หรือรักษาผู้ป่วย (Radder et al., 2019)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเพื่อส่งเสริมการทำงานของกล้ามเนื้อ ฝึกการทรงตัวของผู้ป่วยพาร์กินสัน เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการส่งเสริมคุณภาพชีวิต (กมลวรรณ บุญเพ็ญ, ทวีศักดิ์ กสิผล, และชฎาภา ประเสริฐทรง, 2563; รักชิโน มีเสถียร และคณะ, 2558; Gilat et al., 2021; O'Malley, Clifford, Conneely, Casey, & Coote, 2021; Shanahan et al., 2017) การศึกษาประสิทธิผลของการใช้สารสกัดจากน้ำมันก้นชา ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยพาร์กินสัน และความปลอดภัยจากการรักษาด้วยน้ำมันก้นชาสกัด (ศศิธร ศิริมหาราช และคณะ, 2564; กิตติพิศ ทัศนบรยง, 2563) การศึกษาเกี่ยวกับการปรับปรุง และออกแบบสิ่งแวดล้อมในบ้าน เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และสะดวกต่อการออกกำลังกายในบ้าน (ณัฐ จิระอมรมนิมิต และไตรรัตน์ จารุทัศน์, 2561; Faggian, Buzzo, Gregori, Martinato, & Reginato, 2020) และการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ (Salinas et al., 2020) โดยพบปัจจัยด้านภาษาเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความรู้ดังกล่าว (Lee, 2022) อย่างไรก็ตาม การศึกษาเหล่านี้เป็นการศึกษาที่ดำเนินการโดยกลุ่มวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง เช่น งานเวชกรรมฟื้นฟู (แพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด) พยาบาลวิชาชีพ และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าการศึกษาเหล่านี้ ขาดการทำงานแบบมีส่วนร่วมระหว่างทีมสหวิชาชีพ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยพาร์กินสันอาจได้รับการดูแลที่ไม่ต่อเนื่องและครอบคลุม อีกทั้งการศึกษาเหล่านี้ มีการแยกศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันและญาติผู้ดูแล โดยขาดการเชื่อมโยง และส่งเสริมให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และต่อเนื่อง เป็นการเพิ่มผลลัพธ์ และคุณภาพทางการพยาบาล ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนญาติผู้ดูแล

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านระบบประสาท มีวิสัยทัศน์ คือ เป็นโรงพยาบาลที่เป็นเลิศทางด้านวิชาการ และบริการทางระบบประสาทของภาคเหนือ ประกอบด้วยความเชี่ยวชาญใน 5 กลุ่มโรคทางระบบประสาท ได้แก่ Stroke, Spinal disorders, Neuro - degenerative diseases (Dementia Parkinson disease, Alzheimer disease), Epilepsy และ Brain Surgery ซึ่งโรคพาร์กินสัน ถือเป็น 1 ใน 5 ของกลุ่มโรคทางระบบประสาทที่โรงพยาบาลได้ให้บริการ โดยพบว่าในแต่ละปี

มีผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เฉลี่ย ปีละ 4,500 – 4,600 ครั้ง ซึ่งการให้บริการผู้ป่วยพาร์กินสันในปัจจุบันจะรวมอยู่ในคลินิกโรกระบบประสาททั่วไป คือ ผู้ป่วยจะได้รับการซักประวัติทั่วไป ซักถามอาการผิดปกติต่าง ๆ และเข้าพบแพทย์ทางอายุรกรรมประสาท เพื่อให้การรักษา หรือส่งจ่ายยา และได้รับคำแนะนำเรื่องโรค พยาบาลก็จะให้คำแนะนำตามขั้นตอนการรับบริการทั่วไป ส่วนเภสัชกรก็มีหน้าที่ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา และจากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ได้ให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ร่วมกับการประชุมประจำเดือนของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เบื้องต้น พบปัญหาว่าผู้ป่วยพาร์กินสันปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีการปรับยาเองตามความต้องการ เกิดการพลัดตกหกล้มขณะอยู่ที่บ้าน พร่องความรู้เรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรค และการออกกำลังกาย ผู้ป่วยเกิดภาวะท้องผูก มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ตลอดจนเกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเนื่องจากจำนวนผู้มารับบริการจำนวนมาก ขาดการดูแล และการให้คำแนะนำที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการที่ไม่ต่อเนื่อง จากขาดแคลนบุคลากร และบุคลากรขาดทักษะ และองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ขาดทีมนำในการรับผิดชอบเกี่ยวกับการบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งไม่มีรูปแบบ หรือระบบในการดูแลที่ชัดเจน

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านโรกระบบประสาท เป็นแหล่งอ้างอิง และสนับสนุนด้านวิชาการ ส่งเสริมให้มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โดยปัจจุบันได้มีจำนวนผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลประสาทเพิ่มมากขึ้นทุกปีตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นอีกต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง และครอบคลุม โดยนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันที่ได้พัฒนาขึ้นลงสู่การปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันทั้งในโรงพยาบาล และต่อเนื่องไปถึงชุมชน รวมถึงระดับเขตบริการสุขภาพ และระดับประเทศต่อไป ดังนั้น ทีมผู้วิจัยจึงได้ตระหนักเห็นความสำคัญของการให้การดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน จึงเกิดแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยใช้กระบวนการวิจัย และพัฒนา (Research and development) เริ่มตั้งแต่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน รวมถึงข้อเสนอแนะต่าง ๆ 2) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน 3) การนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ และ 4) การประเมินผลความเป็นไปได้ ตลอดจนผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่เกิดจากการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยมีวัตถุประสงค์ทั่วไป ดังต่อไปนี้

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน
2. เพื่อวิเคราะห์หาค่าองค์ประกอบที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
3. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

คำถามการวิจัย

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่เป็นอย่างไร โดยมีประเด็นคำถามย่อยซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยมีดังนี้

1. สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่เป็นอย่างไร
2. องค์ประกอบที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ประกอบด้วยอะไรบ้าง
3. ผลของการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้เป็นอย่างไรบ้าง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัย และพัฒนา (Research and Development [R&D]) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ตลอดจนผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โดยดำเนินการวิจัยที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2564 – สิงหาคม 2565

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยพาร์กินสัน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคพาร์กินสัน โดยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน หมายถึง กระบวนการในการจัดทำรูปแบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยอาศัยระเบียบวิธีวิจัย และพัฒนา

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1. โรคพาร์กินสัน
 - 1.1 ความหมายของโรคพาร์กินสัน
 - 1.2 สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยง
 - 1.3 พยาธิสภาพของการเกิดโรคพาร์กินสัน
 - 1.4 อาการ และอาการแสดง
 - 1.5 การวินิจฉัยโรคพาร์กินสัน
 - 1.6 ผลกระทบต่อผู้ป่วยพาร์กินสัน
 - 1.7 การรักษาผู้ป่วยพาร์กินสัน
 - 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน
2. การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน
3. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัย และพัฒนา

1. โรคพาร์กินสัน

1.1 ความหมายของโรคพาร์กินสัน

โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) ได้มีการค้นพบครั้งแรก เมื่อปี ค.ศ. 1871 หรือเกือบ 200 ปีที่ผ่านมา โดยนายแพทย์ชาวอังกฤษ ชื่อ เจมส์ พาร์กินสัน (James Parkinson) เป็นผู้รายงานผู้ป่วยพาร์กินสันรายแรก โดยโรคนี้ส่วนมากพบได้ในผู้สูงอายุ และจะพบอาการเด่นชัด 3 ประการ ได้แก่ อาการสั่น อาการเกร็ง และอาการเคลื่อนไหวช้า (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560)

โรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease [PD]) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความเสื่อมทางระบบประสาท (neurodegenerative disease) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ โดยเกิดจากความเสื่อมของเซลล์สมองส่วน basal ganglia ซึ่งเป็นตำแหน่งในสมองที่ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหว และผลิตสารสื่อประสาทโดปามีน (dopamine) ที่มีหน้าที่สำคัญในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการทรงตัว โดยเมื่อเซลล์สมองส่วนนี้เกิดความเสียหาย หรือตาย ทำให้ไม่สามารถ

สร้างโดปามีนได้ หรือมีปริมาณไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจึงเกิดอาการของโรคพาร์กินสัน ได้แก่ อาการสั่น เคลื่อนไหวช้า แข็งเกร็ง และปัญหาของการทรงตัวเดินลำบาก (Klimaschewski, 2023) โรคพาร์กินสัน จะมีระยะการดำเนินของโรคค่อนข้างยาวนานเฉลี่ยประมาณ 10.1-12.8 ปี (Jankovic & Tolosa, 2015) และการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น (Halliday & McCann, 2010)

1.2 สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคพาร์กินสัน

โรคพาร์กินสันเกิดจากการเสื่อม หรือการตายลงของเซลล์สมองบริเวณ basal ganglia ในส่วนที่เรียกว่า substantia nigra ส่วน pars compacta ซึ่งทำหน้าที่ผลิตสารสื่อประสาท ชนิดโดปามีนเพื่อควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทั้งนี้เมื่อเซลล์สมองในส่วนนี้มีจำนวนลดลง จึงทำให้มีการผลิตโดปามีนในสมองมีจำนวนลดลงด้วย ส่วนสาเหตุของการเสื่อมในเซลล์สมองส่วนนี้ยังไม่ทราบแน่ชัด (Jankovic & Tolosa, 2015) ดังนั้น เมื่อเกิดเป็นโรคพาร์กินสันจึงทำให้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา, และศรีจิตรา บุณนาค, 2550) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพาร์กินสัน สามารถจำแนกได้ดังนี้

1. ภาวะสูงอายุ อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคพาร์กินสัน เนื่องจากความเสื่อมตามวัยของสมอง ทำให้เซลล์สมองส่วนที่สร้างโดปามีนมีจำนวนลดลง ในกลุ่มผู้ป่วยนี้จะเป็นกลุ่มที่พบบ่อยที่สุด (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) โดยพบว่าความชุก และอุบัติการณ์ของโรคพาร์กินสันจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ (Hirsch et al., 2016) อุบัติการณ์การเกิดโรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุมากกว่า 80 ปี จะสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ถึง 1,000 เท่า และสูงกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึง 10 เท่า (Jankovic & Tolosa, 2015) ทั้งนี้เนื่องจาก กระบวนการเสื่อม หรือการตายของเซลล์สมองตามวัย โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ทำให้การสร้างสารสื่อประสาทโดปามีนลดลงเหลือร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับขณะแรกเกิด (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2536) ส่วนอัตราความชุกของโรคพาร์กินสัน พบว่าอัตราความชุกสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี อายุ 65-74 ปี อายุ 70 – 79 ปี และในผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี พบอัตราความชุกเป็น 428, 425, 1,078 และ 1,903 คน ต่อแสนประชากรตามลำดับ (Pringsheim, Jette, Frolkis, & Steeves, 2014)

2. เพศชาย โดยพบว่าเพศชายมีความชุก และอุบัติการณ์การเกิดโรคพาร์กินสันมากกว่าเพศหญิง (Hirsch, Jette, Frolkis, Steeves, & Pringsheim, 2016) สูงกว่า 1.1 – 1.5 เท่า (Pringsheim et al., 2014) ซึ่งสาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด ทั้งนี้อาจมีสาเหตุเนื่องจากเพศหญิงมีฮอร์โมนเพศเป็นสิ่งที่ป้องกัน หรือเพศชายมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เช่น การได้รับสารพิษ และการได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ เป็นต้น (Jankovic & Tolosa, 2015)

3. เชื้อชาติ อุบัติการณ์การเกิดโรคพาร์กินสันค่อนข้างแตกต่างกันในเรื่องของเชื้อชาติ โดยประชากรชาวแอฟริกา และเอเชียจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพาร์กินสันน้อยกว่าประชากรชาติยุโรป หรือพวกคอเคเซียน (Jankovic & Tolosa, 2015)

4. พันธุกรรม โดยความเสี่ยงด้านพันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของโรคพาร์กินสัน (Darweesh et al., 2016)

5. การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ หรือกระแทกบ่อย ๆ เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ หรือมอเตอร์ไซด์ นักมวยที่ถูกชกบ่อย ๆ โดยพบว่า การได้รับบาดเจ็บทางศีรษะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพาร์กินสัน และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงขึ้นสัมพันธ์กับความบ่อยของการได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ (Jankovic & Tolosa, 2015) และจากการสำรวจในผู้ที่ เป็นโรคพาร์กินสันพบว่า มีประวัติการได้รับบาดเจ็บบริเวณสมองตั้งแต่เด็ก (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560)

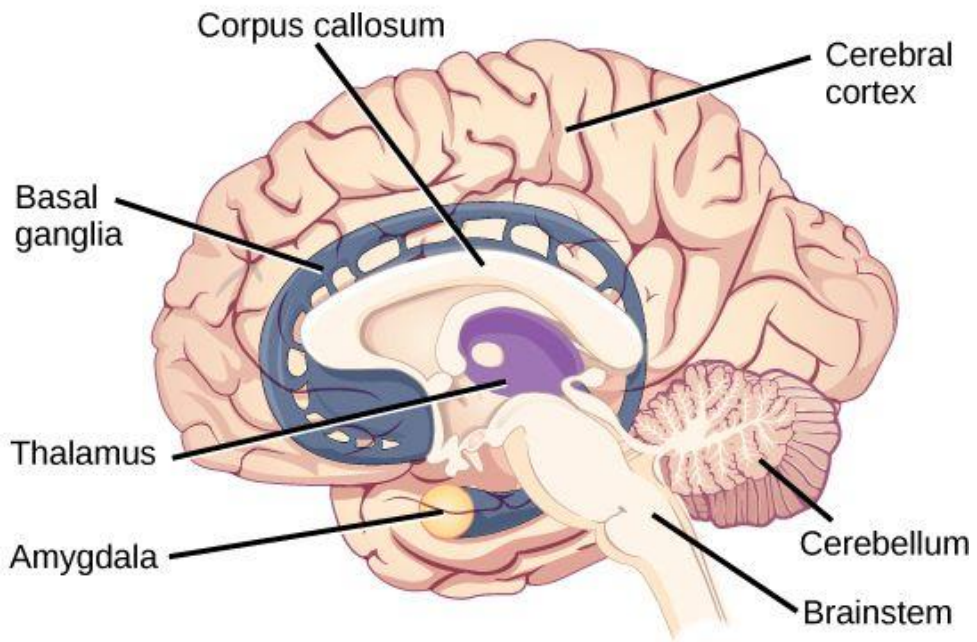
6. ยาปราบศัตรูพืช หรือยาฆ่าแมลง จากการศึกษาพบว่า ในผู้ที่สัมผัสกับยาฆ่าแมลง หรือยาปราบศัตรูพืชมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคพาร์กินสันสูงเป็นสองเท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยสัมผัสยาฆ่าแมลงนี้ นอกจากนี้ สารพิษที่ทำลายสมอง ได้แก่ พิษสารแมงกานีสในโรงงาน พิษจากสารคาร์บอนมอนนอกไซด์ ซึ่งสามารถทำให้เซลล์สมองเสื่อม และเกิดโรคพาร์กินสันได้ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560)

1.3 พยาธิสภาพของการเกิดโรคพาร์กินสัน

โรคพาร์กินสันเป็นโรคที่มีการเสื่อมของระบบประสาท โดยส่วนใหญ่การเสื่อมเกิดขึ้นในสมองในส่วนของเบซอลแกงเกลีย (basal ganglia) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสมองส่วนหน้า (forebrain) ในส่วนที่อยู่ใต้เนื้อสมองส่วนนอก (cerebral cortex) ดังรูปที่ 2.1

ส่วนเบซอลแกงเกลียมีบทบาทในการควบคุมการเคลื่อนไหว ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tone) ประสานงานด้านการเคลื่อนไหว และความจำ ด้านกิจกรรม และความชำนาญต่าง ๆ ประกอบด้วย (ดังรูปที่ 2.2)

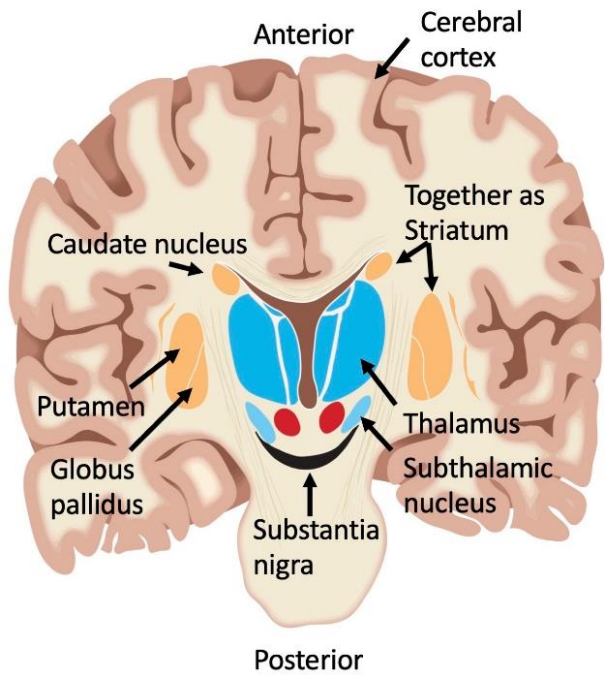
- 1) Striatum ซึ่งหมายถึงส่วน caudate และ putamen
- 2) Globus pallidus (GP) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนใน หรือ interna (GPi) และ ส่วนนอก หรือ externa (GPe)
- 3) Subthalamic nucleus (STN)
- 4) Substantia nigra (SN) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วน par reticulata (SNr) และ par compacta (SNc)



รูปที่ 2.1 ระบบประสาทส่วนกลาง

<https://i.pinimg.com/564x/66/45/3a/66453a793d4360f331b565eeb7f0233d.jpg>

วันที่ 4 เมษายน 2566

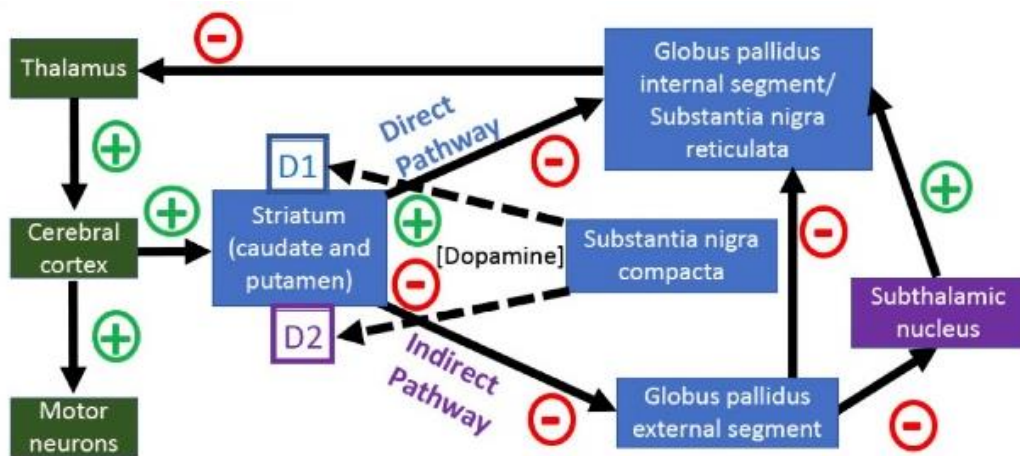


รูปที่ 2.2 Basal ganglia

https://journeywithparkinsons.files.wordpress.com/2023/02/23.02.27.brain_.jpg

วันที่ 3 เมษายน 2566

ความเสื่อมในโรคพาร์กินสัน มักจะเริ่มขึ้นในส่วนของสับสแตนเชีย ไนกรา (Substantia nigra) ที่ก้านสมอง โดยเฉพาะในส่วนของ Substantia nigra pars compacta (SNc) ซึ่งเป็นกลุ่มเซลล์ที่มีความสำคัญในการควบคุมการเคลื่อนไหว โดยสาเหตุของการเสื่อมในส่วนนี้ของ สับสแตนเชีย ไนกรา ยังไม่เป็นที่ทราบแน่นอน ซึ่งการเสื่อมของสมองส่วนนี้จะส่งผลทำให้เกิดอาการสั่น อาการเกร็ง และมีการเคลื่อนไหวช้า เนื่องจากเซลล์ในส่วนนี้ของสับสแตนเชียไนกรานี้มีหน้าที่ในการผลิตสารสื่อประสาทโดปามีน (dopamine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่มีหน้าที่ในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการทรงตัว ดังนั้นเมื่อมีการเสื่อมของเซลล์ในสับสแตนเชียไนกราเกิดขึ้น ส่งผลทำให้ปริมาณของโดปามีนในสมองน้อยลงจนกระทั่งมีปริมาณไม่เพียงพอที่จะส่งสัญญาณไปยังส่วนประกอบของเบซอลแกงเกลีย โดยเฉพาะที่บริเวณ caudate และ putamen ทำให้การส่งสัญญาณภายในเบซอลแกงเกลีย ไม่สมดุล ส่งผลทำให้อาการของโรคเกิดขึ้น (นงลักษณ์ บุญรอด กมลวรรณ บุญเพ็ง และรุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ, 2559)



รูปที่ 2.3 Direct and indirect basal ganglia pathways

https://journeywithparkinsons.files.wordpress.com/2023/02/23.02.27.brain_.jpg

วันที่ 3 เมษายน 2566

ในภาวะปกติ สารสื่อประสาทจะถูกส่งไปยัง GPi ใน basal ganglia ผ่านทาง caudate nucleus และ putamen และ Subthalamic nucleus ซึ่งช่องทางนี้ เรียกว่า Thalamo-corticobasal ganglia circuit ดังรูปที่ 2.3 โดยมีทางเดิน 2 ช่องทาง คือ ทางตรง (direct pathway) และทางอ้อม (indirect pathway) โดย direct pathway จะส่งสัญญาณจาก striatum เพื่อยับยั้ง GPi โดยตรง ในขณะที่ indirect pathway จะส่งสัญญาณยับยั้ง GPe และ GPe จะส่งสัญญาณไปยับยั้ง STN ผลลัพธ์สุดท้าย คือ เกิดการกระตุ้นที่ GPi ในภาวะปกติ basal ganglia จะทำงานภายใต้ภาวะสมดุลระหว่าง direct และ indirect pathway แต่ในผู้ป่วยพาร์กินสัน จะมีการสร้างโดปามีน

ลดลงจาก SNc ซึ่งมีหน้าที่ในการผลิตสารโดปามีน ส่งผลทำให้การทำงานของ pathway ทั้งสองผิดปกติ ทำงานมากขึ้น และชักนำให้การทำงานที่ยับยั้งที่สมองส่วน thalamus และ brainstem ทำงานมากขึ้นตามไปด้วย และก่อกำเนิดการทำงานของระบบควบคุมการเคลื่อนไหวของสมองส่วนหน้า (cortical motor system) ทำให้เกิดอาการของพาร์กินสัน คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ เช่น อาการสั่น อาการแข็งเกร็ง การเคลื่อนไหวช้า และปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว (Yindeedej, Noiphithak, Lolekha, & Srikijvilaikul, 2020)

1.4 อาการ และอาการแสดง

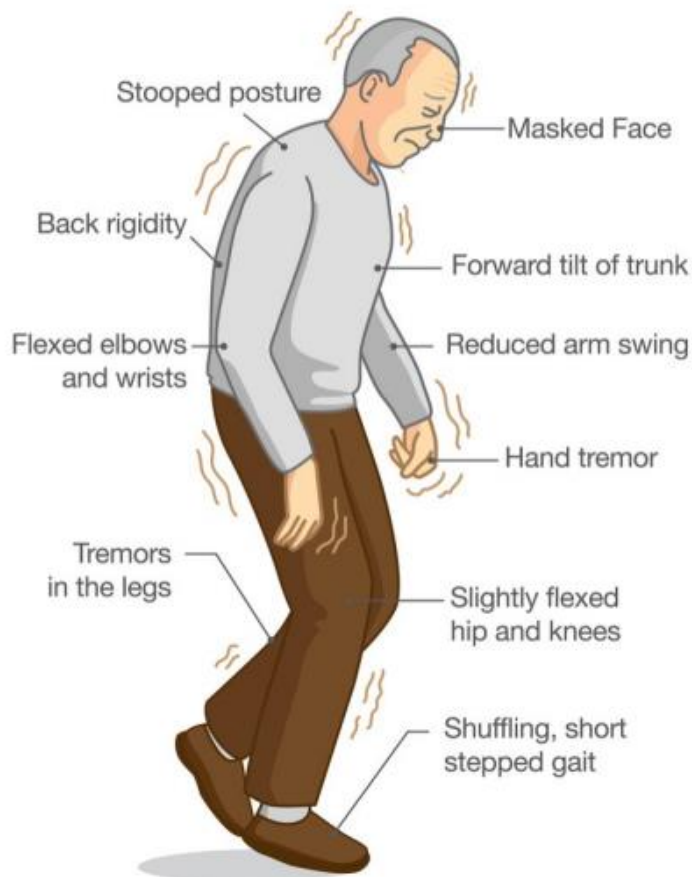
ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีอาการ และอาการแสดงหลักๆ ที่พบ ได้แก่ กลุ่มอาการพาร์กินสันนิสซึม (Parkinsonism) มีลักษณะเด่น คือ อาการสั่น การเคลื่อนไหวช้า อาการแข็งเกร็ง และการเสียสมดุลของการทรงตัว (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) ซึ่งกลุ่มอาการดังกล่าวสามารถพบได้ในทุกระยะของโรค และมีรายละเอียดดังนี้ (รูปที่ 2.4)

1) อาการสั่นขณะอยู่เฉย (Tremor) เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด และเป็นอาการแรกๆ ที่ผู้ป่วยสังเกตพบได้ และทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์โดยพบประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วย อาการสั่นของผู้ป่วยพาร์กินสันจะมีลักษณะเฉพาะ คือ จะมีอาการสั่นขณะพักไม่ได้ทำกิจกรรม (Resting tremor) และจะเริ่มจากด้านใดด้านหนึ่งของร่างกายขณะอยู่เฉย ๆ (asymmetric rest tremor) เช่น เริ่มจากบริเวณปลายนิ้ว หรือมือ อาจพบเริ่มจากปลายเท้า ริมฝีปาก คาง และขากรรไกร อาการสั่นจะลดลงเมื่อผู้ป่วยได้ทำกิจกรรม เช่น ตักอาหาร หรือเขียนหนังสือ อย่างไรก็ตามในขณะโรคที่รุนแรงมากขึ้น อาการสั่นจะเป็นได้ทั้งขณะพัก และขณะทำกิจกรรม และอาการจะลามเป็นทั้งสองข้างของร่างกาย หรือเป็นทั้งตัว อาการสั่นเหมือนกับคนกำลังปั่นเม็ดยา (pill rolling) อาการสั่นจะเป็นมากเมื่อเกิดอาการเครียด วิตกกังวล หรือต้องเข้าสังคมไปพบกับคนแปลกหน้า

2) อาการเกร็ง (Rigidity) คนปกติเมื่อเวลาเคลื่อนไหวจะมีกล้ามเนื้อที่หดเกร็ง และกล้ามเนื้อด้านตรงข้ามจะมีการคลายตัว โรคพาร์กินสันอาการเกร็งจะมีลักษณะของการต้านเมื่อบุคคลอื่นเคลื่อนไหวด้วยวิธีนั้น ๆ ให้แก่ผู้ป่วย (resistant to passive movement) โดยจะพบบริเวณคอ ไหล่ สะโพก ข้อมือ ข้อเท้า เริ่มจากซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย และรุนแรงจนเป็นสองข้างของร่างกาย อาการเกร็งบริเวณใบหน้าร่วมกับการเคลื่อนไหวช้าของร่างกาย จะทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวในลักษณะคล้ายหุ่นยนต์ และมีใบหน้าเรียบเฉยเหมือนใส่หน้ากาก (mask like face) อาการเกร็งจะเป็นมากเมื่อผู้ป่วยมีความตั้งใจในการทำสิ่งต่าง ๆ แต่จะคลายลงเมื่อผู้ป่วยมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เช่น ในขณะที่หลับการเคลื่อนไหวเป็นไปด้วยความลำบาก การเกิดแบบกระตุก (jerky) ทำให้ปวดเมื่อยตามร่างกาย

และเป็นเหน็บชา หากเราจับมือผู้ป่วยเคลื่อนไหว จะมีแรงต้านเป็นระยะเหมือนกับมีดสปริง (cogwheel rigidity)

Parkinson's Disease Symptoms



รูปที่ 2.4 อาการ และอาการแสดง

<https://stanfordmedicine25.stanford.edu/the25/parkinsondisease.html>

วันที่ 3 เมษายน 2566

3) อาการเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) เป็นอาการที่พบได้บ่อยเช่นเดียวกับอาการสั่น และจะมีลักษณะคล้ายกับอาการสั่น คือ เริ่มจากซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย และถ้ารุนแรงจะลามมากกลางลำตัว ส่งผลให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวช้า และลำบาก การทำกิจวัตรประจำวัน หรืองานประจำที่สามารถทำเองได้ ต้องใช้เวลานานมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตัดสินใจที่จะอยู่นิ่ง ๆ ไม่เคลื่อนไหว และไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ความผิดปกติจะเริ่มจากหลายส่วนของร่างกาย เช่น มือ ดังนั้นจะสังเกตความผิดปกติของการเขียนหนังสือของผู้ป่วย คือ เขียนตัวหนังสือเล็กลงเรื่อย ๆ และเขียนติด ๆ กัน ไม่เว้นวรรค จนรุนแรงถึงขั้นเขียนหนังสือไม่ได้ ถ้าเป็นกล้ามเนื้อใบหน้า จะเห็นว่าผู้ป่วยมีสีหน้า

เรียบเฉย ถ้าเป็นกล้ามเนื้อแขน จะสังเกตเห็นการเดินที่แกว่งแขนน้อยลง กลืนลำบากจากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนทำงานลดลง ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด จะพบว่า ผู้ป่วยพูดด้วยเสียงโทนเดียว หรือรุนแรงจนพูดไม่ชัด เนื่องจากกล้ามเนื้อกล่องเสียงทำงานลดลง นอกจากนั้น ผู้ป่วยอาจแสดงอาการที่แสดงถึงการสูญเสียการเคลื่อนไหวโดยอัตโนมัติ เช่น การกระพริบตา หรือการกลืนน้ำลาย การแสดงออกทางสีหน้าเหมือนใส่หน้ากาก การพูดเป็นเสียงเดียว (monotonous speech) บางครั้งเคลื่อนไหวไม่ได้ (akinesia) ผู้ป่วยจะมีตัวแข็งทื่อ (freezing)

4) ปัญหาการสูญเสียการทรงตัว (Postural instability) ผู้ป่วยพาร์กินสันจะมีการเสียสมดุลของการทรงตัวเมื่อมีการดำเนินของโรคผ่านไป 2 – 5 ปี โดยในระยะแรกจะพบอาการสั่น อาการแข็งเกร็ง และการเคลื่อนไหวช้า แต่ในระยะหลังจะพบปัญหาเรื่องของการเดินและการทรงตัว ลักษณะการเดินของผู้ป่วยพาร์กินสันจะมีลักษณะเฉพาะคือ เมื่อผู้ป่วยเริ่มเดินจะเดินช้า ซอยเท้าถี่ และก้าวสั้นๆ (shuffle and hesitation) บางครั้งอาจจะเดินย่ำอยู่กับที่ ไม่สามารถเดินต่อไปได้ (freezing) เวลาเดินมักไม่แกว่งแขนหรือแกว่งแขนลดลง (reduced arm swing) ด้านเดียวกับที่มีอาการสั่นหรือเกร็ง นอกจากนั้นในขณะที่ผู้ป่วยเดินมักจะโน้มลำตัวไปข้างหน้า (stoop posture) ถ้าเป็นมากขึ้น การก้าวเดินไปข้างหน้าจะเร็วขึ้นเรื่อย ๆ (festination) ทำให้เกิดปัญหาเรื่องการทรงตัว ผู้ป่วยมีโอกาสหกล้มได้ง่าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อกลับตัวขณะเดิน มักจะกลับตัวทั้งลำตัวไปพร้อม ๆ กัน เหมือนกับท่อนไม้

นอกจากอาการหลักด้านการเคลื่อนไหวดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันอาจมีอาการอื่น ๆ นำมาก่อนปัญหาการเคลื่อนไหว (motor symptoms) โดยที่ผู้ป่วยอาจไม่รู้ตัวมาก่อน เรียกว่า อาการนอกเหนือจากการเคลื่อนไหว (non motor symptoms) ซึ่งสามารถแบ่งตามลักษณะได้ ดังนี้ (สิรินันท์ กลั่นบุศย์, สิริพรรณพัฒนาฤดี และรุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2561; ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560; Fahn, Jankovic, & Hallett, 2011)

1) อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ (automatic symptoms) ประกอบด้วย

1.1) อาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (urinary incontinence) เกิดจากกล้ามเนื้อ detrusor มีอาการเกร็งมากกว่าปกติ (detrusor hyperreflexia) ทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะบ่อย และมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ร่วมกับการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เพราะกล้ามเนื้อหูรูดอ่อนแอลง

1.2) อาการท้องผูก (constipation) จากการเคลื่อนไหวช้าของร่างกาย ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวช้าลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 มีปัญหาท้องผูก

1.3) อาการกลืนลำบาก (dysphagia) อาการเคลื่อนไหวช้าลง และการเคลื่อนไหวน้อยกว่าปกติ เมื่อเกิดกับกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน จะทำให้ผู้ป่วยพาร์กินสันมีปัญหาการกลืน

ลำบาก ในขณะที่ต่อมน้ำลายยังคงผลิตน้ำลายปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องของน้ำลายไหลยืด (sialorrhea) ร่วมด้วย

1.4) อาการเหงื่อออกมากกว่าปกติ (sweating) สามารถเกิดขึ้นได้ทุกช่วงเวลากับผู้ป่วยพาร์กินสัน แต่จะเพิ่มมากขึ้นในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการแข็งเกร็ง หรือมีอาการสั่น

1.5) ภาวะความดันโลหิตลดลงเมื่อเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension) พบได้บ่อยมากกว่าร้อยละ 60 อาจมีสาเหตุจากการเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติในส่วนของก้านสมอง (brain stem) ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) และระบบประสาทส่วนปลาย ผู้ป่วยมักมีอาการ ตาพร่ามัว มึนศีรษะ วูบ

1.6) อาการเกี่ยวกับสมรรถภาพทางเพศ ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคพาร์กินสันถึง 1.7 เท่า

2) ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ ได้แก่ การนอนหลับไม่เพียงพอ และคุณภาพของการนอนหลับไม่ดี ปัญหาการนอนกรน และการหยุดหายใจขณะหลับ (obstructive sleep apnea) และปัญหาการรบกวนนอนมากกว่าปกติในตอนกลางวัน

3) ความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorders) เกิดอาการทางจิตประสาท (neuropsychiatric symptoms) เช่น ภาวะซึมเศร้า (depression) และความวิตกกังวล (anxiety) ภาวะบกพร่องทางความรู้ปัญญ (cognitive dysfunction) ทำให้มีปัญหาบกพร่องด้านการรับรู้ และการตัดสินใจ โดยเฉพาะในระยะท้ายของโรค ผู้ป่วยที่อายุมาก และมีระยะเวลาการดำเนินของโรคนาน อาการทางจิต และอาการประสาทหลอน (psychosis and hallucinations) อาการเห็นภาพหลอน (visual hallucinations) อาการประสาทหลอนทางการได้ยิน และอาการหลงผิด (คิริณา อภิสิริธิภิญโญ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล สมศักดิ์ เทียมเก่า และพงศธร พหลภาคย์, 2560)

4) อาการอื่น ๆ ได้แก่ อาการปวด จากอาการแข็งเกร็ง และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ อาการอ่อนล้า มักเกิดขึ้นบ่อยในระยะแรกของโรค หรือเกิดก่อนที่จะพบอาการผิดปกติของการเคลื่อนไหว ปัญหาเรื่องการพูด และการออกเสียง จากอาการเคลื่อนไหวช้าลงและการเคลื่อนไหวน้อยกว่าปกติ ส่งผลต่อกล้ามเนื้อบริเวณกล่องเสียงทำงานบกพร่อง ทำให้พูดไม่ชัด พูดเสียงเบา พูดเสียงโตนเดียวกันตลอด

ระยะของโรคพาร์กินสัน

ระยะในการดำเนินของโรคตามอาการของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ระยะ ดังนี้ (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ, 2550)

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคเพียงข้างเดียวเท่านั้น (unilateral disease only) ผู้ป่วยจะมีอาการสั่น เกร็ง การเคลื่อนไหวช้าบริเวณแขน มือ หรือขาเพียงข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย โดยส่วนใหญ่อาการอาจเริ่มที่มือ หรือแขนข้างเดียวก่อนซึ่งอาจจะมีอาการเพียงเล็กน้อย และอาการนั้นจะคงอยู่เป็นระยะเวลานานหลายเดือนหรือเป็นปี ระยะเวลาการดำเนินของโรคโดยเฉลี่ยในระยะที่ 1 พบว่ายาวนานประมาณ 3 ปี โดยในระยะนี้ผู้ป่วยจะยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ การทำงานของร่างกายอาจบกพร่องเพียงเล็กน้อย หรือไม่มีความบกพร่องเลย

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคทั้งสองข้างของร่างกาย (bilateral or midline involvement) ผู้ป่วยจะมีอาการเหมือนกับระยะที่ 1 แต่อาการจะเป็นทั้ง 2 ด้านของร่างกาย รวมถึงมีการแสดงออกทางใบหน้าที่ไม่แสดงอารมณ์ การกระพริบตาลดลง มีปัญหาด้านการพูด คือน้ำเสียงเบาและระดับเสียงเดียวโดยตลอด เดินแขนไม่แกว่ง มีอาการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณคอ และลำตัวทำให้เวลาเดินต้องก้มตัวลง แต่ผู้ป่วยยังไม่มีปัญหาในเรื่องของการทรงตัว จึงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองทุกอย่าง ถึงแม้ว่าบางครั้งอาจจะเข้าไปบ้างก็ตาม ระยะเวลาการดำเนินของโรคโดยเฉลี่ยในระยะนี้พบว่ายาวนานประมาณ 6 ปี

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทั้งสองข้างของร่างกายร่วมกับมีปัญหาด้านการทรงตัว (bilateral disease with early impairment of postural stability) ผู้ป่วยจะมีการสูญเสียการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว หรือขณะเดิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะหมุนตัว บางครั้งอาจมีอาการก้าวเท้าไม่ออกจนยืนแข็ง (freezing) มีท่าเดินแบบซอยเท้าถี่ๆ (festination) หรือมีความลังเลในการก้าวเดิน (hesitation) จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มแก่ผู้ป่วยได้ง่าย ความบกพร่องทางด้านร่างกายอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่ผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองทุกอย่าง เช่นการแต่งตัว การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดของร่างกาย ถึงแม้ว่าบางครั้งอาจจะมีข้อจำกัดอยู่บ้าง ในระยะนี้ ระยะเวลาการดำเนินของโรคโดยเฉลี่ยประมาณ 7 ปี

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะมีอาการของโรครุนแรง และต้องการการดูแล และช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (severe disease requiring considerable assistance) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องทางด้านร่างกายอยู่ในระดับรุนแรง ผู้ป่วยยังคงสามารถยืน และเดินได้ แต่ต้องได้รับการช่วยเหลือในเรื่องของการทำวัตรประจำวันของผู้ป่วยในบางกิจกรรม เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเดิน และระยะเวลาของการดำเนินของโรคโดยเฉลี่ยในระยะนี้ประมาณ 9 ปี

ระยะที่ 5 เป็นระยะที่ผู้ป่วยไม่สามารถลุกจากเตียงหรือจากล้อเข็นได้ถ้าไม่มีคนช่วย (confinement to bed or wheelchair unless aided) ระยะนี้เป็นระยะสุดท้ายของโรคที่ผู้ป่วยจะมีความพิการของร่างกายเกิดขึ้นอย่างมาก มีอาการแข็งเกร็งไม่สามารถเดินได้เอง ต้องนอนอยู่กับเตียง

หรือใช้รถเข็น ต้องได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง ในระยะนี้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้ง่ายหากไม่ได้รับการดูแล และการพยาบาลที่ดี โดยหากผู้ป่วยในระยะนี้ได้รับการดูแลรักษา และได้รับการการพยาบาลที่ดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยก็จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ยาวนาน โดยเฉลี่ยในระยะนี้ยาวนานถึง 14 ปี

1.5 การวินิจฉัยโรคพาร์กินสัน

การวินิจฉัยโรคพาร์กินสันยึดตามเกณฑ์ของ United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank (UKPDSBB) โดยมีขั้นตอน (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยอาการพาร์กินโซนิซึม (Parkinsonism) ประกอบด้วย อาการอย่างน้อย 2 อาการ คือ

- 1) อาการเคลื่อนไหวช้า ซึ่งเป็นอาการหลักต้องเกิดกับผู้ป่วยทุกราย และการเคลื่อนไหวน้อยลง (hypokinesia) เช่น ขยับนิ้วน้อย หรือช้าลง
- 2) อาการสั่นขณะอยู่เฉย มักเกิดที่มือมากกว่าขา
- 3) อาการแข็งเกร็ง มักเกิดข้างเดียวกับที่มีอาการสั่น และเคลื่อนไหวช้า
- 4) ปัญหาในเรื่องการทรงตัว ซึ่งอาการไม่เด่นชัดในช่วง 2 – 3 ปีแรก

ขั้นตอนที่ 2 แยกโรคอื่นที่ทำให้มีอาการพาร์กินโซนิซึมจากประวัติ การได้รับยาทางจิตเวช หรือยาต้านโดปามีน อาการหลอดเลือดสมองอักเสบ ญาติในครอบครัวมีอาการมากกว่า 1 คน หายเองได้ ไม่ตอบสนองต่อลิโวโดปาเลย อาการคงอยู่ข้างเดียวมานานเกิน 3 ปี อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ การกลอกตาผิดปกติ อาการผิดปกติจากซีลีเบลลัม (cerebellum) และอาการอ่อนแรงสัมผัสกับสารพิษ และพบก้อนเนื้องอก หรือช่องน้ำในโพรงกระโหลกขยายจากรังสีวินิจฉัย

ขั้นตอนที่ 3 อาการที่สนับสนุนโรคพาร์กินสัน อย่างน้อย 3 อาการ จากอาการเหล่านี้ ได้แก่

- 1) เริ่มต้นจากข้างใดข้างหนึ่ง
- 2) แสดงอาการด้วยอาการสั่นขณะอยู่เฉย
- 3) อาการของโรคมีการดำเนินมากขึ้นเรื่อย ๆ
- 4) ส่วนใหญ่อาการจะคงความไม่สมมาตรกัน ถึงแม้ว่ามีอาการพาร์กินโซนิซึมแล้วทั้งสองข้าง
- 5) ตอบสนองมากต่อยาลิโวโดปา
- 6) มีอาการยุกยิกรุนแรงที่เป็นผลจากยาลิโวโดปา
- 7) มีการตอบสนองต่อยาลิโวโดปานานเกิน 5 ปี
- 8) การดำเนินโรคตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป

ในเวชปฏิบัติโดยทั่วไป การวินิจฉัยโรคพาร์กินสันเป็นการวินิจฉัยทางคลินิก (clinical diagnosis) โดยการซักประวัติ และการตรวจร่างกายผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์ของ UKPDSBB และแพทย์อาจพิจารณาการตรวจเพิ่มเติมในกรณีที่อาการทางคลินิกไม่ชัดเจน โดยปัจจุบันประเทศไทยสามารถตรวจด้วยวิธีดังต่อไปนี้ (นงลักษณ์ บุณรอด กมลวรรณ บุญเพ็ง และรุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ, 2559)

1. การตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT – Scan) การตรวจแบบพื้นฐาน สามารถช่วยแพทย์ในการวินิจฉัยเบื้องต้นได้ว่าผู้ป่วยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จากภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หรือหลอดเลือดสมองแตกหรือไม่ อย่างไรก็ตามการตรวจเพื่อดูลักษณะสมองฝ่อ นั้น ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจด้วยการเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กมากกว่า

2. การตรวจด้วยเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging, MRI) เพื่อตรวจดูโครงสร้างของระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะในบริเวณสมองส่วนบนและก้านสมอง เพื่อช่วยในการแยกโรคอื่น ๆ ซึ่งอาจทำให้มีอาการคล้ายโรคพาร์กินสันได้ เช่น โรคหลอดเลือดสมองตีบ ภาวะน้ำเกินในโพรงสมอง และเนื้องอกในสมอง เป็นต้น

3. การตรวจด้วยเครื่องเพทสแกน โดยการใช้สารเภสัชรังสี (PET scan) โดยจะมีการฉีดสารเภสัชรังสี 18F-FDOPA ซึ่งมีโมเลกุลใกล้เคียงกับสารสื่อประสาทโดปามีน เข้าทางเส้นเลือด และจะมีการถ่ายภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อตรวจวัดระดับสารสื่อประสาทโดปามีนในสมองของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยระยะเวลาในการตรวจ 18F-FDOPA PET Scan จะใช้ระยะเวลานานประมาณ 3 ชั่วโมง

1.6 ผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันนอกจากอาการ และอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว และไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวแล้ว ผู้ป่วยยังต้องพบกับปัญหาอื่น ๆ ที่เป็นผลเกี่ยวกับอาการดังกล่าว รวมถึงความรุนแรงของโรคตามระยะเวลาของการดำเนินของโรค และมีแนวโน้มที่รุนแรงมากขึ้นตามระยะของโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อเกิดขึ้นส่งผลอย่างมากทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง และผู้ดูแล สำหรับตัวผู้ป่วยนั้นพบว่าโรคก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้านดังต่อไปนี้

1.6.1 ด้านร่างกาย เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ส่งผลกระทบต่อร่างกายได้แก่ ปัญหาการเกิดพลัดตกหกล้ม โดยร้อยละ 54 ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เกิดการพลัดตกหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 1 ปี ซึ่งการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าเกิดขึ้นมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคพาร์กินสันถึง 3 เท่า (Rudzinska et al., 2013) ปัญหาในเรื่องของการพูด โดยผู้ป่วยจะพูดเสียงระดับเดียวกันตลอด มีปัญหาพูดไม่ชัด ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในเรื่องของการสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการสื่อสารกับผู้อื่นเป็นระยะเวลานาน เกิดปัญหาความเข้าใจใน

ภาซาลดลง เกิดความขัดแย้ง และความไม่เข้าใจในการสนทนา เกิดปัญหาการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น อีกทั้งผลจากการกลืนอาหารลำบาก ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดสารอาหาร และได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ รวมถึงเกิดปัญหาการสำลักได้ง่าย (Fereshtehnejad et al., 2014) จากปัญหาและผลกระทบดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลเกิดการพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น

1.6.2 ด้านจิตใจ เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ มีอาการทางจิตประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ซึ่งจะส่งผลให้การขอของโรคพาร์กินสันแย่ลง การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ แย่ลง ความสามารถในการจดจำ การเรียนรู้ และการตัดสินใจบกพร่อง (ศิริรักษา อภิสิริภิญโญ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล สมศักดิ์ เทียมเก่า และพงศธร พหลภาคย์, 2560) เมื่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยรุนแรงมากขึ้น ประกอบกับอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่ผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีความคิดอยากฆ่าตัวตายได้ (Nazem et al., 2008) จากผลกระทบทั้งอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดจากโรคดังกล่าวทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Simpson, Lekwuwa, & Crawford, 2013)

1.6.3 ด้านสังคม ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในตนเอง และไม่ยอมออกงานสังคมเกรงว่าคนอื่นจะเห็นอาการแสดงของโรค เนื่องจากอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันสามารถมองเห็นอาการของโรคเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติอย่างชัดเจนทางร่างกาย เช่น อาการสั่น อาการแข็งเกร็ง การเคลื่อนไหวช้า และการเสียสมดุลของการทรงตัว รวมถึงอาการของโรคที่เกิดขึ้นไม่แน่นอน แตกต่างจากโรคอื่น ๆ ที่มองไม่เห็นอาการของโรคแสดงออกมาชัดเจนทางร่างกาย (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ, 2550) มีการลดบทบาทในครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย เช่น จากผู้นำครอบครัว เพราะไม่สามารถทำงานได้ จึงต้องลดบทบาทจากผู้นำมาเป็นผู้ตาม หรือการลดบทบาทจากสังคมเนื่องจากอาการ และอาการแสดงของโรค (ชลดา ดิษฐ์ชกิจ, 2554) และการที่ผู้ป่วยพยายามปรับตัวให้เข้ากับอาการทางร่างกายที่ไม่คงที่ และการปรับตัวด้านจิตสังคมส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยตลอดจนความสามารถทางร่างกายที่ไม่แน่นอน และไม่สามารถคาดเดาอาการของโรค จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจ และแยกตัวออกจากสังคม (Soundy et al., 2014)

1.6.4 ด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากประชากรสูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และการรักษาทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และครอบครัวได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจที่สำคัญ คือ ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น (Boland & Stacy, 2012) โดยค่าใช้จ่ายจะเพิ่มมากขึ้นสัมพันธ์กับการดำเนินของโรค และผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้การบริการทางสุขภาพที่มากขึ้น (Mateus & Coloma, 2013) ค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีทั้งค่าใช้จ่ายโดยตรง และค่าใช้จ่ายโดยอ้อม ค่าใช้จ่ายโดยตรงแบ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับทางการแพทย์ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายของ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การมาตรวจตามนัด หัตถการทางการแพทย์ และค่ายา ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนค่าใช้จ่ายโดยอ้อม ได้แก่ ค่าใช้จ่ายจากการสูญเสียแรงงาน ค่าใช้จ่ายจากการดูแลที่ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับมาหายเป็นปกติได้ และภาระจากการดูแลของผู้ดูแล (Boland & Stacy, 2012; Mateus & Coloma, 2013)

กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่าโรคพาร์กินสันส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ รวมถึงอาการของโรคที่ไม่คงที่ และไม่สามารถควบคุมอาการได้ จึงทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแล

1.7 การรักษาผู้ป่วยพาร์กินสัน

เนื่องจากผู้ป่วยพาร์กินสันมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีการรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นการรักษาจึงมีเป้าหมายหลัก คือ ควบคุมอาการด้วยการรับประทานยา และการรักษาด้วยการผ่าตัด

1.7.1 การรักษาด้วยการรับประทานยา (medical treatment) เนื่องจากโรคพาร์กินสันเกิดจากการเสื่อมทางระบบประสาทในส่วน substantia nigra ทำให้มีการลดระดับของโดปามีนในระบบประสาทส่วนกลาง ดังนั้นการรักษาด้วยยาจึงมีวัตถุประสงค์ คือ ทดแทนสารโดปามีนที่ลดลง เพื่อช่วยลดอาการผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มียาที่สามารถรักษาโรคพาร์กินสันให้หายขาดได้ ซึ่งการรักษาโรคพาร์กินสันด้วยยา ยังเป็นการรักษาหลักในปัจจุบัน การเลือกใช้ยารักษาโรคพาร์กินสัน นอกจากคำนึงถึงประโยชน์ ยังต้องพิจารณาถึงผลข้างเคียง และความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายด้วย โดยกลุ่มยาหลักในการรักษาโรคพาร์กินสันคือ ยากลุ่ม dopaminergic ซึ่งออกฤทธิ์ในหลายกลไก เพื่อเพิ่มปริมาณโดปามีนหรือเพิ่มการทำงานที่เกี่ยวข้องกับโดปามีนในสมอง (คณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อการจัดทำคู่มือการไขยารักษาโรคพาร์กินสันอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ, 2562)

ยารักษาโรคพาร์กินสันที่มีใช้ในประเทศไทย ได้แก่

1) ลีโวโดปา (Levodopa) เป็นยาหลักในการรักษาผู้ป่วย มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา โดยยานี้จะออกฤทธิ์ในเซลล์ประสาททำให้สร้างสารสื่อประสาทโดปามีนเพิ่มขึ้น เนื่องจากโดปามีนไม่ซึมเข้าสมองได้ ดังนั้นจึงไม่สามารถให้โดปามีนแก่ผู้ป่วยโดยตรง ยาตัวนี้เมื่อผสมกับยา carbidopa จะทำให้ออกฤทธิ์ได้นานขึ้นเนื่องจากลดอัตราการถูกทำลาย ยานี้สามารถลดอาการของผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ โดยเฉพาะอาการเคลื่อนไหวช้าและอาการเกร็ง แต่อาการสั่นลดลงเพียงเล็กน้อย สำหรับเรื่องการทรงตัวและอาการอื่น ๆ ยานี้ไม่สามารถลดอาการได้ แพทย์มักจะแนะนำให้ลดอาหารโปรตีนเพื่อให้ยาออกฤทธิ์เต็มที่ ยานี้เมื่อใช้อาจจะต้องเพิ่มยาเพื่อควบคุมอาการ แต่ก็อาจจะ

เกิดผลข้างเคียงของยาได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ ควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ได้ คือมีการเคลื่อนไหวแบบกระตุก สั่น ๆ ทางกายภาพเรียก Dyskinesia สับสน หลังจากที่ใช้ยาระยะยาว และมีขนาดสูงจะเกิดอาการที่เรียกว่า on – off phenomenon คือ ก่อนกินยาจะมีอาการเกร็งมาก เมื่อรับประทานยาอาการจะดีขึ้น ระยะเวลาที่ดีขึ้นจะสั้นลง สั่นลง การแก้ไขภาวะนี้ให้รับประทานยาถี่ขึ้น แต่มีขนาดยาน้อยลง หลีกเลี่ยงการรับประทานยาลิโดโปก้ากับอาหารที่มีโปรตีนสูงเช่น นม น้ำเต้าหู้ เนื่องจากโปรตีนสามารถลดการดูดซึมยาได้ ดังนั้นแนะนำให้รับประทานยาก่อนอาหารอย่างน้อย 30 นาที

2) ยาเสริมโดปามีน (Dopamine agonists) เป็นยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้นตัวรับโดปามีนที่ 2 และ 3 (D2 และ D3-like receptors) โดยมีครึ่งชีวิตนานกว่าโดปามีน และมีประสิทธิผลกระตุ้นตัวรับโดปามีนได้นานกว่า แต่ประสิทธิภาพน้อยกว่าลิโดโปก้า แต่ยาตัวนี้มีฤทธิ์ข้างเคียงในด้านคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ และความดันโลหิตต่ำใกล้เคียงกับลิโดโปก้า นอกจากนั้นยังมีฤทธิ์ข้างเคียงทางจิตประสาท คือ การมองเห็นภาพหลอน ภาวะหลงลืม ถ้าให้ในขนาดที่สูง

3) ยายับยั้งเอนไซม์ Monoamine Oxidase Type B (MAO-B Inhibitors) เอนไซม์ MAO-B ออกฤทธิ์เช่นเดียวกับ COMT คือ ทำลายลิโดโปก้า ดังนั้นเมื่อถูกยับยั้งจะทำให้ลิโดโปก้าเข้าสมองได้มากขึ้น ระดับโดปามีนจึงเพิ่มขึ้น ฤทธิ์ข้างเคียงเกิดจากการเพิ่มหรือกระตุ้นระดับโดปามีน คือ มีอาการนอนไม่หลับ สับสน เห็นภาพหลอน

4) ยายับยั้งเอนไซม์ Catechol – O – Methyltransferase (COMT Inhibitors) ซึ่งเอนไซม์ COMT จะทำลายลิโดโปก้า ดังนั้นเมื่อยับยั้งเอนไซม์นี้จะทำให้ลิโดโปก้าเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางมากขึ้น จึงเปลี่ยนเป็นโดปามีนได้มากขึ้น และเพิ่มครึ่งชีวิตของลิโดโปก้า ฤทธิ์ข้างเคียงของยานี้จะใกล้เคียงกับลิโดโปก้า คือ ปวดท้อง ท้องเสีย

5) ยา Anticholinergics ทำให้เกิดความสมดุลระหว่างโดปามีนและอะเซทิลโคลีน (acetylcholine) ช่วยลดอาการสั่น ไม่แนะนำให้ใช้ยานี้เพียงตัวเดียวในการรักษาโรคพาร์กินสัน ผลข้างเคียงค่อนข้างมาก เช่น ตาพร่า หัวใจเต้นเร็ว ปัสสาวะลำบาก ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีต่อมลูกหมากโต หรือต่อหิน

สรุปคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยพาร์กินสัน (นงลักษณ์ บุญรอด กมลวรรณ บุญเพ็ง และรุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ, 2559)

1. ยาที่มีตัวยาลิโดโปก้า (levodopa, L-dopa) ได้แก่ Madopar, Vopar, Sinemet, Levomet เป็นต้น นั้นมีความไวต่อแสง ความร้อน และความชื้น ยาอาจถูกทำลายไปได้ หากโดนแสง ความร้อน ยาเหล่านี้จึงควรบรรจุไว้ในขวดยาสีชา หรืออาจอยู่ในแผงยาที่แยกแต่ละเม็ด เพื่อกันความชื้น และความร้อนหากว่ายังไม่ได้รับประทานยา จึงไม่ควรนำยาออกมาจากบรรจุ

ภักดิ์ และหากมีการหักแบ่งเม็ดยา การก็บรักษาบางส่วนที่เหลือเพื่อลดโอกาสที่จะมีการเสื่อมสลายของตัวยาดังกล่าว สามารถทำได้โดยเก็บแยกไว้ในภาชนะบรรจุยาอีกขวด หรือซองยา และปิดขวดหรือซองยาให้สนิทเพื่อกันความชื้น

2. ยาลีโวโดปาแบบเม็ดละลายน้ำก่อนรับประทาน ได้แก่ Madopar DT มีลักษณะเป็นเม็ดสีขาว ผู้ป่วยสามารถละลายยาโดยการใส่เม็ดยาจำนวนตามแพทย์สั่งลงในน้ำเปล่า ปริมาณน้ำ 25 -50 มิลลิลิตร หรือประมาณ ¼ - ½ แก้ว คนให้ยากระจายตัวจนหมดแล้วจึงดื่มให้หมด แก้ว (ตัวยาไม่ละลายในน้ำแต่จะกลายเป็นน้ำขาวขุ่น) และควรดื่มภายใน 30 นาที ยาชนิดนี้จะออกฤทธิ์ได้อย่างรวดเร็ว และหมดฤทธิ์อย่างรวดเร็วเช่นกัน กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการแข็งเกร็งรุนแรงก่อนถึงมือยาถัดไป ก็สามารถรับประทานยาที่ช่วยได้ทันที หรือหากว่าผู้ป่วยมีปัญหาของการกลืนยา ก็สามารถใช้อาหารรูปแบบนี้ได้

3. ยาลีโวโดปาแบบเม็ดแคปซูล ได้แก่ Madopar HBS ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์ได้ยาวนาน โดยให้ผู้ป่วยกลืนยานั้นทั้งเม็ด ไม่แกะเม็ดยาด้านในออกมาเพราะยาจะมีการเคลือบผิวยาด้านนอกที่จะทำให้ยามีการออกฤทธิ์มาอย่างช้า ๆ การแกะเม็ดยาจะทำให้ยาเสียคุณสมบัติในการออกฤทธิ์แบบยาวนาน (Extended Release) ได้ รวมทั้งอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการได้รับยาขนาดสูง หรือจากการปลดปล่อยยาออกมาจำนวนมากในเวลาสั้น ๆ ดังนั้นจึงต้องให้ผู้ป่วยกลืนยาดังกล่าวทั้งเม็ด และยาเม็ดชนิดที่ห้ามแบ่งยา หรือห้ามเคี้ยว หรือบดเม็ดยาก่อนรับประทาน ควรแนะนำให้กลืนยาทั้งเม็ด ได้แก่ piribedil (Trivastal Retard), ropinirole (Requip PD), pramipexole extended release levodopa /carbidopa / entacapone (Stalevo)

4. ยาพาร์กินสันบางชนิดสามารถรับประทานก่อนหรือหลังอาหารได้ โดยอาหารไม่มีผลรบกวนปริมาณการดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย โดยทั่วไปการรับประทานยาก่อนอาหาร เช่น ยาลีโวโดปา ควรรับประทานยาก่อนอาหาร 30 หรือ 60 นาที ทั้งนี้เพื่อให้ยาดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย และอาหารที่รับประทานตามมานั้นไม่รบกวนการดูดซึม หรือหากรับประทานหลังอาหาร ควรหลังทานอาหารเสร็จแล้วประมาณ 15 – 30 นาที ทั้งนี้หากรับประทานยาเม็ดที่มีตัวยาลีโวโดปาพร้อมอาหารจำพวกโปรตีน เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ ผัก ถั่ว เต้าหู้ การดูดซึมของยาลีโวโดปาเข้าสู่ร่างกายจะลดลงได้ ดังนั้นจึงไม่ควรรับประทานพร้อมอาหารจำพวกโปรตีน

5. หากผู้ป่วยลืมรับประทานยา ให้รับประทานยาเม็ดที่ลืมนั้นได้หากไม่ใกล้เวลาของมือถัดไป อย่างไรก็ตามหากใกล้ถึงมือถัดไปแล้วให้ข้ามยาเม็ดที่ลืมแล้วรับประทานยาในมือถัดไปตามปกติ ไม่ต้องเพิ่มจำนวนเม็ดยาเป็นสองเท่าหากเป็นยาที่ออกฤทธิ์นานที่ให้ผู้ป่วยใช้วันละ 1 ครั้ง และลืมนานเวลา 12 ชั่วโมง ให้ข้ามเม็ดยาที่ลืมนั้น และรับประทานยาเม็ดต่อไปตามเวลา

เดิม และไม่ต้องเพิ่มเป็นสองเท่า แต่หากนี้ก็ได้ก่อนเวลา 12 ชั่วโมง สามารถรับประทานเม็ดยาที่ลึมนั้นได้ และรับประทานยาในมือถัดไปตามจำนวนและเวลาเดิม

6. ผู้ป่วยควรรับประทานยาตามชนิด ขนาดและปริมาณยาที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ตามเวลาที่แพทย์กำหนดให้ทุกๆ วัน อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ยามีระดับคงที่สามารถควบคุมอาการได้ดีตลอดช่วงของการรับประทานยา หากแพทย์เพิ่มยาบางชนิด หรือปรับขนาด ยาเดิมที่เคยได้รับมาก่อนให้มีขนาดสูงขึ้นผู้ป่วยอาจมีผลข้างเคียงจากยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ และความดันโลหิตลดต่ำเมื่อมีการเปลี่ยนท่า อาการเหล่านี้อาจหายไปเมื่อรับประทานยาต่อเนื่องสักระยะแต่หากอาการที่เกิดเป็นมากขึ้น หรือผู้ป่วยทนต่อผลข้างเคียงไม่ได้ ก็ควรแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อการปรับขนาดยาให้เหมาะสม

1.7.2 การรักษาด้วยการผ่าตัด (surgical treatment) ผู้ป่วยพาร์กินสันจะได้รับการผ่าตัดก็ต่อเมื่อรักษาด้วยยาลิโดปาแล้วไม่ได้ผล หรือเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาลิโดปา (levodopa induced dyskinesia หรือ antiparkinsonian effects) โดยการผ่าตัดจะเป็นการตัดทำลายเซลล์สมองส่วนที่เป็นพยาธิกำเนิดของการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เพื่อปรับเปลี่ยนการทำงานของวงจร basal ganglia ทำให้หยุดการส่งสัญญาณที่ผิดปกติในสมอง (ปฐมพร ปิ่นอ่อน, 2556) โดยปัจจุบันวิธีการรักษาผู้ป่วยพาร์กินสันด้วยการผ่าตัด ที่ได้รับความนิยม ได้แก่ การผ่าตัดเพื่อจี้ทำให้เกิดรอยแผลเป็นในสมองส่วนลึก และการผ่าตัดกระตุ้นสมองส่วนลึก (Yindeedej, Noiphithak, Lolekha, & Srikijvilaikul, 2020; คณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อการจัดทำคู่มือการเฝ้าระวังโรคพาร์กินสันอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ, 2562)

1) การผ่าตัดเพื่อจี้ทำให้เกิดรอยแผลเป็นในสมองส่วนลึก (ablative surgery) เป็นการผ่าตัดในตำแหน่ง globus pallidus interna (pallidotomy) และ thalamus (thalamotomy) โดยพบว่า การผ่าตัด pallidotomy สามารถลดอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว เช่น อาการสั่นขณะพัก อาการเคลื่อนไหวช้า และอาการกล้ามเนื้อเกร็ง รวมถึงสามารถลดภาวะแทรกซ้อนทางการเคลื่อนไหวของโรคพาร์กินสันได้ดี เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัด ส่วนการผ่าตัดเพื่อจี้ให้เกิดรอยแผลเป็นที่บริเวณ thalamus พบว่าสามารถลดอาการสั่นขณะพักได้ดี แต่อย่างไรก็ตาม การผ่าตัด thalamotomy นี้มีแนวโน้มที่จะไม่ช่วยลดอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวอาการอื่น ๆ แต่ทั้งนี้ การผ่าตัดเพื่อจี้ทำให้เกิดรอยแผลเป็นในสมองส่วนลึก มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถทำการผ่าตัดบริเวณทั้ง 2 ข้างของสมองได้ เพราะจะทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น เกิดอาการพูดไม่ชัด กลืนลำบาก นอกจากนี้การผ่าตัด pallidotomy และ thalamotomy ยังไม่สามารถแก้ไขอาการเดิน หรือการทรงตัวที่ผิดปกติได้ ซึ่งอาจทำให้การเดิน หรือการทรงตัวของผู้ป่วยแย่ลงได้ ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดได้ ได้แก่ ภาวะมีเลือดออกในสมอง มีอาการซึมเศร้ามาก มีการ

อ่อนแรงของร่างกายด้านตรงข้ามกับเนื้อสมองที่ได้รับการผ่าตัด มีปัญหาลานสายตาแคบลง และเสียชีวิตได้ จึงส่งผลให้การรักษาด้วยวิธีเหล่านี้ไม่สามารถแก้ไขอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในกรณีที่มีอาการรุนแรงทั้ง 2 ด้านของร่างกาย การรักษาด้วยวิธีนี้อาจไม่ใช่ทางเลือกที่เหมาะสม

2) การผ่าตัดกระตุ้นสมองส่วนลึก (deep brain stimulation [DBS]) เป็นการผ่าตัดเพื่อฝังเครื่องกระตุ้นสมองส่วนลึก โดยฝังในตำแหน่งของ subthalamic nucleus (STN - DBS) และ globus pallidus interna (GPi - DBS) เป็นต้น ซึ่งกลไกการทำงานของ DBS คือ อาศัยกระแสไฟฟ้าไปกระตุ้นให้เกิดการดัดแปลง หรือปรับเปลี่ยนการทำงานของเซลล์สมองในวงจร basal ganglia-thalamus- cerebral cortex ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ถึงแม้ว่าตัวโรคมักยังคงดำเนินอยู่ การรักษาด้วยวิธี DBS เป็นหนึ่งในมาตรฐานขององค์การอาหาร และยาของประเทศสหรัฐอเมริกาในการรักษาผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่ไม่สามารถควบคุมอาการเคลื่อนไหวผิดปกติจากการรักษาด้วยยา เหตุผลที่การรักษาด้วย DBS เป็นที่นิยมมากกว่าการผ่าตัด ได้แก่ มีความปลอดภัยระหว่างการผ่าตัดมากกว่า ควบคุมอาการของโรคได้ในระยะยาว สามารถใช้ร่วมกับยารักษาพาร์กินสันได้ ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะทุพพลภาพหลังผ่าตัด และสามารถปรับโปรแกรมของเครื่อง DBS ได้ตามความรุนแรง และอาการเด่นของผู้ป่วยแต่ละราย แต่การรักษาด้วย DBS ก็ยังพบข้อจำกัด ได้แก่ มีราคาแพง เป็นการผ่าตัดที่ซับซ้อน ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและประสาทศัลยแพทย์ขณะผ่าตัด มีการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอ ต้องมีการเปลี่ยนแปลงเตอรีของเครื่องกระตุ้นเป็นระยะ ๆ จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น ผู้ป่วยต้องการการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญการใช้เครื่อง DBS เมื่อมีเหตุจำเป็นต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัยด้วยการถ่ายภาพด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging [MRI]) อีกทั้งประสาทศัลยแพทย์ต้องมีความชำนาญในการผ่าตัด และความรู้ในการปรับโปรแกรมการทำงานของเครื่องกระตุ้นภายหลังการผ่าตัด

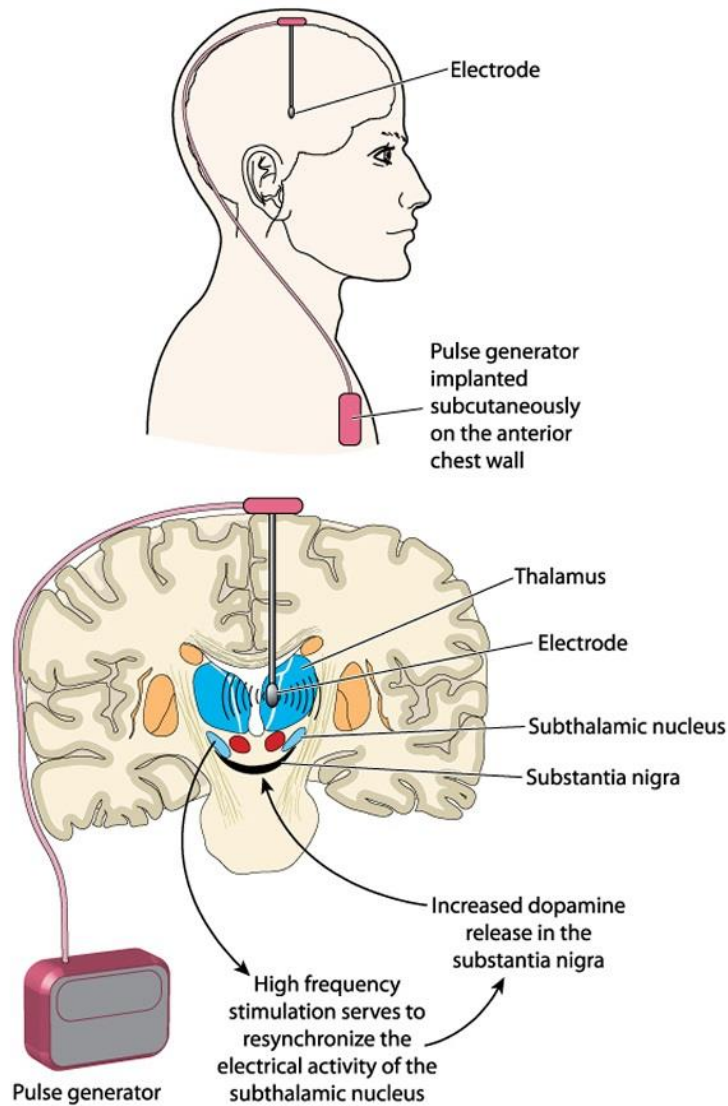
1.7.3 การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ได้แก่ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560)

1) การรักษาด้วยการทำกายภาพบำบัด ถ้าผู้ป่วยมีอาการไม่มากนัก อาจฝึกหัดเองที่บ้านได้ เช่น ฝึกการเดินโดยใช้ด้ามช่วยตรงก่อน และก้าวเดินให้ยาวพอสมควร พยายามแกว่งแขนขณะเดิน ห้ามหมุนตัว หรือกลับตัวเร็ว ๆ หรือการเลือกรองเท้าให้เหมาะสม ใช้ส้นเตี้ย ๆ ห้ามใส่รองเท้าส้นสูง ควรบริหารข้อเท้าทุกวัน แต่ถ้าอาการเป็นมากควรปรึกษาแพทย์เพื่อให้คำแนะนำต่อไป

2) การรักษาโดยใช้อาหาร เท่าที่ทราบยังไม่มีอาหาร หรือวิตามินที่จะช่วยในการรักษาผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน แต่มีหลักการ คือ การรับประทานอาหารสุขภาพ ให้ครบทุกกลุ่มโดยแบ่งเป็นสามมื้อ ซึ่งน้ำหนักอาทิตย์ละครั้ง เพื่อตรวจสอบว่าไม่ขาดสารอาหาร รับประทานผัก หรืออาหารที่มีกากใยมาก ๆ และให้ดื่มน้ำมาก ๆ 6 – 8 แก้ว เพื่อป้องกันภาวะท้องผูก หลีกเลี่ยงอาหาร

มัน ๆ หรืออาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง รับประทานลิโวโดปมาก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง และอย่ารับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง

3) การรักษาโดยการออกกำลังกาย การออกกำลังจะทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง อารมณ์ดีขึ้น การเดินดีขึ้น



รูปที่ 2.5 การผ่าตัดกระตุ้นสมองส่วนลึก (deep brain stimulation [DBS])

<https://www.news-medical.net/health/What-does-deep-brain-stimulation-involve.aspx>

วันที่ 3 เมษายน 2566

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันแต่ละรายจะมีความแตกต่างกันในเรื่องของอาการที่เกิดขึ้น หรือแตกต่างกันในรายละเอียดของสิ่งที่ตรวจพบเมื่อแพทย์ตรวจร่างกายผู้ป่วย ฉะนั้นถ้าเราเข้าใจลักษณะอาการของโรคพาร์กินสันก็ทำให้เราเข้าใจในเรื่องของการรักษาและให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ซึ่งอาการต่าง ๆ ของโรคพาร์กินสันแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ อาการที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว หรือ motor symptoms และอาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวหรือ nonmotor symptoms จากอาการต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้สามารถแบ่งปัญหาที่พบได้บ่อย และการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ดังนี้ (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560; นางลักษณ์ บุญรอด กมลวรรณ บุญเพ็ง และรุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ, 2559)

1.8.1 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว (motor symptoms)

การให้การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมาด้วยปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว ซึ่งหมายถึง อาการสั่นขณะอยู่เฉย อาการเคลื่อนไหวช้า อาการแข็งเกร็ง และปัญหาในเรื่องของการทรงตัว

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) พยาบาลประเมินอาการสั่นขณะอยู่เฉย อาการแข็งเกร็ง อาการเคลื่อนไหวช้า และปัญหาในเรื่องของการทรงตัวไม่ดี ตามแบบประเมิน Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS)
- 2) แนะนำให้ผู้ป่วยปรับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น ควรมิแสงไฟที่สว่างพอ พื้นบ้านเป็นทางราบ ไม่มันลื่น ไม่มีที่กีดขวาง
- 3) แนะนำให้ผู้ป่วย ติดตั้งราวจับแนวตั้ง หรือแนวนอน ในห้องน้ำ ในระดับที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
- 4) การเดินผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีลักษณะการเดินที่เฉพาะ เช่นการเดินซอยเท้าถี่ๆ เดินโน้มตัวไปข้างหน้า เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ แนะนำให้ผู้ป่วยต้องสวมรองเท้าที่มีสายรัดพื้นเป็นยาง จัดหาอุปกรณ์ช่วยการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า การเดิน การหมุนตัวควรทำช้า ๆ ด้วยความระมัดระวัง
- 5) เตียนนอน ควรสูงในระดับที่เท้าของผู้ป่วยอยู่ติดพื้นได้ ก่อนนอนให้ผู้ป่วยนั่งกลางเตียง ก่อนล้มตัวลงนอนท่าตะแคงแล้วจึงยกเท้าขึ้น สำหรับท่าลุกจากเตียงให้ผู้ป่วยตะแคงตัว ใช้มื่อยันเตียงให้อยู่ในท่านั่งห้อยเท้าแล้วจึงลุกจากเตียงนอน
- 6) ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฝึกการเดิน และการทรงตัว ฝึกการเดินก้าวข้ามสิ่งกีดขวาง
- 7) ส่งปรึกษาแพทย์ผู้ดูแล เพื่อประเมินอาการกรณีมีอาการเป็นมากขึ้น

1.8.2 ปัญหาของการตอบสนองต่อยาที่ไม่สม่ำเสมอ (motor fluctuation)

ปัญหาของการตอบสนองต่อยาที่ไม่สม่ำเสมอ อันได้แก่ อาการยาหมดฤทธิ์ก่อนถึงมือยาถัดไป (predicable wearing off) อาการยุกยิก (dyskinesia) อาการสลับไปมาระหว่างช่วง 'ON' และ 'OFF' โดยไม่สามารถคาดคะเนได้ (on-off fluctuations or yo-yoing) ยาไม่ออกฤทธิ์หรือยาออกฤทธิ์ช้า (dose failure, delayed or partial 'on' response) อาการยาหมดฤทธิ์กระทันหันโดยไม่สามารถคาดคะเนได้ (unpredictable, sudden 'of') เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยพาร์กินสัน มักเกี่ยวข้องกับยาในกลุ่มโดปามีน โดยเฉพาะยา ليفโดปา ผู้ป่วยต้องได้รับการปรับขนาดยา บทบาทของพยาบาลในการดูแลเรื่องปัญหาของการตอบสนองต่อยาที่ไม่สม่ำเสมอได้แก่

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ชักประวัติการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างละเอียด เพื่อค้นหาปัญหาเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน
- 2) พยาบาลประเมินอาการโดยใช้แบบประเมิน Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS)
- 3) พยาบาลประเมินอาการในช่วงที่ยาหมดฤทธิ์ก่อนถึงมือยาถัดไปโดยใช้แบบประเมิน Wearing Off Questionnaire-9 (WOQ-9)
- 4) แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ตรงเวลา และมีวินัยในการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อยาที่ดีขึ้น
- 5) แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการปรับยาด้วยตนเอง เพื่อลดปัญหาเรื่องการตอบสนองต่อยาที่ไม่สม่ำเสมอ
- 6) แนะนำให้ผู้ป่วยจดบันทึกอาการที่เกิดขึ้นอย่างละเอียดทุกวัน ตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงเวลาเข้านอน อย่างน้อย 1 สัปดาห์ก่อนมาพบแพทย์ และนำสมุดบันทึกนี้ให้แพทย์ผู้รักษาดูทุกครั้ง เพื่อเป็นประโยชน์ในการปรับยาของแพทย์
- 7) ปรึกษาแพทย์หากต้องมีการปรับเพิ่มหรือลดขนาดยา

1.8.3 อาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวหรือ nonmotor symptoms ภาวะท้องผูก (constipation)

ภาวะท้องผูกเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยพาร์กินสัน ความผิดปกติทั้งจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระ ซึ่งต้องน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ลักษณะของอุจจาระแห้ง และแข็ง การขับถ่ายต้องใช้แรงเบ่งหรือใช้มือช่วยล้วง และภายหลังอุจจาระแล้วยังมีความรู้สึกที่อุจจาระไม่สุด เนื่องจากอาหารที่มีแต่แป้ง ไขมัน และขนมขบเคี้ยว ไม่ค่อยรับประทานผักและผลไม้ แต่อย่างไรก็

ตามโรคพาร์กินสันเอง ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ทำงานลดลงจากความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้การเคลื่อนไหวของระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ทำงานช้ากว่าปกติ ทำให้มีอาการท้องอืดท้องเฟ้อ และอุจจาระของผู้ป่วยค้างในลำไส้ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ง่าย นอกจากนี้ ยาที่ผู้ป่วยรับประทาน บางชนิดสามารถทำให้อาการท้องผูกเป็นมากขึ้นได้ร่วมด้วย

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้น เช่น ถั่ว ข้าวกล้อง มะละกอ มะขาม เพื่อเพิ่มปริมาณของอุจจาระ และทำให้อุจจาระนิ่มขึ้น ช่วยให้ขับถ่ายได้สะดวกขึ้น
- 2) ดื่มน้ำให้เพียงพอ เนื่องจากน้ำมีส่วนช่วยทำให้อุจจาระนิ่ม เนื่องจากใยอาหารที่ผ่านไปยังลำไส้ใหญ่จะดูดซับน้ำเอาไว้ ทำให้เกิดการรวมตัวของกากอาหาร และกระตุ้นให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว ทำให้อุจจาระเคลื่อนเข้าสู่ลำไส้ใหญ่ได้เร็วขึ้น โดยการดื่มน้ำควรดื่มมากกว่า 8 แก้วต่อวันในผู้สูงอายุที่ไม่มีข้อห้าม โดยเน้นการดื่มน้ำในช่วงเวลาเช้าและกลางวัน และลดปริมาณลงในช่วงเย็น และก่อนนอนเพราะอาจทำให้ผู้ป่วยตื่นมาปัสสาวะบ่อยในช่วงกลางคืน
- 3) แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพื่อช่วยให้ลำไส้เคลื่อนไหวบีบตัวได้ดีขึ้น
- 4) แนะนำให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมการขับถ่ายให้เหมาะสม เช่น การฝึกขับถ่ายภายหลังรับประทานอาหารเช้า ฝึกขับถ่ายเป็นเวลาสม่ำเสมอทุกวัน เพื่อเป็นการฝึกรีเฟล็กซ์ของการขับถ่ายให้ทำงานได้ดีขึ้น
- 5) แนะนำให้ผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เพื่อวางแผนการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมต่อไป

ปัญหาเรื่องการกลืนลำบาก (dysphagia)

ภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเป็นปัญหาที่พบได้มากในผู้ป่วยที่มีระยะท้ายของโรคการเปลี่ยนแปลงในการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารได้ช้าลง มีน้ำลายไหลมากขึ้น ผู้ป่วยมักมีความรู้สึกเหมือนมีก้อนอะไรสักอย่างจุกอยู่ที่ลำคอ และลำบากมากที่จะกลืนลงไป ผู้ป่วยที่มีอาการกลืนลำบากควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อสามารถช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที หากมีอาการสำคัญ และมีความเสี่ยงที่จะสำลักอาหารลงปอดได้สูง ทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบได้

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินภาวะกลืนลำบาก เช่น ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ช้าลง หรือมีภาวะน้ำลายไหลยืดหรือไม่ เป็นต้น

- 2) แนะนำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและอันตรายจากภาวะสำคัญเพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยให้ความสำคัญในการป้องกันภาวะสำคัญ
- 3) แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน หรืออาหารเหลวขึ้นเพื่อสะดวกในการกลืนและลดความเสี่ยงในการสำลักอาหาร
- 4) แนะนำให้ผู้ดูแลจัดอาหารให้เป็นขึ้นรับประทานคำเล็ก ๆ และเคี้ยวให้ละเอียดก่อนกลืนเพื่อป้องกันการสำลักอาหาร
- 5) แนะนำให้ผู้ดูแลจัดเตรียมอาหารที่มีคุณค่าทางอาหารสูงให้พลังงานสูงเนื่องจากผู้ป่วยอาจรับประทานอาหารได้น้อยลง
- 6) แนะนำให้ผู้ป่วยวางอาหารหรือยาตรงกลางลิ้น ไม่วางลึกจนเกินไป เพื่อให้กลืนอาหารได้สะดวกขึ้นป้องกันภาวะสำคัญ
- 7) แนะนำให้ผู้ป่วยก้มหน้าเล็กน้อย จากนั้นกลืนหายใจก่อนกลืนอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้ง่าย
- 8) แนะนำให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลงดการพูดคุยกันขณะรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร
- 9) แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารขณะยากำลังออกฤทธิ์ดี เพื่อให้ผู้ป่วยกลืนอาหารได้ง่าย ป้องกันการสำลักอาหาร
- 10) แนะนำให้ผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาส่งผู้ป่วยไปพบนักอรรถบำบัดเพื่อให้คำแนะนำเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยต่อไป

ภาวะความดันโลหิตลดลงเมื่อเปลี่ยนท่า (Orthostatic Hypotension)

ภาวะความดันโลหิตลดลงเมื่อเปลี่ยนท่าหมายถึง ความดันโลหิตช่วงบน หรือความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure) ที่ลดลงมากกว่า 20 mmHg หรือความดันโลหิตช่วงล่าง หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) ที่ลดลงมากกว่า 10 mmHg เมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนจากท่านอนมาเป็นท่านยืน แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถยืนได้ อนุโลมให้วัดในท่านั่ง โดยผู้ป่วยมักมีอาการมึนศีรษะ วูบ หรือหมดสติ ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 40 ในผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยที่ร้อยละ 60 จะไม่แสดงอาการ สาเหตุส่วนใหญ่ในผู้ป่วยพาร์กินสันเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ภาวะเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติ หรือเป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยา ทั้งที่เกี่ยวข้องกับยารักษาโรคพาร์กินสัน หรือยาระบบอื่น ๆ เช่น ยาลดความดันโลหิต ยารักษาต่อมลูกหมากโต เป็นต้น

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินสาเหตุของภาวะความดันโลหิตลดลงเมื่อเปลี่ยนท่าในผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ชักประวัติการรับประทานยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ ยารักษาอาการต่อมลูกหมากโต

โต แม้กระทั่งประวัติการรับประทานยาพาร์กินสันเองโดยเฉพาะในอาทิตย์แรกของการเริ่มยารักษาโรคพาร์กินสัน

- 2) แนะนำให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลเฝ้าระวังปัจจัยที่ปั่นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ เช่น การรับประทานอาหารโดยเฉพาะอาหารจำพวกแป้ง การอยู่ในอากาศที่ร้อนจัด ภาวะท้องผูก ความพยายามเบ่งถ่ายอุจจาระ และการออกกำลังกายที่มากเกินไป
- 3) แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทางอย่างช้า ๆ เพื่อป้องกันอาการหน้ามืด หมืดสติ และหกล้ม
- 4) แนะนำให้ผู้ป่วยใส่ถุงน่องทางการแพทย์ หรือพันด้วยผ้ายืด (elastic bandage) ที่ขาทั้งสองข้างเพื่อลดการกองของโลหิตที่ขา และเพิ่มการไหลเวียนโลหิตเข้าหัวใจเมื่อผู้ป่วยยืน
- 5) ติดตามผลเกลือแร่ในเลือดเพื่อประเมินภาวะไม่สมดุลในเกลือแร่ในร่างกายโดยเฉพาะค่าโซเดียม (Na) ในกรณีที่แพทย์ให้การรักษากับด้วยเกลือแกง (NaCl) สามารถแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีรสเค็มเพิ่มมากขึ้น เพื่อเพิ่มระดับโซเดียมในกระแสเลือด

ภาวะน้ำลายไหลยืด (sialorrhoea)

ภาวะน้ำลายไหลยืด พบได้มากถึงร้อยละ 70 – 80 ในผู้ป่วยพาร์กินสัน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการที่กล้ามเนื้อในการกลืนเคลื่อนไหวได้ไม่เต็มที่เท่าเดิม โดยที่ต่อมน้ำลายยังคงผลิตน้ำลายในปริมาณปกติ การกลืนน้ำลายทำได้ยากขึ้น หรือการรู้สึกว่าน้ำลายในปากมากขึ้นอาจเป็นอาการเริ่มแรกของภาวะกลืนลำบาก

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการบ้วนน้ำลายทิ้ง แนะนำให้ผู้ป่วยพยายามเตือนตัวเองให้กลืนน้ำลายสม่ำเสมอเพื่อลดปัญหาน้ำลายไหลยืด
- 2) ฝึกบริหารกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืนอยู่เสมอ เช่น กล้ามเนื้อกระพุ้งแก้มและลิ้น เพื่อให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลายได้ดีขึ้น
- 3) แนะนำให้ผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาส่งผู้ป่วยไปพบนักการบำบัดเพื่อให้คำแนะนำเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยต่อไป

ภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (Sexual Dysfunction)

ภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศพบได้บ่อยถึงร้อยละ 60 – 70 โดยเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ โรคพาร์กินสันเอง ผลข้างเคียงจากยารักษาโรคพาร์กินสัน สภาวะทางจิตใจของผู้ป่วย และระดับของฮอร์โมน testosterone ที่ลดลง ภาวะสมรรถภาพทางเพศเสื่อมในผู้ชายมักแสดงออกในเรื่องของภาวะหลังเร็วกว่าปกติ อวัยวะเพศแข็งตัวช้า ส่วนในผู้หญิงมักมีอาการในเรื่องของความต้องการทางเพศที่ลดลง และภาวะไม่ถึงจุดสุดยอด อย่างไรก็ตามอาการข้างเคียงจากการใช้

ยาในกลุ่มของยาเสริมโดปามีน โดยเฉพาะในขนาดที่สูงอาจส่งผลในเรื่องของความต้องการทางเพศที่เพิ่มมากกว่าปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) แนะนำให้ผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เพื่อประเมินปัญหาว่าเกิดจากปัญหาการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยหรือไม่ เพื่อให้แพทย์พิจารณาแก้ไขปัญหาด้วยการปรับขนาดยา เป็นต้น
- 2) ชักประวัติของผู้ป่วย ในเพศชาย เช่น มีภาวะหลังเร็วกว่าปกติ อวัยวะเพศแข็งตัวช้า หรือในเพศหญิงความต้องการทางเพศลดลง และภาวะไม่ถึงจุดสุดยอด เป็นต้น
- 3) เฝ้าระวังอาการข้างเคียงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยารักษาโรคพาร์กินสัน
- 4) แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าภาวะซึมเศร้าสามารถส่งผลให้ความต้องการทางเพศลดลงได้ ผู้ป่วยจึงควรทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส หรือพบจิตแพทย์เพื่อรักษาอาการซึมเศร้า
- 5) กรณีที่การรักษาไม่ได้ผล แพทย์อาจพิจารณาปรึกษาศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะต่อไป

ภาวะเหงื่อออกมากกว่าปกติ (sweating)

ภาวะเหงื่อออกมากผิดปกติในผู้ป่วยพาร์กินสันมักเกิดขึ้นในช่วงเวลายาหมดฤทธิ์หรือในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการยุกยิก

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินภาวะเหงื่อออกมากผิดปกติ สัมพันธ์กับมือยาหรือไม่ และแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อช่วยพิจารณาปรับขนาดยา
- 2) แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดของร่างกายอยู่เสมอ ๆ อาบน้ำวันละ 2 ครั้งหรือมากกว่านั้น
- 3) แนะนำให้ผู้ป่วยใส่เสื้อผ้าที่หลวม ระบายเหงื่อได้ดี เช่น ผ้าฝ้าย
- 4) แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอ เพื่อชดเชยเหงื่อที่เสียไป และป้องกันภาวะขาดน้ำ

ภาวะวิตกกังวล (anxiety)

ภาวะวิตกกังวลเป็นภาวะที่สามารถเกิดได้ทุกระยะของโรคพาร์กินสัน เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่สามารถยอมรับความเจ็บป่วยของโรคพาร์กินสันได้ ซึ่งอาจเกิดจากไม่สามารถยอมรับความเจ็บป่วย ความกลัวในอนาคต กลัวการเจ็บป่วย พิกการ พุฒภพ เศรษฐกิจ หรืออาการของตัวโรคเองก็ทำให้เกิดอาการวิตกกังวลได้

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินภาวะเครียดโดยใช้แบบประเมินความเครียด HAD-S
- 2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความในใจ

ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ภาวะซึมเศร้า หรือภาวะหดหู่เป็นอาการที่พบได้บ่อยอย่างหนึ่ง ในผู้ป่วยพาร์กินสัน พบได้น้อยร้อยละ 40 – 50 สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพาร์กินสัน อาจเนื่องมาจากความรู้สึกที่คิดว่าตนเองป่วยจึงเกิดอาการหดหู่ หรืออาจเกิดจากตัวโรคพาร์กินสันเอง ที่มีผลทำให้สารซีโรโตนินลดลง อาการโดยส่วนใหญ่มักไม่รุนแรง ผู้ป่วยมักแสดงอาการ ดังนี้

1. อารมณ์ห่อเหี่ยว ไม่สดชื่น
2. ขาดความสนใจต่อสิ่งต่างๆรอบตัว
3. ความคิดช้าลง
4. เบื่ออาหาร น้ำหนักลด
5. การนอนผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน HAD-S
- 2) แจ้งอาการที่พบเห็นให้ญาติ และแพทย์ผู้รักษาทราบ
- 3) ส่งปรึกษาจิตแพทย์ หากแพทย์ผู้รักษาเห็นว่าต้องปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- 4) พยาบาลควรติดตามอาการ และเฝ้าระวังถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาที่ใช้ในการรักษา เช่น ในกลุ่ม tricyclic antidepressants (TCA)
- 5) แนะนำผู้ดูแล หรือครอบครัวผู้ป่วยให้ความสำคัญกับผู้ป่วย พูดคุยกับผู้ป่วย ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง
- 6) แนะนำการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วยพาร์กินสัน ซึ่งผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนความรู้สึก ประสบการณ์ และความคิดเห็น กับผู้ป่วยอื่นๆ ได้

อาการประสาทหลอน (hallucinations)

อาการประสาทหลอนพบได้ในผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยกลุ่มอาการเห็นภาพหลอน (visual hallucinations) เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด รองลงมาเป็นอาการหลอนทางการได้ยิน (auditory hallucinations) อาการหลงผิด (delusion) ภาพหลอนมักจะเห็นภาพคนหรือสัตว์ที่ไม่น่ากลัว เกิดขึ้นในตอนหัวค่ำ และกลางคืน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะทราบว่าภาพที่เห็นนั้นไม่เป็นของจริง และ

สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ได้ แต่ผู้ป่วยบางคนก็อาจไม่สามารถแยกได้ว่าภาพที่เห็นนั้นเป็นความจริงหรือไม่ ความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกันสามารถแบ่งได้หลายระดับ ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาโรคพาร์กินสันก็สามารถทำให้เกิดอาการดังกล่าวได้เช่นกัน บทบาทของพยาบาลในการให้คำแนะนำปัญหาเรื่องภาวะประสาทหลอนในผู้ป่วยพาร์กินสันมีดังนี้

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) แนะนำให้ผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อหาสาเหตุของภาวะประสาทหลอน เพื่อหาปัจจัยกระตุ้นหรือปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ เช่น ภาวะติดเชื้อ หรือภาวะเกลือแร่ในร่างกายที่ผิดปกติ
- 2) แนะนำให้ผู้ป่วยพบแพทย์ที่ทำการรักษาโรคพาร์กินสันของผู้ป่วย และแจ้งให้แพทย์ทราบถึงตัวยาทุกชนิดที่รับประทาน เนื่องจากยาบางชนิดสามารถทำให้เกิดอาการประสาทหลอนได้ เช่น ยาในกลุ่ม anticholinergics
- 3) ในกรณีที่แพทย์ให้การรักษาภาวะประสาทหลอนในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันด้วยยา พยาบาลควรแนะนำวิธีรับประทานยาที่ถูกต้อง และผลข้างเคียงที่สามารถพบได้ โดยส่วนใหญ่แพทย์มักใช้ยาในกลุ่ม antipsychotics ในการรักษา เช่น ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการรักษาด้วยยา clozapine ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องเม็ดเลือดขาวต่ำได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องเจาะเลือดและติดตามผลของเม็ดเลือดขาวเป็นระยะ อย่างน้อยเดือนละครั้ง
- 4) แนะนำให้ผู้ป่วยแลสังเกตอาการประสาทหลอน หากมีอาการเพียงเล็กน้อยโดยเฉพาะผู้ป่วยรู้ตัวและอยู่ในสถานที่ปลอดภัย อาจไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยา แต่ควรได้รับการติดตามอาการจากแพทย์เป็นระยะ ๆ หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เช่น มีแนวโน้มว่าจะทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายผู้อื่นให้ญาติรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเบื้องต้นที่เหมาะสมต่อไป

ภาวะวิกลจริต (psychosis)

ภาวะวิกลจริตพบได้ประมาณร้อยละ 15 – 40 ในผู้ป่วยพาร์กินสัน ซึ่งอาจมีปัจจัยเสี่ยงมาจาก ภาวะพุทธิญาบกพร่อง ยารักษาโรคพาร์กินสัน ความรุนแรงของโรค อาการเสื่อมทางสายตา โรคซึมเศร้า และอาการตื่นตระหนก

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินภาวะวิกลจริตของผู้ป่วย โดยสังเกตอาการกระวนกระวาย หวาดกลัวหรือตื่นตระหนก และจดบันทึกโดยละเอียด

- 2) พยาบาลควรติดตามอาการ และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยารักษาอาการวิตกกังวล เช่น อาการข้างเคียงจากการได้รับยา clozapine ซึ่งจะทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำลง ก่อนการให้ยาจึงต้องมีการตรวจวัดปริมาณเม็ดเลือดขาวก่อนทุกครั้ง เป็นต้น
- 3) พยาบาลควรสังเกตอาการพาร์กินโซนิซึมเนื่องจากยารักษาอาการวิตกกังวลบางชนิด ทำให้เกิดอาการพาร์กินโซนิซึมเพิ่มขึ้นอย่างรุนแรง
- 4) ในรายที่มีอาการรุนแรงจนมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยพยาบาลควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาส่งต่อจิตแพทย์หรือประสาทแพทย์เพื่อพิจารณารักษาแบบอื่น

ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (cognitive dysfunction)

ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเกิดขึ้นได้ประมาณร้อยละ 30 – 40 ในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และจะเกิดมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีอายุมาก และมีอาการของโรคนานาน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้ คือ ภาวะสมองเสื่อม (dementia) และภาวะความจำบกพร่อง (mild cognitive impairment) ทั้งนี้ภาวะสมองเสื่อม หรือที่เรียกว่า Parkinson's disease with dementia (PDD) เกิดขึ้นภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการของโรคพาร์กินสัน การศึกษาทางพยาธิวิทยาพบว่าการลดลงของสารสื่อประสาท acetylcholine เป็นสารสื่อประสาทหลักที่บริเวณผิวสมอง นอกเหนือจากการลดลงของสารโดปามีน

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) พยาบาลสามารถช่วยประเมินภาวะนี้เบื้องต้น โดยให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination) หากผู้ป่วยมีคะแนนน้อยกว่า 26 คะแนน ร่วมกับมีอาการทางคลินิกควรส่งพบแพทย์อายุรกรรมระบบประสาท หรือจิตแพทย์เพื่อพิจารณารักษาต่อไป
- 2) สังเกตอาการข้างเคียงร่วมกับการทำแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination, TMSE) ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษา หากผู้ป่วยมีคะแนนแยกลง แพทย์ควรพิจารณาว่าควรใช้ยาในกลุ่มนี้ต่อไปหรือไม่
- 3) ส่งปรึกษาจิตแพทย์ หรือแพทย์อายุรกรรมระบบประสาท หากแพทย์ผู้รักษาเห็นสมควร

ปัญหาในเรื่องการนอน และการเคลื่อนไหวผิดปกติขณะนอนหลับ

ปัญหาในเรื่องการนอนหลับเป็นปัญหาที่พบได้เกือบทั้งหมดในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน แต่อาจจะไม่ได้รับการสนใจเท่าที่ควร เนื่องจากเป็นอาการ หรือปัญหาที่ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลสังเกตได้ยาก ปัญหาในการนอนหลับได้แก่ อาการหลับแล้วตื่นเป็นช่วง ๆ (sleep fragmentation) อาการ

นอนไม่หลับ (insomnia) อาการฝันรุนแรง และเห็นภาพหลอนในช่วงกลางคืน (vivid dreams and hallucinations) พฤติกรรมผิดปกติขณะนอนหลับช่วง REM (REM sleep behavior disorder)

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ให้ทำกิจกรรมต่างๆ หรืองานอดิเรกที่ชอบ ในเวลากลางวัน
- 2) แนะนำการจัดสุขลักษณะการนอน (sleep hygiene) ที่ประกอบด้วย การจัดสิ่งแวดล้อมของห้องนอนให้สบาย ไม่มีเสียงรบกวน และลดแสงสว่างลง
- 3) ฟังเพลงที่ผ่อนคลาย หรือนวดก่อนนอน ไม่ทำกิจกรรมอื่นๆ นอกจากการนอน หรือกิจกรรมทางเพศในห้องนอน
- 4) ดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ ไม่รับประทานอาหารใกล้เวลานอน หรือก่อนนอน
- 5) แจ้งอาการให้แพทย์ทราบเพื่อปรับยาตามแผนการรักษาของแพทย์

ปัญหาด้านจิตใจ และสังคม

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันปัญหาทางด้านจิตใจ สามารถเกิดกับผู้ป่วยได้ จากการที่ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองเป็นโรคเกี่ยวกับทางระบบประสาท จะหายจากโรคหรือไม่ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล โศกเศร้า ซึมเศร้า ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจเวลาออกไปอยู่ในที่สาธารณะ ไม่อยากออกงานสังคมเกรงว่าผู้อื่นจะเห็นอาการที่แสดงออกมา และการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นไปด้วยความยากลำบาก ต้องใช้เวลาและพลังงานมากกว่าปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิด โกรธและมีความคับข้องใจเกิดขึ้น บทบาทของตนเองและบทบาททางสังคมเปลี่ยนไป และบางครั้งผู้ป่วยอาจมีความจำเป็นต้องพึ่งพาคนใกล้ชิด

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) หากิจกรรมงานอดิเรก ที่ผู้ป่วยสนใจและที่ชอบทำ เช่น ปลูกต้นไม้ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ข่าวสาร ต่าง ๆ
- 2) อย่าให้ ผู้ป่วยแยกตัวอยู่คนเดียวพยายามให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มเพื่อน ที่เคยสนิทหรือกลุ่มผู้ป่วย ที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน เช่น help support group
- 3) แนะนำให้ผู้ป่วยให้กำลังใจตัวเองอยู่เสมอ
- 4) แนะนำให้ผู้ป่วยพูดคุย ระบายความรู้สึก กับคนสนิทที่ไว้วางใจได้
- 5) แนะนำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาของแพทย์ ต่อการปฏิบัติตน และการมองโลกในอนาคต ให้มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย
- 6) แนะนำผู้ดูแลให้มีการรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยด้วยความตั้งใจและจริงใจ

- 7) แนะนำผู้ดูแลให้เวลาและคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจประจำวัน
- 8) แนะนำผู้ดูแลให้คอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลแก่แพทย์ ผู้รักษา และพยาบาลเพื่อวางแผนการรักษา
- 9) แนะนำผู้ดูแลให้ชมเชยและให้กำลังใจผู้ป่วยเสมอ

ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยพาร์กินสันมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างของร่างกาย ความคิดความจำ อารมณ์ตลอดจนการมีพฤติกรรมในการใช้ชีวิตประจำวันต่าง ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันจึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในการดูแลต่าง ๆ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ร่วมกับการดูแลโดยสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ แพทย์ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน จิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา เกสซักร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักฝึกพูด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน (family caregivers)

ผู้ดูแลถือเป็นบุคคลสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยพาร์กินสัน เพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลมีส่วนช่วยส่งเสริมให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น และป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งผู้ดูแลจะมีบทบาทหน้าที่ในการให้การดูแลโดยตรงเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ช่วยดูแลการอาบน้ำ การแต่งตัว การป้อนอาหาร การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย และการเคลื่อนไหว รวมถึงการช่วยเหลือในกิจกรรมที่ต้องใช้อุปกรณ์ เช่น การเดินทาง การทำงานบ้าน การเตรียมอาหาร เป็นต้น (National Alliance for Caregiving, & American Association of Retired Person, 2020) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีหน้าที่ช่วยในการสื่อสาร และทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพในการจัดการและวางแผนในการรักษาผู้ป่วยพาร์กินสัน (Qamar et al., 2017) ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้ และได้รับการฝึกทักษะเกี่ยวกับวิธีการในการช่วยเหลือผู้ป่วยพาร์กินสันในเรื่องการเคลื่อนไหว และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น (ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล, 2558) ซึ่งได้แก่

- 1.1 การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการเดิน เน้นเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
- 1.2 การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้มีความปลอดภัย จัดวางสิ่งของในบ้านให้เป็นระเบียบ มีแสงสว่างเพียงพอ
- 1.3 การส่งเสริมการออกกำลังกาย มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย หรือช่วยออกกำลังกายแก่ผู้ป่วย

1.4 การดูแลผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการสังเกตอาการข้างเคียงของการใช้ยา

1.5 การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร จัดหาอาหารที่เหมาะสม ย่อยง่าย อาจช่วยป้องกันอาหารแก่ผู้ป่วย การดูแลเพื่อป้องกันการสำลักอาหาร รวมถึงการป้องกันภาวะท้องผูก

1.6 การติดต่อสื่อสาร เนื่องจากการสื่อสารกับผู้ป่วยพาร์กินสันจำเป็นต้องใช้เวลาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพราะผู้ป่วยพูดไม่ชัด อาจทำให้เป็นอุปสรรคในการสนทนา

1.8 ผู้ดูแลต้องได้รับการสอนเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดินจากทีมสุขภาพ เช่น walker ในการช่วยเดินสำหรับผู้ป่วยที่เดินไม่ได้ เพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว หรือออกกำลังกาย

2. แพทย์ (Neurologist) มีหน้าที่ในการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค การรักษาโรครวมถึงเป็นผู้นำทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน (Qamar et al., 2017) การรักษาภาวะแทรกซ้อนและอาการผิดปกติต่าง ๆ การวางแผนวิธีการรักษา เช่น การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยการผ่าตัด เป็นต้น โดยแพทย์เจ้าของไข้ต้องรู้จักขอบเขตความสามารถของบุคลากรในทีมแต่ละคน และเปิดโอกาสให้แก่ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาร่วมวางแผนในการดูแล รักษาผู้ป่วย โดยหวังผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Giladi, Manor, Hilel, & Gurevich, 2014)

3. พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน (Parkinson's disease nurse) มีหน้าที่ในการให้ข้อมูล ให้ความรู้ และสนับสนุนผู้ป่วยพาร์กินสันในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การกินยา การทำกายภาพบำบัด และอื่น ๆ โดยเป็นศูนย์กลางในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพอื่น ๆ (Qamar et al., 2017) พยาบาลเสมือนเป็นสื่อกลางของการสื่อสาร การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและญาติ เช่น การอธิบายเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค ขึ้น ตอน การมารับการรักษา สิทธิในการรักษา เป็นต้น การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับหน่วยงานวิชาชีพอื่น ๆ เช่น ติดต่อประสานงาน หน่วยงานสังคมสงเคราะห์เรื่องสิทธิการรักษาของผู้ป่วย การออกเยี่ยมบ้าน เป็นต้น อีกทั้งบทบาทหน้าที่ในการดูแลดูแลแบบองค์รวม (นงลักษณ์ บุญรอด กมลวรรณ บุญเพ็ง และรุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ, 2559) ได้แก่

3.1 ทั้งทางด้านร่างกาย เช่น การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การส่งเสริมเรื่องภาวะโภชนาการ การรับประทานยา การติดตาม ดูแลผลข้างเคียงของการรับประทานยา รวมถึงการพักผ่อนนอนหลับ

3.2 การดูแลทางด้านจิตสังคม เป็นการดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ได้แก่ ความเชื่อมั่น ความเห็นอกเห็นใจ ความเป็นกันเอง ความอดทน และความตระหนักถึงความต้องการ

ของผู้ป่วย พยาบาลมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย และญาติ รวมถึงเป็นที่ปรึกษาที่ดี ให้การรับฟังปัญหาของผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

3.3 การดูแลด้านสังคม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การตอบปัญหา การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจ การให้กำลังใจ ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การให้ความรู้แก่ญาติ และประชาชนเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน เพื่อให้ครอบครัว และชุมชนเข้าใจเกี่ยวกับโรค และเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยพาร์กินสัน

3.4 การดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นการดูแลที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับศาสนา ความเชื่อ ความหวัง ความรัก ความศรัทธา การมีเป้าหมายของชีวิต พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้แสดงออก หรือปฏิบัติตัวตามหลักคำสอนทางศาสนาที่ผู้ป่วยยึดมั่น หรือศรัทธา

4. จิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา (Psychologist and neuropsychiatrist) ทำหน้าที่ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และโรคจิต เป็นต้น รวมถึงให้การสนับสนุนด้านจิตใจ การทำพฤติกรรมบำบัด (cognitive behavior therapy) ตลอดจนการให้ยาบำบัดหากจำเป็น (Qamar et al., 2017)

5. เภสัชกร (Pharmacist) ดูแลในเรื่องของการรักษาด้วยยา (Qamar et al., 2017) ได้แก่ ช่วยในการระบุ หรือประเมินอาการที่เกิดจากปฏิกิริยาระหว่างยา (adverse drugs reaction) และแก้ไข หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยารักษาโรคพาร์กินสัน การทบทวน ตรวจสอบการใช้ยา เพื่อค้นหาที่อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันได้ การเฝ้าระวังการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การตรวจสอบความเหมาะสมของการใช้ยา และการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก่ผู้ป่วย และญาติ (Yi et al., 2020).

6. นักกายภาพบำบัด (Physiotherapist) นอกจากบทบาทในการช่วยฝึกผู้ป่วยเกี่ยวกับการทรงตัว การเคลื่อนไหว เพื่อพัฒนาความสามารถ และทักษะในการทำหน้าที่ประจำวันของผู้ป่วยเอง (Qamar et al., 2017) การทำกายภาพบำบัดยังมีเป้าหมายหลัก คือ การปรับปรุงความสมดุล และความยืดหยุ่นของร่างกาย การเพิ่มขีดความสามารถของการออกกกำลังกายโดยใช้ออกซิเจน การปรับปรุงในการเริ่มต้นการเคลื่อนไหว การปรับปรุงความเป็นอิสระในการทำงานรวมถึงการเคลื่อนไหว และการทำกิจกรรมในแต่ละวัน ตลอดจนการดำรงชีวิตของผู้ป่วย และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความปลอดภัยในการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วย (นงลักษณ์ บุญรอด กมลวรรณ บุญเพ็ง และรุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ, 2559; Parashos, 2012)

7. นักกิจกรรมบำบัด (Occupational therapist) ช่วยส่งเสริมสุขภาพ และความผาสุกให้แก่ผู้ป่วยผ่านทางอาชีพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้สำเร็จด้วยตนเอง นักกิจกรรมบำบัดต้องทำการประเมินเกี่ยวกับการทำกิจกรรมด้วยตนเองของผู้ป่วยพาร์กินสัน ส่งเสริมการ

ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยพาร์กินสันจะมีปัญหาเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม เพราะปัญหาจากการทรงตัว และความยืดหยุ่น หรือการตอบสนองของร่างกายเสียไป ดังนั้น บทบาทที่สำคัญ คือ การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย เช่น การจัดพื้นที่ในห้องน้ำ ห้องครัว เพื่อป้องกันการพลัดตก หรืออุบัติเหตุต่าง ๆ อีกทั้งจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยจากปัญหาอาการสั่น ช่วยฝึกการใช้มือ การเขียน การเดิน และจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ช่วยในการเดินของผู้ป่วย รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับฝึกกิจกรรมบำบัด การใช้เครื่องมืออุปกรณ์สนับสนุนต่าง ๆ เป็นต้น (Qamar et al., 2017) นอกจากนี้ นักกิจกรรมบำบัดยังมีหน้าที่ในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย โดยการให้ความรู้ การจัดการความเจ็บป่วยด้วยตนเองในระยะยาว การจัดการความเครียด หรือความวิตกกังวล การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดต่าง ๆ การจัดการความเมื่อยล้า รวมถึงการสนับสนุนด้านอาชีพ (Skelly, Lindop, & Johnson, 2012)

8. นักฝึกพูด (Speech and language therapist) ช่วยผู้ป่วยในการฝึกสื่อสาร การพูด การฝึกกลืนโดยใช้กิจกรรมฝึกที่มีความหลากหลาย ทั้งนี้ ผู้ป่วยอาจพบปัญหาโดยเฉพาะปัญหาจากการสื่อสารจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยถอย หรือมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม เก็บตัวมากขึ้น ดังนั้น การรักษาควรมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับ การฝึกพูด และการออกเสียง ส่วนการฝึกกลืนอาหาร ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความสามารถในการกลืน เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร หรือปอดอักเสบจากการสำลัก อีกทั้งระยะนี้ ผู้ป่วยจะมีน้ำลายไหลมากขึ้น จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลักได้ง่าย (Qamar et al., 2017)

9. โภชนากร หรือนักกำหนดอาหาร (Dietitian) ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยพาร์กินสันส่วนใหญ่จะมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะขาดสารอาหาร เมื่อเทียบกับคนที่อายุเท่ากัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดำเนินของโรคเกิดภาวะกลืนลำบาก มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรสชาติ กับกลืน อาการคลื่นไส้ อาเจียน รวมถึงอาการทางจิตเวช และจากผลข้างเคียงของยารักษาโรคพาร์กินสัน (นงลักษณ์ บุญรอด กมลวรรณ บุญเพ็ง และรุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ, 2559) ดังนั้น นักโภชนากร หรือนักกำหนดอาหารจึงมีบทบาทสำคัญที่จะส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ การประเมินภาวะโภชนาการและจัดเตรียมอาหารในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหากลืนลำบาก และภาวะท้องผูกอย่างเหมาะสม เป็นต้น (Qamar et al., 2017)

10. นักสังคมสงเคราะห์ (Social worker) งานสังคมสงเคราะห์เป็นงานที่ต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ในการจัดบริการสังคม โดยใช้องค์ความรู้ และกระบวนการทางสังคม ทำงานร่วมกับสหวิชาชีพด้วยการเสริมพลังอำนาจให้สามารถช่วยเหลือ พี่พว ตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถทำหน้าที่ทางสังคม และดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข (นงลักษณ์ บุญรอด กมลวรรณ บุญเพ็ง และรุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ, 2559) สำหรับบทบาทนักสังคมสงเคราะห์กับผู้ป่วยพาร์กินสัน คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยพาร์กินสัน

และครอบครัวในการรับบริการในโรงพยาบาล ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้สิทธิ์การรักษาต่าง ๆ ตลอดจนการเชื่อมต่อกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน (González-Ramos, Cohen, Luce, González, 2019)

11. ผู้ดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative care specialist) คอยดูแลในกรณีที่ผู้ป่วยพาร์กินสันอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค เป็นการช่วยจัดการกับอาการ และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของผู้ดูแล และประสานระหว่างทีมสหวิชาชีพในการสิ้นสุดการดูแล หรือรักษาผู้ป่วย (Radder et al., 2019; Qamar et al., 2017)

2. การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งไทยและต่างประเทศ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน มีรายละเอียดดังนี้

รักขิณา มีเสถียร และคณะ (2558) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบผลต่อการทรงตัวจากการฝึกเดินหลายทิศทางกับการเดินตรงทิศทางเดียวบนลู่วิ่งสายพาน ร่วมกับการพุงน้ำหนักของร่างกายบางส่วนในผู้ป่วยพาร์กินสันที่การดำเนินของโรคอยู่ในระยะที่ 2 – 3 จำนวน 8 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ละ 4 คน โดยกลุ่มแรกเป็นกลุ่มฝึกเดินหลายทิศทางได้รับการฝึกเดินหลายทิศทางให้ฝึกเดินไปข้างหน้า ช้างหลัง ซ้ายและขวาทิศทางละ 5 นาที ส่วนกลุ่มเดินทิศทางเดียวให้เดินไปทางตรงทางเดียว 20 นาที โดยทั้งสองกลุ่มให้มี warm up และ cool down รวม 10 นาที รวมเวลาฝึกทั้งหมด 30 นาที ต่อครั้ง โดยฝึก 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ รวมระยะเวลา 6 สัปดาห์ ติดต่อกัน ผลการศึกษาพบว่าค่าการทรงตัวและตัวชี้วัดการเดิน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งสองกลุ่ม แต่พบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของระยะเอื่อมของแขน และระยะทางของหนึ่งก้าวในทั้งสองกลุ่ม และพบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของความเร็วสูงสุดของการเดิน และจำนวนก้าวต่อหนึ่งนาทีเฉพาะกลุ่มฝึกเดินหลายทิศทาง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $P > 0.05$

ณัฐ จิระอมรนิมิต และไตรรัตน์ จารุทัศน์ (2561) ได้ศึกษาแนวทางการออกแบบ และปรับปรุงที่อยู่อาศัยสำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยใช้กรณีศึกษา ในชมรมเพื่อนพาร์กินสัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมทางกายภาพที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยพาร์กินสัน 2) วิเคราะห์ปัญหาการอยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยพาร์กินสัน พบว่าส่วนใหญ่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล และ 3) เสนอแนะแนวทางการออกแบบ และปรับปรุงที่อยู่อาศัย รวมถึงพัฒนาสภาพแวดล้อมทางกายภาพให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยพาร์กินสัน ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่ร้อยละ 73 เคยได้รับอุบัติเหตุภายในที่พักอาศัย โดยเกิดเหตุในห้องนอน และทางเดินมากที่สุด รองลงมาคือห้องนั่งเล่น 2) สาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุมาจากอาการของโรคพาร์กินสันที่ก้าวขาไม่ออก และ

ปัญหาการทรงตัว และ 3) ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุส่วนใหญ่มักพบว่าอยู่ในระยะเริ่มต้นของการเกิดโรค (ระยะที่ 2 และ 2.5 จากทั้งหมด 5 ระยะ) โดยผู้ป่วย และผู้ดูแลมีความระมัดระวังต่อการเกิดอุบัติเหตุสูง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สรุป และให้ข้อเสนอแนะว่าที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ควรเป็นที่อยู่ที่มีระดับของพื้นเสมอกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเดินได้โดยรอบไม่เกิดการสะดุดล้ม อีกทั้งยังควรมีการออกแบบพื้นที่อยู่อาศัยให้กระตุ้นผู้ป่วยเกิดความตื่นตัวในการออกกำลังกาย เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมทั้งความเสื่อมตามอายุ และความเสื่อมที่เกิดจากโรค จะทำให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีสภาพจิตใจที่ดี ช่วยเหลือตนเองได้ เกิดเป็นความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าของตัวเองมากยิ่งขึ้น

กมลวรรณ บุญเพ็ง ทวีศักดิ์ กสิผล และชฎาภา ประเสริฐทรง (2563) ได้พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self – efficacy) ของแบนดูรา (Bandura) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน และคู่มือการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันในกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสันเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่าโปรแกรมการสร้างสมรรถนะแห่งตนนี้ สามารถสร้างสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน และสามารถเพิ่มความรู้ในการป้องกันการหกล้มได้

กิตติพิศ ทศนบรียง (2563) ได้ศึกษาผลการรักษาและความปลอดภัยของการใช้น้ำมันกัญชาสกัด ในผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลสกลนคร โดยการเก็บข้อมูลเปรียบเทียบในผู้ป่วยพาร์กินสันก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยน้ำมันกัญชาเพิ่มเติมจากยาพาร์กินสันมาตรฐานที่ใช้เดิม ในคลินิกพาร์กินสัน โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 16 คน โดยผลการศึกษา สรุปได้ว่า การวิจัยการใช้สารสกัดน้ำมันกัญชาขององค์การเภสัช สูตร THC:CBD (1:1) GPO สามารถบรรเทาอาการโรคพาร์กินสัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของการที่ไม่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว และเพิ่มคุณภาพการนอน และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก และเมื่อพิจารณาด้านความปลอดภัย และผลข้างเคียงของการใช้น้ำมันกัญชา โดยติดตามผลหลังการรักษา 3 เดือน (ในปริมาณ 3 – 5 หยดต่อวัน) พบว่ามีความปลอดภัยไม่พบอาการข้างเคียงที่รุนแรง และไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของตับ และไต

ศศิธร ศิริมหาราช และคณะ (2564) ได้ศึกษาการประเมินประสิทธิผล และความปลอดภัยของการใช้สารสกัดกัญชาในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โดยเปรียบเทียบความแตกต่างก่อน และหลังได้รับการรักษาด้วยกัญชา ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจำนวน 12 ราย ติดตามผลการรักษาในเดือนที่ 1, 3 และ 6 ผลการศึกษาพบว่า อาการ และความรุนแรงของโรค

พาร์กินสัน ความเครียด และการนอนหลับ มีความแตกต่างจากก่อนให้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น $p < 0.05$ โดยพบอาการข้างเคียง ได้แก่ อาการคอแห้ง อาการซึมเศร้า และมีนิเวียนศีรษะ ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ข้อสรุปว่า การใช้กัญชาตามขนาดยาที่ระบุในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีความปลอดภัย และมีแนวโน้มที่จะสามารถลดอาการ และความรุนแรงของโรค ลดความเครียด และเพิ่มคุณภาพการนอนหลับได้

การศึกษาของ Shanahan และคณะ (2017) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของการเดิน และการทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ ในผู้ป่วยพาร์กินสันระยะที่ 2 – 3 จำนวน 90 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ละ 45 คน ซึ่งกลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเดิน ได้แก่ เข้าร่วมกิจกรรมการเดินประมาณ 90 นาทีทุก 10 สัปดาห์ และให้เดินต่อที่บ้าน วันละ 20 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแล หรือทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังทดลอง คุณภาพชีวิตในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเดินมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มทดลอง และถึงแม้ว่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นจะไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มทดลองอธิบายว่า การเดินทำให้มีความสุข สามารถทำได้ง่าย และสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตได้

Faggian, Buzzo, Gregori, Martinato และ Reginato (2020) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรม (literature review) เกี่ยวกับการจัดกระทำเพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสันขณะพักอยู่ที่บ้าน (Interventions aimed at lowering risk of falling at home in Parkinson's disease) โดยผลการทบทวน พบว่า มีการจัดกระทำหลัก 4 ประเภท ได้แก่ 1) การจัดกระทำเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และการให้ความรู้ (environmental and educational interventions) โดยการเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือต่าง ๆ การเตรียมระบบไฟ หรือแสงสว่าง การปรับสภาพห้องให้พร้อม การเตรียมรองเท้า รวมถึงการส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล 2) การจัดกระทำด้านกายภาพ และการฟื้นฟูสภาพ (physical and rehabilitative interventions) ได้แก่ โปรแกรม Qigong Baduanjin, Hi-Balance, Tai-Chi, Ai-Chi, การฝึกการทรงตัว (vestibular rehabilitation) และการออกกำลังกายโดยใช้เครื่อง metronome 3) การจัดกระทำด้วยยา (pharmacological interventions) เช่น การให้ยา Rivastigmine หรือ Levodopa อย่างต่อเนื่องด้วยระบบการหยด และ 4) การรักษาทางเลือก (alternative therapies) ได้แก่ การให้วิตามิน ซี และหมามูย (Macuna Pruriens) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า การจัดกระทำที่มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยพาร์กินสันที่อยู่บ้าน เพื่อให้การจัดการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการจัดการร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมให้มีการจัดการที่ดี คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

Salinas และคณะ (2020) ได้ศึกษาการรับรู้ และความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน และการรักษา โดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน อาการ อาการแสดง การรักษาด้วยยา และการผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพ รวมถึงปัจจัยส่งเสริมต่าง ๆ ต่อการเกิดโรคพาร์กินสัน ในผู้ป่วย 98 คน โดยพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน แต่ส่วนหนึ่งยังมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา การหยุดยา หรือขนาดของยาที่รับประทาน เป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยได้สรุป และข้อเสนอแนะว่า กลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันเหล่านี้ยังมีความเข้าใจบางอย่างที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน รวมถึงการรักษา ดังนั้น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยังคงมีความสำคัญ และจำเป็น

Gilat และคณะ (2021) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่องการบำบัดรักษาเกี่ยวกับการฝึก และการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีอาการเดินติดขัด (exercise and training-based interventions for freezing of gait in Parkinson's disease) ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการออกกำลังกาย และการฝึกเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีการเดินติดขัด เพื่อส่งเสริมการทำงานของกล้ามเนื้อ และชะลอปัญหาที่เกี่ยวกับการทำงานของกล้ามเนื้อ ซึ่งต้องการการมีส่วนร่วมระหว่างทีมสหวิชาชีพในการจัดการกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ อีกทั้งผู้ป่วยพาร์กินสันควรมีการออกกำลังกาย และการฝึกเป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่อง

O'Malley, Clifford, Conneely, Casey และ Coote (2021) ได้ศึกษาทบทวนงานวิจัยที่รวบรวมของ Systematic review อีกที (umbrella review) เพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง พาร์กินสัน และหลอดเลือดสมอง โดยผลการศึกษาได้ข้อสรุปว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยพาร์กินสันออกกำลังกาย (exercise – based intervention) มีประสิทธิภาพในการลดการเกิดพลัดตกหกล้มได้ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว โดย exercise – based intervention ได้แก่ การฝึกออกกำลังกายด้วยวิธีผสมผสาน (mixed training) โดยการฝึกอย่างสมดุลระหว่างการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การทำตามหน้าที่ของร่างกายรวมถึงการฝึกเดิน และการทรงตัว อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรมีการจัดการแก้ไขปัญหา หรือปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการพลัดตกหกล้มเป็นรายบุคคล และการบำบัดรักษาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรเป็นขบวนการบูรณาการปัญหาในหลาย ๆ ปัจจัยแบบรายบุคคล (individualized multifactorial intervention) โดยอาศัยการส่งเสริมออกกำลังกายเป็นหลัก

Lee (2022) ได้ศึกษาการประเมินผลกระทบจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ และอุปสรรคด้านภาษา ในประชากรที่เป็นโรคพาร์กินสัน โดยการวิจัยแบบผสมวิธี ผลการศึกษาพบว่า มีปัจจัยที่แตกต่างกันหลายอย่าง เช่น ปัจจัยด้านความรู้ และปัจจัยอุปสรรคด้านภาษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน และการจัดการของผู้ป่วย ซึ่งสามารถแก้ไขได้ด้วยการผลิตสื่อวีดิทัศน์เพื่อให้ความรู้

อย่างไรก็ตาม การศึกษาเหล่านี้เป็นการศึกษาที่ดำเนินการโดยกลุ่มวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง เช่น งานเวชกรรมฟื้นฟู (แพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด) พยาบาลวิชาชีพ และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าการศึกษาเหล่านี้ ขาดการทำงานแบบมีส่วนร่วมระหว่างทีมสหวิชาชีพ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยพาร์กินสันอาจได้รับการดูแลที่ไม่ต่อเนื่องและครอบคลุม อีกทั้งการศึกษาเหล่านี้ มีการแยกศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสัน และญาติผู้ดูแล โดยขาดการเชื่อมโยง และส่งเสริมให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และต่อเนื่อง เป็นการเพิ่มผลลัพธ์ และคุณภาพทางการพยาบาล ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนญาติผู้ดูแล

3. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัย และพัฒนา

การวิจัย และพัฒนาเป็นการวิจัยรูปแบบหนึ่งที่มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนางาน พัฒนาวิชาชีพ หรือการพัฒนาวิถีชีวิตของมนุษย์ และได้รับความนิยมในหลายองค์กร หรือวิชาชีพ เช่น องค์กรภาคธุรกิจ อุตสาหกรรม การศึกษา ตลอดจนด้านสาธารณสุขและการแพทย์

การวิจัย และพัฒนา (Research and development) หมายถึง กระบวนการศึกษาค้นคว้า อย่างเป็นระบบ โดยมีจุดมุ่งหมายคือ การพัฒนา และตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์ (product) ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ ผลิตภัณฑ์ประเภทวัสดุ หรืออุปกรณ์ (material) และผลิตภัณฑ์ประเภทวิธีการ หรือกระบวนการทำงาน (process) โดยมีการดำเนินการทดสอบในสภาพจริง และทำการปรับปรุงผลิตภัณฑ์หลาย ๆ รอบ จนได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนากลุ่มคน งาน หน่วยงาน หรือองค์กรให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (วาโร เฟิงส์วีสต์, 2552)

การวิจัย และการพัฒนา หมายถึง กระบวนการแสวงหาความรู้ หรือความเข้าใจในแง่มุมใหม่ ๆ เกี่ยวกับผลผลิต กระบวนการ และการบริการที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ แล้วประยุกต์ความรู้ หรือความเข้าใจที่ได้จากการแสวงหาไปสร้างสรรค์ หรือปรับปรุงให้เกิดผลผลิต กระบวนการ และการบริการแบบใหม่ขึ้น ซึ่งมีประสิทธิภาพ และเป็นที่ต้องการจำเป็นของบุคคล ตลาด หรือองค์กรใด ๆ มากยิ่งขึ้น (องอาจ นัยพัฒน์, 2554)

การวิจัย และพัฒนา หมายถึง กระบวนการวิจัยที่มุ่งหมายเพื่อสร้าง หรือค้นหาแนวคิด แนวทาง วิถีปฏิบัติ หรือสิ่งประดิษฐ์ที่นำไปใช้เพื่อพัฒนากลุ่มคน หน่วยงาน หรือองค์กร จุดหมายปลายทางที่คาดหวังจึงเป็นการมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ (ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล และสุภาพ ฉัตรภรณ์, 2555)

โดยสรุป การวิจัย และพัฒนา หมายถึง กระบวนการวิจัยเพื่อทดลองโดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาวัสดุ สิ่งประดิษฐ์ อุปกรณ์ วิธีการ หรือกระบวนการสำหรับแก้ไขปัญหา หรือพัฒนางานในหน่วยงาน หรือองค์กร โดยมีการทดลองใช้ และปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ หรือเผยแพร่

ลักษณะสำคัญของการวิจัย และพัฒนา (ณัฐวดี วังสินธ์, 2555)

1. เป็นการวิจัยเชิงประยุกต์ที่มุ่งนำผลวิจัยไปพัฒนาต่อ กล่าวคือ เป็นการนำความรู้ความเข้าใจใหม่ที่สร้างขึ้นมาพัฒนาเป็นต้นแบบใช้งาน โดยมีจุดเน้นที่สำคัญคือ การทำวิจัยเพื่อแสวงหาหรือสร้างสรรค์ภูมิปัญญาใหม่ ได้แก่ ความรู้ หรือความเข้าใจใหม่ ๆ แล้วทำการพัฒนาด้วยการคิดค้นต่อยอดความรู้ หรือความเข้าใจดังกล่าวให้อยู่ในรูปต้นแบบการพัฒนาที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในวงกว้าง

2. มีขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นระบบ คือ เป็นการศึกษา ค้นคว้าอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัย และพัฒนามีจุดเน้นในการดำเนินงานที่ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ การวิจัย การพัฒนา และการเผยแพร่ ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าเพื่อให้ได้ความรู้ หรือความเข้าใจในแง่มุมใหม่ ๆ สำหรับนำไปพัฒนาเป็นนวัตกรรม และถ่ายทอดไปสู่ผู้ใช้ในวงกว้าง จึงจำเป็นต้องกระทำด้วยกระบวนการ หรือขั้นตอนที่เป็นระบบ และต่อเนื่อง

3. มีกระบวนการดำเนินการวิจัยอย่างเป็นวัฏจักรด้วยวิธีการที่เชื่อถือได้ การวิจัย และพัฒนา มีขั้นตอน หรือกระบวนการในการแสวงหาความรู้ หรือความเข้าใจในแง่มุมใหม่ ๆ เพื่อประยุกต์ไปเป็นนวัตกรรมสู่ผู้ใช้ในวงกว้าง ดังนั้น การทำวิจัย และพัฒนาทุกขั้นตอน จำเป็นต้องกระทำอย่างพิถีพิถันภายใต้การกำกับติดตาม และตรวจสอบซ้ำหลายครั้ง เพื่อประกันให้เกิดความเชื่อมั่นว่าผลผลิตขั้นสุดท้ายของกระบวนการวิจัย และพัฒนาที่อยู่ในรูปนวัตกรรมนี้มีความถูกต้อง และมีความน่าเชื่อถือ และตรงตามระดับมาตรฐานก่อนนำไปเผยแพร่สู่ผู้ใช้ต่อไป

4. มีแบบแผนการวิจัยทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ คือ ในการทำวิจัย และพัฒนา โดยทั่วไป ผู้วิจัยมักใช้การผสมผสานวิธีการทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพตามมาตรฐานคติที่อยู่ภายใต้กระบวนทัศน์และปฏิบัตินิยม/ประโยชน์นิยมเป็นหลัก (pragmatism paradigm)

5. การวิจัย และพัฒนามุ่งเน้นตอบสนองต่อผู้ต้องการใช้ผลการวิจัย โดยความสำคัญของการวิจัยประเภทนี้ คือ การดำเนินการวิจัยที่ต้องสนองความจำเป็น หรือความต้องการของบุคคล หรือกลุ่มบุคคลผู้ประสงค์จะนำผลผลิต กระบวนการ หรือบริการที่เป็นวิทยาการสมัยใหม่จากการวิจัย และพัฒนาไปใช้

6. ได้ผลการวิจัยที่มีคุณค่า และมูลค่าสูง สามารถจดทะเบียนสิทธิบัตรได้ โดยผลการวิจัยและพัฒนาโดยเฉพาะที่อยู่ในรูปผลผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ อันเป็นภูมิปัญญาที่เกิดจากการสร้างสรรค์ และการลงทุนลงแรงของทีมผู้วิจัย อาจจะมีมูลค่า (value) และมูลค่า (worth) เชิงพาณิชย์ หรือเป็นประโยชน์ในแง่การทำกำไรได้สูง ซึ่งทีมผู้วิจัยสามารถจดทะเบียนเพื่อคุ้มครองสิทธิให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ และพระราชบัญญัติสิทธิบัตรทั้งภายในประเทศ หรือนานาชาติได้

รูปแบบการวิจัย และพัฒนา

กระบวนการวิจัย และพัฒนา เป็นกระบวนการนำระเบียบวิธีวิจัยไปใช้พัฒนาสื่อ วัสดุอุปกรณ์ งาน ระบบงาน หรือกระบวนการทำงานต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างวิธีการวิจัย และวิธีการพัฒนา ดังนั้นกระบวนการวิจัย และพัฒนาจึงมีรูปแบบ (model) ที่แตกต่างกัน โดยรูปแบบการวิจัยและพัฒนาที่มีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางได้แก่ R & D Method Steps (Borg & Gall, 1983) และ ADDIE Model (Clark, 2003) รายละเอียด ดังนี้

R & D Method Steps (Borg & Gall, 1983) เป็นรูปแบบการวิจัย และพัฒนา ประกอบด้วย 10 ขั้นตอน คือ

1. การวิจัย และการเก็บข้อมูล (Research and information collection) เป็นขั้นแรกของการวิจัยโดยเริ่มจากการรวบรวมข้อมูล การทบทวนผลงานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์สถานการณ์ ประเด็นสำคัญต่าง ๆ และบันทึกเตรียมความพร้อม เพื่อกำหนดกรอบการวิจัย

2. การวางแผน (Planning) ในขั้นตอนนี้รวมถึงการสร้างทักษะ และความชำนาญเกี่ยวกับปัญหาในงานวิจัย การสร้างวัตถุประสงค์ในแต่ละขั้นตอน กำหนด และวางแผนวิธีการที่จะพัฒนาทั้งในด้านกำลังคนและระยะเวลา เป็นต้น

3. การพัฒนารูปแบบเบื้องต้น (Develop Preliminary form of product) ในขั้นตอนนี้เป็นการเตรียมความพร้อมขององค์ประกอบสนับสนุนต่าง ๆ รวมถึงคู่มือ และแนวปฏิบัติ หลักการที่สำคัญของขั้นตอนนี้ คือ ต้องกำหนดโครงสร้างและการประเมินความเป็นไปได้

4. การทดสอบสนามเบื้องต้น (Preliminary field testing) เป็นการดำเนินการทดลองเริ่มต้น โดยมีวัตถุประสงค์หรือรวบรวมและวิเคราะห์ผลการประเมินเบื้องต้น ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต และการสอบถาม เป็นการทดลองกับกลุ่มทดลองขนาดเล็ก หากผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ขั้นตอนนี้จะเป็นวงจรของการดำเนินการพัฒนาประกอบด้วย การลงมือปฏิบัติและเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติ สะท้อนการปฏิบัติ

5. การปรับแก้ผลิตภัณฑ์หลัก (Revising main product) เป็นการปรับปรุงทบทวนผลิตภัณฑ์ในขั้นตอนที่ได้จากการแนะนำ ในผลิตภัณฑ์ที่ทำการทดสอบภาคสนามเบื้องต้น การปรับปรุงเพื่อให้ได้รูปแบบหรือกระบวนการที่สร้างขึ้นที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลสถานการณ์การปฏิบัติจากการสังเกต สัมภาษณ์ สทนากลุ่ม หรือสำรวจนำมาวิเคราะห์ และประเมินผล การประเมินจะย้อนไปสู่การวางแผน ปรับปรุงการปฏิบัติลงมือปฏิบัติอีกครั้ง

6. การทดสอบสนามหลัก (Main field testing) การนำผลิตภัณฑ์ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ดำเนินการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เปรียบเทียบผลิตภัณฑ์กับวัตถุประสงค์

7. การทบทวนผลิตภัณฑ์และแก้ไขการดำเนินงาน (Revising operational product) ขั้นตอนนี้เป็นการปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง โดยนำผลประเมินเพื่อไปสู่การวางแผนและปรับปรุงแผนการปฏิบัติใหม่ เพื่อให้ได้ผลดีและมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้มากขึ้น เน้นการมีส่วนร่วมและลงมือปฏิบัติอีกครั้ง จนได้ผลิตภัณฑ์ตามเป้าหมาย

8. การทดสอบภาคสนามเชิงปฏิบัติการ (Operational field testing) หลังจากปรับปรุงรูปแบบนำไปปฏิบัติตามรูปแบบ จนมีความมั่นใจในด้านคุณภาพ ผู้วิจัยเห็นสมควรนำรูปแบบไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความพร้อมสู่การปฏิบัติ การประเมินผลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถาม สัมภาษณ์และสังเกตการณ์ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์

9. การทบทวนผลงานสุดท้าย (Revising final product) เพื่อให้การปรับปรุงรูปแบบโดยใช้ผลการทดสอบภาคสนามปฏิบัติการจากขั้นตอนที่ 8 มาเป็นเกณฑ์ในการปรับปรุงแล้วจึงนำรูปแบบที่ได้ขึ้นไปเผยแพร่

10. การเผยแพร่และดำเนินงาน (Dissemination and implementation) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่เป็นการเสนอรูปแบบต่อที่ประชุมวิชาการ และตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารหรืออาจจะมีการเผยแพร่โดยวิธีการอื่นๆ เช่น การเผยแพร่ผ่านสื่อมวลชนแขนงต่าง ๆ การสัมมนา เพื่อให้ผลที่ได้เผยแพร่ไปในวงกว้าง และเป็นประโยชน์ต่อบุคคลทั่วไปในทุกระดับชั้น

ADDIE Model (Clark, 2000) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์สถานการณ์ความต้องการจำเป็น เพื่อให้ทราบว่า มีปัญหาอะไรบ้างที่เป็นความจำเป็นที่แท้จริงต้องปรับปรุงแก้ไข ทำได้โดยการศึกษาสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียดครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม ค่านิยม ความรู้สึกนึกคิดของผู้เกี่ยวข้อง จากนั้นกำหนดสภาพที่ต้องการ ตรวจสอบความ

สอดคล้องระหว่างสภาพที่เป็นจริงกับสภาพที่ต้องการนั้นสภาพที่ไม่สอดคล้องกันคือ ปัญหาที่เป็นความจำเป็นที่แท้จริงอันจะนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายของการพัฒนา

2. การออกแบบ (Design) เป็นขั้นตอนการออกแบบผลิตภัณฑ์ ขั้นตอน หรือวิธีการที่จะทำ ให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ปัญหาหรือพัฒนาใด ๆ ตามที่กำหนด รายละเอียดของการออกแบบมักจะ ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ของการใช้ผลิตภัณฑ์ การกำหนดรายละเอียด และขั้นตอนของ ผลิตภัณฑ์ภาคสนาม

3. การพัฒนา (Development) เป็นขั้นตอนการดำเนินการพัฒนาผลิตภัณฑ์ ขั้นตอน หรือวิธีการตามรายละเอียดที่ออกแบบไว้ รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ประกอบการใช้ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ

4. การนำไปใช้ (Implementation) เป็นขั้นตอนของการนำผลิตภัณฑ์ ขั้นตอน หรือวิธีการที่ พัฒนาขึ้นไปใช้

5. การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมินผลของการใช้ผลิตภัณฑ์ ขั้นตอน หรือวิธีการ โดยหากผลที่ได้ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดต้องมีการปรับปรุงแก้ไข หากผลที่ได้ เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดก็สามารถเผยแพร่ต่อไป

นอกจากนี้ยังมีผู้วิจัยที่ได้นำรูปแบบการวิจัย และพัฒนาเหล่านี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบ หรือขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย และพัฒนา อย่างกว้างขวาง เช่น

Daulay และ Zaman (2012) ได้พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยการวิจัย และพัฒนา ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) collecting information, 2) designing product 3) developing preliminary product, 4) preliminary testing, 5) revising และ 6) field testing.

Buchori และ Setyawati (2015) ได้พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยการวิจัย และพัฒนา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) the preliminary research (literature study field study); design (design model and the media), 2) realization/construction (design assessment revised design), 3) test, 4) evaluation and revision (improvement products hypothetical) 5) implementation

Buchori, Setyosari, Dasna, และ Ulfa (2016) ได้พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยการวิจัย และพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การปรับปรุงรูปแบบ (revising design) การทดลองใช้ (trial usage) การปรับปรุงผลิตภัณฑ์ (revising product) และการเผยแพร่ผลงานสู่สาธารณชน (mass production)

Hidayah, Ramli และ Hanafi (2018) ได้พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยการวิจัย และพัฒนา ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) preliminary study through literature and needs, 2) product development planning และ 3) preparation and development of prototyping modelling techniques

จากการศึกษาเกี่ยวกับการนำรูปแบบการวิจัย และพัฒนาไปใช้ในการวิจัย จะมีขั้นตอนที่แตกต่างกันออกไป เริ่มตั้งแต่ 3 – 10 ขั้นตอน และดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนา และวิจัย ADDIE Model (Clark, 2000) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน มาประยุกต์ใช้ในการสร้างรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

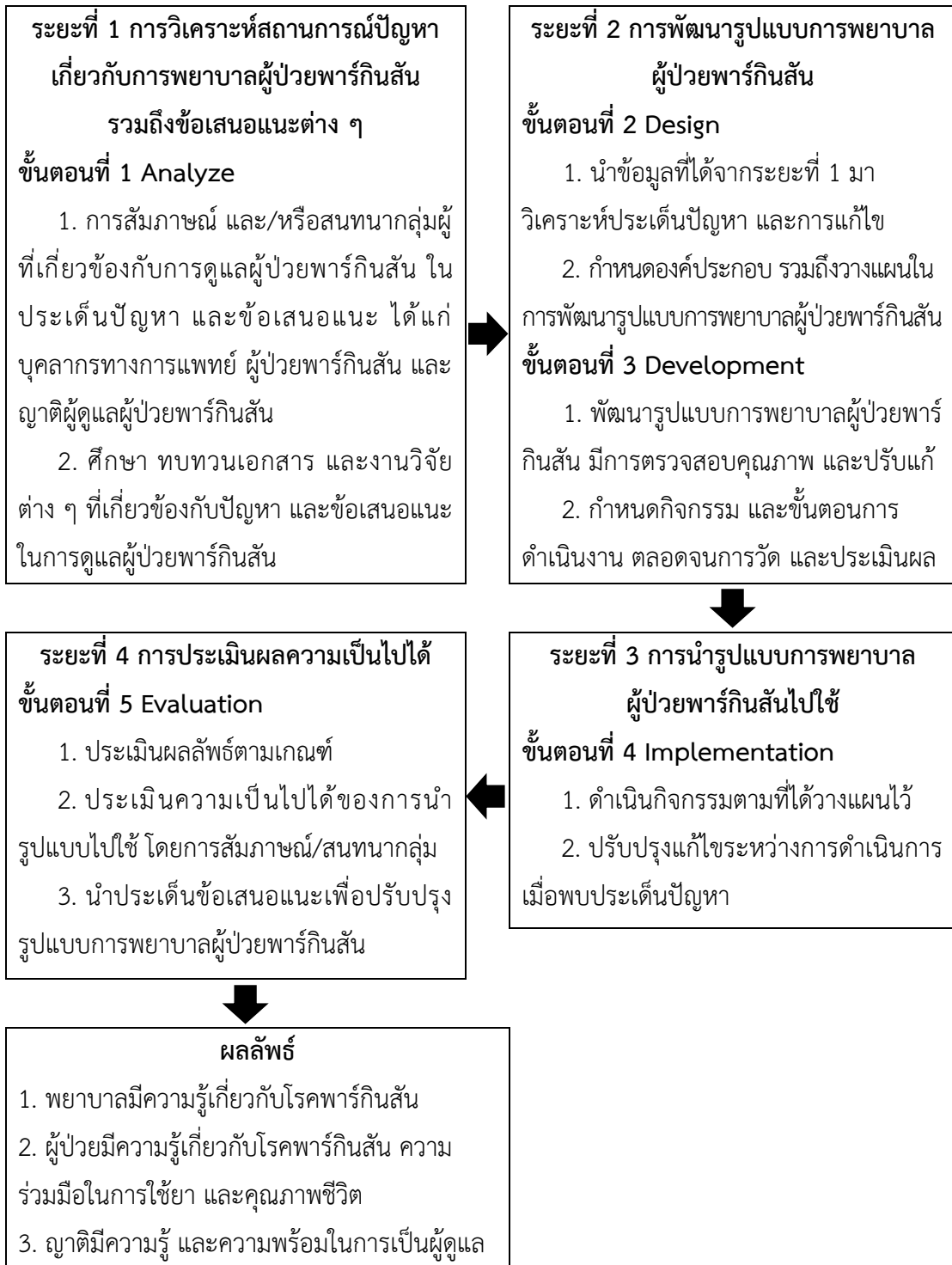
ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน รวมถึงข้อเสนอแนะต่าง ๆ (ขั้นตอนที่ 1 Analyze)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน (ขั้นตอนที่ 2 Design และขั้นตอนที่ 3 Development)

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ (ขั้นตอนที่ 4 Implementation)

ระยะที่ 4 การประเมินผลความเป็นไปได้ ตลอดจนผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่เกิดจากการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน (ขั้นตอนที่ 5 Evaluation)

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัย และพัฒนา (Research and Development [R&D]) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ตลอดจนผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2564 – สิงหาคม 2565 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัย และพัฒนา ADDIE Model (Clark, 2000) เป็นกรอบการวิจัย แบ่งขั้นตอนการดำเนินการเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน รวมถึงข้อเสนอแนะต่าง ๆ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ และ ระยะที่ 4 การประเมินผลความเป็นไปได้ ตลอดจนผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่เกิดจากการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน และ 2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยพาร์กินสัน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1) บุคลากรทางการแพทย์ ที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ จำนวน 16 คน ได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน เภสัชกร 3 คน นักกายภาพบำบัด 3 คน นักกิจกรรมบำบัด 3 คน นักสังคมสงเคราะห์ 2 คน และนักโภชนาการ 1 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

- มีประสบการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยพาร์กินสันที่แผนกผู้ป่วยนอกอย่างน้อย 1 ปี หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยพาร์กินสัน

- ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

1.2) ผู้ป่วยพาร์กินสัน จำนวน 12 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติ เพื่อเข้ารับการสัมภาษณ์สำหรับวิเคราะห์สถานการณ์ ดังนี้

- อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
- เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสันในระยะที่ 1 – 3
- อ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
- ไม่มีภาวะบกพร่องทางสมอง (มีคะแนน Mini-Mental State Examination ≤ 17 ในผู้ที่จบชั้นประถมศึกษา หรือ ≤ 22 ในผู้ที่จบสูงกว่าชั้นประถมศึกษา)
- ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

1.3) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน หมายถึง ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยพาร์กินสัน จำนวน 12 คน เพื่อเข้ารับการสัมภาษณ์สำหรับวิเคราะห์สถานการณ์ โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

- อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
- อาศัยอยู่กับผู้ที่ป่วยพาร์กินสัน อย่างน้อย 1 ปี และมีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย
- ยินดีเข้าร่วมการศึกษา
- อ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
- ไม่มีภาวะบกพร่องทางสมอง (มีคะแนน Mini-Mental State Examination ≤ 17 ในผู้ที่จบชั้นประถมศึกษา หรือ ≤ 22 ในผู้ที่จบสูงกว่าชั้นประถมศึกษา)

2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ประกอบด้วย พยาบาล ผู้ป่วยพาร์กินสัน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1) พยาบาล รวมทั้งหมด 17 คน เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกทุกคน 8 คน และพยาบาลห้องฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยในที่มีหน้าที่ไปช่วยปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก 9 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในขั้นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

2.2) ผู้ป่วยพาร์กินสัน จำนวน 40 คน โดยมีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ Burn และ Grove (2005) ที่อธิบายว่า กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลอง และกึ่งทดลอง ควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน แต่ละกลุ่มไม่ควรน้อยกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรจะมีมากที่สุดเพื่อที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้น และมีค่าความแปรปรวนลดลง ทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดี

ที่สุด ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และผู้วิจัยจะจับคู่กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุของผู้ป่วยไม่ต่างกัน 5 ปี เพศของผู้ป่วย และระยะเวลาดำเนินของโรคอยู่ในระดับเดียวกัน และให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติมากขึ้น ดังนั้น ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่ม 20 คน โดยกำหนดเป็นกลุ่มที่ไม่ได้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ได้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน (กลุ่มทดลอง) จำนวนกลุ่มละ 20 คน โดยเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในขั้นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

2.3) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน จำนวน 30 คน โดยเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในขั้นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ คู่มือความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน (สำหรับพยาบาล) คู่มือความรู้เรื่องโรคพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล และประชาชนทั่วไป
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย (*ภาคผนวก ข*) ทั้งกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อความ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประสบการณ์การทำงาน เป็นต้น

2.2 แนวทางการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview guide) (*ภาคผนวก ค*) สำหรับผู้ป่วยพาร์กินสัน และญาติผู้ดูแล เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นปัญหาอุปสรรค แนวทางหรือข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดที่ทีมผู้วิจัยได้พัฒนาแนวคำถามขึ้น และได้ผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเชิงคุณภาพแล้ว และสร้างคำถามระดมจากการตอบคำถามก่อนหน้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่กว้างและลึก โดยผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนจะได้รับการสัมภาษณ์คนละ 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลาประมาณ 45 – 60 นาที ผู้วิจัยจะจดบันทึกขณะสัมภาษณ์พร้อมบันทึกเสียงซึ่งได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยแล้ว

2.3 แนวทางการสนทนากลุ่ม (focus group discussion guide) (ภาคผนวก ง) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้นำกลุ่ม (Moderator) เพื่อผลักดันให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลในการแสดงความคิดเห็นขณะสนทนากลุ่ม ควบคุมกลุ่มให้ดำเนินการอภิปรายไปในทิศทางที่ควรจะเป็น รวมทั้งเป็นผู้ฟัง ผู้สังเกต และจดบันทึกขณะสนทนากลุ่ม ซึ่งแนวทางการสนทนากลุ่มนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และได้ผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเชิงคุณภาพแล้ว การสนทนากลุ่มแต่ละครั้งจะมีผู้เข้าร่วมทั้งหมดประมาณ 16 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน โดยจะใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 60 นาที ก่อนการสนทนากลุ่มผู้วิจัยขออนุญาตผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนการถ่ายภาพ และบันทึกเสียง

2.4 แบบวัดความรู้เรื่องพาร์กินสันสำหรับพยาบาล (ภาคผนวก จ) ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ ในประเด็นเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ และปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดโรค การรักษา การช้ยา ภาวะแทรกซ้อน รวมถึง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยมีลักษณะข้อคำถามให้เลือก 3 แบบ คือ ถูก ไม่ถูก และไม่แน่ใจ โดยถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่แน่ใจ หรือตอบผิด ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 0 – 20 คะแนน และนำคะแนนมาจัดระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0 – 7 คะแนน หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ 8 – 14 หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และ 15 – 20 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับดี

2.5 แบบวัดความรู้เรื่องพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย และญาติ (ภาคผนวก ฉ) ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ ในประเด็นเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ และปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดโรค การรักษา การช้ยา ภาวะแทรกซ้อน รวมถึง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะมีความง่ายกว่าแบบวัดความรู้สำหรับพยาบาล โดยมีลักษณะข้อคำถามให้เลือก 3 แบบ คือ ถูก ไม่ถูก และไม่แน่ใจ โดยถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่แน่ใจ หรือตอบผิด ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 0 – 20 คะแนน และนำคะแนนมาจัดระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0 – 7 คะแนน หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ 8 – 14 หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และ 15 – 20 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับดี

2.6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยพาร์กินสัน (The Short Form Parkinson's Disease Questionnaire: PDQ8) ฉบับภาษาไทย (อรรรรณ กุลจีรัง และนารีรัตน์ สัจจรวงษ์พนา, 2558) (ภาคผนวก ช) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก The Parkinson's Disease Questionnaire โดย Jenkinson, Fitzpatrick และ Peto ถูกพัฒนาขึ้นในปี คศ. 2012 เป็นแบบสอบถามปลายปิด ทั้งหมด 8 ด้าน จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการถามการรับรู้ผลกระทบจากการเป็นโรคพาร์กิน

สั้นใน 8 ประเด็น ดังนี้ 1) ความสามารถด้านการเคลื่อนไหว 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) ความผาสุกทางอารมณ์ 4) แหล่งสนับสนุนทางสังคม 5) การระลึกรู้ 6) ความสามารถในการสื่อสาร 7) ความไม่สุขสบายด้านร่างกาย และ 8) ความรู้สึกฝังลึกในใจ โดยลักษณะของการวัดเป็นอัตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ (0 – 4 คะแนน) ดังนี้

| | | |
|-------------------------|-----------|-------|
| ไม่รู้สึกละเลย | เท่ากับ 0 | คะแนน |
| รู้สึกเป็นบางโอกาส | เท่ากับ 1 | คะแนน |
| รู้สึกเป็นบางเวลา | เท่ากับ 2 | คะแนน |
| รู้สึกเป็นบ่อยๆ | เท่ากับ 3 | คะแนน |
| รู้สึกเป็นประจำสม่ำเสมอ | เท่ากับ 4 | คะแนน |

โดยมีคะแนนเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน มีค่าอยู่ระหว่าง 0 – 4 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 0 – 32 คะแนน ในการแปลผลนั้นทั้งคะแนนรายด้านและคะแนนโดยรวม ถ้าคะแนนสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตดี ยิ่งน้อย และคะแนนยิ่งน้อย หมายถึง คุณภาพชีวิตยิ่งดี โดยเกณฑ์ในการกำหนดคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้ และโดยรวม 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

| | | | |
|---------|-------|---------|---------------------------|
| 0 – 10 | คะแนน | หมายถึง | มีระดับคุณภาพชีวิตดี |
| 11 – 20 | คะแนน | หมายถึง | มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง |
| 21 – 30 | คะแนน | หมายถึง | มีระดับคุณภาพชีวิตน้อย |

2.7 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย (Medication Adherence Scale for Thai [MAST]) ที่พัฒนาโดยกมลชนก จงวิไลเกษม และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต (2564) (ภาคผนวก ซ) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบแบบ 6 ตัวเลือก 0 – 5 คะแนน ซึ่งสะท้อนความถี่ของการไม่ได้ใช้ยาภายใน 1 เดือน โดยในข้อคำถามที่ 1 – 6 การให้คะแนน คือ จากไม่เคยเลย (0 คะแนน), 1 – 2 ครั้ง/เดือน (1 คะแนน), 3 – 5 ครั้ง/เดือน (2 คะแนน), 6 – 9 ครั้ง/เดือน (3 คะแนน) 10 – 15 ครั้ง/เดือน (4 คะแนน) และมากกว่า 15 ครั้ง/เดือน (5 คะแนน) และในส่วนข้อที่ 7 – 8 ลักษณะตัวเลือกตอบเป็น ป่วยมาก (0 คะแนน) ป่วย (1 คะแนน)

มีบ้าง (2 คะแนน) น้อย (3 คะแนน) น้อยมาก (4 คะแนน) และไม่เคยเลย (5 คะแนน) แบบวัดมีคะแนนรวม 0 – 40 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับของความร่วมมือออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0 – 10 คะแนน) ระดับพอใช้ (11 – 20 คะแนน) ระดับดี (21 – 30 คะแนน) และระดับดีมาก (31 – 40 คะแนน)

2.8 แบบประเมินความพร้อมของญาติในการเป็นผู้ดูแล (The preparation for caregiving questionnaire) ของ Wirojratnan (2002) (*ภาคผนวก ฉ*) เพื่อประเมินความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม แต่ละข้อมีคำตอบ 5 ตัวเลือก ตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน (0 คือ ไม่มีความพร้อม 1 คือ มีความพร้อมน้อย 2 คือ มีความพร้อมปานกลาง 3 คือ มีความพร้อมมาก และ 4 คือ มีความพร้อมมากที่สุด) คะแนนรวม 0 – 32 คะแนน แบ่งระดับความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลออกเป็น 3 ระดับ คือ มีความพร้อมในระดับ (0 – 11 คะแนน) มีความพร้อมในระดับปานกลาง (12 – 22 คะแนน) และมีความพร้อมในระดับสูง (23 – 32 คะแนน)

2.9 แนวคำถามการสัมภาษณ์ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน (*ภาคผนวก ข*) ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ตลอดจนข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหา และอุปสรรคของการใช้รูปแบบครั้งนี้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบวัดความรู้เรื่องพาร์กินสัน สำหรับพยาบาล ที่ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความรู้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ประสาทแพทย์ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยพาร์กินสัน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่จบปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุซึ่งมีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน 2 ท่าน ร่วมกันตรวจสอบความถูกต้อง และความตรงเชิงเนื้อหา หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงข้อคำถามในด้านภาษา และความชัดเจน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) เท่ากับ 0.88 และผู้วิจัยจะทำการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยนำไปทดลองใช้พยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย โดยการทดสอบวิธี Kuder Richardson 20: KR-20 ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างน้อย 0.87

2. แบบวัดความรู้เรื่องพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย และญาติ ที่ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความรู้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน จำนวน 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่จบปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุซึ่งมีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน 3 ท่าน ร่วมกันตรวจสอบความถูกต้อง และความตรงเชิงเนื้อหา หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงข้อคำถามในด้านภาษา และความชัดเจน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) เท่ากับ 0.90 และผู้วิจัยจะทำการทดสอบ

ความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยนำไปทดลองใช้ผู้ป่วยพาร์กินสัน และญาติผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง รวม 20 ราย โดยการทดสอบวิธี Kuder Richardson 20: KR-20 ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างน้อย 0.83

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยพาร์กินสัน (The Short Form Parkinson's Disease Questionnaire: PDQ8) ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบความเสถียรกับผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.81 และ 0.87 ตามลำดับ

4. แบบประเมินความพร้อมของญาติในการเป็นผู้ดูแล ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบความเสถียรกับญาติผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนที่จะดำเนินโครงการวิจัยนี้ โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเชิงจริยธรรมจาก คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ (เลขที่ EC014-65 วันที่) 14 มีนาคม 2565 – 13 มีนาคม 2566) หลังจากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับหนังสือชี้แจงการวิจัยและเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ระยะเวลาและสถานที่ในการศึกษาและตอบคำถามเกี่ยวกับงานวิจัยโดยผู้วิจัย ในหนังสือชี้แจงการวิจัยได้ระบุสถานที่และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อกลับมาที่ตัวผู้วิจัยโดยตรง โดยผู้ร่วมวิจัยสามารถติดต่อสอบถามได้ ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกคำยินยอมได้ทุกเวลาโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ในระหว่างวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะซักถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและปกป้องข้อมูลส่วนที่ไม่ต้องการเปิดเผย รวมทั้งมีสิทธิที่จะรับรู้และตรวจสอบข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการวิจัย การถ่ายภาพ และการบันทึกเทปในการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และการสนทนากลุ่มต้องได้รับการยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลจากการวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยไม่ปรากฏชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย การรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยข้อมูลและภาพที่ได้รับการบันทึกไว้จะถูกทำลายเพื่อป้องกันสิทธิและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมในการทำวิจัยจากโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ซึ่งขั้นตอนการวิจัย และพัฒนาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิด

ADDIE Model ของ Clark (2000) เป็นกรอบการดำเนินการวิจัย แบ่งขั้นตอนการดำเนินการเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน รวมถึงข้อเสนอแนะต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 1 Analyze (R1) การดำเนินการในระยะนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อ

- 1) ศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันในโรงพยาบาล
- 2) ค้นหา และระบุประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันในโรงพยาบาล ความจำเป็น และความต้องการของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) ในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน
- 3) ค้นหาแนวทาง และข้อเสนอแนะในการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันในโรงพยาบาล

กิจกรรมการดำเนินการ ประกอบด้วย

1) ทีมผู้วิจัยประชุมกลุ่ม เพื่อเตรียมการ และวางแผนกับทีมสมาชิกเกี่ยวกับการค้นหาปัญหา และสถานการณ์เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันในโรงพยาบาล ซึ่งได้แก่ การค้นหาเอกสาร และเวชระเบียนผู้ป่วยร่วมกับการสังเกตที่แผนกผู้ป่วยนอก การสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และสัมภาษณ์ผู้ป่วยพาร์กินสัน และญาติผู้ดูแล

2) ทีมผู้วิจัยประชุมกลุ่มเพื่อสร้างแนวทางการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน และนำแนวทางการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการวิจัยคุณภาพ และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

3) มอบหมายหน้าที่แก่สมาชิกในทีมเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามที่วางแผน

3.1) ศึกษา ทบทวนเอกสาร เวชระเบียนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการสังเกตหน้างานที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อค้นหาปัญหา หรือสถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ตลอดจนแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

3.2) สนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในประเด็นปัญหา อุปสรรค และวิธีการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันที่ผ่านมา ข้อเสนอแนะ ปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน

3.3) สัมภาษณ์ผู้ป่วยพาร์กินสัน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันในประเด็นปัญหา อุปสรรค และวิธีการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันที่ผ่านมา ข้อเสนอแนะ ปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ และความ ต้องการในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน

4) เมื่อเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในส่วนของคุณสมบัติที่ได้จากเวช ระเบียนผู้ป่วยร่วมกับการสังเกต การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ (ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อสรุปปัญหา อุปสรรค แนวทาง และ ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันโดยทีมสหวิชาชีพ)

5) ประชุมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ และสรุปประเด็นปัญหา รวมถึงข้อเสนอแนะที่ได้จากการเก็บ รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้ตรง และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

ขั้นตอนที่ 2 Design (D2) การดำเนินการในระยะนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อ

- 1) วางแผนในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน
- 2) กำหนดวัตถุประสงค์ของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน
- 3) กำหนดรายละเอียด และองค์ประกอบของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

กิจกรรมการดำเนินการ ประกอบด้วย

- 1) ประชุมกลุ่มเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน
- 2) จากข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ในขั้นตอนที่ 1 ได้ประชุมกลุ่มเพื่อกำหนดองค์ประกอบที่จำเป็น สำหรับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน
- 3) ประชุมกลุ่มเพื่อกำหนดรายละเอียดที่สำคัญในแต่ละองค์ประกอบ โดยนำข้อมูลที่ วิเคราะห์ได้มา และมาบูรณาการร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ หรืองานวิจัยที่ผ่านมาเพื่อพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

ขั้นตอนที่ 3 Development (D2) การดำเนินการในระยะนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อ

- 1) พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน
- 2) วางแผน และกำหนดกิจกรรมในการดำเนินการนำรูปแบบไปใช้ ตลอดจนกำหนดเครื่องมือ วิธีการดำเนินการ และการวัดผลลัพธ์

3) กำหนดขั้นตอนนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้

กิจกรรมการดำเนินการ ประกอบด้วย

1) ประชุมกลุ่มเพื่อนำองค์ประกอบที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 มาพัฒนา และร่างรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

2) นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันฉบับร่างไปตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันจำนวน 5 คน ได้แก่ ประสาทอายุรแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และอาจารย์พยาบาล 2 คน

3) นำรูปแบบที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะ

4) ประชุมวางแผนเพื่อกำหนดกิจกรรมในการดำเนินการนำรูปแบบไปใช้ ตลอดจนกำหนดเครื่องมือ วิธีการดำเนินการ และการวัดผลลัพธ์ให้สอดคล้องกับรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

5) พัฒนาเครื่องมือ และยืมเครื่องมือประกอบการนำรูปแบบไปทดลองใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบวัดความรู้เรื่องพาร์กินสันสำหรับพยาบาล แบบวัดความรู้เรื่องพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย และญาติ แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยพาร์กินสัน แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย แบบประเมินความพร้อมของญาติในการเป็นผู้ดูแล คู่มือการให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันสำหรับพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ รวมถึงจัดทำคู่มือแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเครื่องมือต่าง ๆ เหล่านี้ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามกระบวนการวิจัยก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

6) นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน และกิจกรรมต่าง ๆ ที่พัฒนาขึ้นเสนอผู้อำนวยการเพื่อขออนุญาตดำเนินการนำรูปแบบไปใช้กับผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก (ภาคผนวก ก)

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้

ขั้นตอนที่ 4 Implementation (R2) การดำเนินการในระยษนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อ

1) นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปทดลองใช้

2) เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

3) เพื่อปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

กิจกรรมการดำเนินการ ประกอบด้วย

1) ทีมผู้วิจัยจัดประชุมกับบุคลากรที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เพื่อขอ อนุญาต และขอความร่วมมือในการนำรูปแบบไปทดลองใช้ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการ ดำเนินการ และแนวทางการประเมินผลลัพธ์จากการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ รายละเอียดดังนี้

1.1) การเสริมสร้างสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์

- จัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน ใช้ระยะเวลา 1 วัน กิจกรรมประกอบด้วยบรรยายโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ อายุรแพทย์ พยาบาลพาร์กินสัน เกษัชกร นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด และนักกายภาพบำบัด เนื้อหาประกอบด้วยโรคพาร์กินสัน พยาธิสภาพ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ อาการแสดง การประเมิน การคัดกรอง การรักษา การใช้ยา และ ผลข้างเคียงจากยา รวมถึงการปฏิบัติเพื่อป้องกัน หรือลดการดำเนินของโรค โดยผู้เข้าอบรมครั้งนี้ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 17 คน ซึ่งทั้งหมดจะได้รับการประเมินความรู้ ก่อน และหลัง การอบรม และได้รับคู่มือความรู้โรคพาร์กินสัน (สำหรับพยาบาล)

1.2) การส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย

- ผู้ป่วยพาร์กินสันที่มารับบริการที่คลินิกโรคระบบประสาท แผนกผู้ป่วย นอก โรงพยาบาลประสาท จะถูกคัดเลือก และสุ่มโดยใช้วิธี block of 4 เพื่อแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือก

- กลุ่มควบคุม จะได้รับการตามเดิม และพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วย นอก จะทำการประเมินความรู้เรื่องพาร์กินสัน ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยพาร์กินสัน และประเมิน ความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย และประเมินซ้ำ 2 เดือน เมื่อมาตรวจตามแพทย์นัด (เพื่อ รักษาสิทธิ์ของผู้ป่วย เมื่อได้รับการประเมินซ้ำเรียบร้อยแล้ว จะได้รับ คู่มือความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน สำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล และประชาชนทั่วไป)

- กลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินความรู้เรื่องพาร์กินสัน คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยพาร์กินสัน และความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย ก่อนที่จะมีการให้ความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน พร้อมกับได้รับคู่มือความรู้เรื่องโรคพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล และประชาชนทั่วไป เพื่อนำไปอ่าน และทบทวนเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยผู้ป่วยจะได้รับการประเมินดังกล่าวอีกครั้งภายหลัง 2 เดือน หรือเมื่อมาตรวจตามนัดครั้งถัดไป

1.3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลแก่ญาติ

- ญาติผู้ป่วยพาร์กินสันที่มาส่งผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ญาติเข้าร่วมรับฟังแผนการรักษากับผู้ป่วย และแพทย์ รวมถึงจะได้รับความรู้จากทีมสหวิชาชีพ เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน การปฏิบัติตัว การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วย และได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ให้กำลังใจ ทั้งนี้ญาติผู้ป่วยส่วนหนึ่ง (จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งถูกคัดเลือกโดยพยาบาล) จะได้รับการประเมินความรู้เรื่องพาร์กินสัน และประเมินความพร้อมของญาติในการเป็นผู้ดูแล ก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรม 2 เดือน

ระยะที่ 4 การประเมินผลความเป็นไปได้ ตลอดจนผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่เกิดจากการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

ขั้นตอนที่ 5 Evaluation (D2) การดำเนินการในระยหานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อ

- 1) ประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน
- 2) ประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน
- 3) สรุป และปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

กิจกรรมการดำเนินการ ประกอบด้วย

1) ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมด ได้แก่ คะแนนความรู้เรื่องพาร์กินสันสำหรับพยาบาล คะแนนความรู้เรื่องพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย และญาติ คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยพาร์กินสัน คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย และคะแนนความพร้อมของญาติในการเป็นผู้ดูแล มาวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อน และหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

2) ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ประกอบด้วย พยาบาล 5 คน ผู้ป่วยพาร์กินสัน 5 คน และญาติผู้ดูแล 5 คน เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการได้เข้าร่วมใช้รูปแบบ รวมถึงข้อปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะรูปแบบ

3) ทีมผู้วิจัยนำผลลัพธ์ที่ได้ทั้งหมดเสนอแก่ทีมผู้บริหารโรงพยาบาลเพื่อได้รับทราบ และขอรับข้อเสนอแนะ เพื่อทีมผู้วิจัยจะได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับปรุงกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อขยายผลในการดำเนินการต่อไป

4) นำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุง แก้ไขรูปแบบการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน

5) จัดทำเป็นนโยบายสำหรับองค์กรพยาบาล เกี่ยวกับการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน และคู่มือความรู้โรคพาร์กินสันสำหรับพยาบาล ไปใช้ในแผนกผู้ป่วยใน และแผนกผู้ป่วยนอก

6) เสนอผู้บริหาร ทีมสหวิชาชีพ และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปจัดตั้งคลินิกพาร์กินสัน ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

6.1) มีการประชุมวางแผนเพื่อจัดตั้งคลินิกพาร์กินสันร่วมกับสหวิชาชีพ ได้แก่ อายุร แพทย์ระบบประสาท พยาบาลพาร์กินสัน เภสัชกร นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด และนักกายภาพบำบัด โดยมีมติเปิดบริการคลินิกพาร์กินสันแยกออกจากโรกระบบประสาททั่วไป

6.2) ประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจ บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบแต่ละสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับการทำงานในคลินิกพาร์กินสัน (ภาคผนวก ก)

6.3) ดำเนินการให้บริการผู้ป่วยพาร์กินสัน และญาติผู้ดูแลในคลินิกที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ให้บริการทุกวันพุธ ที่ห้องตรวจชั้น 2 อาคาร 2 โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และร้อยละ

2) เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องพาร์กินสันสำหรับพยาบาล คะแนนความรู้เรื่องพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย และญาติ คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยพาร์กินสัน คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย และคะแนนความพร้อมของญาติในการเป็นผู้ดูแล ก่อน และหลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน วิเคราะห์โดยใช้การทดสอบสถิติด้วย t-test

3) เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยพาร์กินสัน และคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง วิเคราะห์โดยใช้การทดสอบสถิติ แมน-วิทนียู (Mann - Whitney U)

4) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ซึ่งมีการตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงในการวิเคราะห์ข้อมูล โดย

4.1) การตรวจสอบของสมาชิก (Member check) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปกลับไปให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตรวจสอบว่าตรงกับความคิดเห็นของ (เข้าร่วมวิจัยหรือไม่ ต้องการเพิ่มเติมหรือแก้ไขในประเด็นใดบ้าง เพื่อยืนยันว่าผู้วิจัยเข้าใจตรงกันกับผู้เข้าร่วมวิจัยและตีความหมายข้อมูลได้ถูกต้อง

4.2) การถ่ายทอด เล่า ตรวจสอบระหว่างทีมผู้วิจัย (peer examination) ผู้วิจัยถ่ายทอด เล่า ประสบการณ์ในกระบวนการวิจัยและปรึกษาการตีความหมายกับผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยพาร์กินสัน และพยาบาลที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในกระบวนการวิจัย การวิเคราะห์เรื่องราว และการเขียนรายงาน เพื่อนำเสนอผลที่ได้จากการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย และการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ครั้งนี้เป็นการวิจัย และพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ซึ่งในบทนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 4 ส่วน คือ

- 1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 2) สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน
- 3) องค์ประกอบ และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน
- 4) ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้

รายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน 2) ผู้ป่วยพาร์กินสัน และ 3)ญาติผู้ดูแล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา รวมถึงข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ซึ่งใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้ข้อมูลครั้งนี้ รวม 16 คน ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.50) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 มีอายุอยู่ระหว่าง 41 – 50 ปี (range 35 – 58 ปี, mean = 43.69, S.D.= 7.46) ส่วนมากมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันประมาณ 11 – 20 ปี (range 5 – 33 ปี, mean = 18.44, S.D.= 8.96) (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 2 | 12.50 |
| หญิง | 14 | 87.50 |
| อายุ (ปี) (range 35 – 58 ปี, mean = 43.69, S.D.= 7.46) | | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี | 5 | 31.25 |
| 41 – 50 ปี | 8 | 50.00 |
| มากกว่า 50 ปี | 3 | 18.75 |
| อาชีพ | | |
| แพทย์ | 2 | 12.50 |
| เภสัชกร | 3 | 18.75 |
| พยาบาล | 3 | 18.75 |
| นักสังคมสงเคราะห์ | 2 | 12.50 |
| นักกิจกรรมบำบัด | 2 | 12.50 |
| นักกายภาพบำบัด | 2 | 12.50 |
| นักโภชนาการ | 1 | 6.25 |
| นักจิตวิทยา | 1 | 6.25 |
| ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน (range 5 – 33 ปี, mean = 18.44, S.D.= 8.96) | | |
| น้อยกว่า หรือเท่ากับ 10 ปี | 4 | 25.00 |
| 11 – 20 ปี | 6 | 37.50 |
| 21 – 30 ปี | 4 | 25.00 |
| มากกว่า 30 ปี | 2 | 12.50 |

1.2) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ ซึ่งได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ รวม 17 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 43.41 ปี (range 50 – 59 ปี S.D.= 7.22) มีสถานภาพสมรสโสด และคู่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 47.05 และ 41.19 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า (ร้อยละ 82.35) ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ลักษณะทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้นำรูปแบบฯ ไปใช้

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 0 | 0 |
| หญิง | 17 | 100.00 |
| อายุ (ปี) (range 50 – 59 ปี, mean = 43.41, S.D.= 7.22) | | |
| < 30 | 2 | 11.76 |
| 30-39 | 5 | 29.41 |
| 40-49 | 6 | 35.29 |
| 50-59 | 4 | 23.54 |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 8 | 47.05 |
| คู่ | 7 | 41.19 |
| หม้าย/หย่า | 2 | 11.76 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า | 14 | 82.35 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 3 | 17.64 |

2) ผู้ป่วยพาร์กินสัน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1) ผู้ป่วยพาร์กินสันผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาจากบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล รวมถึงข้อเสนอแนะจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ซึ่งใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยผู้ป่วยพาร์กินสัน จำนวน 12 คน มากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.33) มีอายุอยู่ในช่วง 66 – 75 ปี ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันมากกว่า 6 ปี (mean 8.41, SD 4.52, min – max 1 – 15 ปี) สามในสี่ของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ และส่วนมากกว่าจบการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรขึ้นไป (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยพาร์กินสันผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 7 | 58.33 |
| หญิง | 5 | 41.67 |
| อายุ (ปี) (mean = 67.83, S.D.= 5.52, min – max 59 – 77 ปี) | | |
| 55 – 65 ปี | 3 | 25.00 |
| 66 – 75 ปี | 7 | 58.33 |
| มากกว่า 75 ปี | 2 | 16.67 |
| ระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน (mean 8.41, SD 4.52, min – max 1 – 15 ปี) | | |
| 1 – 5 ปี | 3 | 25.00 |
| 6 – 10 ปี | 5 | 41.67 |
| 11 – 15 ปี | 4 | 33.33 |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 2 | 16.67 |
| คู่ | 9 | 75.00 |
| หม้าย/หย่า | 1 | 8.33 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ประถมศึกษา | 5 | 41.67 |
| มัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตร | 4 | 33.33 |
| ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า | 3 | 25.00 |

2.2 ผู้ป่วยพาร์กินสันที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน รวม 40 คน โดยลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65 และ 70 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ยในกลุ่มควบคุม คือ 70.60 ปี (SD. 11.25) และกลุ่มทดลอง คือ 69.85 ปี (SD. 10.29) เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือประกาศนียบัตร มีระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 2 และไม่ได้ประกอบอาชีพ และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดของทั้งสองกลุ่ม มีสถานภาพสมรสคู่ (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยพาร์กินสันที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการพยาบาลฯ

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (ร้อยละ) | | p value |
|--|------------------------|-----------------------|---------|
| | กลุ่มควบคุม (n= 20) | กลุ่มทดลอง (n= 20) | |
| เพศ | | | |
| ชาย | 13 (65.00) | 14 (70.00) | .50* |
| หญิง | 7 (35.00) | 6 (30.00) | |
| อายุ (ปี) | | | |
| Mean ±S.D. | 70.60 ± 11.25 | 69.85 ± 10.29 | .81** |
| Min – Max | 55 – 88 | 53 – 82 | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี | 4 (20.00) | 4 (20.00) | |
| 61 – 70 ปี | 7 (35.00) | 8 (40.00) | |
| 71 – 80 ปี | 4 (20.00) | 3 (15.00) | |
| มากกว่า 80 ปี | 5 (25.00) | 5 (25.00) | |
| การศึกษา | | | |
| ประถมศึกษา | 5 (50.00) | 5 (25.00) | .93* |
| มัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตร | 10 (50.00) | 9 (45.00) | |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 5 (25.00) | 6 (30.00) | |
| ระยะเวลาในการเป็นโรคพาร์กินสัน (ปี) | | | |
| Mean ±S.D. | 7.1 ±3.8 | 6.7 ±4.1 | .53** |
| Min – Max | 2 – 17 | 1 – 15 | |
| น้อยกว่า 5 ปี | 15 (75.00) | 14 (70.00) | |
| 6 – 10 ปี | 4 (20.00) | 3 (15.00) | |
| 11 – 15 ปี | 1 (5.00) | 3 (15.00) | |
| ระยะของโรคพาร์กินสัน | | | |
| ระยะที่ 1 | 9 (45.00) | 7 (35.00) | .37* |
| ระยะที่ 2 | 11 (55.00) | 13 (65.00) | |
| สถานภาพสมรส | | | |
| โสด | 2 (10.00) | 0 (0,00) | .35* |
| สมรสคู่ | 16 (80.00) | 18 (90.00) | |
| หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ | 2 (10.00) | 2 (10.00) | |

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (ร้อยละ) | | p value |
|----------------------|------------------------|-----------------------|---------|
| | กลุ่มควบคุม (n= 20) | กลุ่มทดลอง (n= 20) | |
| อาชีพ | | | |
| ไม่ประกอบอาชีพ | 13 (65.00) | 11 (55.00) | .88* |
| รับราชการ | 3 (15.00) | 5 (25.00) | |
| ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | 1 (5.00) | 1 (5.00) | |
| รับจ้างทั่วไป | 3 (15.00) | 3 (15.00) | |

หมายเหตุ: * ใช้สถิติ Chi square, ** ใช้สถิติ Mann – Whitney U

3) ญาติผู้ดูแล แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

3.1 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาจากบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล รวมถึงข้อเสนอแนะจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยญาติของผู้ป่วยพาร์กินสัน จำนวน 12 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุมากกว่า 45 ปี โดยทำหน้าที่เป็นบุตรของผู้ป่วย รองลงมา คือ ภรรยา และสามีของผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และจบการศึกษาอย่างน้อยระดับมัธยมศึกษา หรือประกาศนียบัตรขึ้นไป (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|------------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 4 | 33.33 |
| หญิง | 8 | 66.67 |
| อายุ (ปี) (mean = 56.33, S.D.= 9.82, min – max 42 – 70 ปี) | | |
| น้อยกว่า หรือเท่ากับ 45 ปี | 3 | 25.00 |
| 46 – 55 ปี | 3 | 25.00 |
| 56 – 65 ปี | 4 | 33.33 |
| มากกว่า 65 ปี | 2 | 16.67 |
| ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยพาร์กินสัน | | |
| สามี/ภรรยา | 5 | 41.67 |
| บุตร/ธิดา | 4 | 33.33 |
| พี่/น้อง/ญาติอื่นๆ | 3 | 25.00 |

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--------------------------|------------|--------|
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 2 | 16.67 |
| คู่ | 9 | 75.00 |
| หม้าย/หย่า | 1 | 8.33 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ประถมศึกษา | 3 | 25.00 |
| มัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตร | 4 | 33.33 |
| ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า | 5 | 41.67 |

3.2 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ที่ได้มีส่วนร่วมในการใช้รูปแบบการพยาบาลที่ได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันจำนวน 30 คน โดยสองในสามของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อายุ 56 – 65 ปี โดยจบการศึกษาสูงกว่าหรือเท่ากับระดับปริญญาตรีมากที่สุด ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และครึ่งหนึ่งเป็นบุตร/ธิดาของผู้ป่วย (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่มีส่วนร่วมในการใช้รูปแบบฯ

| ประเด็นคำถาม | จำนวน (N = 30) | ร้อยละ |
|--|----------------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 10 | 33.33 |
| หญิง | 20 | 66.67 |
| อายุ (ปี) (mean 52.08, SD. 11.07, min – max 30 – 67 ปี) | | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี | 4 | 13.33 |
| 36 – 45 ปี | 6 | 20.00 |
| 46 – 55 ปี | 6 | 20.00 |
| 56 – 65 ปี | 12 | 40.00 |
| มากกว่า 65 ปี | 2 | 6.67 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ประถมศึกษา | 10 | 33.33 |
| มัธยมศึกษา | 6 | 20.00 |
| ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า | 11 | 36.67 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 3 | 10.00 |

| ประเด็นคำถาม | จำนวน (N = 30) | ร้อยละ |
|---|----------------|--------|
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 4 | 13.33 |
| คู่ | 22 | 73.34 |
| หม้าย/หย่า | 4 | 13.33 |
| ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย | | |
| บิดา/บุตร | 16 | 53.33 |
| สามี/ภรรยา | 9 | 30.00 |
| ญาติ | 5 | 16.67 |

2. สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ทีมผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ได้ประเด็นปัญหาดังนี้ คือ

2.1 ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค เข้าใจว่าเกิดจากกรรมพันธุ์ เป็นเรื่องของเวรกรรม อีกทั้งไม่ทราบว่าโรคมีอาการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น ไม่ทราบว่าอาการอ่อนเพลีย หรือการเดินเกร็ง เป็นอาการเป็นอาการอย่างหนึ่งของโรคพาร์กินสัน ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการเหล่านี้สามารถรักษาได้

“โรคนี้เป็นโรคคนแก่ เป็นเรื่องเวรกรรม แก่มากก็ต้องเป็นกันทุกคน หนีไม่ได้ (PD1)”

“ก็แก่แล้ว เป็นไปตามวัย ก็ต้องมีบ้างที่จะเดินเหินช้า ลุกนั่ง หรีดเดินก็เหมือนสันนิบาตกินเงอะๆ เงิน ๆ เป็นปกติของคนแก่ ได้นอน ได้พักก็น่าจะดี (PD3)”

“เพื่ออาหาร กินอะไรก็ไม่อร่อย ก็จะทำให้เด็ก ๆ พาไปอนามัย เพื่อขอหมอให้น้ำเกลือ จะได้มีแรง (PD6)”

2.2 ผู้ป่วยมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว โดยเข้าใจว่าเป็นภาวะปกติของภาวะสูงอายุไม่จำเป็นต้องรักษา การรับประทานยาเมื่อมีอาการเท่านั้น ในขณะที่บางกลุ่มเข้าใจว่ายังไม่มีอาการผิดปกติจึงยังไม่จำเป็นต้องรับประทานยา และเชื่อว่าการรับประทานยาต่อเนื่องจะส่งผลเสียต่อการทำงานของตับ และไต

“โรคนี้ ถือเป็นเรื่องปกติสำหรับคนแก่ทุกคน ยิ่งแก่มากก็จะเป็นกันเยอะแยะ เมื่อเป็นแล้วรักษาอย่างไรก็ไม่หาย แก่มากก็ต้องเป็นกัน (PD2)”

“ไม่ได้ออกเลยกำลังเนี่ย กลัวหกล้ม เคยสะดุดล้มครั้งนึง เตือดร้อนลูกหลานไปหมด ตอนนั้นก็อยู่บ้าน ไม่ไปไหน กลัวเป็นภาระลูกหลาน ก็นอนอยู่ที่บ้านทั้งวัน (PD11)”

“โรคนี้เป็นโรคของเวรกรรม ก็ไม่ต้องทำอะไร ปล่อยมันเป็นไป ก็ใช้ชีวิตปกติ รักษาไม่หายอยู่แล้ว (PD12)”

“มือไม่มันลื่น ๆ ไปหมด ก็ให้หลานมาบีบนวดให้ เอายาหม่องมาทา ให้มันร้อน ๆ ก็รู้สึกดีขึ้น แต่ก็ไม่หายสิ้นเท่าไร (PD5)”

“จะกินยาเฉพาะเวลารู้สึกเหมือนมันลื่น ๆ ถ้าไม่ลื่นก็ไม่กิน ยากินแล้วมันเวียนหัว อยากจะอาเจียน กลัวตับไตพังด้วย เราแก่แล้วตับไตก็ไม่ดี ยามันเป็นสารเคมี (PD2)”

2.3 การเป็นโรคทำให้คุณภาพชีวิตลดลง โดยผู้ป่วยพาร์กินสันบางกลุ่มรับรู้ว่าการเป็นโรคมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และอารมณ์ ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมบางอย่างลดลง และบทบาทหน้าที่ทางสังคมลดลง

“สงสารพ่อนะ พอแก่เริ่มมีอาการมาก ๆ ทำให้แก่ไปไหนมาไหนเองไม่ได้ เกือบตัว ใช้ชีวิตปกติไม่ได้ สุขภาพไม่ดี คุณภาพชีวิตก็ไม่ดี (CGV1)”

“ก็ไม่กล้าไปไหนมาไหนเท่าไร เวลามีนงานบุญ งานรื่นเริงในหมู่บ้าน ก็ไม่ออกไป เพราะเดินหรือหยิบจับอะไรไม่สะดวก ก็มีเหงา ๆ บ้าง เหมือนถูกจำกัด ใช้ชีวิตไม่ค่อยมีความสุขเหมือนเคย (PD2)”

“ดูเค้าซึม ๆ นะ สงสารเค้า จากที่เคยทำอะไร ไปไหนมาไหนได้ด้วยตัวเอง แต่ตอนนี้เค้าก็ยังทำอะไรได้ด้วยตัวเองนะ แต่พอรู้ว่าป่วย เค้าก็จะไม่กล้าไปไหน เรา และแฟนก็ไม่อยากให้แม่ไปไหนเอง กลัวเค้าเกิดอันตราย การใช้ชีวิตประจำวันของเค้าดูยากขึ้น คิดว่าคุณภาพชีวิตก็น่าจะไม่ดีเท่าไร (CGV5)”

2.4 ญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ญาติไม่ทราบว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นผลมาจากโรค เข้าใจว่าเป็นอาการปกติของภาวะสูงอายุ เรียกร้องความสนใจ อยากให้ลูกหลานเอาใจ

“คิดว่าที่พ่อมีอาการหงุดหงิดง่าย โมโห เจ้าอารมณ์ เป็นเพราะวัยทอง หรือโรคคนแก่ ไม่ทราบมาก่อนเลยว่า เป็นสาเหตุจากโรคพาร์กินสัน (CGV1)”

“โรคคนแก่ แก่มากก็ซีหงุดหงิด เดินช้า ตาไม่ค่อยมองเห็น หรือจะหยิบจับ อะไรก็ไม่เหมือนเดิม ก็ต้องคอยเตือนกันไป (CGV3)”

“เมื่อก่อนเวลาเรียกแม่มาทานข้าว แล้วแม่ไม่มา ก็ไม่ได้ไปตามนะ จัดเตรียมแยกไว้ให้เค้า ก็เข้าใจว่าเขาเรียกร้องความสนใจ เพราะเมื่อก่อนแม่จะขี้น้อยใจ ต้องการคนเข้าหา ให้ความสำคัญ (CGV7)”

2.5 ญาติขาดทักษะในการเป็นผู้ดูแล โดยญาติมองว่าผู้ป่วยยังปกติเพราะไม่มีอาการ หรืออาการแสดงของความเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ญาติไม่กล้าให้คำแนะนำหรือตักเตือน

ผู้ป่วยซึ่งเป็นบิดา หรือสามีเกี่ยวกับการรับประทานยา การไปตรวจตามนัดเพราะกลัวผู้ป่วยดู ไม่ทราบว่าจะช่วยกำกับหรือติดตามพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยได้อย่างไร

“ก็ไม่รู้จะดูแลยังไงเหมือนกัน ก็ดูแล้วแกก็ปกติ พุดคุยรู้เรื่อง ยังใช้ชีวิตได้เหมือนปกติ (CGV2)”

“ก็เข้าหาแม่ไม่ถูก เดียวก็โมโห เดียวก็ดี เลยไม่กล้าเข้าไปใกล้ ก็ได้แต่อยู่ห่าง ๆ (CGV6)”

“ไปส่งที่โรงพยาบาล และก็หาที่จอดรถ นั่งรอในรถ ให้เค้าไปพบหมอเอง ก็น่าจะพอนะ เราเข้าไปก็เกะกะหรือเปล่า (CGV8)”

“พ่อนี้ บอก หรือเตือนอะไรไม่ได้เลย พอถามว่ากินยาแล้วยัง อย่าลืมกินยานะ คือเราก็เผลอเหมือนบ่น หรือจู้จี้แกลไป แกนี่ขึ้นเลย โวยวายเสียงดัง ว่าเป็นลูกไม่ต้องมาสอนพ่อ มีที่ไหนกัน เราก็ไม่กล้า (CGV9)”

“เตือนมากก็ไม่ได้ แม่จะ บอกว่านี่แม่จะ เลี้ยงเรามา เราจะมาบอก มาสอนได้ยังไง เราก็ไปไม่ถูกนะ ก็เลยไม่รู้จะไปถามใครบ้าง หรือไม่รู้จะช่วยเหลือเค้ายังไง (CGV10)”

“ก็ไม่เคยดูแลผู้ป่วยแบบนี้มาก่อน มันไม่เหมือนคนไข้ล้มหมอนนอนเสื่อทั่วไป ก็ยังจะพอดูแลได้บ้าง แต่นี่ เค้าก็ยังดูคืออยู่ ไม่ได้นอนติดเตียง (CGV12)”

2.6 บุคลากรทางการแพทย์ขาดทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากมีการหมุนเวียนบุคลากรโดยเฉพาะพยาบาลในการปฏิบัติหน้าที่ พยาบาลที่มาปฏิบัติขาดความต่อเนื่องเกี่ยวกับทักษะการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ส่วนใหญ่ก็จะเน้นการป้องกันโรค หรือดูแลตัวเองเกี่ยวกับโรค หลอดเลือดสมองมากกว่า

“ก็ส่วนใหญ่เราก็จะเจอผู้ป่วย stroke มากกว่า เจอบ่อย ทั้ง IPD และ OPD เลยไม่ค่อยเชี่ยวชาญเรื่องพาร์กินสันเท่าไร ก็จะมีอาการคร่าว ๆ เลยทำให้เวลาที่มีผู้ป่วยมารับบริการ เราก็จะพุดกลาง ๆ และแนะนำตามแผนการรักษาของแพทย์มากกว่า (HCP2)”

“ก็ไม่ได้ประจำอยู่ที่ OPD แต่เคยอยู่มาก่อน ตอนนี้อยู่ตึก แต่ก็มาช่วยลงบ้าง เวลาที่คน OPD ขาด เวลาเจอผู้ป่วยก็แนะนำไปตามที่เราจำได้ แต่ก็ไม่ได้ลงรายละเอียดมาก เพราะเราก็ไม่ได้อัปเดตความรู้เท่าไรเกี่ยวกับพาร์กินสัน (HCP8)”

“เรามาชช่วยลง OPD อาทิตย์ละ 1 – 2 ครั้งแล้วแต่ว่าคนเขาขาดไหม เราก็จำคนไข้ไม่ค่อยได้ ถ้าเราได้อุ้ม หรือเจอผู้ป่วยคนเดิมบ่อย ๆ ก็จะจำได้ว่า คนนี้มีปัญหาเรื่องอะไร เราก็จะได้ตามเค้าได้ หรือเน้นได้ แต่นี่เรานาน ๆ มาที ก็ไม่ค่อยรู้จักคนไข้ เลยไม่ได้เน้นอะไรให้ (HCP13)”

“พยาบาลที่ทำที่รู้ระบบ และแม่นยำ ๆ จริง ๆ มีคนเดียว คือน้องส้ม เค้าทำมานาน เค้าจะรู้ทุกอย่าง การส่งต่อ consult การส่งพบนักจิต หรือการเบิกยาต่าง ๆ แต่คนอื่น ๆ มา ๆ แล้วก็เปลี่ยนหน้าไปเรื่อย ก็จะทำให้คนไข้ loss ไป (HCP14)”

2.7 ขาดระบบการดูแลผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพ บุคลากรทางการแพทย์มองว่า ปัจจุบันไม่มีแนวทางหรือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันอย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากสหวิชาชีพ ขาดแนวปฏิบัติทางการพยาบาล รวมถึงควรมีการจัดตั้งคลินิกโรคพาร์กินสันเฉพาะ

“โรคพาร์กินสัน มันเป็นโรคที่เป็นปัญหากับหลายระบบในร่างกาย เพราะฉะนั้น ควรจะได้รับการดูแลร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ ไม่ใช่วิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง (HCP2)”

“อย่างที่บอก น้องสั้มจะรู้เรื่องระบบ เรื่อง flow คนใช้พาร์กินสันเป็นอย่างดี แต่คนอื่นที่มาช่วย เค้านจะไม่แม่น ถ้ามีแนวทาง หรือ flow ที่เป็นมาตรฐาน ชัดเจน น่าจะช่วยได้เยอะ เช่น คนใช้พาร์กินสัน 1 ราย เวลามาครั้งแรก ต้องได้รับการตรวจ หรือประเมินโดยใครบ้างก่อนหลัง และรายเก่าที่มารับยา ก็ต้องได้รับการประเมินก่อนโดยใคร หรือควรส่งต่อโดยใคร แบบนี้จะดีมาก ๆ ครับ (HCP14)”

“ควรมีการจัดตั้งคลินิกผู้ป่วยพาร์กินสันที่แยกออกมาจาก ห้องตรวจอื่น หรือคลินิกความจำเสื่อม เพื่อสะดวกในการนัดผู้ป่วย หรือการจัดกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล (HCP12)”

“ควรมีคลินิกเฉพาะสำหรับพาร์กินสันไปเลย อาจจะมีทุกวันพุธ เป็นต้น เราก็ทำระบบนัดใหม่ ให้ผู้ป่วยมาทุกวันพุธ และก็จัดทีมสหวิชาชีพมาดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม รวมถึงดึงญาติเข้ามามีส่วนรับรู้เกี่ยวกับอาการของคนไข้ และให้ความรู้ญาติเพื่อส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (HCP8)”

“สำหรับพยาบาล อาจจะมีการจัดทำแนวปฏิบัติเฉพาะขึ้นมาเพื่อการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ก็จะได้แนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และก็ถ่ายทอดคนที่มาทำงาน หรือมาช่วยงาน OPD จะได้ทำเป็นแนวเดียวกัน (HCP16)”

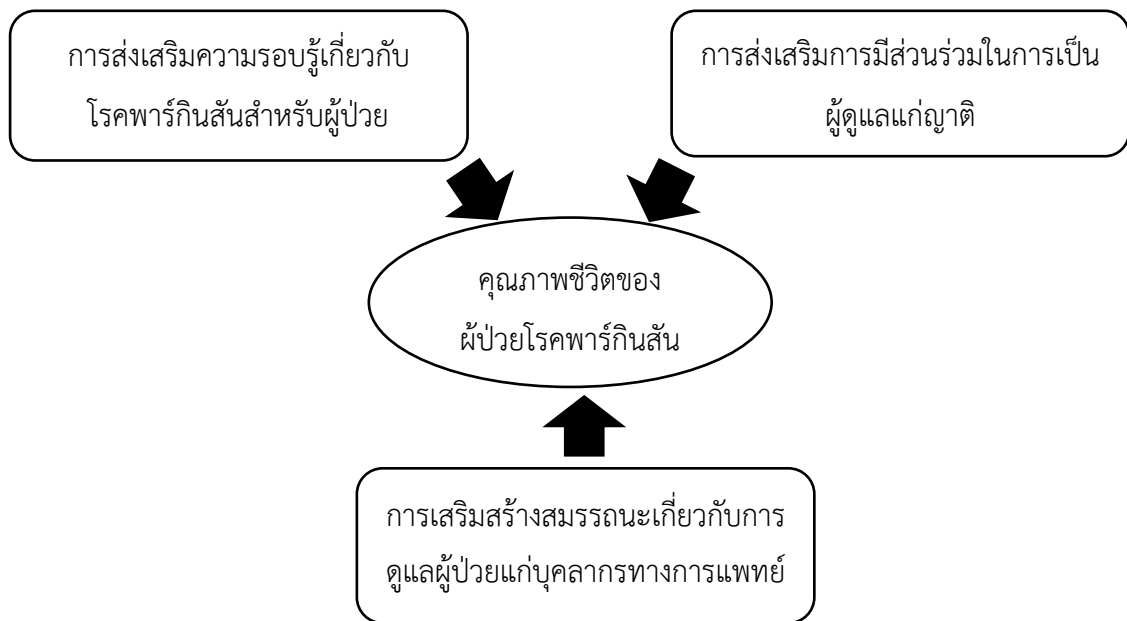
3. องค์ประกอบ และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และ/หรือชะลอการดำเนินของโรค ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลแก่ญาติ และการเสริมสร้างสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์ (ภาพที่ 1) รายละเอียดดังนี้

3.1 การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยพาร์กินสันเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การรับประทานยา การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติ และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมถึงการป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น

3.2 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลแก่ญาติ โดยการจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน การปฏิบัติตัว มีการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลของญาติ เน้น

ให้เห็นถึงความสำคัญของญาติในการเป็นผู้ดูแล ตลอดจนการสนับสนุนหรือแจ้งแหล่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน



รูปที่ 1 องค์ประกอบ และรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

3.3 การเสริมสร้างสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์ โดยการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มทักษะ และความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน เพื่อให้พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มีการปฏิบัติเป็นไปในทางเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพด้านการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพของโดนาบิดิเยน (Donabedian, 2003) ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) โดยมีแนวทางดังนี้

3.3.1 พัฒนาศักยภาพ และสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาล ด้วยการเตรียมความรู้ และความพร้อมของบุคลากรให้เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และจัดทำคู่มือการให้ความรู้เรื่องโรคพาร์กินสันสำหรับพยาบาล และคู่มือความรู้เรื่องโรคพาร์กินสันสำหรับผู้ดูแล และประชาชนทั่วไป

3.3.2 การจัดตั้งคลินิกพาร์กินสัน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันด้วยทีมสหวิชาชีพ และการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ผู้ที่เผชิญปัญหาคล้ายกันได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนญาติหรือผู้ดูแลปรับตัวลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน

3.3.3 การจัดกิจกรรมสนับสนุนอื่น ๆ ได้แก่ การจัดทำวันพาร์กินสันโลก ในวันที่ 11 เมษายน ของทุกปี การจัดกิจกรรมรณรงค์การค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน การดำเนินการในรูปแบบของการให้คำปรึกษาในคลินิกของโรงพยาบาล หรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แบบสายด่วน รวมถึงการใช้ระบบการให้คำปรึกษา การแพทย์ทางไกลกรมการแพทย์ DMS telemedicine การจัดโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในชุมชน ด้วยการสร้างและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ตลอดจนการติดตามประเมินและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

4. ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้

4.1 การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย

ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยพาร์กินสันในกลุ่มทดลอง (N = 20)

| ตัวแปร | ก่อนการอบรม | | หลังการอบรม | | Z | p-value |
|-------------------------------|-------------|---------------------|-------------|---------------------|--------|---------|
| | min-max | median (IQR) | min-max | median (IQR) | | |
| ความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน | 3 – 14 | 11.5 (9-13) | 14 - 20 | 18 (16-20) | -3.927 | <0.001* |
| คุณภาพชีวิต | 1 – 3.12 | 1.25 (1.56-1.94) | 1 – 3.37 | 1.38 (1.25-2.22) | -1.956 | 0.050* |
| ความร่วมมือในการใช้ยา | 0 – 32 | 29 (25 - 31) | 0 – 32 | 32 (29.5 - 32) | -2.176 | 0.030* |

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (*=p-value < 0.05)

จากตารางที่ 4.7 พบว่าภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยพาร์กินสันมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน คุณภาพชีวิต และความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value <0.001, 0.05 และ 0.03 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.8 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

| ตัวแปร | กลุ่มควบคุม | | กลุ่มทดลอง | | Z | p-value |
|-------------------------------|-------------|---------------------|------------|--------------|--------|----------|
| | ก่อน-หลัง | | ก่อน-หลัง | | | |
| | N | median (IQR) | N | median (IQR) | | |
| ความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน | 20 | 1 (0.75 - 1) | 20 | 5 (2.25 - 7) | -4.899 | < 0.001* |
| คุณภาพชีวิต | 20 | 0.06 (-0.12 - 0.12) | 20 | 0 (0 - 0.22) | -5.779 | 0.016* |
| ความร่วมมือในการใช้ยา | 20 | 1 (-1 - 2) | 20 | 1 (0 - 4.5) | -1.12 | 0.263 |

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (*=p-value < 0.05)

จากตารางที่ 4.8 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน และคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value <0.001 และ 0.016 ตามลำดับ) ในขณะที่คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p value = 0.263)

4.2 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลแก่ญาติ

ตารางที่ 4.9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล และความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน ก่อนและหลังการอบรม

| | N | Min-Max | Mean ±S.D. | t | p-value |
|--------------------------------------|----|---------|--------------|--------|---------|
| ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล | | | | | |
| ก่อนการอบรม | 30 | 14 - 28 | 24.09 ± 3.54 | -11.68 | <0.001* |
| หลังการอบรม | 30 | 18 - 30 | 29.57 ± 2.98 | | |
| ความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน | | | | | |
| ก่อนการอบรม | 30 | 3 - 20 | 10.2 ±3.7 | -5.863 | <0.001* |
| หลังการอบรม | 30 | 7 - 20 | 15.1 ±2.9 | | |

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (*=p-value < 0.05)

จากตารางที่ 4.9 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันมีคะแนนความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล และคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันเพิ่มขึ้นภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

4.3 การเสริมสร้างสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันก่อนและหลังการอบรมของพยาบาล

| | N | Min-Max | Median (IQR) | z | p-value |
|-------------|----|---------|----------------|--------|---------|
| ก่อนการอบรม | 17 | 6 - 19 | 14 (13 - 15) | -2.504 | 0.012* |
| หลังการอบรม | 17 | 13 - 19 | 16.5 (14 - 18) | | |

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (*=p-value < 0.05)

จากตารางที่ 4.10 พบว่าหลังการอบรมพยาบาลมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.012)

การอภิปรายผล

ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอการอภิปรายผลออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) สถานการณ์ปัญหา และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน 2) องค์ประกอบที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และ 3) ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ รายละเอียดดังนี้

1. สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันนี้ได้มาจาก ระยะที่ 1 ของการวิจัย และพัฒนา ซึ่งเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน รวมถึงข้อเสนอแนะต่าง ๆ ซึ่งข้อมูลที่ได้นี้มาจากมุมมองของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยพาร์กินสัน ญาติผู้ดูแล รวมถึงทีมสหวิชาชีพที่ได้มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันที่มารับบริการที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โดยประกอบด้วยปัญหาดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค 2) ผู้ป่วยมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว 3) การเป็นโรคทำให้คุณภาพชีวิตลดลง 4) ญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค 5) ญาติขาดทักษะในการเป็นผู้ดูแล 6) บุคลากรทางการแพทย์ขาดทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และ 7) ขาดระบบการดูแลผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพ

ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค และมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคพาร์กินสัน

ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค และมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่าการเป็นโรคนี้นี้เกิดจากกรรมพันธุ์ เป็นเรื่องของเวรกรรม อีกทั้งไม่ทราบว่าโรคมีอาการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น ไม่ทราบว่าอาการอ่อนเพลีย หรือการ

เดินเกร็ง เบื่ออาหารเป็นอาการอย่างหนึ่งของโรคพาร์กินสัน และผู้ป่วยบางส่วนเข้าใจว่าอาการเหล่านี้สามารถรักษาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jitkritisadukul, Boonrod และ Bhidayasiri (2017) ที่ศึกษาในผู้ป่วยพาร์กินสันในทวีปเอเชียพบว่า ผู้ป่วยพาร์กินสันมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรคอยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Youn และคณะ (2016) ที่ได้ศึกษาในประเทศเกาหลี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าใจว่าอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยพาร์กินสัน เช่น อาการสั่นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งบางส่วนของกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการรับประทานยารักษาพาร์กินสัน ทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ จึงทำให้ผู้ป่วยพาร์กินสันรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เช่นเดียวกับผลการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังเข้าใจว่าโรคพาร์กินสันเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องรักษา การรับประทานยาเมื่อมีอาการเท่านั้น ในขณะที่บางกลุ่มเข้าใจว่ายังไม่มีอาการผิดปกติจึงยังไม่จำเป็นต้องรับประทานยา และเชื่อว่ารับประทานยาต่อเนื่องจะส่งผลเสียต่อการทำงานของตับ และไต โดยผลการศึกษาสอดคล้องกับ ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยพาร์กินสันจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา และยอมรับกับอาการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ซึ่งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคนี้ บุคลากรทางการแพทย์ควรคำนึงถึงความรู้เดิม และวัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน อีกทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยร่วมกับการรักษาด้วยยาจะช่วยให้ชะลอความรุนแรงของโรค ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ดี และมีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาด้วยยาอย่างเดียว (Jitkritisadukul, Boonrod, & Bhidayasiri, 2017)

การเป็นโรคทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

ผู้ป่วยพาร์กินสันรับรู้ว่าการเป็นโรคพาร์กินสันทำให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง เนื่องจากพยาธิสภาพ และการดำเนินของโรคพาร์กินสัน ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติ เกิดอาการสั่น การเคลื่อนไหวช้า อาการแข็งเกร็ง และการเสียสมดุลของการทรงตัว (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) อีกทั้งปัญหาในการกลืนอาหาร เบื่ออาหาร ควบคุมการปัสสาวะลำบาก การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เครียด เกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร (สิรินันท์ กลั่นบุศย์, สิทธิพรพรรณพัฒนาฤดี และรุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2561; ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560; Fahn, Jankovic, & Hallett, 2011) ทำให้การใช้ชีวิตประจำวันเป็นไปด้วยความยากลำบาก และมีข้อจำกัด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทำให้คุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อรวรรณ กุลจรัส (2558) พบว่า การเป็นโรคพาร์กินสันมีผลกระทบในทางลบต่อคุณภาพชีวิตของของผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยทำให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว และทรงตัว เกิดความยากลำบาก และมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจในการเดิน และเข้าสังคม เกิดความรู้สึกอาย เกิดภาวะเครียด เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hoseinipalangi และ

คณะ (2023) และ Zhao และคณะ (2021) ที่ได้ทำการศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยพาร์กินสัน พบว่า ผู้ป่วยพาร์กินสันส่วนใหญ่มียุคคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากอาการของโรคที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย มีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ทำให้การใช้ชีวิตประจำวันเปลี่ยนไป เกิดปัญหาการสื่อสาร การเข้าสังคม ความรู้สึกเป็นตราบาป (stigma) รวมถึงเกิดภาวะเครียด

ญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค

ญาติให้ข้อมูลว่าขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคพาร์กินสัน ไม่ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันเอง ทั้งนี้ เนื่องจากโรคพาร์กินสัน มีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป โดยในระยะแรกอาจจะทำให้สังเกตอาการผิดปกติได้ไม่แน่ชัด โดยเฉพาะระยะที่ 1 ของโรคที่ใช้ระยะเวลาจนถึง 3 ปี ซึ่งอาจทำให้ญาติขาดการสังเกตหรือสังเกตได้ลำบาก จนกระทั่งการดำเนินของโรคมักขึ้นเข้าสู่ระยะที่ 2 หรือ 3 เป็นต้นไป (รุ่งโรจน์พิทยศิริ และคณะ, 2550) จึงเห็นความผิดปกติ จึงทำให้ญาติอาจปรับตัว หรือไม่ได้เตรียมพร้อมเพื่อรับมือในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน ในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรค ความรุนแรง หรือการดำเนินของโรค อาการ อาการแสดง การรักษา และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งการขาดความรู้ความเข้าใจถือเป็นปัญหาหลักสำคัญสำหรับญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่บ้าน เพราะทำให้ผู้ดูแลขาดความมั่นใจเกิดความสับสนในการดูแล และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะที่ไม่ทราบว่ากิจกรรมที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยนั้นเหมาะสมกับผู้ป่วยหรือไม่ โดยเฉพาะเมื่อมีการดำเนินของโรคที่มากขึ้น ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ก็จะไม่ทราบว่าอาการนั้นเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น หรือเลวลง ทำให้ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาโรคพาร์กินสัน เพราะไม่ทราบวิธีสังเกตอาการผิดปกติหลังรับประทานยา และไม่ทราบว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลข้างเคียงจากการรับประทานยา เป็นต้น ดังนั้น การขาดความรู้ความเข้าใจของญาติผู้ดูแลจึงส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงอาการของโรคหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น และผลจากอาการที่รุนแรงขึ้นนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น เช่น การเกิดอุบัติเหตุหกล้มบ่อยครั้งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองน้อยลง รวมทั้งความรุนแรงของโรคส่งผลกระทบต่อให้การรับรู้ และความจำลดลง ผู้ป่วยหลงลืมง่าย (ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล, 2558) ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ ควรให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินของโรค อาการต่าง ๆ จนถึงระยะท้ายของการเจ็บป่วย ควรมีการปรึกษา และวางแผนการดูแลร่วมกัน ควรมีการสนับสนุนแหล่งความรู้ การเข้ารับบริการ รวมทั้งแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยพาร์กินสันได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (Ferreira, Coriolano, & Lins, 2017) ทั้งนี้ความรู้ความเข้าใจที่จำเป็นเกี่ยวกับอาการ และปัญหาของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในประเด็นต่างๆ สำหรับญาติผู้ดูแล ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองในการใช้ชีวิตประจำวัน อาการสั้น

ของนิ้วมือขณะพัก ปัญหาการกลืนลำบาก ภาวะท้องผูก ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม ปัญหาด้านการสื่อสาร รวมถึงปัญหาด้านจิตใจ ภาวะเครียดต่าง ๆ เป็นต้น (ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล, 2558)

ญาติขาดทักษะในการเป็นผู้ดูแล

ญาติผู้ป่วยอธิบายว่า ขาดทักษะเกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงวิธีการดูแล หรือช่วยเหลือผู้ป่วยว่าควรปฏิบัติอย่างไรที่จะช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันหลายคนเกิดความวิตกกังวล และความไม่แน่ใจเมื่อได้ทราบถึงผลการวินิจฉัยว่าญาติของตนเองเป็นโรคพาร์กินสัน กลัวเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น และเกิดความยากลำบากในการจัดการ และดูแลผู้ป่วย เพราะไม่มีประสบการณ์ หรือไม่ทราบวิธีการดูแล รวมถึงญาติมีหน้าที่อื่นในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ เช่น ต้องดูแลบุตรหลานคนอื่น การทำงานประจำเพื่อหาเลี้ยงครอบครัวจึงทำให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ ไม่สามารถจัดการ หรือแบ่งเวลาในการดูแลได้ (Ferreira, Coriolano, & Lins, 2017) อีกทั้งการป่วยด้วยโรคพาร์กินสันถือเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลามากในการดูแล และไม่ทราบจะสิ้นสุดเมื่อไหร่ (Bhasin, & Bharadwaj, 2021) นอกจากนี้ญาติได้ให้ข้อมูลว่า การที่มีบทบาทเป็นบุตร/ธิดา หรือภรรยา ทำให้ยากลำบากในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีบทบาทเป็นบิดา/มารดา หรือหัวหน้าครอบครัว เนื่องจากบริบททางสังคม และวัฒนธรรมไทย โดยเฉพาะภาคเหนือ การให้ความเคารพ และเชื่อฟังบิดามารดา และหัวหน้าครอบครัวมีความสำคัญ และยึดถือปฏิบัติสืบทอดกันมา การที่ผู้สูงอายุ หรือบุตรหลาน หรือแม้แต่ภรรยา จะทำการชี้แนะ หรือเตือนเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพเป็นที่ลำบาก ทำให้ญาติผู้ดูแลที่เป็นบุตร/ธิดา หรือภรรยา ไม่กล้า และไม่ทราบวิธีปฏิบัติเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันในบ้านได้ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าการขาดทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทำให้อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ทำให้การดำเนินของโรคเร็วขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ง่าย อีกทั้งยังส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียด และวิตกกังวลอย่างมากในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ดูแลควรได้รับการฝึกทักษะเกี่ยวกับหลักการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ซึ่งทักษะที่ควรส่งเสริม ได้แก่ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการเดิน เน้นเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้มีความปลอดภัย การส่งเสริมการออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย หรือช่วยออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การจัดอาหารที่เหมาะสม การติดต่อสื่อสาร ผู้ดูแลต้องได้รับการสอนเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดินจากทีมสุขภาพ (ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล, 2558)

บุคลากรทางการแพทย์ขาดทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

บุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน มองว่าบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ยังขาดทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ทั้งนี้ เนื่องจากมีการหมุนเวียนบุคลากรโดยเฉพาะพยาบาลในการปฏิบัติหน้าที่ พยาบาลที่มาปฏิบัติขาดความต่อเนื่องเกี่ยวกับทักษะการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน รวมถึงทำให้พยาบาลขาดประสบการณ์ และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Thompson, Stone, Ochs, และ Litvan (2013) ที่ได้ศึกษาความรู้ และทักษะของแพทย์ พยาบาลที่อยู่ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ พบว่าแพทย์ และพยาบาลยังขาดทักษะ และประสบการณ์ในการวินิจฉัยผู้ป่วยพาร์กินสันในระยะเริ่มต้น ทำให้มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาที่ล่าช้า รวมถึงขาดความมั่นใจในการรักษาด้วยยารักษาพาร์กินสัน นอกจากนี้ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางที่มุ่งเน้นให้การบริการรักษาผู้ป่วยโรคระบบประสาท และไขสันหลัง โดยกลุ่มโรคที่พบได้บ่อย และมากที่สุดที่มารับบริการในโรงพยาบาล คือ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่มา จึงทำให้การให้บริการส่วนใหญ่ก็จะเน้นในเรื่องการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนการป้องกันโรค ดูแลตัวเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า และบุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่จะได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านระบบประสาท และไขสันหลัง โดยเฉพาะเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง จึงอาจทำให้พยาบาลขาดทักษะ และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน

ขาดระบบการดูแลผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพ

บุคลากรทางการแพทย์มองว่า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ยังไม่มีแนวทางหรือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันอย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากสหวิชาชีพ ขาดแนวปฏิบัติทางการพยาบาล รวมถึงควรมีการจัดตั้งคลินิกโรคพาร์กินสันเฉพาะ ทั้งนี้ ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลมองว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลยังไม่ครอบคลุม มีการแยกส่วนการให้การดูแล และรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Read และคณะ (2023) ที่ได้พบว่า ญาติมองว่าระบบการให้บริการผู้ป่วยพาร์กินสันมีการแยกการทำงานที่ของบุคลากรทางการแพทย์แต่ละวิชาชีพ มีการกระจายไม่มีการรวมหรือบูรณาการกันระหว่างวิชาชีพ ขาดทีมดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่เฉพาะเจาะจง อีกทั้งไม่มีการวางแผนการดูแลร่วมกันเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันจะมีอาการแย่มากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ทั้งนี้โรคพาร์กินสัน เป็นโรคที่มีความผิดปกติหลายระบบ และมีอาการทางระบบประสาทที่แตกต่างกันออกไป และต้องการการดูแลด้วยการจัดการที่หลายมิติ รวมทั้งอาศัยการมีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย ผู้ดูแลในครอบครัว และทีมสหวิชาชีพที่เฉพาะเจาะจง และมีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล จิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักฝึกพูด

โกชนากร นักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงผู้ดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น (Qamar et al., 2017; Radder et al., 2019) ซึ่งการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพมีวัตถุประสงค์ เพื่อร่วมกันบริหารจัดการโดยอาศัยความรู้ความสามารถตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ และแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เป็นทีมได้อย่างเหมาะสม มีความไว้วางใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูล การวางแผนการดูแล และการตัดสินใจแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ (Sullivan, 1998) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทุกปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งมีความต่อเนื่องของการให้บริการ เพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรค อัตราการเสียชีวิต และกลับมารักษาซ้ำ (Baggs, 2001) ช่วยลดความเสี่ยง และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการ เป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจ เพิ่มอัตราการคงอยู่ในงาน และส่งเสริมความภาคภูมิใจในวิชาชีพของตนเอง (Jitkrisadukul, Boonrod, & Bhidayasiri, 2017; Rice, 2001) อีกทั้งยังเพิ่มความมั่นคงและอยู่รอดขององค์กร (Mizrahi, & Abramson, 2000) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันซึ่งมีความละเอียดซับซ้อน จึงต้องอาศัยการดูแลโดยสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. องค์ประกอบที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลแก่ญาติ และการเสริมสร้างสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์

2.1 การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยพาร์กินสันเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การรับประทานยา การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติ และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมถึงการป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยพาร์กินสันที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันโดยทีมสหวิชาชีพ มีการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพ และได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยด้วยกันเองทำให้ผู้ป่วยพาร์กินสันมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น เห็นความจำเป็นของการรับประทานยา และมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนรับรู้ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Paynter, Mathers, Gregory, Vogel และ Cruice (2022) ที่ได้สรุปว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรค Motor Neuron disease ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีความเสื่อมอย่างต่อเนื่องของเซลล์ประสาทสั่งการรวมถึงพาร์กินสัน ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนสิ่ง

อำนวยความสะดวกต่างๆ มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วย และมีประโยชน์สำหรับผู้ดูแลในการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยตลอดจนเป็นการเตรียมความพร้อมทางด้านอารมณ์อีกด้วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจะป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และชะลอการดำเนินของโรค (Salinas et al., 2020) ซึ่งหากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจะทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และยังเพิ่มการเป็นภาระให้แก่ญาติผู้ดูแล (Fleisher, Shah, Fitts, & Dahodwala, 2016)

2.2 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลแก่ญาติ โดยการจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน การปฏิบัติตัว มีการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลของญาติ เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของญาติในการเป็นผู้ดูแล ตลอดจนการสนับสนุนหรือแจ้งแหล่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ทั้งนี้การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลแก่ญาติ เนื่องจากญาติเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิด และมีความเข้าใจผู้ป่วยมากที่สุด มีหน้าที่ดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การไปส่งตรวจตามแพทย์นัด การรับฟังข้อมูลแผนการรักษา ร่วมกับผู้ป่วย และแพทย์ การติดตามการรับประทานยา การสนับสนุนค่าใช้จ่าย และการจัดการทางด้านอารมณ์ เป็นต้น (White, & Palmieri, 2022) อีกทั้งญาติยังเป็นผู้รับผลกระทบโดยตรงจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงควรได้รับการสนับสนุน และส่งเสริมสมรรถนะต่าง ๆ ในการส่งเสริมให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดการเป็นภาระในการดูแลของญาติ (Villaseñor et al., 2020; Padovani et al., 2018)

2.3 การเสริมสร้างสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์ โดยการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มทักษะ และความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน รวมถึงการจัดทำคู่มือต่าง ๆ และการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันโดยทีมสหวิชาชีพในรูปแบบการจัดตั้งคลินิกพาร์กินสันในโรงพยาบาล ซึ่งการเสริมสร้างสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์ ถือเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบในการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยเฉพาะพยาบาลเป็นวิชาชีพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าวิชาชีพอื่น ดังนั้น การเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลในการเป็นผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะสะท้อนถึงประสิทธิภาพ และประสิทธิผลทางการพยาบาล ซึ่งสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันได้แก่ ความสามารถในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อน ความสามารถในการประสานงาน ความสามารถในการให้ความรู้ ความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิก ความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Prachuablarp, 2015) โดยการให้ความรู้ และการ

ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจึงเป็นการเพิ่มสมรรถนะอย่างหนึ่งของพยาบาล เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปบูรณาการ คิด วิเคราะห์ ตลอดจนเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

3. ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

จากการสอบถามความพึงพอใจ และความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความพึงพอใจ และเห็นควรให้มีการนำรูปแบบนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน

“ดีมากเลยครับ ทำให้ผมได้เข้าใจ และจะระวังตัวเองมากขึ้น การกินยามีความสำคัญมากครับ ต้องกินอย่างสม่ำเสมอ ต้องหมั่นออกกำลังกายด้วย...ผมอยากให้มีการดูแลแบบนี้ตลอดไปครับ อยากให้มีการจัดคลินิกด้วยยิ่งดีครับ (PT2)”

“ผมว่าเป็นวิธีที่ดีครับ ทำให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์...มันทำให้เราเข้าใจมากขึ้น รู้จักวางแผนในการดูแลตัวเอง การใช้ชีวิตมากขึ้น ต้องรักตัวเอง ต้องใส่ใจดูแลตัวเอง เพื่อที่จะไม่ได้เป็นภาระลูกหลานครับ (PT4)”

“เป็นกิจกรรมที่ดีมากเลยคะ ทำให้เรารู้จัก และเข้าใจเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันมากขึ้น เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น อยากให้มีแบบนี้ทุกครั้งที่มาส่งพ่อมาหาหมอคะ (FAM1)”

“เมื่อก่อนก็คิดแค่ว่าพาพ่อมาส่ง และก็มีรับยา ก็ถือว่าได้ทำหน้าที่ได้ถูกต้องแล้ว แต่หลังจากได้ฟังคุณทีมหมอสอนให้ความรู้ ทำให้พี่เข้าใจโรคพาร์กินสันมากขึ้น รู้ว่าอาการถ้ารุนแรงจะเป็นยังไง รู้ว่าจะต้องดูแลอะไรบ้าง ไม่ใช่แค่มารับ-ส่งไปโรงพยาบาล ต้องดูแลเรื่องการกินยา การออกกำลังกาย การเลือกอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติด้วยคะ อยากให้มีแบบนี้ทุกครั้งคะ (FAM3)”

“ควรมีการส่งเสริมให้ความรู้แก่บุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลเราคะ เพราะเป็นการเพิ่มความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม (NUR3)”

“อยากให้ขยายรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน มีการจัดตั้งคลินิกพาร์กินสัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทุกด้าน และมีการจัดเทรนให้ความรู้ และเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรเราโดยเฉพาะพยาบาลคะ อาจจะมีไปดูงาน หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพจากที่อื่นก็ดีคะ (NUR5)”

ดังนั้น การนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันตามองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ที่ได้พัฒนาขึ้นตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยพาร์กินสัน ญาติผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลมีความเป็นไปได้ที่จะสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย และญาติได้

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยมีวัตถุประสงค์ทั่วไป คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน 2) วิเคราะห์องค์ประกอบที่จำเป็นสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และ 3) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2564 – สิงหาคม 2565 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัย และพัฒนา ADDIE Model (Clark, 2000) เป็นกรอบการวิจัย แบ่งขั้นตอนการดำเนินการเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน รวมถึงข้อเสนอแนะต่าง ๆ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ และ ระยะที่ 4 การประเมินผลความเป็นไปได้ ตลอดจนผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่เกิดจากการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบวัดความรู้เรื่องพาร์กินสัน แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยพาร์กินสัน แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย และแบบประเมินความพร้อมของญาติในการเป็นผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การสนทนากลุ่ม ได้วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และร้อยละ) การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องพาร์กินสันสำหรับพยาบาล คะแนนความรู้เรื่องพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย และญาติ คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยพาร์กินสัน คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย และคะแนนความพร้อมของญาติในการเป็นผู้ดูแล ก่อน และหลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน วิเคราะห์โดยใช้การทดสอบสถิติด้วย t-test และการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยพาร์กินสัน และคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง วิเคราะห์โดยใช้การทดสอบสถิติ Mann - Whitney U

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ซึ่งได้จากการสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน และการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผู้ป่วยพาร์กินสัน และญาติผู้ดูแล ได้แก่ 1) ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค 2) ผู้ป่วยมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว 3) การเป็นโรคทำให้คุณภาพชีวิตลดลง 4) ญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค 5) ญาติขาดทักษะในการเป็นผู้ดูแล 6) บุคลากรทางการแพทย์ขาดทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และ 7) ขาดระบบการดูแลผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพ

2. องค์ประกอบ และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย 2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลแก่ญาติ และ 3) การเสริมสร้างสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์

3. ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน พฤติกรรมการรับประทานยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คะแนนความรู้ และคะแนนความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลของญาติ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยโรคพาร์กินสันควรทบทวนในประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันเพื่อจัดหา หรือพัฒนากิจกรรมสำหรับชะลอ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินของโรค รวมถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับความต้องการของจริงของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล

2. พยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันควรนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ไปใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพในการพยาบาลผู้ป่วย

3. ควรสนับสนุน และส่งเสริมให้เกิดคลินิกโรคพาร์กินสันในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ซึ่งถือเป็นรูปแบบหนึ่งในการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ที่อาศัยความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักอาชีวบำบัด และนักโภชนาการ และควรมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

4. โรงพยาบาลอื่น ๆ สามารถนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ได้แก่ การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลแก่ญาติ และการเสริมสร้างสมรรถนะ

เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการจัดรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยพาร์กินสัน ในรูปแบบการจัดตั้งคลินิกพาร์กินสัน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ด้านการบริหารการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนแก่ทีมผู้บริหารเพื่อจัดทำเป็นนโยบาย สำหรับนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เพื่อเพิ่ม คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน
2. ทีมผู้บริหารควรทำความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของทีมนักวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ด้านวิชาการการพยาบาล

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันควรมีการพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรม หรือต่อยอดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสอดคล้องกับแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน
2. ควรมีการพัฒนางานวิจัยเพื่อศึกษาต่อยอดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการนำ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ในแต่ละพื้นที่
3. นำคู่มือเกี่ยวกับความรู้ หรือแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันไปเผยแพร่ให้กับ บุคลากรทางการแพทย์อื่นที่สนใจ รวมถึงผู้ป่วยพาร์กินสัน ญาติผู้ดูแล และประชาชนทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

- กมลชนก จงวิไลเกษม และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต. (2564). การพัฒนาแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยา สำหรับคนไทย. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 13(1), 17-30.
- กมลวรรณ บุญเพ็ง, ทวีศักดิ์ กสิผล, และชฎาภา ประเสริฐทรง. (2563). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 105-112.
- กิตติพิศ ทักษนบรยง. (2563). ผลการรักษาและความปลอดภัยของการใช้น้ำมันกัญชาสกัด ในผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลสกลนคร. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*, 36(3), 22-35.
- คณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อการจัดทำคู่มือการใช้อารรักษาโรคพาร์กินสันอย่างสมเหตุสมผลตามบัญญัติหลักแห่งชาติ. (2562). *หนังสือคู่มือการใช้อารรักษาโรคพาร์กินสันอย่างสมเหตุสมผลตามบัญญัติหลักแห่งชาติ*. อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.
- ชลดา ดิษฐ์ชกิจ. (2554). ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 3(1), 74-88.
- ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล. (2558). ผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 26(1), 111-116.
- ณัฐ จิระอมรมนิต, และ ไตรรัตน์ จารุทัศน์. (2561). แนวทางการออกแบบ และปรับปรุงที่อยู่อาศัยสำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน: กรณีศึกษา ชมรมเพื่อนพาร์กินสัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *สารศาสตร์* (3), 421-434.
- ณัฐวดี วังสินธ์. (2555). การวิจัย และพัฒนาสู่การจัดการเรียนการสอน. *วารสารวิจัยและประเมินผลอุบลราชธานี*, 1(1), 133-142.
- นงลักษณ์ บุญรอด, กมลวรรณ บุญเพ็ง, และรุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ. (2559). *หนังสือคู่มือการพยาบาลโรคพาร์กินสัน*. ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสัน และกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2553). โรคพาร์กินสันกับผู้สูงอายุ. <https://www.si.mahidol.ac.th/Th/healthdetail.asp?aid=112>

- ปฐมพร ปิ่นอ่อน. (2556). แนวทางการระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด Deep brain stimulation (DBS). *วิทย์ญีสาร*, 49(4), 325-337.
- ผ่องพรรณ ตริยมงคลกุล, และสุภาพ นัตรารณณ์. (2555). *การออกแบบการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์.
- รักชينا มีเสถียร, พิธากร อ่างเลาหะพันธุ์, อีรธร พูลเกษ, วารีย์ จิรอดีศัย, ไพโรจน์ บุญคงชื่น, และรุ่งทิพย์ สนิทธานนท์. (2558). การเปรียบเทียบผลต่อการทรงตัวจากการฝึกเดินหลายทิศทางกับการเดินตรงทิศทางเดียวบนลู่วิ่งสายพาน ร่วมกับการพองน้ำหนักของร่างกายบางส่วนในผู้ป่วยพาร์กินสัน. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 25(3), 80-86.
- รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา, และ ศรีจิตรา บุณนาค. (2549). *โรคพาร์กินสันรักษาได้*. ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสัน และกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- รุ่งโรจน์ พิทยศิริ. (2559). พบแนวโน้มอุบัติการณ์โรคพาร์กินสันในวัยทำงานและกลางคน. <https://www.hfocus.org/content/2016/05/12139>
- วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2552). การวิจัย และการพัฒนา. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*, 1(2), 1-12.
- วิน เตชะเคหะกิจ, และภัทราภรณ์ กันยะมี. (2559). ต้นทุนทางตรงของการรักษาโรคพาร์กินสันที่โรงพยาบาลศูนย์ สุราษฎร์ธานี: การศึกษาแบบย้อนหลัง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(1), 69-75.
- ศศิธร ศิริมหาราช, แววรรณ กองมี, ฉวีวรรณ แสงสว่าง, อติศร ตริทิพย์รักษ์, นิตยา กระจ่างแก้ว และ ภัทราภรณ์ ธรรมป็อก. (2564). การประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของการใช้สารสกัดกัญชาในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. *วารสารกรมการแพทย์*, 46(1), 118-127.
- ศิรินภา อภิสทธิภิญโญ, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สมศักดิ์ เทียมเก่า, และพงศธร พหลภาคย์. (2560). ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยพาร์กินสันที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62(2), 167-76.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน. ใน ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ทศพร คำผลศิริ, ญัฐยานัน สุวรรณคฤหาสท์, และจิตตวดี เจริญทอง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 2, น.157-172). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สิรินันท์ กลั่นบุศย์, สิริพรรณ พัฒนาฤดี, และรุ่งโรจน์ พิทยศิริ. (2562). ภาวะบกพร่องทางระบบประสาทอัตโนมัติในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 11(2), 455-66.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2554). การออกแบบการวิจัย: วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมผสานวิธีการ (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรวรรณ กุลจีรัง และนารีรัตน์ สัจจรวงษ์พนา. (2558). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(3), 86-96.
- อรรวรรณ กุลจีรัง. (2558). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(3), 86-96.
- Baggs, J. G. (2001). *Collaboration between nurses and physician in the 21st century* (6th ed). Mosby.
- Balestrino, R., & Schapira, A. H. V. (2020). Parkinson disease. *European journal of neurology*, 27(1), 27-42.
- Bhasin, S. K., & Bharadwaj, I. U. (2021). Perceptions and meanings of living with parkinson's disease: an account of caregivers lived experiences. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 16(1), 1967263. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1967263>
- Boland, D. F., & Stacy, M. (2012). The economic and quality of life burden associated with parkinson's disease: a focus on symptoms. *The American journal of managed care*, 18(7 Suppl), S168–S175.
- Borg, W. R. & Gall, M. D. (1983). *Educational research: An introduction* (4th ed). Longman.
- Buchori, A., & Setyawati. R.D. (2015). Development learning model of character education through e-comic in elementary school. *International Journal of Education & Research*, 3(9), 122-134.
- Buchori, A., Setyosari, P., Dasna, I. W., & Ulfa, S. (2016). Developing character building learning model using mobile augmented reality on elementary school student in Central Java. *Global Journal of Pure and Applied Mathematics*, 12(4), 3433-3444.
- Burn, N., & Glove, S.K. (2005). *Nursing research* (5th ed). W.B. Saunders Company.

- Clark, D. (2000). *Instructional system design: The ADDIE model, A handbook for learning designers*. <http://www.nwlink.com/~donclark/hrd/sat.html>.
- Dall, T. M., Gallo, P. D., Chakrabarti, R., West, T., Semilla, A. P., & Storm, M. V. (2013). An aging population and growing disease burden will require a large and specialized health care workforce by 2025. *Health affairs*, 32(11), 2013-2020.
- Daulay, P., & Zaman, B. (2012). Pengembangan model penelusurandiskusi tutorial onlinemelaluiaplikasi FAQ (Frequently Ask Question). *Jurnal Pendidikan Terbuka dan Jarak Jauh*, 13(2), 80-93.
- Del-Pino-Casado, R., Espinosa-Medina, A., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2019). Sense of coherence, burden and mental health in caregiving: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 242, 14–21.
- Dorsey, E. R., Constantinescu, R., Thompson, J. P., Biglan, K. M., Holloway, R. G., Kieburtz, K., ... Tanner, C. M. (2007). Projected number of people with parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030. *Neurology*, 68(5), 384-386.
- Elbaz, A., Carcaillon, L., Kab, S., & Moisan, F. (2016). Epidemiology of parkinson's disease. *Revue neurologique*, 172(1), 14-26.
- Faggian, E., Buzzo, G., Gregori, D., Martinato, M., & Reginato, E. (2020). Interventions aimed at lowering risk of falling at home in parkinson's disease: A literature review. *European Journal of Public Health*, 30 (suppl 5) , ckaa1 6 6 . 1 3 4 4 . <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa166.1344>
- Fereshtehnejad, S. M., Ghazi, L., Shafieesabet, M., Shahidi, G. A., Delbari, A., & Lökk, J. (2014). Motor, psychiatric and fatigue features associated with nutritional status and its effects on quality of life in parkinson's disease patients. *PloS one*, 9(3), e91153. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091153>
- Ferreira, D. P. C., Coriolano, M. das. G. W. de. S., & Lins, C. C. dos. S. A. (2017). The perspective of caregivers of people with parkinson's: an integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20,(1), 99-109. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160088>

- Fleisher, J. E., Shah, K., Fitts, W., & Dahodwala, N. A. (2016). Associations and implications of low health literacy in parkinson's disease. *Movement disorders clinical practice*, 3(3), 250-256.
- Giladi, N., Manor, Y., Hilel, A., & Gurevich, T. (2014). Interdisciplinary teamwork for the treatment of people with parkinson's disease and their families. *Current neurology and neuroscience reports*, 14(11), 493. <https://doi.org/10.1007/s11910-014-0493-1>
- Gilat, M., Ginis, P., Zoetewei, D., De Vleeschhauwer, J., Hulzinga, F., D'Cruz, N., & Nieuwboer, A. (2021). A systematic review on exercise and training-based interventions for freezing of gait in parkinson's disease. *NPJ Parkinson's Disease*, 7(1), 81-88.
- González-Ramos, G., Cohen, E. V., Luce, V., & González, M. J. (2019). Clinical social work in the care of parkinson's disease: role, functions, and opportunities in integrated health care. *Social work in health care*, 58(1), 108–125.
- Hidayah, N., Ramli, M., & Hanafi, H. (2018). East Java modeling techniques to improve student meaning of life. In Kusumaningrum, D. E. (Ed), *Advances in social science, education and humanities research*, (269), Proceeding of the 3rd International conference on education management and administration (CoEMA 2018) (pp. 181-185) . <https://www.atlantis-pess.com/proceedings/coema-18/publishing>
- Hoseinipalangi, Z., Kan, F. P., Hosseinifard, H., Doustmehraban, M., Masoumi, M., Rafiei, S., ... & Ghashghaee, A. (2023). Systematic review and meta-analysis of the quality-of-life of patients with parkinson's disease. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 29(1), 63-70.
- Jitkritsadakul, O., Boonrod, N., & Bhidayasiri, R. (2017). Knowledge, attitudes and perceptions of parkinson's disease: a cross-sectional survey of Asian patients. *Journal of the Neurological Sciences*, 374, 69-74.
- Klimaschewski, L. P. (2022). *Parkinson's and alzheimer's today: About neurodegeneration and its therapy*. Springer.

- Lee, A. (2022). *Evaluating the impact of low health literacy and language barriers in underserved populations with parkinson's Disease* [Master's thesis, Boston University, School of Medicine]. <https://hdl.handle.net/2144/45590>
- Lee, A., & Gilbert, R. M. (2016). Epidemiology of parkinson disease. *Neurologic clinics*, 34(4), 955-965.
- Martinez, M., Multani, N., Anor, C. J., Misquitta, K., Tang-Wai, D. F., Keren, R., ... Tartaglia, M. C. (2018). Emotion detection deficits and decreased empathy in patients with alzheimer's disease and parkinson's disease affect caregiver mood and burden. *Frontiers in aging neuroscience*, 10, 120-31.
- Martinez-Martin, P., Macaulay, D., Jalundhwala, Y. J., Mu, F., Ohashi, E., Marshall, T., & Sail, K. (2019). The long-term direct and indirect economic burden among parkinson's disease caregivers in the United States. *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*, 34(2), 236–245.
- Martinez-Martin, P., Rodriguez-Blazquez, C., & Forjaz, M. J. (2012). Quality of life and burden in caregivers for patients with parkinson's disease: concepts, assessment and related factors. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 12(2), 221-30.
- Mateus, C., & Coloma, J. (2013). Health economics and cost of illness in parkinson's disease. *European neurological review*, 8(1), 6-9. <http://doi.org/10.17925/ENR.2013.08.01.6>.
- Mizrahi, T., & Abramson, J. S. (2000). Collaboration between social workers and physicians: perspectives on a shared case. *Social work in health care*, 31(3), 1–24.
- National Alliance for Caregiving (NAC), & American Association of Retired Person (AARP). (2020). Caregiving in the U.S. (2020). <https://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2021/01/full-report-caregiving-in-the-united-states-01-21.pdf>
- Nazem, S., Siderowf, A. D., Duda, J. E., Brown, G. K., Ten Have, T., Stern, M. B., & Weintraub, D. (2008). Suicidal and death ideation in parkinson's disease. *Movement disorders*, 23(11), 1573–1579.

- Nichani, S., Crocker, J., Fitterman, N., & Lukela, M. (2017). Updating the core competencies in hospital medicine--2017 revision: introduction and methodology. *Journal of hospital medicine*, 12(4), 283–287.
- Nichanim, S., Fitterman, N., Lukela, M., & Crocker, J. (2017). Team approach and multidisciplinary care. *Journal of hospital medicine*, 12(S1), 581. <https://doi.org/10.12788/jhm.2999>
- O'Malley, N., Clifford, A. M., Conneely, M., Casey, B., & Coote, S. (2021). Effectiveness of interventions to prevent falls for people with multiple sclerosis, parkinson's disease and stroke: an umbrella review. *BMC neurology*, 21, (1) , 378. <https://doi.org/10.1186/s12883-021-02402-6>
- Padovani, C., Lopes, M. C. D. L., Higahashi, I. H., Peloso, S. M., Paiano, M., & Christophoro, R. (2018). Being caregiver of people with parkinson's disease: experienced situations. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(suppl 6), 2628-2634.
- Parashos, S. A. (2012). Multidisciplinary treatment of parkinson's disease: current state and future directions. *Clinical Practice*, 9(2), 189.
- Paynter, C., Mathers, S., Gregory, H., Vogel, A. P., & Cruice, M. (2022). Using the concept of health literacy to understand how people living with motor neurone disease and carers engage in healthcare: A longitudinal qualitative study. *Healthcare*, 10(8), 1371. <https://doi.org/10.3390/healthcare10081371>
- Perez, E., Perrin, P. B., Lageman, S. K., Villaseñor, T., & Dzierzewski, J. M. (2022). Sleep, caregiver burden, and life satisfaction in parkinson's disease caregivers: a multinational investigation. *Disability and rehabilitation*, 44(10), 1939–1945.
- Peters, M. (2014). Quality of life and burden in caregivers for patients with PD. *Focus on Parkinson's Disease*, 24(1), 44-48.
- Prachuablarp, C. (2015). Nurse competencies in caring patients with parkinson's disease. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 16(1), 1-7.

- Pringsheim, T., Jette, N., Frolkis, A., & Steeves, T. D. (2014). The prevalence of parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Movement disorders, 29*(13), 1583-1590.
- Qamar, M. A., Harington, G., Trump, S., Johnson, J., Roberts, F., & Frost, E. (2017). Multidisciplinary care in parkinson's disease. *International review of neurobiology, 132*, 511–523.
- Radder, D. L. M., de Vries, N. M., Riksen, N. P., Diamond, S. J., Gross, D., Gold, D. R., ... Bloem, B. R. (2019). Multidisciplinary care for people with parkinson's disease: the new kids on the block!. *Expert review of neurotherapeutics, 19*(2), 145–157.
- Read, J., Cable, S., Bartl, G., Löfqvist, C., Iwarsson, S., & Schrag, A. (2023). The lived experience of caregiving and perception of service provision among family-caregivers of people with late-stage parkinson's: A qualitative study. *Parkinson's Disease, 2023*. <https://doi.org/10.1155/2023/4483517>
- Rice, A. H. (2000). Interdisciplinary collaboration in health care: Education, practice, and research. *National Academies of Practice Forum: Issues in Interdisciplinary Care, 2*(1), 59–73.
- Rudzinska, M., Bukowczan, S., Stozek, J., Zajdel, K., Mirek, E., Chwała, W., ... Szczudlik A. (2013). The incidence and risk factors of falls in parkinson's disease: prospective study. *Neurologia i neurochirurgia polska, 47*(5), 431-437.
- Salinas, M. R., Chambers, E. J., Ho, T., Khemani, P., Olson, D. M., Stutzman, S., & Chitnis, S. (2020). Patient perceptions and knowledge of parkinson's disease and treatment (KnowPD). *Clinical Parkinsonism & Related Disorders, 3*, 100038. <https://doi.org/10.1016/j.prdoa.2020.100038>
- Shanahan, J., Morris, M. E., Bhriain, O. N., Volpe, D., Lynch, T., & Clifford, A. M. (2017). Dancing for parkinson disease: a randomized trial of Irish set dancing compared with usual care. *Archives of physical medicine and rehabilitation, 98*(9), 1744-1751.
- Simpson, J., Lekwuwa, G., & Crawford, T. (2013). Illness beliefs and psychological outcome in people with parkinson's disease. *Chronic illness, 9*(2), 165-76. doi: 10.1177/1742395313478219

- Skelly, R., Lindop, F., & Johnson, C. (2012). Multidisciplinary care of patients with parkinson's disease. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 16(2), 10-14.
- Soundy, A., Stubbs, B., & Roskell, C. (2014). The experience of parkinson's disease: a systematic review and meta-ethnography. *TheScientificWorldJournal*, 2014, 613592. doi: 10.1155/ 2014 / 613592.
- Sullivan, T. J. (1998). *Collaboration: A health care imperative*, 1998. McGraw-Hill.
- Thompson, M. R., Stone, R. F., Ochs, V. D., & Litvan, I. (2013). Primary health care providers' knowledge gaps on parkinson's disease. *Educational gerontology*, 39(11), 856-862.
- van Munster, M., Stümpel, J., Thieken, F., Ratajczak, F., Rascol, O., Fabbri, M., ... & iCARE-PD consortium (2022). The role of parkinson nurses for personalizing care in parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Parkinson's Disease*, 12(6), 1807-1831.
- Villaseñor, T., Perrin, P. B., Donovan, E. K., McKee, G. B., Henry, R. S., Dzierzewski, J. M., & Lageman, S. K. (2020). Parkinson's family dynamics and caregiver sense of coherence: A family-systems approach to coping in Mexico and the United States. *Aging Medicine*, 3(4), 252-259.
- White, D. R., & Palmieri, P. A. (2022). Women caring for husbands living with parkinson's disease: A phenomenological study protocol. *Journal of Personalized Medicine*, 12(5), 659.
- Wirojratana, V. (2002). *Development of the Thai family care inventory* [Doctoral dissertation, Oregon Health & Sciences University, Portland]. <https://doi.org/10.6083/M42R3PZ0>
- Yi, Z. M., Li, T. T., Tang, Q. Y., Zhang, Y., Willis, S., & Zhai, S. D. (2020). Content and impact of pharmacy services for patients with parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 99(27), 1-10.
- Yindeedej, V., Noiphithak, R., Lolekha, P., & Srikijvilaikul, T. (2020). Deep brain stimulation for parkinson's disease. *Thammasat Medical Journal*, 20(3), 244-252.

- Youn, J., Oh, E., Park, J., Park, S., Kim, J. S., & Jang, W. (2016). Public awareness and knowledge about parkinson's disease: A national population-based survey in South Korea. *Neuro epidemiology*, 47(2), 117–123. <https://doi.org/10.1159/000452500>
- Zhao, N., Yang, Y., Zhang, L., Zhang, Q., Balbuena, L., Ungvari, G. S., Zang, Y. F., & Xiang, Y. T. (2021). Quality of life in parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis of comparative studies. *CNS neuroscience & therapeutics*, 27(3), 270-279.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
หนังสือรับรองจริยธรรม



EC 014-65

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

| | |
|-------------------------------|---|
| ชื่อโครงการ | การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ |
| หัวหน้าโครงการ/ | นางนรมย์ มณีรัตน์ |
| หน่วยงานที่สังกัด | ภาควิชาการพยาบาล โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ |
| สถานที่ทำวิจัย | โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ |
| ระยะเวลาดำเนินการ | ๑ ปี |
| เอกสารที่รับรอง | - โครงการวิจัยฉบับวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๕ - เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมทำการวิจัย ฉบับวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๕ - แบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๕ - แบบสัมภาษณ์/แบบสอบถาม ฉบับวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๕ |
| รับรองโครงการเมื่อวันที่ | ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๕ |
| การรับรองโครงการมีผลถึงวันที่ | ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๖ |

(ศาสตราจารย์อ.ไพ พิมไพโร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
(นางอรรณพ แสงสว่าง)
เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย
ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

No.....

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน.....ปี
..... เดือน
4. ได้รับการรักษาด้วยสารสกัดกัญชา 1) ได้รับ 2) ไม่ได้รับ
5. ระยะของโรค 1) ระยะที่ 1 2) ระยะที่ 2
 3) ระยะที่ 3 4) ระยะที่ 4
 5) ระยะที่ 5
6. ระดับการศึกษา 1) ไม่ได้รับการศึกษา 2) ประถมศึกษา
 3) มัธยมศึกษา 4) ประกาศนียบัตร / อนุปริญญา
 5) ระดับปริญญาตรี 6) สูงกว่าปริญญาตรี
7. ศาสนา 1) พุทธ 2) คริสต์ 3) อิสลาม 4) อื่น ๆ.....
8. สถานครอบครัว 1) โสด 2) สมรส 3) หย่า/หม้าย
9. อาชีพ 1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2) เกษตรกร
 3) ค้าขาย 4) รับจ้างทั่วไป
 5) พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง 6) เจ้าของธุรกิจ
 7) ข้าราชการ 8) ข้าราชการบำนาญ
 9) พนักงานรัฐวิสาหกิจ 10) อื่น ๆ

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

No.....

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา 1) ไม่ได้รับการศึกษา 2) ประถมศึกษา
 3) มัธยมศึกษา 4) ประกาศนียบัตร / อนุปริญญา
 5) ระดับปริญญาตรี 6) สูงกว่าปริญญาตรี
4. ศาสนา 1) พุทธ 2) คริสต์ 3) อิสลาม 4) อื่น ๆ.....
5. สถานครอบครัว 1) โสด 2) สมรส 3) หย่า/หม้าย
6. อาชีพ 1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2) เกษตรกร
 3) ค้าขาย 4) รับจ้างทั่วไป
 5) พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง 6) เจ้าของธุรกิจ
 7) ข้าราชการ 8) ข้าราชการบำนาญ
 9) พนักงานรัฐวิสาหกิจ 10) อื่น ๆ
7. จำนวนผู้ช่วยร่วมดูแลคน
8. ระยะเวลาเริ่มเป็นผู้ดูแล.....เดือน/ปี
9. ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการดูแลต่อวัน.....ชั่วโมง
10. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน
 1) บุตร 2) บุตรเขย/บุตรสะใภ้
 3) ภรรยา/สามี 4) พี่/น้อง
 5) หลาน 6) อื่น ๆ
- 7) เพื่อน

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์

No.....

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา 1) มัธยมศึกษา 2) ประกาศนียบัตร / อนุปริญญา
 3) ระดับปริญญาตรี 4) สูงกว่าปริญญาตรี
4. ตำแหน่ง 1) แพทย์ 2) พยาบาล
 3) เภสัชกร 4) นักกิจกรรมบำบัด
 5) นักกายภาพบำบัด 6) นักโภชนาการ
 7) นักสังคมสงเคราะห์ 8) อื่น ๆ.....
8. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน.....เดือน/ปี

ภาคผนวก ค

แนวทางการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview guide)

ตัวอย่างแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง สำหรับผู้ป่วยพาร์กินสัน

1. ที่ผ่านมา ท่านได้รับบริการอย่างไรบ้างจากบุคลากรโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ (ตั้งแต่เริ่มเข้ามาที่แผนกผู้ป่วยนอก จนกลับบ้าน)
2. ท่านได้รับบริการ หรือการดูแลจากวิชาชีพอะไรบ้าง และอย่างไร
3. ท่านได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของท่านหรือไม่ อย่างไร
4. ท่านคิดว่า ท่านได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพหรือไม่ อย่างไร
5. ท่านคิดว่าการส่งเสริมให้มีการดูแลแบบสหวิชาชีพควรทำอย่างไร
6. ท่านคิดว่าปัญหา หรือข้อจำกัดในการได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์มีอะไรบ้าง
7. ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรบ้างเกี่ยวกับการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

ตัวอย่างแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน

1. ที่ผ่านมา ท่านได้รับบริการอย่างไรบ้าง เมื่อมาส่งญาติมารับการรักษาที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ (ตั้งแต่เริ่มเข้ามาที่แผนกผู้ป่วยนอก จนกลับบ้าน)
2. ท่านได้รับบริการ หรือการดูแลจากวิชาชีพอะไรบ้าง และอย่างไร
3. ท่านได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของญาติท่านหรือไม่ อย่างไร
4. ท่านคิดว่า ญาติท่านได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพหรือไม่ อย่างไร
5. ท่านคิดว่าการส่งเสริมให้มีการดูแลแบบสหวิชาชีพควรทำอย่างไร
6. ท่านคิดว่าปัญหา หรือข้อจำกัดในการได้รับการดูแลของญาติท่านจากบุคลากรทางการแพทย์มีอะไรบ้าง
7. ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรบ้างเกี่ยวกับการเข้ารับบริการของท่าน และญาติในโรงพยาบาล

ภาคผนวก ง

แนวทางการสนทนากลุ่ม (focus group discussion guide)

1. ที่ผ่านมา ตามบทบาทวิชาชีพของท่าน ท่านได้ให้การดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันอย่างไรบ้าง

- 1.1 การร่วมวางแผน หรือ conference ร่วมกัน
- 1.2 การแลกเปลี่ยนข้อมูล การส่งต่อข้อมูล การสื่อสาร
- 1.3 การยอมรับ ไว้วางใจ ให้เกียรติ
- 1.4 การทำงานเป็นทีม

2. ด้านการมีผู้นำที่สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน (เช่น มีผู้นำ หรือหัวหน้างาน/กลุ่มงานที่สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือประสานการทำงานให้ราบรื่น ส่งเสริมบรรยากาศการทำงานร่วมกัน สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการกำหนดนโยบาย เป้าหมายส่งเสริมความร่วมมือที่ชัดเจน โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกของแต่ละฝ่ายมีอิสระที่จะตัดสินใจ แก้ปัญหาาร่วมกัน หัวหน้าสามารถจัดการแก้ไขความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาที่ดีในการแก้ไขปัญหาจากการปฏิบัติงานได้)

- 2.1 ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ท่านได้รับการสนับสนุนอย่างไรบ้างเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพจากผู้นำ
- 2.2 ปัญหาที่พบเป็นอย่างไรบ้าง
- 2.3 ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรบ้าง

3. ด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อสร้างความร่วมมือในการปฏิบัติงาน (เช่น มีการปฐมนิเทศ การเตรียมบุคลากรใหม่ให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำงาน ทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย มีการรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ตลอดจนมีการประชุมปรึกษาวางแผนร่วมกันก่อนให้บริการ)

- 3.1 ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ท่านได้มีการเตรียมความพร้อมอย่างไรบ้างเพื่อสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ
- 3.2 ปัญหาที่พบเป็นอย่างไรบ้าง
- 3.3 ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรบ้าง

4. ด้านการจัดให้มีทรัพยากร และบุคลากรที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอในการปฏิบัติงาน (เช่น สมาชิกในทีมสุขภาพต้องมีการพัฒนาทักษะพิเศษต่างๆ หลายอย่างในการดูแลผู้ป่วย มีการพัฒนา

สมรรถนะให้สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนด อีกทั้งมีการจัดสรรอัตรากำลัง ตลอดจนการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อใช้ดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ การใช้เงินงบประมาณประจำปี มีระเบียบการขออนุมัติเงินอย่างเคร่งครัด และต้องได้รับการพิจารณาตามขั้นตอนในการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ และกำลังคน อย่างเพียงพอ การจัดสรรทรัพยากรเกี่ยวกับการจัดระบบพี่เลี้ยงช่วยสอนงาน)

4.1 ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ท่านได้มีการเตรียมความพร้อมอย่างไรบ้างเพื่อสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ

4.2 ปัญหาที่พบเป็นอย่างไรบ้าง

4.3 ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรบ้าง

5. ด้านการสร้างพันธสัญญามุ่งมั่นต่อความร่วมมือ (เช่น มีการรับรู้ และปฏิบัติตามวิสัยทัศน์ นโยบาย และเป้าหมายที่ชัดเจนขององค์กร มีแนวปฏิบัติการทำงานร่วมมือ มีการวางแผนร่วมกันในลักษณะทีมสหวิชาชีพ บุคลากรตระหนัก และทำหน้าที่ตามบทบาทของตนในลักษณะเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน)

5.1 ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ท่านได้มีความมุ่งมั่นอย่างไรบ้างเพื่อสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ

5.2 ปัญหาที่พบเป็นอย่างไรบ้าง

5.3 ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรบ้าง

6. ด้านการปฏิบัติ และส่งเสริมความสัมพันธ์เพื่อสร้างความร่วมมือในการปฏิบัติงาน (เช่น มีการปฏิบัติงานแบบให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อมีปัญหา บรรยากาศที่ทำงานผ่อนคลายเป็นกันเอง และสมาชิกของทีมสุขภาพมีการฟังพากัน มีการกำหนดรูปแบบและขั้นตอนที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน มีรูปแบบการปฏิบัติงานที่เป็นสูตรสำเร็จ)

6.1 ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ท่านได้มีการเตรียมความพร้อมอย่างไรบ้างเพื่อสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ

6.2 ปัญหาที่พบเป็นอย่างไรบ้าง

6.3 ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรบ้าง

ภาคผนวก จ
แบบวัดความรู้เรื่องพาร์กินสันสำหรับพยาบาล

คำชี้แจง : ให้ใส่เครื่องหมายกากบาท (X) ในช่อง ตามความคิดของท่าน

| ข้อ | คำถาม | ความคิดเห็นของท่าน | | |
|-----|--|--------------------|-----|----------|
| | | ถูก | ผิด | ไม่แน่ใจ |
| 1 | โรคพาร์กินสันต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการจากอาการ สั่น เกร็ง เคลื่อนไหวช้า ทำเดินผิดปกติ | | | |
| 2 | โรคพาร์กินสันเป็นโรคความเสื่อมทางระบบประสาท ในสมองส่วน basal ganglia ที่มีผลต่อการผลิตสารโดปามีนเพิ่มมากขึ้น | | | |
| 3 | พยาบาลควรซักประวัติยาที่ผู้สูงอายุรับประทานเนื่องจากยาบางตัวอาจทำให้มีอาการพาร์กินโซนิซึม เช่น Cinnarizine, Flunarizine , Haloperidal เป็นต้น | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | ที่อยู่อาศัยที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ควรเป็นที่อยู่ที่มีระดับของพื้นเสมอกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเดินได้โดยรอบ ไม่เกิดการสะดุดล้ม | | | |
| 20 | โรคพาร์กินสันระยะท้ายผู้ป่วยมักจะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลืนลำบาก ควรจัดเข้ากลุ่มผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง | | | |

ภาคผนวก ฉ

แบบวัดความรู้เรื่องพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย และญาติ
แบบสอบถามผู้ป่วยพาร์กินสันโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

คำชี้แจง : คำชี้แจง : ให้ใส่เครื่องหมายกากบาท (X) ในช่อง ตามความคิดของท่าน

| ข้อ | คำถาม | ความคิดเห็นของท่าน | | |
|-----|---|--------------------|-----|----------|
| | | ถูก | ผิด | ไม่แน่ใจ |
| 1 | โรคพาร์กินสันต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการจากอาการ สั่น เกร็ง เคลื่อนไหวช้า ท่าเดินผิดปกติ | | | |
| 2 | โรคพาร์กินสันเป็นโรคความเสื่อมทางระบบประสาท ที่ส่วน ใหญ่ เกิดขึ้นจากการเสื่อมของเซลล์ที่ผลิตสารโดปามีน ที่มี ผลต่อการเคลื่อนไหว | | | |
| 3 | โรคพาร์กินสันเกิดจากกรรมพันธุ์เท่านั้น | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | การออกกำลังกายเป็นการป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยพาร์กิน สัน | | | |
| 20 | โรคพาร์กินสันระยะท้ายผู้ป่วยมักจะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลืนลำบาก | | | |

ภาคผนวก ช

แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยพาร์กินสัน

(The Short Form Parkinson's Disease Questionnaire: PDQ8) ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง จากการศึกษาด้วยโรคพาร์กินสัน ความถี่ของอาการเหล่านี้ในช่วง 1 เดือน กรุณาใส่เครื่องหมาย / เพียงช่องเดียวตามความรู้สึกของท่าน

| ข้อ | อาการ | ความถี่ | | | | |
|-----|--|---------|--------------|-------------|--------|-----------------------------|
| | | ไม่เคย | เป็นบางโอกาส | เป็นบางเวลา | บ่อย ๆ | เสมอๆ หรือไม่สามารถทำได้เลย |
| 1 | มีความยากลำบากในการไปไหนมาไหนในที่สาธารณะ | | | | | |
| 2 | มีความยากลำบากในการแต่งตัว | | | | | |
| 3 | รู้สึกเศร้า | | | | | |
| 4 | มีปัญหาเกี่ยวกับผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด | | | | | |
| 5 | มีปัญหาเกี่ยวกับสมาธิของคุณเช่นเวลาอ่านหนังสือหรือดูโทรทัศน์ | | | | | |
| 6 | รู้สึกไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม | | | | | |
| 7 | มีอาการเจ็บปวดจากกล้ามเนื้อ เป็นตะคริวหรือเกร็งตัว | | | | | |
| 8 | รู้สึกอับอายในที่สาธารณะเนื่องจากเป็นพาร์กินสัน | | | | | |

ภาคผนวก ช
แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย
(Medication Adherence Scale for Thai [MAST])

คำชี้แจง กรุณากากบาท (X) ทับตัวเลือกที่ตรงกับความรู้สึกของท่านที่สุด

| คำถาม | 5 คะแนน | 4 คะแนน | 3 คะแนน | 2 คะแนน | 1 คะแนน | 0 คะแนน |
|---|-------------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------------|
| 1. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านลืมกินยา (ไม่ได้กินยาบางมื้อ) บ่อยแค่ไหน | มากกว่า 15 ครั้ง/ เดือน | 10-15 ครั้ง/ เดือน | 6-9 ครั้ง/ เดือน | 3-5 ครั้ง/ เดือน | 1-2 ครั้ง/ เดือน | ไม่เคย เลย |
| 2. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเปลี่ยนขนาดยาตามความต้องการของตนเอง (คือ กินมากหรือน้อยกว่าที่ควรจะกิน) บ่อยแค่ไหน | มากกว่า 15 ครั้ง/ เดือน | 10-15 ครั้ง/ เดือน | 6-9 ครั้ง/ เดือน | 3-5 ครั้ง/ เดือน | 1-2 ครั้ง/ เดือน | ไม่เคย เลย |
| 3. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านหยุดกินยาเองบ่อยแค่ไหน | มากกว่า 15 ครั้ง/ เดือน | 10-15 ครั้ง/ เดือน | 6-9 ครั้ง/ เดือน | 3-5 ครั้ง/ เดือน | 1-2 ครั้ง/ เดือน | ไม่เคย เลย |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 7. ท่านไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด (ขาดนัด หรือเลื่อนนัดแพทย์) บ่อยแค่ไหน | บ่อยมาก | บ่อย | มีบ้าง | น้อย | น้อยมาก | ไม่เคยเลย |
| 8. ท่านขาดยาและไม่ได้กินยาเนื่องจากไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัดบ่อยแค่ไหน | บ่อยมาก | บ่อย | มีบ้าง | น้อย | น้อยมาก | ไม่เคยเลย |

หมายเหตุ

แต่ละข้อมีคะแนน 0 – 5 ในข้อ 1 – 6 ผู้ที่ตอบว่า มากกว่า 15 ครั้ง/เดือน 10 – 15 ครั้ง/เดือน 6 – 9 ครั้ง/เดือน 3 – 5 ครั้ง/เดือน 1 – 2 ครั้ง/เดือน และไม่เคยเลย ส่วนในข้อ 7-8 ผู้ที่ตอบว่า บ่อยมาก บ่อย มีบ้าง น้อย น้อยมาก และไม่เคยเลย จะได้คะแนน 0, 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ พิสัยที่เป็นไปได้ของแบบวัด คือ 0 – 40

ภาคผนวก ฅ

แบบประเมินความพร้อมของญาติในการเป็นผู้ดูแล

(The preparation for caregiving questionnaire)

ความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ข้อ

คำชี้แจง กรุณากากบาท (X) ทั้บตัวเลือกที่ตรงกับคำตอบของท่านที่สุด

คำถาม “ท่านมีความพร้อมในเรื่องเหล่านี้ระดับใด”

| ความพร้อมในการดูแลเรื่อง | การมีความพร้อม | | | | |
|---|----------------|-------------|--------------------|------------|----------------------|
| | ไม่มี (0) | น้อย (1) | ปาน กลาง (2) | มาก (3) | มาก ที่สุด (4) |
| 1. ความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น การ จัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วย การ จัดเตรียมยา การส่งเสริมให้ออกกำลังกาย การไป ส่งเพื่อตรวจตามนัด เป็นต้น | | | | | |
| 2. ความต้องการด้านอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น เมื่อ ผู้ป่วยหงุดหงิดที่ท่านคอยเตือนเรื่องการ รับประทานยา หรือยา หรือความรู้สึกเบื่อที่ ต้องกินยาเป็นเวลานาน ๆ หรือการมาตรวจตาม นัด เป็นต้น | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 7. การขอความช่วยเหลือ และขอข้อมูลที่จำเป็น จากทาง โรงพยาบาล เช่น เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ท่านทราบ และกล้าที่จะขอความช่วยเหลือได้จากที่ไหน | | | | | |
| 8. ความพร้อมโดยรวบในการดูแลผู้ป่วย | | | | | |

ภาคผนวก ญ

แนวคำถามการสัมภาษณ์ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ในโรงพยาบาล
2. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันมีข้อดี หรือข้อจำกัดอะไรบ้าง และควรปรับปรุงอย่างไร
3. ท่านคิดว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ มีความเป็นไปได้ หรือเห็นควรที่จะนำไปใช้จริงหรือไม่ อย่างไร

ภาคผนวก ก

หนังสืออนุมัติผู้อำนวยการเพื่อขออนุญาตดำเนินการนำรูปแบบไปใช้กับผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก



บันทึกข้อความ



ส่วนราชการ ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โทร. ๓๑๐

ที่ พย ๒๘๘/๒๕๖๕

วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินโครงการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

ตามที่ภารกิจด้านการพยาบาล ได้จัดทำโครงการ การพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันแบบบูรณาการ เพื่อพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลระดับวิชาชีพ ให้เป็นผู้นำทางการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน และมอบคุณความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั้น

ในการนี้ภารกิจด้านการพยาบาล จึงขอท่านพิจารณาลงนามโครงการ การพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันแบบบูรณาการ ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จะเป็นพระคุณยิ่ง

(นางนิรมัย มณีรัตน์)

รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

ภาคผนวก ก

เอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

วันที่ลงนาม..... เดือน..... พ.ศ. 2565

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับ การอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่เป็นผลกระทบต่อการรักษา พยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงได้รับในปัจจุบัน และอนาคต ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัย โดยไม่มีการระบุชื่อ นามสกุลของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(.....)

วันที่ลงนาม.....

ลงชื่อ..... ผู้ขอความยินยอม

(.....)

วันที่ลงนาม.....

ลงชื่อพยาน

(.....)

วันที่ลงนาม.....

ภาคผนวก รฐ
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1. **โครงการวิจัย:** การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
2. **ผู้วิจัย:** นางนิรมัย มณีรัตน์ นายจตุพงษ์ พันธุ์ไโล นางสุพัตรา ปวนไฟ นางสาวสุชาธิณี ศรีสวัสดิ์ และนางสาววราภรณ์ ราชเนตร โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
3. **วัตถุประสงค์ของการวิจัย** เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันโดยสหวิชาชีพ
4. **เหตุผลที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับเชิญ/คัดเลือก**

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คือ กลุ่มที่ 1 เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันอย่างน้อย ๑ ปี หรือกลุ่มที่ 2 เป็นญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี สามารถสื่อสารได้เข้าใจ มีความเต็มใจในการให้ข้อมูลและลงมือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. **ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล**

ตั้งแต่เดือน มกราคม 2565 ถึง กันยายน 2566

6. **สิ่งที่ผู้วิจัยจะขอให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยปฏิบัติ**

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการโดยสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและเก็บข้อมูลปัญหา อุปสรรค แนวทางและข้อเสนอแนะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยพาร์กินสันโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และหรือการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดและสร้างคำถาม ตระล่อมจากการตอบคำถามก่อนหน้าเพื่อให้ได้ข้อมูลที่กว้างและลึก โดยผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนจะได้รับการสัมภาษณ์คนละ 1 ครั้ง มีระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที

7. **ประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**

ทราบข้อมูลปัญหา อุปสรรค แนวทางและข้อเสนอแนะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยพาร์กินสัน และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้พัฒนาการให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยพาร์กินสันในโรงพยาบาลตติยภูมิ มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

8. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

โครงการวิจัยนี้อาจทำให้ท่านรู้สึกอึดอัดใจหรือเกิดความไม่สบายใจจากการถูกสัมภาษณ์หรือจากการสนทนากลุ่ม ซึ่งท่านสามารถยกเลิกคำยินยอมได้ทุกเวลาโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล การตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลต่อการรักษาในอนาคต การดูแลอื่นใดก็ตามหรือสูญเสียประโยชน์ใดๆ การบันทึกเสียงจะต้องได้รับการยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยก่อน

9. วิธีการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ

ข้อมูลจากการวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยไม่มี การปรากฏชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย การรายงานผลวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เมื่อสิ้นสุดการวิจัยเสียงที่บันทึกไว้จะถูกทำลายเพื่อเป็นการป้องกันสิทธิและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย

10. หากท่านมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

ท่านสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ นางนิรมัย มณีรัตน์ ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 053-920200 ต่อ 204 หรือ 095 – 7986606 และถ้าหากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถแจ้งให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ทราบได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 053-920-200 ต่อ 293

หากเอกสารนี้มีข้อความใดที่ท่านอ่านแล้วไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนเพื่ออธิบายจนกว่าจะเข้าใจชัดเจนดี ท่านสามารถนำเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจหรือปรึกษาหารือกับครอบครัวหรือเพื่อน หรือแพทย์ที่รักษาท่าน เพื่อช่วยในการตัดสินใจการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ได้