

บทบาทพยาบาลในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

The Nurse's Role in Promoting Quality of Life of the Elderly with Parkinson's Disease

อรวรรณ กุลจีรัง* พย.ม.
Orawan Kuljeerung, M.N.S.

บทคัดย่อ

โรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบได้มากในผู้สูงอายุ อาการของโรคมีผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย เมื่อการดำเนินโรคมากขึ้นอาการก็จะยิ่งรุนแรงขึ้น และส่งผลกระทบต่อความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เกิดภาวะพึ่งพาอย่างสมบูรณ์นอกจากนี้ ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันอาจมีภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคนี้อีกด้วย เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง อย่างไรก็ตาม พยาบาลวิชาชีพสามารถให้การดูแลสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้โดยการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนโดยการติดตามอาการ การให้ความรู้และให้คำปรึกษา การติดตามและเฝ้าระวังการใช้ยาอย่างเหมาะสม การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการสร้างเครือข่ายผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

คำสำคัญ : โรคพาร์กินสัน บทบาทพยาบาล ผู้สูงอายุ
คุณภาพชีวิต

Abstract

Parkinson's disease is a neurological chronic illness which has a high incident rate in elderly. The symptoms affect body movement. Severity of the symptoms will rise when the dis-

ease gradually progresses, affecting the ability to perform activities of daily living and leading the elderly to be completely dependent. Moreover, the elderly with Parkinson's disease may have depression and dementia higher than those without the disease. However, the nurses can improve the quality of life of the elderly in the hospital and community settings by monitoring symptoms, communication and consultant, monitoring and altering medication appropriately, co-ordination with multidisciplinary team and Parkinson's disease clinical managed network.

Key Words : Parkinson's disease, nursing role, elderly, quality of life

บทนำ

โรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้มากในผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป อัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จากอุบัติการณ์พบว่าในประเทศจีนมีจำนวนผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีอายุมากกว่า 50 ปี เท่ากับ 198 ต่อประชากรแสนคน ส่วนในประเทศแถบยุโรปมีรายงานว่าพบผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีอายุอยู่ในช่วง 85-89 ปี มากถึง 3,500 ต่อประชากรแสนคน (รุ่งโรจน์

* อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

พิทยศิริ, ณัฐนิภา วรรณชัย และธานินทร์ อัสวีเชียรจินดา, 2552) สำหรับในประเทศไทยนั้นยังไม่มีการศึกษาเก็บรวบรวมสถิติที่แน่ชัดมาก่อน และในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลด้านระบาดวิทยาของผู้ป่วยพาร์กินสันทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม ในขณะนี้ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้จัดทำโครงการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทั่วประเทศขึ้น โดยมีกำหนดการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2551 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2553 เพื่อศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ของโรคพาร์กินสัน จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทั่วประเทศ พบว่า ในระยะเวลา 8 เดือนแรก มีผู้ป่วยเข้าลงทะเบียนทั้งสิ้น 15,899 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 40.8 มีอายุมากกว่า 70 ปี (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, ณัฐนิภา วรรณชัย และธานินทร์ อัสวีเชียรจินดา, 2552) โรคนี้เกิดจากการขาดสารสื่อประสาทโดปามีนจึงส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย เมื่อการดำเนินโรคมากขึ้นผู้ป่วยจะไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองเกิดภาวะพึ่งพามากขึ้น นอกจากนี้ ในระยะท้ายจะเกิดภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ส่วนมากผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน จากอาการของโรคร่วมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำรงชีวิต คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันลดลง (Bhatai & Gupta, 2003; Schrag, 2004 cited in Wressle, Bringer, & Granerus, 2006; Eliopoulos, 2014)

ผู้เขียนได้เขียนบทความนี้ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์จะนำเสนอบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เพื่อเป็นประโยชน์ต่อนิสิตพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่มีความสนใจสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติบทบาทเพื่อดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

โรคพาร์กินสันได้อย่างเหมาะสม

โรคพาร์กินสันกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

โรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง พบได้มากในผู้สูงอายุเกิดจากการสะสมของสารลีวีบอดี (lewy body) ภายในเซลล์บริเวณสับสแตนเชียในกรา (substantia nigra) ที่อยู่ในแบซอลแกงเกลีย (basal ganglia) เป็นผลให้การผลิตสารสื่อประสาทโดปามีน (dopamine) ลดลง ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบและควบคุมอารมณ์ (Eliopoulos, 2014; Mauk, 2010) ผู้ป่วยจะมีอาการ 2 กลุ่ม คือ 1) motor symptom เป็นอาการที่ส่งผลกระทบต่อเนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวต่างๆ ของผู้ป่วยประกอบด้วย 4 อาการหลัก ได้แก่ อาการสั่นขณะพัก (resting tremor) อาการเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) อาการเกร็งกล้ามเนื้อ (rigidity) และการทรงตัวไม่ดี (postural instability) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย 2) non-motor symptom ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ วิตกกังวล ซึมเศร้า ท้องผูก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และความรู้สึกทางเพศลดลง นอกจากนี้ ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมักจะมีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย (Linton & Lach, 2007) เมื่อการดำเนินโรคมากขึ้น อาการเหล่านี้ก็มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากขึ้น บทบาททางสังคมของผู้ป่วยลดลง เกิดการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เป็นการระต่อผู้ดูแล อาจมีปัญหาปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวและไม่มี ความพึงพอใจในชีวิต อาการของโรคร่วมกับข้อจำกัดที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุยิ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ลดลง ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง (Bhatai & Gupta,

2003; Schrag, 2004 cited in Wressle, Bringer, & Granerus, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของจากการศึกษาของ เวสลีย์, บรินเจอร์ และ แกรเนอร์ รัส (Wressle, Bringer, & Granerus, 2006) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่แผนกผู้ป่วยนอกสูงอายุในประเทศสวีเดน ซึ่งพบว่า เมื่อโรคพาร์กินสันมีความก้าวหน้ามากขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะลดลง

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม ภายใต้อาการและความคาดหวังของบุคคลซึ่งมีความสัมพันธ์กับบริบทของวัฒนธรรม หละค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้นๆ จากการศึกษาของเจนคินสัน ฟิตซ์แพทริก พิโท ดัลัมเมท มอร์ลีย์ และ ซูลเดอร์ (Jenkinson, Fitzpatrick, Peto, Dummett, Morley, & Saunders, 2012) ตามแนวคิดของสคิปเปอร์ และคณะ (Schipper, et al, 1996 cited in Jenkinson, Fitzpatrick, Peto, Dummett, Morley, & Saunders, 2012) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ได้แก่ 1) อาการ (symptoms) 2) การทำหน้าที่ทางกายภาพ (physical functioning) 3) บทบาทและความรับผิดชอบ (role performance) 4) ความผาสุกทางอารมณ์ (emotional well being) 5) การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) การจัดการกับอาการของโรคพาร์กินสันเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Eliopoulos, 2014) จากการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในจังหวัดชลบุรี พบว่า ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันหลายคนมีความพยายามปรับตัว และจัดการกับอาการไม่สุขสบายต่างๆ เพื่อให้ตนเองมีชีวิตอยู่กับโรคได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (อรวรรณ กุลจีรัง, 2555) บทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

พยาบาลวิชาชีพเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพ

ด้านสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและสามารถปฏิบัติบทบาทในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2), 2540, อ้างถึงใน ทศนา บุญทอง, 2558) เป้าหมายในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเอง จัดการกับอาการของโรคพาร์กินสันได้อย่างเหมาะสม สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Moonan, 2011) การจะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน การเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ การดูแลแบบประคับประคอง และนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการสร้างเสริมความสามารถของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัวให้สามารถจัดการกับอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคพาร์กินสันได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย ซึ่งการดูแลสามารถทำได้ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน (Carter, 2008; Cook, MacNamee, McFetridge & Deeny, 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บทบาทของพยาบาลในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ประกอบด้วย การติดตามอาการ การให้ความรู้และให้คำปรึกษา การติดตามและเฝ้าระวังการใช้ยาอย่างเหมาะสม การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการสร้างเครือข่ายผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. บทบาทในการติดตามอาการ

การติดตามดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่บ้านมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องสามารถจัดการกับอาการ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพที่ต้องดูแลเมื่อผู้ป่วยมีความก้าวหน้าของโรคและเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Hendrix & Wojciechowski, 2005) พยาบาล

ควรตรวจเยี่ยมและตรวจสุขภาพเบื้องต้นให้กับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเพื่อประเมินอาการความก้าวหน้าของโรคภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายและจิตใจ ผลข้างเคียงจากการใช้ยา รวมทั้งให้คำแนะนำในการจัดการกับอาการต่างๆ โดยจากการศึกษาของมูราส สต็อค และคาร์ฮิล (Muras, Stokes & Cahill, 2008) เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและการนำเทคโนโลยีมาใช้ในชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 88 มีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 70 มีอาการเหนื่อยอย่างรวดเร็วเมื่อทำกิจกรรม และร้อยละ 54 มีปัญหาในเรื่องอาการอ่อนแรง พยาบาลอาจประยุกต์การบำบัดทางเลือก ภูมิปัญญาท้องถิ่น และนำเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง เช่น การนวดผ่อนคลายเพื่อลดอาการปวดเกร็งของกล้ามเนื้อ การใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว อุปกรณ์ช่วยเตือนเวลาในการรับประทานยา เป็นต้น ทั้งนี้การประยุกต์ดังกล่าวต้องไม่ขัดกับแผนการรักษา (Hendrix & Wojciechowski, 2005; Muras, Stokes & Cahill, 2008) นอกจากนี้ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุภายใต้บริบทของการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นจริงของผู้สูงอายุแต่ละราย เพราะผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ในขณะเดียวกันผู้ดูแลก็อาจจะได้รับผลกระทบจากการให้การดูแลได้เช่นกัน ดังการสัมภาษณ์ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการจำนวน 26 คน มีอายุเฉลี่ยมากกว่า 55 ปี ให้การดูแลคู่สมรสของตนเองซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคพาร์กินสันพบว่า ผู้ดูแลส่วนมากประสบปัญหาเรื่องอารมณ์ และปัญหาสุขภาพจากการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นเพราะการได้รับการดูแลที่ไม่ต่อเนื่องภายหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัย ผู้ดูแลบางรายให้ข้อมูลว่า พวกเขาไม่สามารถประยุกต์การดูแลที่เคยได้รับการแนะนำตั้งแต่ช่วงแรกมาใช้ในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปได้ ดังนั้น พวก

เขาจึงมีความต้องการที่จะได้รับการติดตามเยี่ยม ให้คำแนะนำ และคำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง (McLaughlin, Hasson, Kernohan, Waldron, McLaughlin, Cochrane & Chambers, 2010)

ดังนั้น พยาบาลควรติดตามอาการของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน และให้การดูแลผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 4 เดือน (Pountney, 2007) อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันในบางประเทศมีการนำเทคโนโลยีการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพผ่านระบบบริการทางไกล (telecare) และระบบแพทย์ทางไกล (telehealth) มาใช้ในการติดตามอาการ และให้การดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในพื้นที่ห่างไกลด้วย เพื่อเป็นการลดงบประมาณ และระยะเวลาในการเดินทาง รวมทั้งมีความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในบ้าน รวมทั้งสามารถให้ความรู้เรื่องการจัดการกับอาการต่างๆ ได้อีกด้วย (Osborne, 2009)

2. บทบาทในการให้ความรู้และให้คำปรึกษา
บทบาทในการให้ความรู้และให้คำปรึกษาเป็นบทบาทสำคัญบทบาทหนึ่งของพยาบาลที่จะช่วยเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยให้มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน (Gidding, Roy & Predeger, 2006) รวมทั้งสร้างความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแลและครอบครัวด้วย (Richardson, 2005) จากงานวิจัยเรื่องบุคคลากรทางสุขภาพกับการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยผู้ดูแลและครอบครัวต้องการการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ต้องการได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ การแนะนำแหล่งสนับสนุนต่างๆ และนำมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล (Waldron, Kernohan, Hasson, Foster, Cochrane, & Payne, 2010) รวมทั้งการจัดการกับอาการไม่สุขสบายต่างๆ และการเตรียมผู้สูงอายุเพื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้จากไปอย่างสงบ ทั้งนี้การให้คำ

ปรึกษาต้องมีความเฉพาะกับบริบท วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต และความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว (Dick & Frazier, 2006; McLaughlin, Hasson, Kernohan, Waldron, McLaughlin, Cochrane, & Chambers, 2010) พยาบาลสามารถให้คำปรึกษาได้ทั้งแบบเผชิญหน้า และทางโทรศัพท์ (Osborne, 2009) โดยการให้คำปรึกษาต้องคำนึงถึงข้อจำกัดในการสื่อสาร และการเรียนรู้ของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันอีกด้วย (Hendrix & Wojciechowski, 2005)

3. บทบาทในการติดตามและเฝ้าระวังการใช้ยาอย่างเหมาะสม

ยารับประทานสามารถช่วยควบคุมอาการต่างๆ ของโรคพาร์กินสัน ช่วยให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Cranwell-Bruce, 2010) จากการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสันในระยะ 1 ปีแรก ที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้คะแนนในแบบประเมินภาวะสุขภาพ (SF-6D) ที่มีการประเมินใน 6 ด้าน ได้แก่ ความสามารถทางร่างกาย การแสดงบทบาท การทำหน้าที่ทางสังคม อาการปวดของร่างกาย ภาวะสุขภาพจิต และพลังกำลัง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้รับประโยชน์จากการใช้ยาโดยค่าคะแนนจากแบบประเมินสูงขึ้น 0.039 จาก 0.667 เป็น 0.706 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Vossius, Nilsen, & Lasen, 2009) แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ยารักษาโรคพาร์กินสันมีอาการข้างเคียง เช่น ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงนอน หลับทันที มีปัญหาในเรื่องความจำ ตาพร่ามัว ปัสสาวะลำบาก เป็นต้น ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยรับประทานยากลุ่มใด รวมทั้งผู้ป่วยหลายรายต้องเผชิญกับภาวะที่ยาหมดฤทธิ์ก่อนที่จะถึงเวลารับประทานยาในมือต่อไป (off time) (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา

บุญนาค, 2549; Lindahl & MacMahon, 2011) ดังนั้นจึงอาจพบว่าผู้ป่วยบางรายเมื่อมีอาการดีขึ้น จะหยุดรับประทานยา หรือรับประทานยาในบางเวลาเพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงต่างๆ ทำให้ระดับของยาไม่คงที่ มีการตอบสนองต่อยาไม่สม่ำเสมอ ประกอบกับผู้สูงอายุเป็นผู้ป่วยที่จะมีความไวต่อยาได้ง่าย อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้มาก ดังการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ในจังหวัดชลบุรี พบว่า ผู้ให้ข้อมูลบางรายหยุดรับประทานยาเนื่องจากเห็นว่าอาการของตนเองดีขึ้น และไม่ต้องการได้รับผลกระทบจากอาการไม่พึงประสงค์จาก ยา เช่น ปากแห้ง ง่วงนอน เป็นต้น (อรวรรณ กุลจิริง, 2555) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการติดตามการใช้ยาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันอย่างต่อเนื่อง (Magennis, Lynch & Corry, 2014; Sjoukje, Rob, Marleen & Rob, 2010; Wright & Walker, 2013) ดังนี้

- 1) อธิบายให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลทราบถึงความสำคัญในการรับประทานยา รวมทั้งผลข้างเคียงจากยาแต่ละชนิด และการจัดการกับผลข้างเคียงต่างๆ ผู้สูงอายุจะมีความไวต่อยามากกว่าในวัยหนุ่มสาว อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาได้ง่าย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; Cranwell-Bruce, 2010; Magennis, Lynch & Corry, 2014) ดังนั้น จึงควรมีการให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความตระหนักในการรับประทานยา รวมทั้งติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างใกล้ชิด สังเกตและจดบันทึกเกี่ยวกับความถี่ ลักษณะอาการ และระยะเวลาที่เกิดอาการต่างๆ รวมทั้งช่วงเวลาที่ยาหมดฤทธิ์ก่อนที่จะรับประทานยาในมือต่อไป ภายหลังจากเริ่มรับประทานยาหรือเปลี่ยนชนิดยาใหม่ การจดบันทึกควรทำทุกวัน แล้วนำบันทึกดังกล่าวให้แพทย์ดูเมื่อไปพบแพทย์ตาม

นัด เพื่อปรับเปลี่ยนหรือลดปริมาณยาให้เหมาะสม

2) แนะนำให้ผู้สูงอายุรับประทานยาตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดในการมองเห็นและความจำ (วิไลวรรณทองเจริญ, 2554) ดังนั้น จึงอาจรับประทานยาผิดประเภทหรือผิดเวลาได้ รวมทั้งชี้แจงให้ผู้สูงอายุเข้าใจความสำคัญในการรับประทานยาให้ตรงตามขนาดที่แพทย์กำหนด ไม่ปรับลดขนาดยาด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้ดูแลควรจัดยาให้ผู้สูงอายุรับประทานตรงเวลาทุกวันเพื่อให้ระดับยาในกระแสเลือดคงที่ ในกรณีที่ผู้สูงอายุจัดยารับประทานเองควรจัดทำฉลากให้อ่านได้ง่าย

4. บทบาทในการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

โรคพาร์กินสันมักส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุหลายด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การสื่อสาร การกลืนอาหาร การรับประทานยา และปัญหาด้านจิตใจ ดังนั้น พยาบาลจะต้องมีการประสานงาน และทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร จิตแพทย์ นักอรรถบำบัด เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้รับการดูแลครอบคลุมกับความต้องการ (Pountney, 2007; Richardson, 2005) ดังการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและผู้ดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักอรรถบำบัด นักจิตบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด โดยโปรแกรมดังกล่าวมีการจัดทั้งรูปแบบเดี่ยวและแบบกลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากโปรแกรมหาดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วย ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการเดินจำนวนก้าวลดลง จาก 22.89 เป็น 21.63 ($p = .031$) การพูดสื่อสารมีคะแนนดีขึ้นจาก 1.08 เป็น 0.83 ($p < .001$) ภาวะซึมเศร้ามีคะแนนลดลง จาก 6.06 เป็น 5.57 ($p = .029$) ภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับระดับ

คุณภาพชีวิตดีขึ้น จาก 0.55 เป็น 0.63 ($p = .001$) นอกจากนี้ จากการสอบถามความเห็นด้วยคำถามปลายเปิด พบว่า ร้อยละ 31 ของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีความเห็นว่าการบริการทางสังคมลักษณะนี้เป็นสิ่งที่มีความจำเป็น พวกเขาได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้น มีความพึงพอใจในการจัดโปรแกรมทั้งแบบเดี่ยวและแบบกลุ่มในระดับสูง (Trend, Kaye, Gage, Owen, & Wade, 2002) ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีการร่วมปรึกษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันหาแนวทางการดูแลที่เหมาะสม โดยอาจจัดการให้บริการทั้งในรูปแบบเดี่ยว หรือรูปแบบกลุ่มจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

5. บทบาทในการสร้างเครือข่ายผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

การสร้างเครือข่ายผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจะช่วยส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เพื่อให้จัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล นอกจากนี้ ยังช่วยลดอัตราการมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (Osborne, 2009) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ที่เมืองคอนวอลประเทศอังกฤษ ได้รับการยอมรับว่าเป็นต้นแบบของแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (a model of good practice) โดยมีการจัดกลุ่มผู้ป่วยโรคพาร์กินสันขึ้นซึ่งกลุ่มดังกล่าวจะมีพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพมาให้ความรู้ในการดูแลตนเอง เช่น ความรู้ในการจัดการกับอาการของโรคพาร์กินสัน การออกกำลังกาย การประกอบอาชีพ เป็นต้น (Thomas, 2004 cited in Osborne, 2009) เช่นเดียวกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและผู้ดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีการจัดโปรแกรมทั้งแบบเดี่ยวและแบบกลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันรับรู้ประโยชน์ในการมีเครือข่ายเพื่อน

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่สามารถให้การสนับสนุนช่วยเหลือ แบ่งปันประสบการณ์ซึ่งกันและกันทำให้สามารถนำประสบการณ์ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้ (Trend, Kaye, Gage, Owen, & Wade, 2002)

สรุป

โรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีระดับลดลง เนื่องจากเมื่อการดำเนินของโรคที่มากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการมากขึ้นร่วมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุที่ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง เกิดภาวะพึ่งพามากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ง่าย พยาบาลวิชาชีพเป็นหนึ่งในบุคลากรหลักของทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพที่สามารถดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ โดยการติดตามอาการ การให้ความรู้และให้คำปรึกษา การติดตามและเฝ้าระวัง การช้ยาอย่างเหมาะสม การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการสร้างเครือข่ายผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันอย่างไรก็ตามสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลจะต้องมีความรู้และความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ควรมีการศึกษาหาความรู้และค้นคว้าวิจัยอย่างต่อเนื่องแล้วนำความรู้ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ให้มีความสอดคล้องกับบริบทการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ นอกจากนี้ ควรมีทักษะการติดต่อสื่อสาร และการทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทางสุขภาพเพื่อร่วมกันในการดูแลผู้รับบริการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

ทัศนาศ นุญทอง. (2558). *มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์*. เข้าถึงได้จาก <http://www.tnc.or>

th/law/page-6.html.

รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุนนาค. (2549). *โรคพาร์กินสันรักษาได้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : ศูนย์โรคพาร์กินสัน และกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.

รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, ฉัฐนิภา วรรณชัย และธานีรินทร์ อัสวีเชียรจินดา. (2552). *กลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติและการลงทะเบียนผู้ป่วยพาร์กินสัน*. เอกสารการประชุมวิชาการแพทย์ก้าวหน้าประสานใจพัฒนาคุณภาพชีวิตไทย ระหว่างวันที่ 22-24 มิถุนายน พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ : โรงแรมเซนทาราแกรนด์ แอนด์ บางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ เซนทรัลเวิลด์

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรรพรรณ กุลจรัส. (2555). *ประสบการณ์ชีวิตผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

Bhatai, S., & Gupta, A. (2003). Impairment in activities of daily living in Parkinson's disease: Implications for management. *Neuro Rehabilitation, 18*, 209-214.

Carter, L. (2008). Filling the gaps in specialist nursing for people with Parkinson's disease *British Journal of Neuroscience Nursing, 4*(5), 242.

Cook, N., MacNamee, D., McFetridge, B., & Deeny, P. (2010). Experiences of people with Parkinson's disease and their carers

- of a specialist nursing service. *British journal of Neuroscience Nursing*, 6(6), 264-270.
- Cranwell-Bruce, L. A. (2010). Drug for Parkinson's Disease. *MEDSURG Nursing*, 19(6), 347-355.
- Dick, K., & Frazier, S., C. (2006). An exploration of nurse practitioner care to homebound frail elders. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18, 325-334.
- Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological nursing* (8thed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Gidding, L. S., Roy, D. E., & Predeger, E. (2006). Woman's experience of aging with a chronic condition. *Journal of Advanced Nursing*, 58(6), 557-565.
- Hendrix, C. C., & Wojciechowski, C., W. (2005). Chronic care management for the elderly : An opportunity for gerontological nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(7), 263-267.
- Jenkinson, C., Fitzpatrick, R., Peto, V., Dummett, S., Morley, D., & Saunders, P. (2012). *The Parkinson's disease questionnaires user manual* (3rd ed). Oxford : Health Service Research Unit.
- Lindahl, A. J., & MacMahon, D. (2011). Parkinson's disease : Treating the symptoms. *British Journal of Nursing*, 20(14), 852-857.
- Linton, A. D., & Lach, H. W. (2007). *Matteson & McConnell's gerontological nursing: Concepts and practice* (3rd ed.). St. Louis : Saunders Elsevier.
- Magennis, B., Lynch, T., & Corry, M. (2014). Current trends in the medical management of Parkinson's disease: Implication for nursing practice. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 10(2), 67-74.
- Mauk, K. L. (2010). *Gerontological nursing competencies for care* (2nd ed.). Boston : Jones and Bartlett Publishers.
- McLaughlin, D., Hasson, F., Kernohan, W. G., Waldron, M., McLaughlin, M., Cochrane, B., & Chambers, H. (2010). Living and coping with Parkinson's disease: Perceptions of informal carers. *Palliative Medicine*, 25(2), 177-182.
- Moonan, C. (2011). Protect Parkinson's nurse in England. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 7(4), 571.
- Muras, J. A., Stokes, E. K., & Cahill, V. (2008). Assistive technology in everyday living : A user survey of people with Parkinson's disease. *Technology and Disability*, 20, 271-282.
- Osborne, L. (2009). Marking 20 years of Parkinson's disease nurse specialists : Looking to the future. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 5(10), 450-455.
- Pountney, D. (2007). Parkinson's disease : Not easy. *Nursing Older People*, 19(6), 12-13.

- Richardson, M. (2005). Vital link in PD team. *World of Iris Nursing & Midwifery*, 13 (3), 27-28.
- Sjoukje, S., Rob, R., Marleen, O., & Rob, O. (2010). Nursing practitioners role in obtaining optimal adherence and patient satisfaction in Parkinson's disease care. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1), 104-114.
- Trend, P., Kaye, J., Gage, H., Owen, C., & Wade, D. (2002). Short-term effectiveness of intensive multidisciplinary rehabilitation for people with Parkinson's disease and their carers. *Clinical Rehabilitation*, 16, (717-725).
- Vossius, C., Nilsen, O. B., & Lasen, J. P. (2009). Health state values during the first year of drug treatment in early-stage Parkinson's disease. *Drug Aging* 2009, 26(11), 973-980.
- Waldron, M., Kernohan, W. G., Hasson, F., Foster, S., Cochrane, B., & Payne, C. (2011). Allied health professional's views on palliative care for people with advanced Parkinson's disease. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 18(1), 48-58.
- Wressle, E., Bringer, B., & Granerus, A. (2006). *Quality of life in Parkinson's disease at a geriatric out patient department in Sweden including commentary by Behari M.* Retrieved from CINAHL plus with full text database.
- Wright, J., & Walker, J. (2013). Medication adherence in Parkinson's disease. *British Journal of Nursing*, 22(12), 686-689.