

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โรงพยาบาล ประสาทเชียงใหม่

นิรมัย มณีรัตน์ พย.ม., จตุพงษ์ พันธิวิไล ปส.ด., สุพัตรา ปวนไฟ อพย., สุชารีณี ศรีสวัสดิ์ พย.ม.,
วรารส ราชเนตร พส.ม.

ภากรกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
50200

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

Niramai Maneerattana, B.N.S., Jatupong Panwilai, Ph.D., Supattra Puanphai, Dip. APGN,
Sucharinee Srisawat, M.N.S., Warapon Rachanet, M.A.

Nursing cluster, Chiang Mai Neurological Hospital, Suthep, Mueng, Chiang Mai, 50200
(E-mail: beer.panwilai@gmail.com)

(Received: 18 September, 2022; Revised: 29 November, 2022; Accepted: 1 May, 2023)

Background: Parkinson's disease (PD) is a chronic neurodegenerative disease, that poses incurable threat to the public health and to the quality of life of people living with PD . In this regard, having an appropriate caring process for patients with PD could be helpful to reduce the complications and improve their quality of life. **Objective:** The main objective was to develop a care model for patients with PD. The specific objectives consisted of exploring 1) the situation of 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. **Method:** There were 4 phases of Research and Development Method of this research, namely 1) situational analysis, 2) model development, 3) model implementation, and 4) evaluation and conclusion of the feasibility of the model implemented from November 2021 to July 2022. **Results:** 1) the challenges of nursing care provision to patients with PD included patients' limited knowledge of PD and self-care, low quality of life among patients with PD, caregivers' inadequate knowledge of PD and caregiving skills, healthcare providers' insufficient caregiving skills, and lack of a multidisciplinary care system; 2) the components of care and care model for patients with PD comprised promoting patients' health literacy encouraging family members' participation in providing care for the patient with PD, and increasing healthcare providers' competencies in patient care; and 3) the feasibility study of model implementation revealed that the scores on knowledge of PD, medication adherence, and quality of life of patients with PD; and the scores on knowledge of PD and readiness of being caregiver of family members; as well as the scores on knowledge of PD of nurses significantly increased. **Conclusion:** The application of this nursing care model helped increase the efficiency of care for patients with PD. It enabled the patients with PD to gain more knowledge and understanding on the disease and self-care procedure. It also enhanced family members' as well as healthcare providers' abilities to provide proper care to the patients with PD

Keywords: Patients with Parkinson's disease, Care model for patients with Parkinson's disease, Research and development

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: โรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง ดังนั้นหากมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันที่เหมาะสมจะสามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของกลุ่มคนดังกล่าวได้ **วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยมีวัตถุประสงค์ย่อยเพื่อ

ศึกษา 1) สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน 2) องค์ประกอบ 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 **ผล:** 1) สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค ผู้ป่วยมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ญาติขาดทักษะในการเป็นผู้ดูแล บุคลากรขาดทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ขาดระบบการดูแลผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพ 2) องค์ประกอบ และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ประกอบด้วย การส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลแก่ญาติ และการเสริมสร้างสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์ และ 3) ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน พฤติกรรมการกินยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คະแนนความรู้ และคະแนนความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลของญาติ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ **สรุป:** การนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันที่ได้พัฒนาขึ้นไปใช้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยเป็นการช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยพาร์กินสัน และยังเพิ่มศักยภาพในการเป็นผู้ดูแลแก่ญาติ ตลอดจนการเสริมสร้างสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์

คำสำคัญ: ผู้ป่วยพาร์กินสัน, รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน, การวิจัยและการพัฒนา

บทนำ

โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease; PD) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาทซึ่งพบได้บ่อยเป็นอันดับสองรองจาก Alzheimer's disease โดยพบว่าผู้ป่วยพาร์กินสันประมาณร้อยละ 1-2 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปี¹ และจากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) พบอุบัติการณ์การเกิดโรคพาร์กินสันทั่วโลกสูงถึง 6.1 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มสูงถึง 12 ล้านคน ในอีก 30 ปี² สำหรับประเทศไทยเริ่มมีข้อมูลจากโครงการลงทะเบียนผู้ป่วยพาร์กินสันตั้งแต่ พ.ศ. 2553-2554 โดยพบความชุกรวมอยู่ที่ 242.57 ต่อ 100,000 คน³ และพบอัตรา 1 ใน 100 ของประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปี โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อันเนื่องมาจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้น

โรคพาร์กินสันเป็นโรคที่มีลักษณะความผิดปกติแบบก้าวหน้า (progressive disorder) ที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว (motor symptoms) ได้แก่ อาการสั่นขณะพัก (resting tremor) อาการเกร็ง (rigidity) การเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) ท่าเดินผิดปกติ (posture instability) การแสดงสีหน้าเหมือนใส่หน้ากาก (masking face) และอาการที่ไม่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (non-motor symptoms) เช่น ภาวะบกพร่องทางระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic dysfunction) เช่น ภาวะความดันเลือดต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า อาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น รวมถึงเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorders) อาการทางจิตประสาท (neuropsychiatric symptoms) ภาวะซึมเศร้า (depression) และความวิตกกังวล (anxiety) ความสามารถในการจดจำ การเรียนรู้ และการตัดสินใจบกพร่อง (cognitive dysfunctions) การนอนหลับผิดปกติ (sleep disorders) ซึ่งผลกระทบทั้งหมดเหล่านี้จะส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ แ่ลง คุณภาพชีวิตลดลง และเพิ่มภาระให้แก่ผู้ดูแลได้⁴

ในปัจจุบันโรคพาร์กินสันยังไม่สามารถรักษาได้ ดังนั้น การรักษาจึงมุ่งเน้นไปที่การจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงการป้องกันหรือชะลอการลุกลามของโรค ซึ่งมีได้หลายวิธี ได้แก่ การรับประทานยา การผ่าตัด และการทำกายภาพบำบัด อย่างไรก็ตามหนึ่ง หรือการรักษาโดยผสมผสานวิธีทั้งหมดด้วยกัน ซึ่งผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่ไม่ได้รับการรักษา หรือได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการดำเนินของโรค และทำให้ระยะการดำเนินของโรคเร็วขึ้น โดยผลกระทบของโรคพาร์กินสันต่อตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ 1) ผลกระทบด้านร่างกาย ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงเกิดปัญหาการพลัดตกหกล้มได้ง่าย โดยพบเกิดมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคพาร์กินสันถึง 3 เท่า⁵ เกิดปัญหาในเรื่องของการสื่อสาร ปัญหาการกลืนอาหาร ลำบากและสำลักได้ง่ายเกิดภาวะขาดสารอาหาร⁶ 2) ผลกระทบด้านจิตใจ เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ มีอาการทางจิตประสาท ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ความสามารถในการจดจำ การเรียนรู้ และการตัดสินใจบกพร่อง⁷ มีความคิดอยากฆ่าตัวตายได้⁸ มีคุณภาพชีวิตลดลง⁹ 3) ผลกระทบด้านสังคม มีการลดบทบาทในครอบครัว จากผู้นำมาเป็นผู้ตาม และลดบทบาททางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมลดลง⁹ และ 4) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เกิดภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นทั้งค่าใช้จ่ายโดยตรง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการรักษาโรค ค่ายา ค่าเดินทาง มาตรวจตามนัดเป็นต้น และค่าใช้จ่ายโดยอ้อม ได้แก่ ค่าใช้จ่ายจากการสูญเสียแรงงาน ค่าใช้จ่ายจากการดูแลที่ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับมาหายเป็นปกติได้ และภาระจากการดูแลของผู้ดูแล¹⁰

นอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว และผู้ดูแล ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การไปตรวจตามแพทย์นัด รวมถึงการช่วยออกกำลังกาย

การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีเวลาในการดูแลตนเอง ลดลง เกิดการรบกวนต่อภาวะสุขภาพหรือรบกวนอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันตามมา¹¹⁻¹² เช่น รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ไม่มีเวลาพักผ่อน ไม่ได้ออกกำลังกาย ทำให้เกิดการเจ็บป่วยตามมาได้¹³ เกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า¹⁴⁻¹⁵ แบบแผนการนอนหลับผิดปกติ นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ¹⁶ นอกจากนี้จากการที่ผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ทำให้ขาดปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัว และสังคม อีกทั้งทำให้เกิดปัญหาด้านการเงินจากภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการรักษา และฟื้นฟูสภาพ ผู้ดูแลต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายตามมา¹⁷ เช่นเดียวกับผู้ป่วยพาร์กินสันที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โดยผู้วิจัยได้มีประสบการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยพาร์กินสัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ พบปัญหา ดังนี้ ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานยาไม่ถูกต้อง และไม่สม่ำเสมอ ขาดการมาตรวจตามนัด เกิดภาวะเครียดเนื่องจากการดำเนินของโรคที่เลวลง เกิดปัญหาในครอบครัวเนื่องจากญาติไม่เข้าใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เป็นต้น จากผลกระทบดังกล่าว หากผู้ป่วยพาร์กินสันได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง และเหมาะสมก็จะสามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และยังช่วยลดการดำเนินของโรคได้ ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงได้เห็นความสำคัญของกระบวนการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว จึงได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันในโรงพยาบาลขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย คือ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน 2) เพื่อศึกษาองค์ประกอบ และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน และ 3) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ การวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน 2) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน 3) ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ และ 4) สรุป และประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564-กรกฎาคม 2565 ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ซึ่งได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ (เลขที่ EC014-65) และทีมผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตามมาตรฐานหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทุกขั้นตอน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ในการดูแล

ผู้ป่วยพาร์กินสัน 2) ผู้ป่วยพาร์กินสัน และ 3) ญาติผู้ดูแล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) บุคลากรทางการแพทย์ แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับแต่ละขั้นตอน คือ ระยะเวลาที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน จำนวน 16 คน (แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน เภสัชกร 3 คน นักกายภาพบำบัด 3 คน นักกิจกรรมบำบัด 3 คน นักสังคมสงเคราะห์ 2 คน และนักโภชนาการ 1 คน) ระยะเวลาที่ 3 การนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ (องค์ประกอบที่ 3) ได้แก่ พยาบาลที่มีหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยพาร์กินสันที่แผนกผู้ป่วยนอกทุกคน รวม 17 คน (ศึกษาแบบ pretest-posttest) และระยะเวลาที่ 4 สรุป และประเมินผลฯ ได้แก่ พยาบาลที่มีหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยพาร์กินสันที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 5 คน

2) ผู้ป่วยพาร์กินสัน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับแต่ละขั้นตอน คือ ระยะเวลาที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา คือ ผู้ป่วยพาร์กินสันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสันในระยะที่ 1 หรือ 2 จำนวน 12 คน ระยะเวลาที่ 3 การนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ (องค์ประกอบที่ 1) คือผู้ป่วยพาร์กินสันจำนวน 40 คน โดยมีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ Burn และ Grove¹⁸ ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ convenience sampling กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และผู้วิจัยจะจับคู่กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุของผู้ป่วยไม่ต่างกันเกิน 5 ปี เพศของผู้ป่วย และระยะการดำเนินของโรคอยู่ในระดับเดียวกัน และให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติมากขึ้น ดังนั้น ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ไม่ได้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ได้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน (กลุ่มทดลอง) จำนวนกลุ่มละ 20 คน และระยะเวลาที่ 4 สรุป และประเมินผลฯ ได้แก่ ผู้ป่วยพาร์กินสันจำนวน 5 คน

3) ญาติผู้ดูแล แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับแต่ละขั้นตอน คือ ระยะเวลาที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา คือ ญาติของผู้ป่วยพาร์กินสันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสันในระยะที่ 1 หรือ 2 จำนวน 12 คน ระยะเวลาที่ 3 การนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ (องค์ประกอบที่ 2) คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันจำนวน 30 คน (ศึกษาแบบ one-group pretest-posttest) และระยะเวลาที่ 4 สรุป และประเมินผลฯ ได้แก่ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน จำนวน 5 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย จำแนกตามระยะของการดำเนินการ ได้แก่ ระยะเวลาที่ 1 ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และแนวคำถามสนทนากลุ่มเกี่ยวกับประเด็นปัญหาการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน รวมถึงองค์ประกอบ และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันในโรงพยาบาล

ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และได้ผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเชิงคุณภาพแล้ว ระยะเวลาที่ 3 ประกอบด้วยเครื่องมือ 5 ชุด และแบบประเมินทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน ซึ่งทดสอบด้วยวิธีการ Kuder-Richardson 2 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.83 แบบประเมินความพร้อมของญาติในการเป็นผู้ดูแล แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยพาร์กินสัน ได้มีการนำไปตรวจหาค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า 0.84, 0.87 และ 0.81 ตามลำดับ และระยะที่ 4 แนวคำถามการสัมภาษณ์ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ดำเนินการโดยการสนทนากลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องในประเด็นสถานการณ์ปัญหา และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ประกอบด้วย 1) บุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 16 คน ทำการสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม ๆ ละ 8 คน 2) ผู้ป่วยพาร์กินสัน 12 คน ทำการสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม ๆ ละ 6 คน และ 3) ญาติผู้ดูแล 12 คน ทำการสนทนากลุ่ม ๆ ละ 6 คน โดยการสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง ใช้เวลาประมาณ 60 – 90 นาที

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน ทีมผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ประเด็นปัญหา องค์ประกอบ และข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันที่ครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ร่วมกับการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ได้แก่ ผู้ป่วยพาร์กินสัน ญาติผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้น ทีมผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันที่ประกอบด้วย 3 กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องดังกล่าว และได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ และผ่านความเห็นชอบจากคณะผู้ทรงคุณวุฒิในโรงพยาบาล จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับรักษาโรคพาร์กินสัน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่มีความรู้ และประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน 2 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน และโภชนากร 1 ท่าน โดยรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย 2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลแก่ญาติ และ 3) การเสริมสร้างสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ ทีมผู้วิจัยได้นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันทั้ง 3 องค์ประกอบไปใช้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย กิจกรรมประกอบด้วยการจัดทำคู่มือ และ

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยพาร์กินสันเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยพาร์กินสันโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และสหวิชาชีพ

องค์ประกอบที่ 2 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลแก่ญาติ กิจกรรมประกอบด้วยการจัดทำคู่มือ และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน การดำเนินของโรค บทบาทหน้าที่ของญาติในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน

องค์ประกอบที่ 3 การเสริมสร้างสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์ กิจกรรมประกอบด้วยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน การจัดทำคู่มือและแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นต้น

ระยะที่ 4 สรุป และประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้

ดำเนินการโดยทีมผู้วิจัยสรุปผลการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันแต่ละองค์ประกอบไปใช้ และสัมภาษณ์ความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาล จำนวน 5 คน ผู้ป่วยพาร์กินสัน 5 คน และญาติผู้ดูแล 5 คน เกี่ยวกับใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

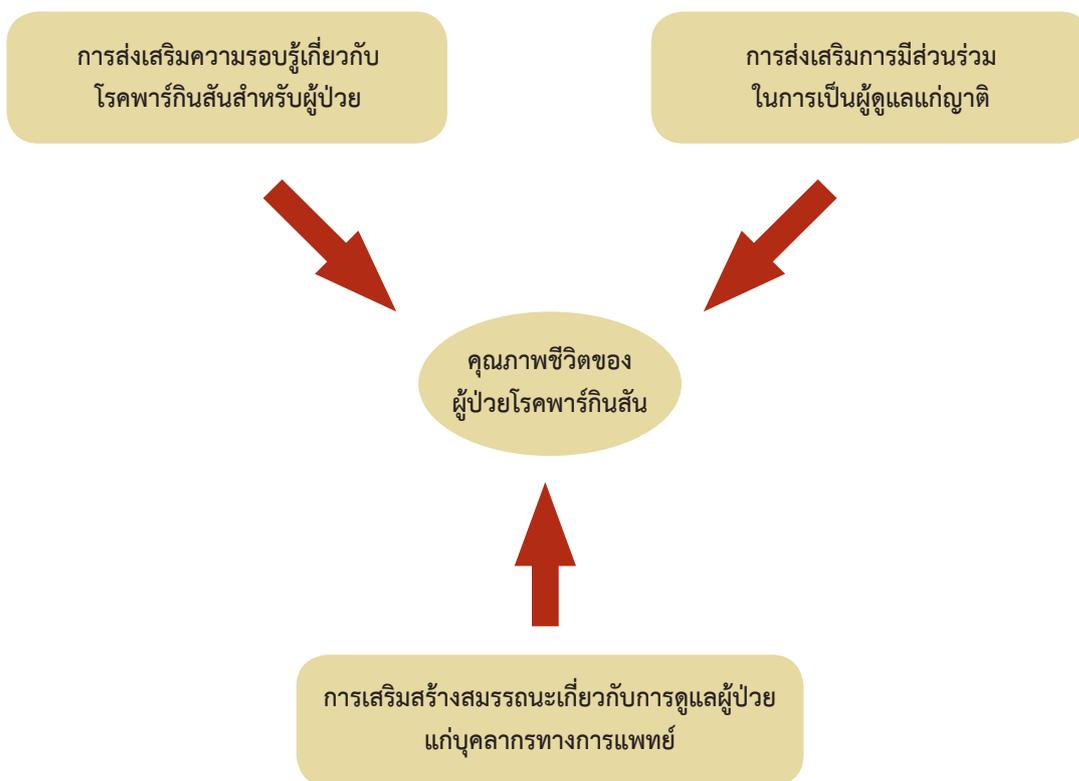
1. สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน
ทีมผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ได้ประเด็นปัญหาดังนี้ คือ 1) ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค เข้าใจว่าเกิดจากกรรมพันธุ์ เป็นเรื่องของเวรกรรม อีกทั้งไม่ทราบว่าโรคมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น เข้าใจว่าสามารถรักษาได้ และ 2) ผู้ป่วยมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว โดยเข้าใจว่าเป็นภาวะปกติของภาวะสูงอายุไม่จำเป็นต้องรักษา การรับประทานยาเมื่อมีอาการเท่านั้น ในขณะที่บางกลุ่มเข้าใจว่ายังไม่มีอาการผิดปกติจึงยังไม่จำเป็นต้องรับประทานยา 3) การเป็นโรคทำให้คุณภาพชีวิตลดลง โดยผู้ป่วยพาร์กินสันบางกลุ่มรับรู้ว่าการเป็นโรคมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และอารมณ์ ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมบางอย่างลดลง และบทบาทหน้าที่ทางสังคมลดลง 4) ญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ญาติไม่ทราบว่าอาการปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นผลมาจากโรค เข้าใจว่าเป็นอาการปกติของภาวะสูงอายุ 5) ญาติขาดทักษะในการเป็นผู้ดูแล โดยญาติมองว่าผู้ป่วยยังปกติเพราะไม่มีอาการ หรืออาการแสดงของความเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ญาติไม่กล้าให้คำแนะนำหรือตักเตือนผู้ป่วยซึ่งเป็นบิดา หรือสามีเกี่ยวกับการรับประทานยา การไปตรวจตามนัดเพราะกลัวผู้ป่วยดู ไม่ทราบว่า จะช่วยกำกับหรือติดตามพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยได้อย่างไร 6) บุคลากรทางการแพทย์ขาดทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากมีการหมุนเวียนบุคลากรโดยเฉพาะพยาบาล

ในการปฏิบัติหน้าที่ พยาบาลที่มาปฏิบัติขาดความต่อเนื่องเกี่ยวกับทักษะการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน และ 7) ขาดระบบการดูแลผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพ ไม่มีแนวทางหรือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันอย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากสหวิชาชีพ

2. องค์ประกอบ และรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

การพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และ/หรือชะลอการดำเนินของโรค ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยพาร์กินสันเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การรับประทานยา การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

การสังเกตอาการผิดปกติ และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมถึงการป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น 2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลแก่ญาติ โดยการจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน การปฏิบัติตัว มีการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลของญาติ เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของญาติในการเป็นผู้ดูแลตลอดจนการสนับสนุนหรือแจ้งแหล่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน และ 3) การเสริมสร้างสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์ โดยการทํากิจกรรมเพื่อเพิ่มทักษะ และความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน การจัดทำคู่มือต่าง ๆ และแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล รวมถึงการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยทีมสหวิชาชีพในรูปแบบการจัดตั้งคลินิกพาร์กินสันในโรงพยาบาล (ภาพที่ 1)



รูปที่ 1 องค์ประกอบ และรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน

3. ประสิทธิภาพของการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันไปใช้ มีรายละเอียด ดังนี้

1) การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย

จากตารางที่ 1 พบว่าภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยพาร์กินสันมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน คุณภาพชีวิต และความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value <.001, .05 และ .03 ตามลำดับ)

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมมีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน และคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value <.001 และ .016 ตามลำดับ) ในขณะที่คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p value = .263)

ตารางที่ 1 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	<.001*
คุณภาพชีวิต	1 – 3.12	1.25 (1.56-1.94)	1 – 3.37	1.38 (1.25-2.22)	-1.956	.050
ความร่วมมือในการใช้ยา	0 – 32	29 (25 - 31)	0 – 32	32 (29.5 - 32)	-2.176	.030*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

ตารางที่ 2 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	<.001*
คุณภาพชีวิต	20	0.06 (-0.12 – 0.12)	20	0 (0 – 0.22)	-5.779	.016*
ความร่วมมือในการใช้ยา	20	1 (-1 - 2)	20	1 (0 – 4.5)	-1.12	.263

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลแก่ญาติ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล และความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน ก่อนและหลังการอบรม

	N	Min-Max	Mean ± S.D.	t	p-value
ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล					
ก่อนการอบรม	30	14 – 28	24.09 ± 3.54	-11.68	<.001*
หลังการอบรม	30	18 – 30	29.57 ± 2.98		
ความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน					
ก่อนการอบรม	30	3 – 20	10.2 ± 3.7	-5.863	<.001*
หลังการอบรม	30	7 – 20	15.1 ± 2.9		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

จากตารางที่ 3 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันมีคะแนนความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล และคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน เพิ่มขึ้นภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

3) การเสริมสร้างสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันก่อนและหลังการอบรมของพยาบาล

	N	Min-Max	Median (IQR)	z	p-value
ก่อนการอบรม	17	6 - 19	14 (13 - 15)	-2.504	.012*
หลังการอบรม	17	13 - 19	16.5 (14 - 18)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

จากตารางที่ 4 พบว่าหลังการอบรมพยาบาลมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .012)

4) ความพึงพอใจ

จากการสอบถามความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันในโรงพยาบาล 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 อยากให้มีแบบนี้ทุกครั้งที่มาส่งพ้อมาหาหมอคะ (FAM1)”

“เมื่อก่อนก็คิดว่าพาพ้อมาส่ง และก็มีมารับยา ก็ถือว่าได้ทำหน้าที่ได้ถูกต้องแล้ว แต่หลังจากได้ฟังทีมคุณหมอสอนให้ความรู้ ทำให้ที่เข้าใจโรคพาร์กินสันมากขึ้น รู้ว่าอาการถ้ารุนแรงจะเป็นยังไง รู้ว่าจะต้องดูแลอะไรบ้าง ไม่ใช่แค่มารับ-ส่งไปโรงพยาบาล ต้องดูแลเรื่องการกินยา การออกกำลังกาย การเลือกอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติด้วยคะ อยากให้มีแบบนี้ทุกครั้งคะ (FAM3)”

“ควรมีการส่งเสริมให้ความรู้แก่บุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลเราคะ เพราะเป็นการเพิ่มความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม (NUR3)”

“อยากให้ขยายรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน มีการจัดตั้งคลินิกพาร์กินสัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทุกด้าน และมีการจัดเทรนให้ความรู้ และเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรเราโดยเฉพาะพยาบาลคะ อาจจะมีโปสเตอร์หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพจากที่อื่นก็ดีคะ (NUR5)”

วิจารณ์

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสันสำหรับผู้ป่วย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลแก่ญาติ การเสริมสร้างสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยพาร์กินสันที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันโดยทีมสหวิชาชีพ มีการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพ และได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยด้วยกันเองทำให้ผู้ป่วยพาร์กินสันมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น เห็นความจำเป็นของการรับประทานยา และมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนรับรู้ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Paynter และคณะ¹⁹ ที่ได้สรุปว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรค Motor Neuron disease ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีความเสื่อมอย่างต่อเนื่องของเซลล์ประสาทสั่งการรวมถึงพาร์กินสัน ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วย และมีประโยชน์สำหรับผู้ดูแลในการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยตลอดจนเป็นการเตรียมความพร้อมทางด้านอารมณ์อีกด้วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจะป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และชะลอการดำเนินของโรค²⁰ ซึ่งหากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จะทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และยังเพิ่มการเป็นภาระให้แก่ญาติผู้ดูแล²¹ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลแก่ญาติ ญาติเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การไปส่งตรวจตามแพทย์นัด การรับฟังข้อมูลแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย และแพทย์ การติดตามการรับประทานยา การสนับสนุนค่าใช้จ่าย และการจัดการทางด้านอารมณ์ เป็นต้น²² อีกทั้งญาติยังเป็นผู้รับผลกระทบโดยตรงจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงควรได้รับการสนับสนุน และส่งเสริมสมรรถนะต่าง ๆ ในการส่งเสริมให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดการเป็นภาระในการดูแลของญาติ²³⁻²⁴ การเสริมสร้างสมรรถนะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์ ถือเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบในการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยเฉพาะพยาบาลเป็นวิชาชีพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าวิชาชีพอื่น

ดังนั้น การเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลในการเป็นผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะสะท้อนถึงประสิทธิภาพ และประสิทธิผลทางการพยาบาล ซึ่งสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันได้แก่ ความสามารถในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อน ความสามารถในการประสานงาน ความสามารถในการให้ความรู้ ความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิก ความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์²⁵ โดยการให้ความรู้ และการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจึงเป็นการเพิ่มสมรรถนะอย่างหนึ่งของพยาบาล เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปบูรณาการ คิด วิเคราะห์ ตลอดจนเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ดังนั้น การนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย

โรคพาร์กินสันตามองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ที่ได้พัฒนาขึ้นตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยพาร์กินสัน ญาติผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลมีความเป็นไปได้ที่จะสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย และญาติได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรบูรณาการรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันร่วมกับทีมสหวิชาชีพในรูปแบบของคลินิกพาร์กินสันในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดการรับรู้การเป็นภาระในการดูแลของญาติ

เอกสารอ้างอิง

1. Lee TK, Yankee EL. A review on Parkinson's disease treatment. *Neuroimmunology and Neuroinflammation* 2021; 8:222-44.
2. Pirtošek Z, Bajenaru O, Kovacs N, Milanov I, Relja M, Skorvanek M. Update on the management of Parkinson's disease for general neurologists. *Parkinson's Disease* 2020; 2020: 1-13.
3. Tipsiri R. A Guide to the Rational Use of Parkinson's Medicine according to the National List of Essential Medicines. National Drug List Subcommittee and Special Force 2019.
4. Ferrazzoli D, Ortelli P, Zivi I, Cian V, Urso E, Ghilardi MF, et al. Efficacy of intensive multidisciplinary rehabilitation in Parkinson's disease: a randomised controlled study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2018; 89(9):828-35.
5. Rudzińska M, Bukowczan S, Stożek J, Zajdel K, Mirek E, Chwała W, et al. The incidence and risk factors of falls in Parkinson disease: prospective study. *Neurol Neurochir Pol* 2013; 47(5):431-7.
6. Fereshtehnejad SM, Ghazi L, Shafieesabet M, Shahidi GA, Delbari A, Lökk J. Motor, psychiatric and fatigue features associated with nutritional status and its effects on quality of life in Parkinson's disease patients. *PLoS One* 2014; 9(3):e91153.
7. Nazem S, Siderow AD, Duda JE, Brown GK, Ten Have T, Stern MB, et al. Suicidal and death ideation in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2008;23(11):1573-9.
8. Simpson J, Lekwuwa G, Crawford T. Illness beliefs and psychological outcome in people with Parkinson's disease. *Chronic Illn* 2013; 9(2):165-76.
9. Ditrachak C. Experiences of Living with Parkinson disease of Thai elderly. *Police Lieutenant Colonel Chollada Ditruchgij* 2011; 3(1):74-88.
10. Boland DF, Stacy M. The economic and quality of life burden associated with Parkinson's disease: a focus on symptoms. *Am J Manag Care* 2012; 18(7Suppl):S168-75.
11. Peachunpisa C. Caregiver in Parkinson's Disease Patient. *Journal of Phrapokkiao Nursing College* 2015; 26(Suppl):111-6.
12. Peters M. Quality of Life and Burden in Caregivers for Patients with PD. *Focus on Parkinson's Disease* 2014; 24:201-13.
13. Padovani C, Lopes MC, Higahashi IH, Pelloso SM, Paiano M, Christophoro R. Being caregiver of people with Parkinson's Disease: experienced situations. *Revista brasileira de enfermagem*. 2018; 71(Suppl6): 2628-34.
14. Aphisitphinyo S, Arunpongpaissal S, Tiamkoa S, Paholpak P. Prevalence of Major Depressive Disorder in Parkinson's Disease at Srinagarind Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2017; 62(27):167-76.
15. Del-Pino-Casado R, Espinosa-Medina A, López-Martínez C, Orgeta V. Sense of coherence, burden and mental health in caregiving: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2019; 242:14-21.
16. Perez E, Perrin PB, Lageman SK, Villaseñor T, Dzierzewski JM. Sleep, caregiver burden, and life satisfaction in Parkinson's disease caregivers: a multinational investigation. *Disabil Rehabil*. 2022; 44(10):1939-45.
17. Techagahakit W, Kanyanee P. Direct Costs of Parkinson's Disease at Suratthani Central Hospital: a Retrospective Study. *Journal of Health Science* 2016; 25(1):69-75.
18. Burn N, Grove SK. *Nursing research*. 5th ed. U.S.A.: W.B. Saunders Company; 2005.
19. Paynter C, Mathers S, Gregory H, Vogel AP, Cruice M. 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 (Basel)* 2022; 10(8):1371.
20. Salinas MR, Chambers EJ, Ho T, Khemani P, Olson DM, Stutzman S, et al. Patient perceptions and knowledge of Parkinson's disease and treatment (KnowPD). *Clin Park Relat Disord*. 2020 Jan 16; 3(3):100038.
21. Fleisher JE, Shah K, Fitts W, Dahodwala NA. Associations and implications of low health literacy in Parkinson's Disease. *Mov Disord Clin Pract*. 2016; 3(3):250-6.
22. White DR, Palmieri PA. Women Caring for Husbands Living with Parkinson's Disease: A Phenomenological Study Protocol. *J Pers Med*. 2022; 12(5):659.
23. Villaseñor T, Perrin PB, Donovan EK, McKee GB, Henry RS, Dzierzewski JM, et al. Parkinson's family dynamics and caregiver sense of coherence: A family-systems approach to coping in Mexico and the United States. *Aging Med (Milton)* 2020; 3(4):252-9.
24. Padovani C, Lopes MCL, Higahashi IH, Pelloso SM, Paiano M, Christophoro R. Being caregiver of people with Parkinson's Disease: experienced situations. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(Suppl6):2628-34.
25. Prachuablarp C. Nurse Competencies in Caring Patients with Parkinson's Disease. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2015; 16(1):1-7.