

ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมกับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย



พันตำรวจโทหญิง ชลดา ดิษฐ์ชกิจ

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EXPERIENCES OF LIVING WITH PARKINSON DISEASE OF THAI ELDERLY



Pol.Lt.Col. Chollada Ditruchgij

ศูนย์วิทยทรัพยากร

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมกับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย

โดย

พันตำรวจโทหญิง ชลดา ดิษฐ์รักษา

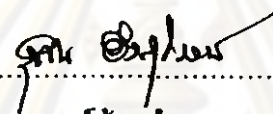
สาขาวิชา

การพยาบาลผู้สูงอายุ

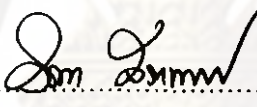
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

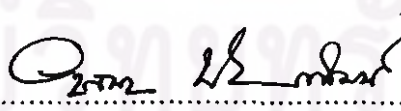
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยูทิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. วิธนา จีระแพทย์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(พันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์)

ศูนย์วิจัยทางการแพทย์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชลดดา ดิษฐ์รักษา : ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย.

(EXPERIENCES OF LIVING WITH PARKINSON DISEASE OF THAI ELDERLY)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 209 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีวิจัยตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายความหมายและประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคพาร์กินสัน จำนวน 23 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการบันทึกเทป นำข้อมูลที่ได้ มาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Colaizzi

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุไทย ให้ความหมายการมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสันว่าเป็นการมีชีวิตร่วมที่ต้องเผชิญกับโรคที่มีอาการไม่แน่นอน เกิดอาการขึ้นได้ทุกขณะ ไม่สามารถควบคุมอาการได้ และเป็นชีวิตร่วมที่ต้องอยู่กับโรคที่ทำให้ชีวิตไร้ค่า คุณค่าของตนเองลดลง เป็นปมด้อย และ เป็นภาระกับผู้อื่น

ส่วน ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสัน พบประเด็นหลักที่เกี่ยวข้อง 4 ประเด็น ได้แก่

1) การอยู่กับข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต ทั้งข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ

2) การอยู่ด้วยการยอมรับ ประกอบด้วย การทำใจ การตั้งสติ การคิดด้านบวก การนำศาสนามาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจ และการปรับลดบทบาทในครอบครัวและสังคม

3) การอยู่ด้วยการหาวิธีการดูแลสุขภาพ โดย ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ดูแลตนเองไม่ให้ล้มดูแลตนเองไม่ให้ท้องผูก หลีกเลี่ยงความเครียด/โกรธ/ความรู้สึกตื่นเต้น คิดวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การรักษาด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หาวิธีบำบัดอาการด้วยการแพทย์ทางเลือก และปรับกิจกรรมชีวิตตามช่วงการออกฤทธิ์ของยา

4) การอยู่ด้วยความหวังและกำลังใจในการมีชีวิตร่วม ประกอบด้วย หวังมีชีวิตร่วมที่ดีขึ้นหลังรักษาและหวังที่จะหายจากโรค หวังให้คนรอบข้างเข้าใจและดูแลเพิ่มขึ้น และหวังให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้เข้าใจ ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทยมากขึ้น เกี่ยวกับความหมายและประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสัน ผลกระทบและแนวทางการจัดการกับอาการเจ็บป่วย สามารถนำไปเป็นแนวทางในพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลเพื่อการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ที่สอดคล้องกับความต้องการ และความเชื่อทางสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมากที่สุด

สาขาวิชา.....การพยาบาลผู้สูงอายุ.....

ปีการศึกษา.....2552.....

ลายมือชื่อผู้วิจัย.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

4977562036: MAJOR GERONTOLOGICAL NURSING

KEYWORDS: LIVED EXPERIENCES/ PHENOMENOLOGY/ THAI ELDERLY/ PARKINSON DISEASE
CHOLLADA DITRUCHGIJ: EXPERIENCES OF LIVING WITH PARKINSON DISEASE OF
THAI ELDERLY.THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA.
Ph.D., 209 pp.

A qualitative research method of Husserl phenomenology was used to describe the meaning and experiences of Thai elderly patients in living with Parkinson disease. The key informants were 23 Thai elderly people with Parkinson disease. Data were collected by in-depth interviews with tape recording and verbatim transcription. The Colaizzi's method was applied for data analysis.

The findings showed that Thai elderly perceived the meaning of living with Parkinson disease as facing their lives with a disease that had uncertain symptoms, symptoms that could occur at any time and uncontrollable of life with disease that devalued life, reduced their self-esteem, felt inferiority and a burden to others. As for experiences in living with Parkinson disease, the following four major themes were emerged as followed:

- 1) Living with limitation of living activities, emotional and psychological changes.
- 2) Living with acceptance, include mind-controlling, mental focusing, positive thinking, religion using as emotional support and reduced roles in family and society.
- 3) Living with self-care seeking behaviors by following the recommendation of doctors for self care to prevent fall, constipation, avoidance of stress/ anger/ excitement, thoughts regarding self care methods, receiving treatment by specialists, finding alternative medicine to release the symptoms of illness, and adjusting the activities of daily living to concomitant with medicine effects.
- 4) Living with hopes and encouragement for life, hope for a better life after treatment and hope to be cured, hope to be understood by surrounding individual and received more care, and hope for sharing and learning among patients and caregivers.

This study provided better understanding of the meaning and experiences of Thai elderly patients in living with Parkinson disease, regarding their perception of meaning of Parkinson disease. Implications of the study were for nursing practices that relevant to patient perspective as well as socio-cultural beliefs. In addition, the findings could be used to develop a guideline: to provide proper care for the elderly with Parkinson disease.

Field of Study : Gerontological Nursing Student's Signature *Chollada Ditruchgij*
 Academic Year : 2009 Advisor's Signature *Jiraporn K. Wattla*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถและความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนให้กำลังใจและให้โอกาสในการ เรียนรู้ในครั้งนี้ ด้วยความห่วงใย และเอาใจใส่เป็นอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกทราบบ้างในบุญคุณเป็น อย่างไร จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. วิธิตา จีระแพทย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ พันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ แนะนำเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความชัดเจนและความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทความรู้อบรม สั่งสอนและชี้แนวทางที่ถูกต้อง ตลอดระยะเวลาของการศึกษา ด้วยความเมตตากรุณาเป็นอย่างยิ่ง อีกทั้งขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สนับสนุนทุนการวิจัย ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์อย่างสูงสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณโรงพยาบาลตำรวจที่อนุญาต และเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

กราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ รุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ หัวหน้าศูนย์รักษาโรค พาร์กินสัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ คุณ รัตนาฤดี เทพหัสดิน ณ อยุธยา ตลอดจน เจ้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และช่วยอำนวยความสะดวก ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยเป็นอย่างดี และขอกราบขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านเป็นอย่างยิ่งที่กรุณาเสียสละเวลา อันมีค่าและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์มีคุณค่า สำหรับการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณ คุณยายไสว ผลเจริญผู้ล่วงลับด้วยโรคพาร์กินสันซึ่งเป็น แรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเลือกทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ และขอขอบพระคุณทุก ๆ คนในครอบครัว และ ผู้ร่วมงานที่ทำงานห้องผ่าตัดหัวใจโรงพยาบาลตำรวจ รวมทั้ง เพื่อนร่วมรุ่นที่เป็นกัลยาณมิตร ที่ดูแล เอาใจใส่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดระยะเวลาที่ศึกษา จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เสร็จสมบูรณ์ไปได้ด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการสูงอายุ.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน.....	23
แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	40
การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
สรุปการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
ผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	55

บทที่	หน้า
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	61
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
การตรวจสอบความเชื่อถือของงานวิจัย.....	64
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการสรุปผลการวิจัย.....	67
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
สรุปการวิเคราะห์ข้อมูล.....	116
5 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	118
อภิปรายผลการวิจัย.....	119
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้.....	158
รายการอ้างอิง.....	163
ภาคผนวก.....	185
ภาคผนวก ก.....	186
เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน.....	187
ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	188
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	189
คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิสำหรับผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย.....	191
คำชี้แจงและการคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	192
ภาคผนวก ข.....	193
แบบบันทึกส่วนบุคคล.....	194
เครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	195
แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก.....	201
แบบการบันทึกภาคสนาม.....	204
การตรวจสอบ ยืนยันความถูกต้องกระบวนการทำวิจัย	
โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (Peer Debriefing).....	205
ศัพท์เฉพาะที่พบในการวิจัย.....	206
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	209

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล.....	68
2 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามราย.....	69



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

หน้า

แผนภาพที่

1 สรุปลความหมายและประสพการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย..... 71



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ขณะนี้ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากคนไทยมีอายุยืนยาวขึ้นเฉลี่ยถึง 71.7 ปี โดยการสำรวจของนักสถิติแห่งชาติล่าสุดในปี 2552 มีจำนวนผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 7.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.8 ของประชากรทั้งหมด 65 ล้านคน คาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 พบว่าปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 80 มีโรคประจำตัวและอีกส่วนหนึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดความพิการ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่นดูแลประมาณร้อยละ 7 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ขณะนี้พบว่าโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญทั้งในปัจจุบันและอนาคต คือ โรคพาร์กินสัน ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเสื่อมของเซลล์สมองบริเวณ Midbrain ที่เรียกว่า Substantia nigra มีการลดลงของการผลิตสารสื่อประสาท dopamine ส่งผลให้การควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายบกพร่อง (Miller et al., 2006)

โรคพาร์กินสันรู้จักกันโดยทั่วไป คือ โรคสั่นสั่นนิบาต หรือ สั่นนิบาตถูกกนกเป็นที่รู้จักกันครั้งแรกในวงศการแพทย์เมื่อปีพ.ศ.2360 หรือ 200 กว่าปีมาแล้ว โดยนายแพทย์เจมส์พาร์กินสันชาวอังกฤษ พาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุเป็นอันดับสองรองจากโรคอัลไซเมอร์ โดยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยประมาณ 3 ราย ในประชากร 1,000 คน และเกิดในผู้สูงอายุได้สูงถึงร้อยละ 80-85 ผู้ที่มีอายุเฉลี่ย 65 ปีขึ้นไป พบได้ถึง 1 ใน 100 โดยผู้ชายมีโอกาสเป็นมากกว่าผู้หญิง 3 ต่อ 2 เริ่มต้นอายุเฉลี่ยที่เป็นโรค คือ 60 ปี (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2548) และพบว่าอัตราการมีชีวิตรอด (Survival rate) ของผู้ป่วยในช่วงระยะ 5 ปีแรกของการเป็นโรคไม่แตกต่างกันในประชากร ที่มีอายุเท่ากัน แต่ถ้าเจ็บป่วยนาน 10 และ 15 ปี จะมีอัตราการรอดชีวิตลดลงเหลือเพียงร้อยละ 75 และ 67 ตามลำดับ และพบว่า ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคพาร์กินสันจะมีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วยในระยะสุดท้าย พาร์กินสันเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม และเป็นสาเหตุการตายในระดับต้นของผู้สูงอายุ (Diamond et al., 1989; Loncke et al., 2005; Calne, 2005) สำหรับประเทศไทยพบว่าเกือบราวหนึ่งในห้าของผู้ป่วยไทย ที่เป็นโรคพาร์กินสันมีภาวะสมองเสื่อมชนิดรุนแรงร่วมด้วย ซึ่งภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยไทยที่เป็นโรคพาร์กินสันถือเป็นปัญหาที่สำคัญยิ่งสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะยาว (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2539)

การเป็นโรคพาร์กินสันในวัยสูงอายุซึ่งมีความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและจิตใจเมื่อเกิดอาการต่าง ๆ ของโรค เช่น อาการสั่นทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น การสูญเสียการทรงตัวทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มสูง (Kamata et al., 2007) ทั้งการมีกล้ามเนื้อใบหน้าแข็งเกร็ง ทำให้หน้าเหมือนใส่หน้ากาก (Mask-like face) สีหน้าเฉยเมย ไม่สามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้ ร่วมกับการมีปัญหาเรื่องการพูด และการสื่อสารจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจ (Andersson and Sidenvall, 2001; Miller et al., 2006) อาการเกร็งยังก่อให้เกิดอาการปวด และความอ่อนล้า หลังโค้งงอ เคลื่อนไหวร่างกายยากลำบาก (Evans et al., 2000) จากอาการทางกายที่สามารถมองเห็นได้ชัด ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความอายและกลัวการเข้าสังคม ปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางภาวะอารมณ์และจิตใจก่อให้เกิดปัญหาจากพฤติกรรมตามมา (Sirapongam et al., 2001) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน และครอบครัว อย่างมาก (Rai et al., 2006) แม้ว่าในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าทางการรักษาด้วยยาและการผ่าตัดรวมทั้งการปลูกถ่ายเซลล์ซึ่งเป็นความหวังของการรักษาในอนาคต แต่ก็พบว่าวิธีการรักษาต่าง ๆ นั้น ยังไม่สามารถรักษาโรคพาร์กินสันให้หายขาดได้ (รุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ, 2550)

นอกจากนี้การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันยังส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลในการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุจะมีความทุกข์ทรมานกับการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ซึ่งมีสาเหตุมาจากความบกพร่องในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Sunvisson and Ekman, 2001; Andersson and Sidenvall, 2001) และสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเป็นโรคนี้ คือ ความไม่แน่นอน (Uncertain) ไม่สามารถคาดการณ์ถึงอาการที่เกิดขึ้นได้ (Unpredictable) (Nijhof, 1996) ผู้สูงอายุจะมีอาการของโรคจะรุนแรงขึ้นเป็นช่วง ๆ ตลอดวัน ทำให้ต้องหยุดทำกิจกรรมจนกว่าอาการจะสงบ การรักษาด้วยยาเป็นเพียงการบรรเทาอาการเท่านั้น แต่ผลข้างเคียงของยากลับมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมาก เช่น การนอนไม่หลับ การเห็นภาพหลอน ผื่นร้าย ท้องผูก และอาการยุกยิก คู่สมรสของผู้เป็นโรคพาร์กินสันมีปัญหาชีวิตคู่เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ สำหรับในหญิงสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันพบว่าผลกระทบต่อภาพลักษณ์ (Self image) การมองตนเอง (Self concept) รวมทั้งการรับรู้ว่าเป็นตราบาป (Perceived stigmatization) (Mott et al., 2005) จากปัญหา ค่ารักษาที่สูงทำให้ผู้สูงอายุจะรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัวทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ปัญหาอาการทางกายส่งผลกระทบทางด้านจิตสังคม ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม (social isolation) (Miller, et al., 2006) ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Bramley et al., 2005) จากความสูญเสียทั้งกายและใจ อันนำไปสู่ภาวะพึ่งพาได้อย่างรวดเร็ว

(Chaton and Barrow, 2004) การรับรู้ว่าเป็นโรคพาร์กินสันถือเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตจึงทำให้เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสันรู้สึกสูญเสียเสรีภาพ และรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนอยู่ใกล้ความตาย (A gloom and doom prognosis in Parkinson's disease) ดังนั้นการมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันจึงถูกกล่าวถึงในความหมายเชิงลบว่าเปรียบเสมือนการมีชีวิตอยู่แบบตายทั้งเป็น (living with death) (Walker, 2002)

สำหรับการศึกษเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในประเทศไทยในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาโรคทางการแพทย์จากการใช้ยา ผลการรักษาและอุบัติการณ์ของโรค เช่น เรื่องภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยไทย ที่เป็นโรคพาร์กินสัน และ เปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อมในคนไทยที่เป็นโรค หลอดเลือดสมองและโรคพาร์กินสัน (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2539) การศึกษาประสิทธิภาพ และ ความปลอดภัยของยาพิริบดิล ในการใช้ร่วมกับ เลโวโดปาในระยะต้นของโรคพาร์กินสัน (จิตถนอม สุวรรณเตมีย์ และคณะ, 2547) และเรื่องภาวะแทรกซ้อนทางการเคลื่อนไหวที่เกิดจากยาเลโวโดปาในผู้ป่วยไทยที่เป็นโรคพาร์กินสัน (ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร และคณะ, 2549) และ เรื่องโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยพาร์กินสัน (บุษบา วงศ์ชัยชนะภัย, 2550) ส่วนในเรื่ององค์ความรู้ของผู้ที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน การเข้าใจถึงความเจ็บป่วย ตามการรับรู้ และความรู้สึกของผู้ป่วยนั้น ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาลึกซึ้งในเรื่องเหล่านี้ จึงขาดข้อมูลในการพัฒนาด้านการพยาบาลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมตามสังคมวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุไทยที่เจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ดังนั้น ในฐานะพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพ ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและเป็นผู้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย หากไม่ได้ทำความเข้าใจในระบบความเชื่อความคิดเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยตามสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย อาจทำให้เกิดช่องว่างในการติดต่อสื่อสาร ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ทำให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน นำไปสู่การตีความที่ผิดพลาดเกี่ยวกับการดูแลรักษา และนำไปสู่การไม่ร่วมมือในการปฏิบัติตามการรักษา หรือเกิดความไม่พอใจในการดูแลรักษา (Kleinman, 2006) ดังนั้น การศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยจากผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคพาร์กินสันโดยตรง จึงมีส่วนช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้เกี่ยวกับความเชื่อในเรื่องความเจ็บป่วย ผ่านการให้ความหมายของผู้สูงอายุต่อความเจ็บป่วยด้วยตนเอง จากการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยตนเองย่อมเกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ปัจจุบันเงื่อนไขต่อการจัดการกับความเจ็บป่วย และมีการสร้างวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยตามอิทธิพลที่ได้รับจากประสบการณ์ในอดีต หรืออิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม รอบข้างของผู้ป่วย การรับรู้ความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในเรื่องการดูแลรักษาจะช่วยให้เกิดความเข้าใจ

ในความเชื่อวัฒนธรรมทางสุขภาพ ความเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อประสบการณ์ และการกระทำของผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำมาวางแผนในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยให้เหมาะสมตามพื้นฐานวัฒนธรรม และความต้องการของผู้ป่วย อันจะเกิดเป็นผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง

ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย โดยให้ผู้สูงอายุไทยได้บรรยายความหมายและประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ที่มีความเหมาะสมในการศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วย ให้ข้อมูลในหลายแง่มุมที่มีความลุ่มลึก ทำให้เข้าใจถึงทัศนคติและความคิดความรู้สึกของผู้สูงอายุกลุ่มนี้โดยตรง (Emic view) (Streubert and Carpenter, 2007) รวมทั้งเพื่อให้ทราบถึงความต้องการและปัญหา และเกิดความเข้าใจถึงการเรียนรู้ชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน อันจะเป็นประโยชน์เชิงข้อมูลพื้นฐานและเป็นการสร้างองค์ความรู้ใหม่สำหรับพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ ตลอดจนผู้ดูแลในครอบครัว สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการดูแล ได้ตรงตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชน เพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อบรรยายความหมายของการมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย
- 2) เพื่อบรรยายประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้รูปแบบปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl มาเป็นระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งตามแนวคิดของ Husserl เน้นการให้ความหมายจากผู้ให้ข้อมูลโดยตรง (Streubert and Carpenter, 2007) ทำให้เกิดความเข้าใจถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันอย่างแท้จริง เพื่อศึกษาประสบการณ์การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคพาร์กินสัน ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยที่มี อายุ 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและหญิงที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ การได้ยินปกติ สามารถพูดหรือเข้าใจภาษาไทยได้ดี ยินดีให้ความร่วมมือใน การวิจัยครั้งนี้ ซึ่งต้องผ่านการทดสอบด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai: MMSE-T2002) มีระดับคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ

และไม่มีภาวะซึมเศร้าโดยทดสอบด้วยการประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทยโดยใช้ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive sampling) เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการบันทึกเทปเป็นวิธีการหลักในการเก็บข้อมูล พื้นที่ในการเก็บข้อมูลคือที่คลินิกตรวจโรคทางระบบประสาทของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานครและที่บ้าน เนื่องจาก การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยไม่ได้มีจุดมุ่งหมายในการถ่ายโอนข้อมูลไปยังประชากรกลุ่มอื่น การอ้างอิงจึงใช้ได้ในกรณีที่อธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะกลุ่มที่เป็นผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุไทย หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิง และเพศชายสัญชาติไทย ที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ในการวิจัยนี้หมายถึงผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน เข้าใจและสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะและการได้ยินปกติ

ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสัน หมายถึง การบอกเล่าถึงเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุไทยประสบเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ตามความรู้สึก นึกคิด อันเนื่องเนื่องกับการดำเนินชีวิต โดยครอบคลุมถึงการตีความและการให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ให้ข้อมูล การรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน ตลอดจนการดำเนินชีวิต การเผชิญปัญหาและการจัดการกับปัญหาอาการ รวมทั้งความต้องการของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคพาร์กินสัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจากทัศนะของผู้สูงอายุโดยตรง
2. เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายรวมทั้งการจัดการกับการเจ็บป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน ที่มาจากมุมมองของผู้สูงอายุ
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการสูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของการสูงอายุ
 - 1.2 ทฤษฎีการสูงอายุ
 - 1.3 การเปลี่ยนแปลงร่างกายในวัยสูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 2.1 ลักษณะของความเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 2.2 การเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 2.3 ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 2.4 การจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 2.5 ผู้สูงอายุกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
 - 2.6 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ
 - 2.7 พฤติกรรมเมื่อผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรัง
 - 2.8 พฤติกรรมสุขภาพและยอมรับการรักษาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน
 - 3.1 สถานการณ์ของโรคพาร์กินสันในประเทศไทย
 - 3.2 ความหมายของโรคพาร์กินสัน
 - 3.3 โรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ
 - 3.3.1 การประเมินความรุนแรงของโรคพาร์กินสัน
 - 3.3.2 ผลกระทบของโรคพาร์กินสัน
 - 3.4 การรักษาโรคพาร์กินสัน
 - 3.5 แนวทางการให้การพยาบาล
4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา
 - 4.1 ประวัติความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

4.2 การพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงในปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา

4.3 ปรากฏการณ์วิทยาตามปรัชญาแนวคิดของ Husserl

4.4 หลักสำคัญของกระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

5. การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6. สรุปการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการสูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากหลายด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม การทำความเข้าใจเกี่ยวกับพื้นฐานแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุทำให้เกิดความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งในการทำความเข้าใจกับการให้ความหมายของผู้สูงอายุ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีระวิทยาในวัยสูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ความหมายของการสูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยหนึ่งของชีวิตมนุษย์ที่เป็นผลมาจากการดำเนินของกระบวนการชรา(Aging process) ประเทศไทยให้คำจำกัดความ “ผู้สูงอายุ” ว่าเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี

การให้ความหมายของผู้สูงอายุและการกำหนดเกณฑ์ในการเรียกผู้สูงอายุนั้นมีการจำแนกและแบ่งการให้ความหมายหลายรูปแบบที่มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับผู้นำไปใช้ อาทิเช่น

ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่เปลี่ยนแปลงไปสู่ความชราโดยมีอายุตั้งแต่ 60 ปี หรือมากกว่า (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545)

ผู้สูงอายุ หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าคนแก่ ตามองค์สหประชาชาติลงมติว่าผู้ใดอายุ 60 ปีขึ้นไป เรียกว่า เป็นผู้สูงอายุ (elderly หรือ agingหรือ aged ในระยะหลังตกลงเรียกกันว่า older persons (บรรลุ ศิริพานิช, 2548)

สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา(Nation Institute on Aging) ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุวัยต้น (Young old) คือ อายุ 60 - 69 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (Medium-old) คือ อายุ 70 -79 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (Old-old) คือ อายุ 80 ปีหรือมากกว่า (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์และ คณะ, 2548)

1.2 ทฤษฎีการสูงอายุ

ทฤษฎีการสูงอายุเป็นความพยายามในการอธิบายปรากฏการณ์สูงอายุที่เกิดขึ้นซึ่งโดยทั่วไปกล่าวว่าอายุขัยเฉลี่ยสูงสุดของมนุษย์จะยืนยาวได้อย่างมากคือ 120 ปี (Cetron and Davies, 1998 อ้างถึงใน จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2549) ซึ่งทฤษฎีการสูงอายุสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ ได้ 3 กลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

1) ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological theories of aging) ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับ การแสวงหาคำตอบ เกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุในเชิงสรีระวิทยา (Physiological process) สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ Stochastic theories เป็นทฤษฎีการสูงอายุที่อธิบายถึงการสูงอายุว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่สม่ำเสมอเป็นช่วง ๆ และการแก่หรือเสื่อมก็จะสะสมมากขึ้นตามเวลาที่เพิ่มขึ้นและ Nonstochastic Theories อธิบายถึงการสูงอายุว่าสามารถทำนายล่วงหน้าได้ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยมีเวลาเป็นตัวเงื่อนไขกำหนด

2) ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคม (Sociologic theories aging) ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมซึ่ง ได้แก่

2.1) ทฤษฎีการทอดถอย (Disengagement theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุก็จะมี การปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมตามที่สังคมโดยทั่วไปยอมรับ เช่นมีการถอนตัวออกจากสังคมและลดบทบาทความสำคัญจากกิจกรรมเนื่องจากเข้าสู่วัยชราจะมีบุคคลอื่นเข้ามาแทนที่บทบาทของผู้สูงอายุที่ถอยตัวออกมา

2.2) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory หรือ Development task theory) เชื่อว่า ผู้สูงอายุยังคงต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เพื่อเป็นผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยกิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลและมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง (Positive self concept) (Havighurst, 1972 อ้างถึงใน จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2549) ดังนั้นถึงแม้ว่าบุคคลจะมีอายุเพิ่มมากขึ้นอาจจะเจ็บป่วย แต่ผู้สูงอายุสามารถเลือกได้ในการที่จะดำรงชีวิตให้มีความตื่นตัวไม่หยุดนิ่งและมีความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง

2.3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) มุมมองนี้กล่าวว่าวัยสูงอายุ มิใช่วัยที่เป็นตอนสุดท้ายหรือตอนปลายชีวิตที่แยกออกมาอย่างชัดเจน ดังนั้นเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ก็พยายามที่จะดำรงหรือดำเนินในกิจวัตรตามปัจจัย สิ่งที่ชอบ และค่านิยมความเชื่อ

2.4) ทฤษฎีการแบ่งชั้นอายุ (Age stratification theory) มีความเชื่อว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสังคมเป็นสมาชิกของกลุ่มมีหมู่เหล่า และมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมดังนั้นการสูงอายุจะเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันระหว่างบุคคลและสังคมอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา

2.5) ทฤษฎีความพอเหมาะระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-environment fit theory) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างกันของบุคคลของผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งกำหนดสมรรถภาพในตัว (Personal competence) ของบุคคลนั้น ๆ เชื่อว่ายิ่งบุคคลอายุเพิ่มขึ้น

สิ่งแวดล้อมจะยิ่งเพิ่มความรู้สึกถูกคุกคาม (Threatened) กับบุคคลทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถในการเผชิญกับสิ่งแวดล้อม

3) ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological theories of aging) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการพัฒนาการของมนุษย์เป็นสิ่งที่ต่อเนื่องไม่มีการสิ้นสุดซึ่งสามารถแบ่งเป็นกลุ่มทฤษฎีที่สามารถอธิบายกลไกทางจิตวิทยาได้

3.1) ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ตามขั้นของมาสโลว์ (Maslow is hierarchy of human needs theory) มาสโลว์ ได้แบ่งความต้องการพื้นฐานทั่วไปของมนุษย์ออกเป็น 5 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ อากาศอาหาร น้ำ อาหาร การขับถ่าย เครื่องนุ่งห่ม และการสืบพันธุ์ ขั้นที่ 2 ได้แก่ ความต้องการ ความมั่นคงปลอดภัยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ขั้นที่ 3 ได้แก่ ความต้องการด้านความรัก และความต้องการเป็นเจ้าของ ขั้นที่ 4 ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และขั้นที่ 5 ได้แก่ การได้รับการยอมรับ (Self-actualization) มาสโลว์ ได้กล่าวถึงแต่ระดับขั้นของความต้องการของมนุษย์ ซึ่งต้องได้รับการตอบสนองในขั้นต่ำสุดก่อนค่อยเลื่อนขึ้นไปยังขั้นสูงขึ้น

3.2) ทฤษฎีเอกลักษณ์บุคคลของจุง (Jung's theory of individualism) ทฤษฎีนี้เสนอว่าบุคลิกภาพจะมีทั้งลักษณะที่เปิดเผยต่อโลกภายนอก (Extrovert) และลักษณะส่วนภายในของบุคคล (Introvert) สมดุลระหว่างทั้ง 2 ลักษณะนี้แสดงถึงความเป็นบุคคลนั้นๆ ซึ่งสำคัญต่อสุขภาพจิตของบุคคล เมื่อบุคคลอายุมากขึ้น จะมองเข้ามาภายในตนและเห็นคุณค่าของตนมากกว่าจะมองเห็นแต่ความสำคัญหรือเสื่อมถอยของร่างกายบุคคลจะต้องสามารถยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและข้อจำกัดที่เกิดขึ้นได้

3.3) ทฤษฎีระยะ 8 ขั้นของชีวิต (Eight stages of the theory) ทฤษฎีนี้เสนอว่ากระบวนการพัฒนาของชีวิตจะสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลจากวัฒนธรรมและสังคม อริคสันได้แบ่งช่วงชีวิตของตนเป็น 8 ระยะ โดยระยะที่ 1 - 6 เป็นระยะตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 40 ปี ระยะที่ 7 เป็นระยะที่เรียกว่า Generativity คือ บุคคลในช่วงอายุ 40 - 60 ปีเป็นช่วงวัยกลางคนที่บุคคลมีความเข้าใจและยอมรับในตนเอง และในระยะที่ 8 เป็นช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุมีความเจริญมั่นคงในชีวิต มีการยอมรับ (Acceptance) จากการประเมินตนเอง หรือจากการประเมินความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมาคุณค่าของบุคคลในวัยน้อยอยู่ที่ภูมิปัญญา (Wisdom) ซึ่งสะสมมาตลอดชีวิต หากผู้สูงอายุในระยะนี้ไม่ประสบความสำเร็จ หรือล้มเหลวในชีวิตจะเกิดความท้อแท้หมดหวัง (Despair) รู้สึกว่าชีวิตไม่มีเป้าหมาย

3.4) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์และพัฒนาการ (Psychoanalytic and developmental theories) Freud กล่าวว่า การพัฒนาการด้านบุคลิกลักษณะของผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับ Psychological process ในช่วงวัยเด็ก จะมีการนำประสบการณ์ ที่เรียนรู้ในอดีตมาใช้ในการปรับตัว การยอมรับความจริงเพื่อให้การดำรงชีวิตเป็นไปอย่างราบรื่น (Ego - integrity)

1.3 การเปลี่ยนแปลงร่างกายในวัยสูงอายุ

ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในภาพรวม และส่วนประกอบของร่างกาย ดังนี้ (วารสาร ภูมิศาสตร์ และคณะ, 2548)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะน้ำหนักลดลงเพราะ Muscle mass ลดลง ปริมาณสารน้ำในร่างกาย และมวลกระดูกรวมทั้งขนาดของตับลดลงกว่าเดิมยกเว้นผู้สูงอายุบางกลุ่มที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ดี เช่น พวกที่มีโรคเรื้อรัง หัวใจล้มเหลว ถุงลมโป่งพอง อัมพาต อัมพฤกษ์ พาร์กินสัน ข้อเข่าเสื่อม กลุ่มนี้จะมีน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นได้เพราะร่างกายเคลื่อนไหวน้อยผู้ใหญ่วัยจะเริ่มเตี้ยลงโดยเฉลี่ยประมาณ 1-4 เซนติเมตร ทุก 10 ปี ตั้งแต่อายุ 40 ปีเป็นต้นไป ทั้งนี้ จากการหดตัวของกระดูกสันหลังที่ละน้อย ถ้าผู้สูงอายุรายใดมีภาวะ Osteoporosis ที่รุนแรงมาก ตัวก็จะเตี้ยมากขึ้น ส่วนของไขมันในร่างกายจะมากขึ้น ในขณะที่ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ผิวหนังจะบางเพราะชั้นไขมันลดลง ทำให้ผิวหนังดูหยาบเนียน ผิวหนังเปลี่ยนสีตกร

หลอดเลือดแดงจะแข็งขาดความยืดหยุ่นทำให้ความดันโลหิตของผู้สูงอายุมีโอกาสสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นและเกิดปัญหาหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นสาเหตุการตายของผู้สูงอายุจำนวนมาก ระบบทางเดินหายใจมีการเปลี่ยนแปลง ทั้ง Volume และ efficiency ของ gas exchange ในปอด Volume ส่วนที่เปลี่ยนแปลงคือ inspiratory และ expiratory reserve volume ลงใน ในขณะที่ tidal volume และ total lung capacity ไม่เปลี่ยนแปลง ดังนั้น residual volume จะมากขึ้น ซึ่งเป็นผลจาก closing volume ที่เพิ่มขึ้นทำให้ PaO₂ ลดลง

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักสูญเสียฟันไปจนต้องใส่ฟันปลอมและมักมีโรคเหงือกร่วมด้วยต่อมรับรสในปากจะทำงานลดลง การรับรสจะด้อยลง การสร้างกรดในกระเพาะอาหารลดลง การย่อยโปรตีนช้าลง และอาจมี Anemia จากการทำงานของ intrinsic factor เปลี่ยนไป การเคลื่อนไหวของลำไส้ในภาพรวมช้าลง มีแนวโน้มท้องผูกมากขึ้น ขนาดของตับและเลือดที่ผ่านตับลดลง cytochrome P450 ที่มีหน้าที่สำคัญในการ oxidation substance ต่าง ๆ (ได้แก่ยาที่มี metabolism ผ่านตับ) ทำหน้าที่ด้อยลง และมีผลทำให้มี prolong half life ของยาที่ต้อง metabolism ผ่านตับ ทำให้มีโอกาสเกิด adverse drug reaction มากขึ้น ไตทำงานลดลง เพราะมี nephron loss และ renal blood flow ก็ลดลง

ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย Cell mediated immunity จะลดประสิทธิภาพลง ถึงแม้ว่าจำนวน

Lymphocyte จะไม่เปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้สูงอายุ เสี่ยงต่อการติดเชื้อบางอย่างเพิ่มขึ้น เช่น relapse หรือ activate Tbc, Herpes zoster เป็นต้น ระดับฮอร์โมนในร่างกายจะลดลง ต่อมาไทรอยด์จะทำงานแปรปรวน ในเพศหญิงฮอร์โมน estrogen จะแปรปรวน และลดลงจนเกือบจะหมด แต่ฮอร์โมนในเพศชายจะค่อย ๆ ลดลงเรื่อย ๆ รั้อยละ 65 ของเพศชายยังคงมีระดับฮอร์โมน Testosterones อยู่ในเกณฑ์ปกติเมื่ออายุมากกว่า 80 ปี

ระบบประสาท เซลล์สมอง(Neurons) ลดลง ขนาดของสมองเล็กลง น้ำหนักน้อยลง ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างเนื้อสมอง และกระโหลกมากขึ้น เมื่อเกิดแรงเหวี่ยงต่อศีรษะจะเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดที่เลี้ยงด้านนอกของสมอง เกิด Subtotal hemorrhage หรือ hematoma ในส่วนของสมอง โดยเฉพาะเรื่องความจำ การเรียนรู้สิ่งใหม่ และการรับรู้สัมผัสต่าง ๆ (Sensory) เช่น การมองเห็นการได้ยิน การรับรู้ เย็น ร้อน อ่อน แข็ง แหลม หู จะด้อยลง ในด้านความจำพบว่าความจำระยะสั้นจะบกพร่องก่อนความจำระยะยาว

เนื่องจากเซลล์สมองตายไป ทำการสร้างสารสื่อประสาทลดลงแต่ลดลงไม่ได้สัดส่วนกัน เนื่องจาก Neurotransmitters จะต้องพึ่งสัดส่วนของ Neurotransmitters เพื่อเกิดสมดุลที่ดี เมื่อสารเหล่านี้ปรวนแปรไป จะทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและความจำ พฤติกรรมและบุคลิกภาพ เช่น มีระดับ dopamine ลดลง จะมีการเคลื่อนไหวผิดปกติแบบพาร์กินสัน คือ เดินตัวแข็ง ก้าวสั้น ๆ ไม่แสดงสีหน้าพลิกตัวลำบาก เป็นต้น ถ้า serotonin ลดลง ทำให้เกิด depression สาร acetylcholine ลดลง เกิด dementia เป็นต้น กล้ามเนื้อจะลดลงทั้งจำนวนและขนาดของ Fiber ทำให้มีความแข็งแรงลดลง เมื่อร่วมกับ defect ในระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลายทำให้ปฏิกิริยาโต้ตอบ และการปรับตัว postural changes ลดลงหกล้มได้ง่ายขึ้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

Corbin (2001) กล่าวว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง อาการทางด้านร่างกาย และจิตใจ ที่ต้องการการติดตามดูแล และจัดการกับอาการในระยะยาวมากกว่า 6 เดือน เพื่อควบคุมอาการระยะของการเป็นโรค แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง เริ่มมาจากการศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังของ Corbin และ Strauss จากแนวคิดของ Maslow เพื่ออธิบายถึงภาวะที่แท้จริงของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าใจมากยิ่งขึ้น ต่อมา Corbin และ Strauss (1988) ได้แสดงถึงวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illness trajectory) 8 ระยะ และต่อมา Corbin (2001) ได้พัฒนาเป็น เพิ่มเป็น 9 ระยะ เพื่อการอธิบายที่ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยกล่าวว่า วิถี (trajectory) หมายถึง ระยะเวลาที่เจ็บป่วยทั้งหมด รวมกับกิจกรรมของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ กระทำเพื่อการเจ็บป่วยนั้น

และ วิธีการเจ็บป่วย (Trajectory phase) หมายถึง เส้นทางของอาการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีแนวโน้มแตกต่างกัน อาจมีอาการเพิ่มขึ้นหรือลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ยกเว้นในรายที่มีอาการไม่มาก และมีอาการคงที่ (Ebersole, et al, 2005) แบ่งเป็นระยะดังต่อไปนี้

วิธีการเจ็บป่วย 9 ระยะที่แตกต่างกัน (Nine difference trajectory phases) ตามแนวคิดของ Corbin (2001) อธิบายได้ดังนี้ คือ

1. ระยะก่อนการเจ็บป่วย (Pre trajectory) ระยะก่อนเจ็บป่วย มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรังจากพฤติกรรมดำเนินชีวิต หรือกรรมพันธุ์ เป็นระยะที่สามารถป้องกันโรคเรื้อรังที่จะเกิดขึ้น (preventive phase) ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของโรค เป้าหมายการจัดการในระยะนี้ คือ การป้องกันการเกิดขึ้นของโรคเรื้อรัง

2. ระยะเริ่มเจ็บป่วย (Trajectory onset) เป็นระยะที่แสดงอาการของโรคและสามารถตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรค เป้าหมายการจัดการในระยะนี้คือการวางแผนการดูแลความเจ็บป่วยที่เหมาะสม

3. ระยะวิกฤติ (Crisis) เป็นระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนเป้าหมายการจัดการในระยะนี้คือการจัดการกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตต่อชีวิตออกไป

4. ระยะฉุกเฉิน (Acute) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรง หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป้าหมายการจัดการในระยะนี้คือการควบคุมอาการเจ็บป่วย และให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพปกติได้ดังเดิม

5. ระยะคงที่ (Stable) เป็นระยะที่อาการของโรคถูกควบคุมได้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ที่บ้านภายใต้การดูแลรักษาของบุคลากรทางสุขภาพเป้าหมายการจัดการในระยะนี้คือการทำให้อาการเจ็บป่วยคงที่และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

6. ระยะไม่คงที่ (Unstable) เป็นระยะที่อาการของโรคไม่สามารถควบคุมได้จากการรักษาเดิม และมีความลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน ระยะนี้ผู้ป่วยยังสามารถอยู่บ้านได้ แต่ต้องมีปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับอาการของโรค เป้าหมายการจัดการในระยะนี้ คือ การพยายามทำให้อาการเจ็บป่วยกลับสู่ระยะคงที่

7. ระยะกลับสู่ภาวะปกติ (Comeback) เป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ภาวะปกติ อย่างค่อยเป็นค่อยไป ขึ้นอยู่กับความเจ็บป่วย หรือภาวะทุพพลภาพ รวมถึงการฟื้นฟูร่างกาย จิตสังคมและเริ่มปรับตัวเข้าสู่กิจกรรมในชีวิตประจำวัน เป้าหมายการจัดการในระยะนี้ คือ การเคลื่อนไหวที่ปกติ และการช่วยเหลือ ด้วยวิธีต่าง ๆ ตามวิถีของการเจ็บป่วย

8. ภาวะอาการทรุดลง (Downward) หมายถึง ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว เกิดความทุพพลภาพมากขึ้น และมีความยากลำบากในการควบคุมอาการ ต้องมีการปรับกิจวัตรประจำวันตามอาการ เป้าหมายการจัดการในระยะนี้คือการปรับตัวให้เข้ากับภาวะทุพพลภาพที่เพิ่มขึ้นตามระยะอาการที่ทรุด

9. ภาวะสุดท้าย (Dying) เป็นระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายจะหยุดลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปหรืออย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะปล่อยวาง ไม่มีความสนใจในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เป้าหมายการจัดการในระยะนี้คือการช่วยนำผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต และเสียชีวิตอย่างสงบ

2.1 ลักษณะของความเจ็บป่วยเรื้อรัง

ลักษณะของความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป ระยะการเจ็บป่วยต้องนานติดต่อกันเกิน 6 เดือน ก่อให้เกิดพยาธิสภาพถาวรหรือหลงเหลือความพิการ ซึ่งอาการของโรคมักเสื่อมลง มีการกลับเป็นซ้ำ หรืออาการหายไปแล้วรุนแรงขึ้นมาเป็นช่วง ๆ (Exacerbation) เป็นช่วงเวลาเฉียบพลัน (Acute phase) เป็น ๆ หาย ๆ การรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัดปัจจุบันทำได้เพียงทุเลาความรุนแรงของโรคหรืออาการเท่านั้น (จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532)

การรักษาไม่สามารถยับยั้งการดำเนินของโรคได้ตลอดไป พยาธิสภาพนั้นไม่อาจพยากรณ์ได้แน่ชัด ร่างกายผู้ป่วยจะสูญเสียการปรับตัวในการรักษาสมดุลของหน้าที่ตามปกติของร่างกายและจิตใจ ชีวิตของผู้ป่วยจึงต้องเผชิญอยู่กับความไม่แน่นอนในอนาคตว่าจะเกิดอะไรขึ้น เนื่องจากบุคคลขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย และความรุนแรงของโรค การขาดข้อมูลทางด้านสุขภาพและการขาดแหล่งการรักษาโรคทำให้บุคคลเหล่านั้นไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยได้ มีความรู้สึกไม่แน่ใจเกี่ยวกับระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Wiener, 2002) และมีความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ไว้ได้ด้วยตนเองเป็นระยะเวลานาน ต้องเผชิญกับความเครียดรอบด้าน เนื่องจากการสูญเสียที่ติดตามมา มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ขยายไปสู่ การเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านบทบาท สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพึ่งพา ฐานะทางเศรษฐกิจ ตลอดจนบทบาท หน้าที่การงานในสังคม ต้องได้รับการแนะนำความช่วยเหลือและการฝึกฝนเป็นพิเศษระยะยาวอาจตลอดชีวิต (Lyons, 1995)

2.2 การเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองในทางด้านอารมณ์จิตใจ ดังนี้ (Franklin, 1975 cite in Hodges, Keelry and Grier, 2001) ระยะแรก คือ การตกใจ (Shock) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์โดยไม่

คาดคิดมาก่อนจึงไม่สามารถควบคุมตนเองได้และไม่สามารถยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้
 ระยะที่ 2 เป็นระยะ ที่มีความ ทุกข์ใจ (Encounter reaction) กับการได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคเรื้อรัง
 รู้สึกสูญเสีย โศกเศร้า ไม่มีใครช่วยได้ และ ท้อถอย ผู้ป่วยจะมีความเครียดสูง และใช้วิธีการปฏิเสธ
 ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ระยะที่ 3 เป็นระยะถอยหนี (Retreat) เนื่องจากบุคคลปฏิเสธปัญหาสุขภาพ
 ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับเล็กน้อย เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ การใช้วิธีนี้จะช่วยควบคุมอารมณ์ที่เครียด เมื่อ
 เชื่อว่า ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงอะไรได้ (Lazarus and Cohen, 1979; Lazarus, 1983 cite in Lubkin
 and Larsen, 2006) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรังจะประสบกับภาวะความโศกเศร้าและ
 การสูญเสีย (Grief and loss) ในชีวิต ซึ่งสามารถอธิบายประสบการณ์การสูญเสียและความโศกเศร้า
 ได้โดยประยุกต์ระยะต่าง ๆ ของ Kubler-Ross (1969) ในระยะแรกคือ ระยะปฏิเสธ (Denial) และ
 การแยกตัว (Isolation) ผู้ที่มีความเศร้าจะปฏิเสธความจริงต่อปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อได้ยินการวินิจฉัยโรค
 จะคิดว่า “ต้องไม่ใช่ฉัน” ระยะโกรธ (Anger) เป็นระยะที่ 2 เกี่ยวข้องกับกระบวนการความเศร้าที่
 เกิดขึ้นบ่อยคือ การต่อต้าน หรือกล่าวโทษสิ่งต่าง ๆ ที่ทำให้ตนเป็นโรค โดยเฉพาะญาติอาจกลายเป็น
 ที่รองรับอารมณ์โกรธ นอกจากนี้ Kubler-Ross กล่าวว่า ระยะที่ 3 คือ ระยะต่อรอง (Bargaining) กับ
 พระเจ้า เช่น ถ้าฉันมีชีวิตอยู่ฉันจะทำงานให้วัด หรือ ฉันจะทำชีวิตให้ดีขึ้น ในระยะที่ 4 ระยะซึมเศร้า
 (Depression) คือ การที่บุคคลที่โศกเศร้าจะกลับเข้าสู่ความเป็นจริงว่าตนเองสูญเสียสิ่งต่าง ๆ จาก
 ชีวิตเดิม ชีวิตไร้ค่าหรือไม่มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า หลังจากนั้นสักช่วงเวลา
 หนึ่งในระยะสุดท้าย เป็นระยะยอมรับ (Acceptance) คือ ระยะยอมรับ เขาถึงจะยอมรับความจริงที่
 เกิดขึ้นได้ นำไปสู่การสร้างเป้าหมาย และแผนในการดำเนินชีวิตในอนาคตต่อไป

การสร้างความหวัง (Hope) จึงเป็นกลไกการแก้ปัญหาที่จะทำให้ชีวิตดีขึ้นบุคคลที่เจ็บป่วย
 เรื้อรังจะหวังว่าจะกลับมีชีวิตที่ปกติ หวังว่าจะจัดการกับปัญหาได้ บุคคลที่วินิจฉัยว่าเจ็บป่วยเรื้อรังจะ
 ยังคงค้นหาวิธีการรักษาโรค และ ส่วนใหญ่ยังคงมีความหวังว่าจะมีสิ่งพิเศษที่จะช่วยให้หายจาก
 ความจำกัด ความทุกข์ทรมาน และความเจ็บปวด ความหวังเป็นสิ่งที่ดีคือความหวังที่จะมีชีวิตอยู่
 ต่อไป แต่ถ้ามีความหวังที่ไม่ถูกต้อง หวังในเรื่องที่ไม่เป็นจริง อาจไม่เกิดการแก้ปัญหาในเรื่องความ
 เศร้าและการสูญเสีย (Lubkin and Larsen, 2006)

2.3 ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรัง

โรคเรื้อรังพบได้ทุกช่วงอายุ แต่พบมากและพบบ่อยในวัยสูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรังเป็นผู้ที่มีความ
 เบี่ยงเบนหรือสูญเสียความปกติของร่างกายอย่างถาวรปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเรื้อรังนั้นได้

ส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อชีวิตของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตทุกด้านทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (จุฬารัตน์ มิตรทองแท้, 2532; Phipps, 1999) ดังนี้ คือ

2.3.1 ทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะนั้น ๆ ไปเลย ทำให้เสียภาพลักษณ์ เสียบุคลิกภาพ และอาจต้องทนทุกข์กับความเจ็บปวดและอาการของโรค

2.3.2 ด้านจิตใจ จากการสูญเสียภาพลักษณ์ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย พยายามแยกตัว ขาดความมั่นใจในตนเอง สูญเสียเสถียรภาพทางจิตใจ คุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกเป็นปมด้อย ไม่อยากเข้าสังคม เพราะว่าคนในสังคมจะมองว่าน่าสงสาร จึงพยายามปกปิดความผิดปกติที่เป็นอยู่ ความจำกัดทางด้านร่างกาย เสียความรู้สึกด้านบวกต่อตนเองเพราะต้องพึ่งพาและเป็นภาระต่อผู้อื่น หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวตาย เมื่อบุคคลป่วยด้วยโรคเรื้อรังในวัยสูงอายุ จะยอมรับว่าตนเองอยู่ใกล้ความตาย และจะดำเนินชีวิตโดยยึดหลักทางศาสนากลับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต กลับการดีจากของบุคคลรอบข้าง หรือสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย อันเป็นที่รัก กลัวเสียความรักจากคนรอบข้าง และหมัดหวังในที่สุด อารมณ์ความรู้สึกที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะแสดงออกมากก็คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ หงุดหงิด กลุ้มใจ เครียดแค้น และรู้สึกสูญเสีย

2.3.3 ด้านอาชีพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเสื่อมสมรรถภาพของร่างกาย ต้องการการพักผ่อนหรือฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลกระทบต่ออาชีพการทำงานที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ ผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงาน หรือเปลี่ยนแปลงอาชีพให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย

2.3.4 ด้านสังคม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความจำกัดในการเคลื่อนไหว การสูญเสียภาพลักษณ์และฐานะทางเงินทองลดลง จะลดบทบาทของตนเองในครอบครัว และสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทตำแหน่งในครอบครัว ในฐานะภรรยา หรือสามี พ่อหรือแม่ นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอย่างเหมาะสมได้ เนื่องจากอัตมโนทัศน์ถูกรบกวน มีความผิดปกติด้านอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไป สังคมจะไม่ยอมรับ และเกิดการแยกตัวจากสังคมมากขึ้น การเป็นโรคเรื้อรังจะทำให้เกิดตราบาป ในโรคเรื้อรัง (The stigma of chronic illness) ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าเป็นตราบาปเนื่องจากความรู้สึกอับอายที่ผู้อื่นมองตน ทำให้ผู้ป่วยต้องแยกตัวจากสังคมในที่สุด (Lubkin and Larsen, 2006)

2.3.5 ด้านเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะมีเพศสัมพันธ์น้อยลง เนื่องจากความอ่อนแอของร่างกาย และความจำกัดในการเคลื่อนไหวของอวัยวะต่างๆ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะกลัวที่จะมีเพศสัมพันธ์ เพราะจะทำให้หายใจไม่ทัน ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก็อาจกลัว

การเจ็บหน้าอก ซึ่งอาจเกิดขึ้นเมื่อไหร่ก็ได้ในเวลาที่มึนเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางโรค อาจมีความต้องการทางเพศลดลง เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ความสูญเสียเหล่านี้ส่งผลต่อความสุขในชีวิตทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด คับข้องใจ กังวลใจ และซึมเศร้าได้ ทำให้ครอบครัวเสียสมดุลในที่สุด

2.3.6 ด้านวัฒนธรรม (Culture variations) ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นภาวะที่บุคคล และครอบครัวจะต้องเผชิญในระยะยาวนาน การเข้าใจบริบททางสังคม พฤติกรรม ความเชื่อทางวัฒนธรรม จะมีผลทำให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม (Andrews and Boyle, 1995) ความเชื่อในเรื่องสาเหตุของความเจ็บป่วย การยอมรับสาเหตุของความเจ็บป่วยมีความเชื่อทางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง การที่สังคมตีตราหรือมองผู้เจ็บป่วยโรคเรื้อรังในภาพลบ (Stigma) ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย เกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาจเป็นสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นเข้าใจในเรื่องความเชื่อทางวัฒนธรรม ศาสนาของผู้ป่วย จึงมีความสำคัญที่จะใช้ในการสร้างแรงจูงใจในตัวผู้ป่วย และครอบครัว อันเป็นประโยชน์ ในการวางแผนการดูแลรักษาอย่างมาก (Gace and Zola, 1993 cite in Lubkin and Larsen, 2006)

นอกจากนี้การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะการที่มีการเปลี่ยนแปลงที่มีลำดับขั้นตอนและมีความ สลับซับซ้อนซึ่งมีผลกระทบต่อกระบวนการพัฒนาการของบุคคล ความสำคัญจึงอยู่ที่ผู้ป่วยจะต้องมี ความรับผิดชอบต่อตนเองในการรักษาและดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในชีวิตประจำวัน เพราะโรคเรื้อรังส่วนมากมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่วนบุคคล จนทำให้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางคนเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังการปรับตัวเพื่อแก้ปัญหาโดยการพยายามช่วย ตนเอง การจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ในการมีชีวิตอยู่กับโรค โดยการทำความเข้าใจให้สมดุล ควบคุม ความรู้สึกที่เป็นปกติ กล้าเผชิญกับความจริง ถ้าทำไม่ได้ผู้ป่วยก็จะเกิดภาวะซึมเศร้าอาจถึงขั้น ฆ่าตัวตายได้ (Lubkin and Larsen, 2006)

2.4 การจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

Miller (1992) ได้ให้ความหมายว่าการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึงการจัดการกับ ความยุ่งยาก ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเรื้อรังต้องเผชิญและจัดการกับสิ่งเหล่านั้น ตลอดเวลา เพื่อรักษาและฟื้นฟูสมดุลของร่างกาย จิตใจ คงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ทางบวกและสามารถ ดำเนินชีวิตครอบครัว และสังคมตามปกติได้อย่างเหมาะสม โดยจำแนกการจัดการกับความเจ็บป่วย เรื้อรัง ออกเป็น 13 ด้าน ดังนี้

- 1) ความพยายามในการควบคุมความเป็นอยู่ที่ปกติของตน เป็น ความพยายามที่จะควบคุม

อาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วยเพื่อที่จะไม่ทำให้การเจ็บป่วยสร้างปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของตนกับผู้อื่น

2) การปรับเปลี่ยนกิจวัตรและครรลองชีวิตเพื่อควบคุมอาการ และมีชีวิตอยู่อย่างปกติเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงนิสัย และกิจวัตรบางอย่างของตน รวมถึงเรียนรู้ที่จะหลีกเลี่ยงกิจกรรมใด ๆ ที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น

3) การแสวงหาความรู้และทักษะเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง การดูแลตนเองเป็นหัวใจสำคัญสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีซึ่งขึ้นกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ศักยภาพในการควบคุมตน หมายถึง การแสวงหาทักษะ ความรู้และแรงจูงใจที่จำเป็น และยังรวมถึงการให้ความสนใจต่อสภาพร่างกาย การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพและการมีกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อการปรับเปลี่ยนหรือการเปลี่ยนแปลงการรักษา รวมถึงการแสวงหาความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพในการป้องกันการเกิดภาวะวิกฤติ

4) การดำรงไว้ซึ่งมโนทัศน์ทางบวก เมื่อความสามารถทางกายลดลง พลังงาน และความสามารถในการทำกิจกรรมตามที่ตนต้องการก็สูญเสียไปด้วย การดำรงไว้ซึ่งอึดมโนทัศน์ทางบวกในตนสำหรับผู้ป่วยจึงเป็นภาวะการจัดการที่สำคัญ ผู้ป่วยจะต้องไม่ยอมจำนนต่อความพิการ หรือความเจ็บป่วยเพื่อนำไปสู่ความเป็นตัวตนของตัวเอง การดำรงไว้ซึ่งอึดมโนทัศน์ทางบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงศักยภาพของตนและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ รวมถึงการเพิ่มความนับถือตนเอง

5) การปรับเปลี่ยนเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเจ็บป่วยเรื้อรังอาจเป็นสาเหตุของการแยกตัวออกจากสังคมของผู้ป่วย เนื่องจากหมดกำลัง สภาพร่างกายอ่อนเพลียจนทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมได้ดีดังเดิม หรือมีอึดมโนทัศน์ในตนไม่ดี ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่าผู้ป่วยอาจต้องปรับตัวด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น และคงไว้ที่จะรักษาสัมพันธภาพกับเพื่อน ครอบครัวที่สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของตนไว้ได้

6) ความเศร้าโศกจากการสูญเสียอันเนื่องจากการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยไม่เพียงแต่ส่งผลต่อการสูญเสียความสามารถและหน้าที่ทางกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อการนับถือตนเอง บทบาทหน้าที่ และสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ป่วยอีกด้วย

7) การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของบทบาท การเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียและปรับเปลี่ยนบทบาทของตน เช่นการสูญเสียบทบาททางสังคม บทบาทในหน้าที่การงานรวมถึงการลดบทบาทในการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมในครอบครัว บุคคลจะเปลี่ยนบทบาทไปสู่ฐานะผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือ บทบาทในการดูแลตนเอง และเป็นผู้รับบริการในระบบการรักษาที่ซับซ้อนซึ่ง

เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอย่างต่อเนื่อง และต้องพยายามปรับตัวให้เข้าได้กับบทบาทใหม่เพื่อไม่ให้เกิดความเครียดและความรู้สึกสูญเสียต่อคุณค่าของตนไป

8) การต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องกระทำตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตควบคู่ไปกับกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ บางครั้งจึงพบว่าผู้ป่วยอาจมีความลำบากใจต่อการรักษาที่ยุ่งยาก และเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตที่ปกติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความขัดแย้งในการปฏิบัติ และส่งผลให้ผู้ป่วยยกเลิกที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังนั้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมของการปฏิบัติตามแผนการรักษาจึงมีความสำคัญ

9) การเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางคนอาจคิดว่าเวลาของชีวิตมีน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นที่ไม่เจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขคือ บุคคลที่มีความคิดในทางบวกว่าเวลาที่เหลืออยู่จะต้องใช้ให้เป็นประโยชน์มากที่สุด

10) การเผชิญกับการตีตราทางสังคม ผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องประสบและปรับตัวต่อการถูกมองจากบุคคลอื่นในสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ อาย หรือโกรธ ผู้ป่วยจึงต้องควบคุมอารมณ์ตนเอง เมื่อเผชิญกับพฤติกรรมในลักษณะนั้นของสังคม

11) ความพยายามในการจัดการกับ ความไม่สุขสบายทางร่างกายที่เกิดขึ้น เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยต้องค้นหาวิธีการที่จะช่วยตนเองให้สามารถจัดการกับความไม่สุขสบายทางร่างกายได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

12) การคงไว้ซึ่งความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ ความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกิดขึ้นเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่แวดล้อมตนเองได้ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาที่ได้รับ การที่ต้องปฏิบัติตามการรักษาที่เคร่งครัด ถ้าผู้ป่วยมีความสามารถที่จะเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมั่นใจ และมีความรู้สึกที่ตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์ของตนเองได้ จะส่งผลดีต่อการรักษา

13) การคงไว้ซึ่งความหวัง การที่ผู้ป่วยต้องประสบกับความไม่แน่นอนหรือการรุกรานของโรคมีผลทำให้ผู้ป่วยท้อแท้และหมดหวังต่อการควบคุมหรือจัดการกับผลกระทบอันเนื่องมาจากโรคที่เป็นอยู่ ความหวังเป็นการจูงใจที่สำคัญที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีกำลังใจต่อสู้กับความยุ่งยากเหล่านั้นเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวทั้งที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง

พฤติกรรมที่ผู้ป่วย และครอบครัวจัดการกับการเจ็บป่วย มีอิทธิพลต่อระดับของการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วย ซึ่งไม่เพียงแต่การพัฒนาทักษะในการจัดการกับความต้องการของร่างกาย และการปรับเปลี่ยนกรอบของชีวิตเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการจัดการกับภาวะทางจิต

สังคมที่เกิดจากผลกระทบของการภาวะการเจ็บป่วย ความเครียดอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและไม่แน่นอน ความจริงที่ว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถทำให้กลับคืนดังเดิมได้ แต่ความรู้เกี่ยวกับกลวิธีในการจัดการกับการเจ็บป่วยสามารถทำให้ปัญหาทางจิตอันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการเจ็บป่วยลดลงได้ นอกจากนี้ยังส่งผลทางด้านบวกต่อการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยอีกด้วย

2.5 ผู้สูงอายุกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ผู้สูงอายุซึ่งเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องเผชิญกับภาวะ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งมีผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง การมีความจำกัดด้านการเคลื่อนไหวทำให้ผู้สูงอายุมี ความรุนแรงของโรคได้มากกว่าวัยอื่น ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นตามมาเป็นภาระต่อบุคคลในครอบครัว การเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลต่อจิตใจแม้ผู้สูงอายุจะไม่ให้ความสำคัญต่ออาการลักษณะเท่าบุคคลในวัยอื่น แต่ความรู้สึกเป็นตราบาป หรือถูกตีตราจากสังคมและบุคคลรอบข้าง ว่าเป็นผู้ป่วยไร้ความสามารถ ทูพพลภาพ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุแยกตัวจากสังคม ผู้สูงอายุจะมีภาวะซึมเศร้า รู้สึกว่าสูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การเกษียณจากงานที่เคย ทำผู้สูงอายุจะรู้สึกหัวเหว่ การสูญเสียรายได้จากการทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลกับค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น ทั้งยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวในด้านการดูแล นอกจากนี้ความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมยังมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Lubkin and Larsen, 2006)

2.6 การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

ในผู้สูงอายุจะมีประสบการณ์ในการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาทางสุขภาพมากกว่าหนึ่งอย่างที่จะต้องได้รับการรักษา (Hickey and Rakowski, 1981 cite in Schaie et al., 2002) ปัญหาความเจ็บปวดเรื้อรัง และความจำกัดในด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุจะยอมรับปัญหาสุขภาพที่มีความรุนแรง และมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมทางสุขภาพมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง การซื้อยารับประทานเอง เป็นความเข้าใจผิดคิดว่าเป็นโรคที่รักษาได้เองโดยผู้สูงอายุไม่ได้รับการรักษาที่ถูกวิธีการตัดสินใจเลือกการรักษาในโรคที่มีปัญหาซับซ้อนหลายโรคร่วมกัน ผู้สูงอายุจะเลือกการรับประทานยาตามเวลาสะดวก ความเชื่อของผู้สูงอายุที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจดูแลรักษา ประสบการณ์การรักษา กับแพทย์ในอดีต ผู้สูงอายุอาจขาดความเชื่อต่อจากแพทย์ที่มีอายุน้อย และเชื่อว่าตนมีความรู้

เกี่ยวกับโรคของตนมากกว่าผู้อื่น (Rakowski, Hickey and Dendiz, 1987 cite in Schaie et al., 2002)

ผู้สูงอายุอาจจะเชื่อคำแนะนำด้านการรักษาจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตน หรือเพื่อนมากกว่าแพทย์ นอกจากนั้นความกลัวความสงสัยที่เกิดขึ้นจากการตรวจรักษาทางการแพทย์ว่าเมื่อรู้ความจริงแล้วเขาจะปฏิบัติตัวแบบเดิมไม่ได้ เช่น รับประทานอาหารที่ชอบไม่ได้ ผู้สูงอายุบางคนอาจได้รับประสบการณ์การรักษาจากแพทย์ในทางที่ดี หรือไม่ดีก็จะมีทัศนคติไม่ดีต่อบุคลากรทางสุขภาพ การเป็นโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ มีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การที่บุคลากรทางสุขภาพมุ่งรักษาโรคด้วยวิธีทางการแพทย์นั้นอาจยังไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นควรคำนึงถึงปัจจัยทางด้านจิตสังคมร่วมด้วย จึงจะครอบคลุมความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

Hickey (1992) ได้กล่าวถึง 3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังนี้

1) ความเชื่อในเรื่องความเจ็บป่วยของบุคคลของผู้สูงอายุจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ระบบความเชื่อการมีประสบการณ์ทางด้านสุขภาพการรักษา และผลกระทบจากประสบการณ์มีผลต่อการยอมรับในเรื่องสุขภาพ การปฏิเสธหรือไม่ยอมรับมักเกิดขึ้นเสมอในวัยสูงอายุซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะแรกเมื่อรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจจะอ้างเหตุผลว่าเกิดจากการเสื่อมตามวัย และปฏิเสธการรักษาไม่ยอมดูแลปัญหาสุขภาพ เชื่อว่าเมื่อสูงอายุแล้วเป็นเรื่องธรรมดาที่จะมีสุขภาพที่ไม่ดี ประเด็นความเชื่อทางสุขภาพเป็นเรื่องของสังคมวัฒนธรรม บุคคลจะมีความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากความเชื่อที่บุคคลสะสมเป็นประสบการณ์การดำเนินชีวิตที่ผ่านมา เช่น ความเชื่อที่สามารถรักษาด้วยตนเอง โดยการซื้อยารับประทานซึ่งเคยปฏิบัติมา การมีความเชื่อที่ผิด อาจเป็นผลให้ไม่ยอมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ

2) ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย และภาวะสุขภาพของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ในช่วงวัยสูงอายุนั้น มักมีอาการเจ็บป่วยอื่นร่วมด้วยเสมอ ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคเรื้อรังต้องใช้วิธีการรักษาโดยการรับประทานยาตลอดชีวิตมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โรคบางโรคไม่แสดงอาการที่รุนแรงในระยะแรก แต่จะมีอาการรุนแรงมากในระยะสุดท้าย เช่น มะเร็งปอดจากการสูบบุหรี่มาตลอดชีวิต นอกจากนี้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะท้ายมักพบปัญหาสุขภาพ คือ เป็นโรคเรื้อรังรวมกันหลายโรค ทำให้สภาพร่างกายลดความสามารถในการทำงานต่าง ๆ ลง และปัญหาสุขภาพดังกล่าวทำให้ ผู้สูงอายุต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนยาต่าง ๆ อาจมีผลต่อกัน และผู้สูงอายุ

อาจหลงลืมในการรับประทานยา หรือไม่รับประทานยาเพราะกลัวอาการข้างเคียงจากยาทำให้ผลการรักษาไม่ได้ผลตามที่ควรจะเป็น

3) มุมมองเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเรื่องการวินิจฉัยและรักษาโรคในผู้สูงอายุ นั้นมีโอกาสผิดพลาดได้ สภาพร่างกายที่เสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุทำให้เกิดความยากในการวินิจฉัยโรค บัญชีทั้งหมดทำให้เห็นภาพรวมของคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ชัดเจนขึ้นและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาทางสุขภาพให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุได้ โดยประเด็นที่น่าสนใจคือเหตุผลในการดูแลปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเอง

จากการศึกษาของ Hickey และ Rakowski (1992) แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ที่เป็นพลวัตระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การควบคุมตนเอง และระดับของการพึ่งพาตนเอง และสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัย ความจำกัดในเรื่องการเคลื่อนไหว และลักษณะของโรคที่เป็นในวัยผู้สูงอายุ ประเด็นสำคัญ คือ มุมมองทางสุขภาพ การประเมินตนเอง เช่น การปฏิเสธในวัยสูงอายุ มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาทางสุขภาพ และความรุนแรงของโรคในวัยสูงอายุ ปัจจัยที่มีผลต่อมุมมองทางสุขภาพอีกสิ่งหนึ่ง คือ การประเมินตนเอง มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ ความผิดพลาดในความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วยมีผลต่อการแก้ปัญหาของผู้สูงอายุรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุด้วย ผู้สูงอายุบางคนมักกล่าวว่าปัญหามีสาเหตุอย่างเดียว คือ ไม่รู้สาเหตุ ถ้าแพทย์สามารถหาสาเหตุได้ก็สามารถรักษาได้

2.7 พฤติกรรมเมื่อผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรัง

ในระยะแรกที่ผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังมักจะคาดหวัง หรือ เชื่อว่าแพทย์เพียงคนเดียวจะเป็นผู้รักษาได้ เวลาที่จำกัดในการพบแพทย์ รวมทั้งความเข้าใจที่ไม่เพียงพอทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจที่ต้องเผชิญกับโรคด้วยตนเอง แพทย์บางคนต้องให้ญาติผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาของโรคด้วย เมื่อมีการอธิบายเกี่ยวกับโรคเพราะผู้สูงอายุบางรายสามารถเข้าใจได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ในระยะต่อมาของโรคเรื้อรัง จะมีความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง จะไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ ซึ่งผู้สูงอายุจึงใช้ความเชื่อทางวัฒนธรรม หรือ ประเพณีเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องอยู่ด้วยเสมอ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะกลัวการถูกทอดทิ้ง เนื่องจากมีความจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง (Hickey & Douglass, 1981 cite in Schaie et al., 2002)

2.8 พฤติกรรมสุขภาพและยอมรับการรักษาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

ในผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพขึ้นอยู่กับ การได้รับการสอน การไม่ยอมรับการรักษาเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยอย่างเรื้อรัง ซึ่งปัญหาซับซ้อนที่เป็นอุปสรรคในการรักษาเกี่ยวข้องกับปัจจัย ได้แก่ ลักษณะของตัวผู้ป่วย แรงจูงใจ ทักษะคติ และ

ฐานะทางเศรษฐกิจสังคม แหล่งที่ทำกรรักษา ลักษณะทางคลินิกของการเจ็บป่วย อุปสรรคค่าใช้จ่าย ในการรักษา รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ ต้องมีความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรม ความคิด ทักษะคติ รวมทั้งมีความใส่ใจในการช่วยเหลือและเข้าใจในประสบการณ์ของผู้ป่วย

ผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรังบุคคลที่มีเหตุผลจะใช้วิธีแก้ปัญหาในทางบวก ผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็งมักจะควบคุมสถานการณ์และแก้ปัญหาได้ ผู้สูงอายุอาจจะให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังว่าเป็นการสูญเสีย สูญเสียเงินทอง ความรัก หรือต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้สูงอายุจะมีความผาสุกในการดำเนินชีวิตลดลงหรือลดความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องภาวะจิตใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อม และการปรับตัวกับโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุยังคงต้องรักษาไว้ซึ่งภาพลักษณ์และความสัมพันธ์ทางสังคม

ดังนั้น การปรับตัวที่จะมีชีวิตรอยู่กับการเจ็บป่วยเรื้อรังในความหมายของผู้สูงอายุนั้น กล่าวได้ว่า บุคคลให้ความหมายในการดำเนินชีวิตว่ามีพื้นฐานมาจากแรงจูงใจ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องเผชิญกับความสูญเสียอย่างมากมาย รวมทั้งการสูญเสียความเป็นตัวเอง การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การสูญเสียการควบคุมตนเองจากการดำเนินของโรค สูญเสียการทำงาน และการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย นอกจากนี้ผู้สูงอายุต้องประสบกับการสูญเสียในเรื่องการเปลี่ยนแปลงตามอายุ เช่น การพบเห็น การเสียชีวิตของบุคคลรอบข้าง การเกษียณอายุ และภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไป มีการวิจัยเกี่ยวกับการสูญเสียในความหมายของการดำเนินชีวิตเพราะผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียหลายอย่างด้วยกัน พบว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดในผู้สูงอายุนั้นเป็นปัญหาที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง คือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และภาวะซึมเศร้า (Frankl ,1962 cite in Hodges, Keelry and Grier, 2001)

ความรู้สึกลุกลี้ลุกลนของผู้ป่วย หมายถึง ความต้องการที่จะบอกถึง ความต้องการการดูแล และการวางแผนช่วยเหลือในด้านทำให้ความรู้สึกลุกลี้ลุกลน ดังนั้นการสืบหาความหมายของการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุจะช่วยให้การประเมินภาวะทางจิตสังคม ซึ่งพยาบาลควรให้ความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลจะต้องประเมิน เพื่อช่วยผู้สูงอายุในการค้นหาความหมาย อภิปรายถึงรายละเอียดของสถานการณ์ที่สำคัญ ที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ให้ความหมายในจากการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม โดยการให้ผู้สูงอายุบอกถึงความหมายของการดำเนินชีวิต และอธิบายความหมายนั้น ๆ เพื่อที่จะเข้าใจถึงความต้องการและพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เมื่อพยาบาลเข้าใจความหมายของผู้สูงอายุแล้ว นำมาใช้ในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็ง สร้างสัมพันธภาพ ค้นพบสิ่งที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การไปวัด

3. แนวคิดเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน

พาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบบ่อยในผู้สูงอายุถือเป็นอันดับสองรองจากโรคอัลไซเมอร์ โดยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคประมาณ 3 ราย ในประชากร 1,000 คน และเกิดในผู้สูงอายุได้สูงถึงร้อยละ 80-85 ผู้ที่มีอายุเฉลี่ย 65 ปีขึ้นไป พบได้ถึง 1 ใน 100 อายุเฉลี่ยที่เริ่มต้นเป็นโรค คือ 60 ปี (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2548; Ford-Martin, 2001) จากสถิติอัตราชุกพบว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปี จะมีอัตราการเป็นโรคนี้อ้อยละ 1 แต่เมื่ออายุ 70 ปี จะมีอัตราการเป็นโรคนี้อ้อยละ 10 เมื่ออายุ 80 ปี จะมีอัตราการเป็นโรคนี้อ้อยละ 30 และยังพบว่าอัตราการมีชีวิตรอด (survival rate) ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในช่วงระยะเวลา 5 ปีแรกนั้นไม่มีความแตกต่างในอายุที่เท่ากัน แต่ถ้าเป็นโรคนี้นานเกิน 10 และ 15 ปี จะมีอัตราการมีชีวิตรอดลดลงเหลือเพียงร้อยละ 75 และ 67 ตามลำดับ (Calne, 2005)

3.1 สถานการณ์ของโรคพาร์กินสันในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยไม่พบว่ามีกรรายงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันรายแรกไว้ แต่มีเพียงรายงานเรื่องการใช้ยามาโดรปา(L-dopa)ครั้งแรกในการรักษาผู้ป่วยหญิงรายแรกโดยนายแพทย์ อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ เมื่อ พ.ศ. 2524 ในประเทศไทยยังไม่มีสถิติที่แน่ชัด คาดว่ามีผู้ป่วยพาร์กินสันประมาณ 80,000 - 120,000 ราย จากการลงทะเบียนผู้ป่วยพาร์กินสันในประเทศไทยไตรมาสแรกสิ้นสุดในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2552 ของศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มความเคลื่อนไหวผิดปกติครบวงจร (Chulalongkorn Comprehensive Movement Disorders Center) พบว่ามีผู้ป่วยโรคพาร์กินสันลงทะเบียนทั้งหมดจำนวน 15,557 ราย โดยในจำนวนนี้พบว่า ร้อยละ 24.9 มีอายุระหว่าง 61-70 ปี และร้อยละ 40.2 มีอายุมากกว่า 70 ปี ทั้งนี้อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุก่อนหน้านี้ คือ 67.7 ปี และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาในการเข้าสังคมถึงร้อยละ 58.1 (Bhidayasiri, R. et al., 2009)

3.2 ความหมายของโรคพาร์กินสัน

3.2.1 ความหมายตามพจนานุกรมไทย

โรคพาร์กินสัน เป็นโรคกระดูก เกิดจากสมองพิการ (สอ เสถบุตร, 2545)

3.2.2 ความหมายทางการแพทย์

โรคพาร์กินสัน เป็นโรคประสาทที่ทำให้มีปฏิกิริยาการเคลื่อนไหวต่อสิ่งกระตุ้นน้อยลง มีอาการสั่นหรือกล้ามเนื้อแข็ง (วิทย์ เทียงบุญธรรม, 2548)

โรคพาร์กินสัน เป็น โรคสันสันนิบาต จากร่างกายขาดสารโดปามีนในสมอง พบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง (วรุฒิ เจริญศิริ, 2549)

โรคพาร์กินสัน เป็นโรคความเสื่อมของระบบประสาท (Neurodegenerative disorder) (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ , 2550)

จึงสรุปได้ว่า โรคพาร์กินสัน เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท เนื่องจากการขาดสารโดปามีนในสมอง พบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง โรคนี้เกิดขึ้นจากการเสื่อม และตายไปของเซลล์สมอง ในตำแหน่งที่สร้างสารโดปามีน จนไม่สามารถสร้างสารโดปามีนได้เพียงพอ สารโดปามีนนี้มีความสำคัญต่อ การควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย

3.3 โรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ

โรคพาร์กินสันเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบมากในผู้สูงอายุ อาการของโรคพาร์กินสันกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ อาจจะถูกคล้ายกัน เช่น การเคลื่อนไหวที่ช้า และเดินหลังค่อมลำตัวโค้งงอ บางครั้งเดินขาลากและมือสั่น ขณะหยิบของ การเป็นโรคพาร์กินสันมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น จนอาจกล่าวได้ว่าถ้าทุกคนมีอายุยืนยาวมากขึ้นก็มีโอกาสที่จะเป็นโรคนี้ได้ทุกคน สาเหตุของโรคยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคนี้ จากสิ่งแวดล้อม อนุมูลอิสระ ยา สารพิษ ความชราภาพของสมอง สมองได้รับความกระทบกระเทือนหรือโรคเม้ามัดในน้กมวย และกรรมพันธุ์ (Scoott, 2002; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2548) เกิดพยาธิสภาพจากความเสื่อมทางระบบประสาทบริเวณ Basal ganglia และ Substantia nigra โดยเซลล์ดังกล่าวจะมีจำนวนน้อยลง เกิดความบกพร่องในการปล่อย สารโดปามีนออกมา ซึ่งทำหน้าที่ในการสื่อประสาทในสมอง ทำให้ขาดความสมดุลในการควบคุม การทำงานของการเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งผลให้เกิด อาการสั่น (Tremor) อาการเกร็ง (Rigidity) การเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) และการเสียการทรงตัว (Postural instability) โดยในผู้ป่วยแต่ละรายจะมีอาการที่แตกต่างไม่เหมือนกันโดยร้อยละ 70 จะมีอาการสั่น เมื่อมืออยู่เฉยเป็นอาการนำ อีกร้อยละ 30 ไม่มีอาการสั่น (Weiner et al., 2002; รุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ, 2550)

การวินิจฉัยทำได้โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจอาการสั่น ท่าเดิน ตรวจสุขภาพจิต และการประเมินด้วยแบบประเมินโรคพาร์กินสัน (Unified Parkinson's disease Rating Scale) และที่นิยมคือ การตรวจภาพสมองโดยวิธี MRI และ CT scan ปัจจุบันมีการตรวจเฉพาะทางเพิ่มขึ้นด้วยวิธี PET (Position emission tomography) และ SPECT (Single photon emission tomography)

3.3.1 การประเมินความรุนแรงของโรคพาร์กินสัน (Modified Hoehn and Yahr

Staging of Parkinson's disease (1976) (Burke and Laramie, 2004; รุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ และคณะ 2549)

ระยะเริ่มแรก	ยังไม่มีอาการแสดงของโรค
ระยะที่ 1	มีอาการเพียงด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย
ระยะที่ 1.5	มีอาการด้านใดด้านหนึ่งร่วมกับแกนกลางของร่างกาย

- ระยะที่ 2 มีอาการทั้งสองด้านของร่างกายโดยที่ไม่มีปัญหาการทรงตัว
- ระยะที่ 2.5 มีอาการทั้งสองด้านร่วมกับแกนกลางของร่างกายมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับเล็กน้อย
- ระยะที่ 3 มีอาการทั้งสองด้านร่วมกับปัญหาเรื่องการทรงตัว ยังช่วยเหลือตัวเองได้ มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับเล็กน้อยถึง ปานกลาง
- ระยะที่ 4 มีอาการของโรคทั้งสองด้านและมีภาวะทุพพลภาพในระดับสูง แต่ยังสามารถยืนและเดินได้โดยอาศัยคนช่วยเหลือ
- ระยะที่ 5 มีอาการรุนแรง ไม่สามารถเคลื่อนไหวเองได้ ต้องนั่งอยู่บนรถเข็นหรือนอนอยู่บนเตียง การจำแนก โรคพาร์กินสัน สามารถจำแนกตามระยะเป็น 5 ระยะ ตามความรุนแรงของโรค ดังนี้ Hoehn (1990)

ระยะที่ 1 อาการของโรคเป็นซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย (Unilateral disease only) ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของโรคเพียงซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเท่านั้น ซึ่งโดยปกติผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการเริ่มต้นที่แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งก่อน และมีอาการอยู่แค่เฉพาะส่วนนั้น ๆ นานนับเป็นเวลาหลายเดือนหรือนับเป็นปี ๆ ระยะเวลา โดยเฉลี่ยของช่วงเป็นโรคระยะที่ 1 พบว่านานถึง 3 ปี ผู้ป่วยส่วนมากจะไม่ยากลำบากในการดำรงชีวิตแต่อย่างใด ผู้ป่วยพาร์กินสันบางรายอาจจะมีการดำเนินของโรคแบบเริ่มมีอาการทั้งสองซีกของร่างกายไปพร้อม ๆ กัน โดยไม่เคยมีโรคเกิดขึ้น ซีกเดียวมาก่อนเลยก็ได้

ระยะที่ 2 อาการของโรคเป็นสองซีกของร่างกาย (Bilateral mild disease) ส่วนมากเกิดตามหลังระยะที่ 1 โดยผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมที่ช้าลง 2 ซีกของร่างกาย โดยปกติผู้ป่วยจะมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะที่ 2 ภายในเวลา 6 เดือนถึง 4 ปี หลังเริ่มเกิดโรค ผู้ป่วยระยะนี้ส่วนมากมีอาการของโรคไม่มากนัก โดยอาจพบว่ามีเสียงพูดที่เปลี่ยนไป เสียงราบเรียบ โดยไม่มีเสียงสูงเสียงต่ำ (Monotone) เดินแขนไม่แกว่งเคลื่อนไหวช้า มือสั่น เกร็ง ใบหน้าไม่แสดงอารมณ์ (Masked face) และอาจมีอาการเดินลำบากเล็กน้อย หรือมีอาการเหนื่อยง่าย อย่างไรก็ตามพบว่ามักพบว่าผู้ป่วยในระยะนี้ทรงตัวได้เป็นปกติ ผู้ป่วยจะคงอยู่ในระยะนี้นานประมาณ 6 ปี

ระยะที่ 3 อาการของโรคเป็นสองซีกของร่างกายและเริ่มเสียการทรงตัว (Bilateral mild disease with early impairment of postural stability) ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีลักษณะที่เด่นแยกจากระยะที่ 2 อย่างชัดเจนอย่างชัดเจน คือ ผู้ป่วยจะมีอาการชัดเจน กล่าวคือเสียการทรงตัวในขณะที่เดินหรือเคลื่อนไหวในระยะแรกของระยะนี้ ผู้ป่วยอาจพบว่าตัวเองมีความไม่มั่นคงในการเดิน และขาดความ

มั่นใจในการก้าวเท้าเดินโดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะหมุนตัว ในรายที่เป็นมากขึ้น พบว่าผู้ป่วยมักล้มบ่อย ทำให้ขาดความมั่นใจ หรือลังเลในการก้าวเดิน (hesitation) หรือก้าวเดินไม่ออก จนต้องยืนแข็ง (freezing) หรือเดินแบบซอยเท้าถี่ ๆ (festination) หรือเดินตัวเหียง (pulsion) เกิดขึ้นได้ในระยะที่ 3 นานประมาณ 7 ปี ผู้ป่วยในระยะนี้ยังช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้

ระยะที่ 4 อาการของโรครุนแรงและต้องได้รับการช่วยเหลือ (Severe disease requiring considerable assistance) ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น จนต้องได้รับความช่วยเหลือด้านการดูแลตนเองและการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ จากผู้อื่น เช่น การเดิน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร ตลอดจนการทำความสะดวกสบายร่างกาย ผู้ป่วยจะอยู่ในระยะนี้นานประมาณ 9 ปี

ระยะที่ 5 ระยะสุดท้ายต้องนอนอยู่กับเตียงหรือรถนั่ง (Confinement to bed or wheelchair unless aided) เป็นระยะสุดท้ายของโรค คือ ผู้ป่วยจะไม่สามารถเดินได้เอง ต้องนอนติดเตียง หรืออาศัยรถเข็น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะผอมเนื่องจากขาดสารอาหารต่าง ๆ และน้ำ บางรายอาจเกิดแผลกดทับ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบจากการสำลักน้ำและอาหาร การอักเสบของแผลกดทับ ภาวะทุโภชนาการ จนผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด ผู้ป่วยจะสามารถอยู่ได้ในระยะนี้โดยประมาณได้ถึง 14 ปี ถ้าได้รับการดูแลอย่างดี

3.3.2 ผลกระทบของโรคพาร์กินสัน

โรคพาร์กินสันเป็นความเสื่อมของระบบประสาทที่พบมากที่สุดในช่วงอายุ โดยพบได้ร้อยละ 15 ของผู้ที่มีอายุระหว่าง 65 ปี ถึง 74 ปี และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป ซึ่งในวัยชราเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยในระบบต่าง ๆ ทางร่างกายและจิตใจ การเจ็บป่วยก็จะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นเป็นทวีคูณการเจ็บป่วยเป็นพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทซึ่งจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการดำเนินของโรค ผู้ป่วยไม่เพียงถูกคุกคามจากอาการต่าง ๆ ของโรคเพียงเท่านั้น แต่ผลของการรักษายังส่งผลกระทบต่อภาวะ ทางกาย จิตใจ สังคมและ เศรษฐกิจ ของผู้ป่วย และครอบครัว (Weiner et al., 2002) ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.3.2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

อาการในระยะเริ่มแรก (Early Symptoms) อาการช่วงนี้จะเป็นอาการนำซึ่งยังไม่สามารถเห็นได้ชัดอาจยังไม่มีอาการสั่น อาการนำของโรคพาร์กินสันที่พบบ่อยคือปัญหาเรื่องการดมกลิ่นและการรับรสที่เสียไป ซึ่งอาการเหล่านี้มาก่อนปัญหาการเคลื่อนไหวได้นานถึง 6 ปี โดยมากกว่าแพทย์จะแน่ใจและวินิจฉัยรู้ว่าเป็นโรคพาร์กินสันได้ก็อยู่ในระยะกลางที่มีอาการเด่นชัดแล้ว จึงต้องเป็นแพทย์เฉพาะทางระบบประสาทเท่านั้นจึงสามารถตรวจพบโรคในระยะนี้ได้ อาการระยะแรกที่สังเกตพบได้คือ สีหน้าที่เฉยเมย ตาไม่กระพริบ เดินไม่แกว่งแขน เดินหลังค่อม ปวดเกร็งบริเวณไหล่ เดินช้า เริ่มก้าว

เดินลำบาก เดินขาลากข้างใดข้างหนึ่ง เสียงพูดจะเบาลง มีความรู้สึกสั่นข้างในตัว (Internal tremor) ในช่วง 1-2 ปีแรกอาการสั่นจะสั่นในขณะที่มืออยู่เฉยเริ่มที่ปลายนิ้ว สั่น เหมือนปั่นยาลูกกลอน (Pill-Rolling Tremor) มือหรือเท้าสั่นขณะเดิน โดยเฉพาะเกิดขึ้นข้างใดข้างหนึ่ง อาการสั่นอาจเกิดขึ้นที่ริมฝีปาก หรือคาง

มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้ออ่อนเพลีย (Excessive Fatigue) อาการปวดด้านใดด้านหนึ่ง อาจเริ่มจากการปวดต้นคอ ไหล่ แขน ขา และหลังส่วนล่าง เมื่อไปตรวจกับแพทย์ทั่วไปจะเข้าใจผิดว่าเป็นโรคทางระบบกระดูก มีอาการขาปลายนิ้ว เป็นตะคิวที่บริเวณเท้า และอารมณ์ความรู้สึก ตื่นเต้นมีผลกระทบต่ออารมณ์มีเพศสัมพันธ์เนื่องจากผู้ป่วยกลัวว่าจะกระตุ้นให้ตนมีอาการสั่นเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันที่แสดงอาการรุนแรงและรักษาที่ไม่หายขาด ทำให้เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน มักเกิดความรู้สึกสูญเสียและซึมเศร้า (Reactive depression or secondary depression) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน หลังจากนั้นผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการการรักษาบางคนมีอาการวิตกกังวลรุนแรง (Panic attack) และกลัวการเข้าสังคม (Social phobia) จึงต้องได้รับการรักษาอาการวิตกกังวลร่วมด้วย

อาการระยะกลาง (Moderate Parkinson's disease) ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการสั่นเห็นได้ชัด บริเวณปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า หรือริมฝีปาก อาการสั่นอาจเริ่มจากด้านบนซีกขวา คือเริ่มสั่นด้านขวา มือขวาแล้วสั่นที่เท้าขวา อาการสั่นจะมีมากขึ้นเมื่อมีภาวะเครียดหรือเหนื่อยล้า ภาวะทางอารมณ์ จิตใจมีผลต่อการสั่น เวลาตื่นเต้น โกรธ วิตกกังวล เหนื่อย หรืออารมณ์เพศจะกระตุ้นให้อาการสั่นรุนแรงมากขึ้น ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการเกร็งบริเวณลำตัวมากขึ้น เดินตัวแข็งทื่อ และผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่เริ่มเป็นระยะกลางจะเดินแบบซอยเท้าถี่ ๆ และเดินในลักษณะโน้มตัวไปข้างหน้า แขนข้างที่มีอาการมักไม่แกว่ง มักมีปัญหาในการเดินก้าวแรกยาก เวลากลับตัวจะกลับทั้งตัวขณะเดิน พร้อมกับซอยเท้าถี่ ๆ อาการปวดมากขึ้นบริเวณคอและหลังมักปวดร้าวไปที่ไหล่และสะโพก ทำให้เดินตัวองแข็งทื่อและเคลื่อนไหวช้าเนื่องจากอาการปวดเกร็งของกล้ามเนื้อ การเป็นตะคิวจะเป็นบ่อยขึ้นโดยเป็นทั้งที่ขาและเท้าเกิดจากอาการเกร็งกล้ามเนื้อทำให้เท้าผิดรูป ทำให้เดินลำบาก ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดมากเวลาเดิน

การเคลื่อนไหวจะช้าและยากลำบากมากขึ้น การทรงตัวไม่ดีก้าวเดินลำบากเสียงต่อการล้ม มือหยิบจับสิ่งของได้ลำบากยิ่งขึ้นเขียนหนังสือตัวเล็กกลางจนเขียนหนังสือไม่เป็นตัวและเขียนไม่ได้เลย (Micrographia) ผู้ป่วยที่เป็นโรคพาร์กินสันระยะเวลานานมักจะมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร เช่น พูดลำบาก พูดเร็วเร็ว น้ำเสียงมีระดับเดียวไม่มีเสียงสูงต่ำ (monotonous) พูดออกมาเป็นชุด ๆ สั้น ๆ ถี่ ๆ

ทำให้ผู้ฟังรำคาญและไม่อยากฟัง ผู้ป่วยจะมีความคับข้องใจที่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้ การมีหน้าที่เฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ ทำให้เข้าสังคมแล้วเพื่อนบอกว่าไม่สนุกเหมือนเดิม ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการกลืนยากและมีน้ำลายไหล ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลกับอาการต่าง ๆ อาจแยกตัวไม่เข้าสังคม และเกิดภาวะซึมเศร้าได้

นอกจากนี้เริ่มมีความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุม ระบบย่อยอาหาร การควบคุมอุณหภูมิ ระบบฮอร์โมน และต่อมต่าง ๆ จึงเริ่มมีอาการ ท้องผูกมากขึ้น เนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง แต่อาจมีอาการท้องเสียจากผลข้างเคียงของยา Comtan หรือ Tasmar (COMT inhibitors) หรือจากการที่ท้องผูกอย่างมาก ร่างกายจะพยายามขับอุจจาระเดิมออกมา โดยการขับอุจจาระที่เป็นน้ำออกมาก่อน จึงมีอาการท้องเสียเกิดขึ้นได้ ซึ่งอาการท้องเสียแบบนี้เรียกว่า Overflow incontinence แก้ไขอาการได้โดยนำอุจจาระที่ค้างอยู่ออกมาให้หมด นอกจากนี้ ปัญหาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์เกิดจากการมีความบกพร่องของการเคลื่อนไหวร่างกาย การเปลี่ยนท่าทางที่มีความยากลำบากมากขึ้นและเมื่อมีความรู้สึกตื่นเต้น อาการสั่นจะรุนแรงมากขึ้น

ในขณะนี้จะเริ่มมีอาการคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ในบางครั้ง บางครั้งเหงื่อเริ่มออกมากเวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ ผู้ป่วยจะมีอาการร้อนที่ผิวหนังและผิวจะเป็นผื่นสีแดง ผิวหนังบริเวณหน้าผาก จมูกและปากจะมัน ตกสะเก็ด และมีสีแดง กลางคืนผู้ป่วยจะเริ่มนอนไม่หลับจากอาการเกร็งปวดกล้ามเนื้อหรืออาการสั่นทำให้ต้องตื่นเป็นช่วง ๆ ในเวลากลางคืน บางครั้งนอนไม่หลับอาจมีสาเหตุผลข้างเคียงของยาที่รักษาโรคบางตัวเช่นยา Carbidopa หรือ Levodopa ทำให้ง่วงและนอนในตอนกลางวัน ส่งผลให้นอนไม่หลับในตอนกลางคืน นอกจากนี้อาจเริ่มมีอาการยุกยิกร่างกายไม่อยู่นิ่ง (Internal restlessness) จะเคลื่อนไหวตลอดเวลา นั่งไม่ได้ ยืนไม่ได้ ตัวจะโยกเยก ขยับไปมาตลอดเวลาซึ่งอาจมีผลจากการออกฤทธิ์ของยาที่ไม่สม่ำเสมอ

อาการระยะสุดท้าย (Advanced Parkinson's disease) อาการนี้จะเป็นต่อเมื่อเป็นโรคนี้มานาน 9-10 ปี อาจถึง 15 ปี หรือมากกว่านั้น ระยะนี้อาการทุกอย่างจะรุนแรงมากขึ้นเริ่มมีความพิการบางอย่างเกิดขึ้น เริ่มมีภาวะแทรกซ้อนจากปอดอักเสบ หรือการล้ม อาการปวดกล้ามเนื้อจะรุนแรงมากขึ้นตัวแข็ง ลุกจากเตียงยากลำบากในตอนเช้า ความดันโลหิตต่ำอาจมีอาการหน้ามืดเวลาลุกขึ้นจะล้มง่าย ความคิดความจำเริ่มเสื่อม และมีปัญหาพฤติกรรม ปัญหาการสื่อสาร ผู้ป่วยจะพูดแทบไม่มีเสียงพูดไม่ชัด พูดเร็ว จนผู้อื่นฟังไม่สามารถจับใจความได้ และคิดไม่ออกว่าจะเริ่มพูดอะไรต่อไป ผู้ป่วยจะไม่สามารถเขียนหนังสือได้

ผู้ป่วยพาร์กินสันจะเคลื่อนไหวช้าลงทำอะไรได้ช้าลง มักมีอาการเวลาเช้าหรือเวลาที่ระดับยา ลดต่ำลง ทำให้เกิดปัญหาเรื่องพลิกตะแคงตัวไม่ได้ทำให้ต้องนอนอยู่ในท่านั้นนาน ๆ เกิดการปวดเมื่อย และแผลกดทับ ใช้มือได้ไม่คล่องอาจเนื่องจากอาการแข็งเกร็งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นกับแขนข้างเดียวกับ ข้างที่มีอาการสั่น อาการนี้ทำให้เกิดความลำบากกับผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะการทำงานที่ใช้ความ ละเอียดจะทำได้ยากขึ้น เช่น ตีตกระทบเคาะ การเคลื่อนไหว และการทำกิจวัตรประจำวันได้ช้าลงมาก หรืออาจทำได้ยากลำบากมากขึ้น เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร อาการที่ทำให้ผู้ป่วยมัก รู้สึกไม่สุขสบาย คือผู้ป่วยพาร์กินสันมักมีอาการปวดเมื่อย อาการชา และอาการปวดแสบปวดร้อนได้ อาการปวดอาจเกิดจากการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อโดยเฉพาะที่แขนขาหรือเท้า หรืออาการปวดในช่วง ยาหมดฤทธิ์ แต่ถ้าปวดในช่วงที่ระดับยาสูงสุด (Peak-Dose Pain) เช่น มีอาการยุกยิก อาการปวด ที่รุนแรงที่เกิดขึ้นขณะที่กล้ามเนื้อหดเกร็งมาก เรียกว่า ดิสโตเนีย (Dystonia) มีปัญหาการนอนไม่หลับ หลับไม่สนิท นอนหลับแล้วตื่นขึ้นมากกลางดึกแล้วไม่สามารถหลับต่อได้ หรือนอนหลับทั้งวันไม่ตื่นมา ทำกิจกรรมอะไรเลย ง่วงนอนตลอดเวลา มีอาการหลับทันทีทันใด

การเกิดความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติของระบบทางเดินปัสสาวะได้แก่ ปัสสาวะ ไม่ออก ปัสสาวะไม่สุด และ ปัสสาวะออกช้า ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้สูง ปัญหา ท้องผูกจะรุนแรงมากขึ้น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงอย่างมาก มีปัญหาการมี เพศสัมพันธ์จากการเคลื่อนไหวร่างกายที่ยากลำบากมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องการกลืนลำบากจึง รับประทานอาหารช้าลง มีน้ำลายไหลมากขึ้น มีความรู้สึกว่ามีก้อนอะไรมาจุกอยู่ที่ลำคอ และลำบาก มากที่จะกลืนลงไป อาจเป็นสาเหตุทำให้สำลักอาหารเข้าสู่ปอด ทำให้เกิดปอดอักเสบได้ น้ำหนักลด จากปัญหาการกลืนลำบากทำให้รับประทานอาหารได้น้อย

ผู้ป่วยจะมีปัญหาการทรงตัว มีอาการแข็งเกร็งก้าวเดินไม่สะดวก ทำให้ผู้ป่วยไม่มั่นใจใน การเดิน และกลัวการพลัดตกหกล้ม การทรงตัวไม่ดีทำให้เกิดอุบัติเหตุหกล้มได้สูง การหกล้มก่อให้เกิด การบาดเจ็บ การหักของกระดูกสะโพก กระดูกสันหลัง กระดูกข้อมือ ศรีษะแตก ส่งผลกระทบต่อ ทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัวการล้ม และนำไปสู่การเคลื่อนไหวที่ลดลง การสูญเสียความ มั่นใจในการประกอบกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้การหกล้มยังมีผลต่อคุณภาพชีวิต การดำเนิน ชีวิตประจำวัน อายุขัย ความพิการ และการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันอีกด้วย (Bloem et al., 2003 อ้างใน บุษบา วงศ์ชัยชนะ, 2550) อาการสั่นจะรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาดูแลตัวเอง ดีจะมีอาการไม่รุนแรงและมีชีวิตยืนยาวต่อไป แต่ผู้ป่วยบางรายที่ใช้ยามานานก็มีการตอบสนองต่อยา ไม่ดี อาจต้องใช้การผ่าตัดมารักษาาร่วมด้วย ปัจจุบันนิยมทำผ่าตัด Deep brain stimulation

3.3.2.2 ผลกระทบด้านจิตใจ ผลของความเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันทำส่งผลให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม กระทั่งต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นภาระแก่บุคคลในครอบครัว เสียค่าใช้จ่ายสูง มีความรู้สึกกลัว และมีความรู้สึกไม่แน่นอนกับการจัดการอาการที่เกิดขึ้น คุณภาพชีวิตลดลง มีความรู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองต่ำ

ภาวะซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยบางคน พบได้ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยพาร์กินสัน อาการที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเศร้าและไม่อยากทำกิจกรรมใด ๆ ตลอดวัน ในระยะท้ายของโรคซึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่นผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมากที่สุดคือความรุนแรงของโรค รองลงมาคือผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น มีอาการยุกยิก และสุดท้ายคือภาวะซึมเศร้ามากจนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (Findley et al., 2002 อ้างใน บุญภา วงศ์ชัยชนะ, 2550)

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพาร์กินสัน เริ่มจากการได้รับทราบการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน (Reactive depression or secondary depression) เป็นสิ่งที่ยากสำหรับผู้ป่วยที่จะยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งถือเป็นการเผชิญกับภาวะคุกคามที่ร้ายแรงเกี่ยวกับสุขภาพของตน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกซึมเศร้าและโศกเศร้าที่ตนเองต้องมาเจ็บป่วย ชีวิตที่หวังไว้ในอนาคตที่จะได้พักผ่อนและมีความสุขในวัยสูงอายุก็ต้องเปลี่ยนมาใช้เวลาที่เหลือในการดูแลสุขภาพ

ภาวะซึมเศร้าจะรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จากอาการของโรคที่รุนแรงและทรุดลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วย ลักษณะภาวะซึมเศร้าจะแสดงออกถึงความรู้สึกเสียใจ และ สิ้นหวัง ต่อมาจะรู้สึกกลัว กังวล สับสน ตัดสินใจไม่ได้ เมื่อมีอะไรมากระทบกระเทือนจิตใจเพียงเล็กน้อยก็จะทนไม่ได้จะแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรง นอนไม่หลับ หรือพักผ่อนน้อย ความรู้สึกอยากรับประทานอาหารอาจลดลง หรือเพิ่มขึ้น และรู้สึกเจ็บปวดโดยไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งความรู้สึกต่าง ๆ จะรุนแรงขึ้นตามอาการของโรคที่เพิ่มขึ้น และความรู้สึกนี้จะค่อย ๆ ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป

อาการของโรคทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ภาพลักษณ์ บทบาททางสังคม เปลี่ยนไป และภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น แม้ว่าจะเป็นกิจกรรมที่ง่าย ๆ แต่ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยความยากลำบาก ผู้ป่วยต้องใช้เวลาและพลังงานมากกว่าปกติ จึงทำให้รู้สึกหงุดหงิด โกรธ คับข้องใจเกิดขึ้น ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคมมากขึ้น หน้าจะเฉยเหมือนใส่หน้ากาก ไม่สามารถแสดงออกถึงอารมณ์ ความรู้สึกผ่านทางสีหน้าได้ จะมีอาการพูดลำบาก พูดเบาเสียง พูดเร็ว น้ำเสียงมีระดับเดียวไม่มีเสียงสูงต่ำ พูดเป็นชุด ล้น ๆ ถี่ ๆ ทำให้ผู้ฟังไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดจนเกิดความรำคาญ และไม่ยอมฟัง ผู้ป่วยอาจเกิดความคับข้องใจที่ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจในสิ่งที่ตนเองต้องการ

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการรับรู้ว่าเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาทมักทำให้เกิดตกใจกลัวและโศกเศร้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหมัดกำลังใจและคับข้องใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น ที่ไม่สามารถควบคุมการทำงานของร่างกายได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม ความรู้สึกซึมเศร้าจะรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จนกลายเป็นความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกไม่สามารถช่วยอะไรได้ และมีความรู้สึกว่าตนเองลดต่ำลง ซึ่งอาจทำให้รับประทานอาหารไม่ได้และนอนไม่หลับ ทางแพทย์เชื่อว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคพาร์กินสันอาจมีภาวะซึมเศร้าจากสาร Serotonin ในสมองที่ลดน้อยลงซึ่งสามารถรักษาได้ด้วยยา

พบว่าประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยพาร์กินสันมีทุกข์ทรมานใจ จากความวิตกกังวล เครียดง่าย สับสน ขาดสมาธิ ความวิตกกังวลอาจเกิดร่วมกับภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย ความพิการ การไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เมื่อมีอาการกำเริบ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำงาน การเข้าสังคม และการเผชิญกับสภาวะแวดล้อมที่กดดันทางสังคม ภาวะเครียดต่าง ๆ เช่น การขับรถ สร้างความกดดันทางจิตใจของผู้ป่วยให้เพิ่มมากขึ้น เมื่อมีความวิตกกังวลรุนแรงมากอาจเกิดอาการถึงขั้นกลัวสุดขีด (Panic attack) ขึ้นได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาได้ด้วยยาคลายกังวลร่วมด้วย และพบว่าประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยพาร์กินสันจะมีความรู้สึกเหนื่อยล้าอ่อนแรง (Fatigue) จากภาวะการสูญเสียหน้าที่ทางกาย มีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ลดลงตามความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยจะมีอาการง่วงนอน และนอนหลับเป็นช่วง ๆ ในเวลากลางวัน เนื่องจากร่างกายต้องใช้พลังงานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้นกว่าเดิม การถูกรบกวนการนอนหลับจากอาการของโรคทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนล้าหมดแรง แพทย์อาจต้องให้ยานอนหลับเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ในเวลากลางคืน

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เป็นพาร์กินสันต้องได้รับการรักษาโรคในระยะเวลานานอย่างต่อเนื่องและต้องเพิ่มระดับยาตามความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้น ยาบางตัวจะมีผลต่อภาวะทางจิตประสาทและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอาการทางจิตประสาทต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอาจมีผลกระตุ้นเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรงยิ่งขึ้น เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ และกระดูกสะโพกหัก

ผู้ป่วยบางรายมีอาการฝันร้าย และ ฝันที่เหมือนเป็นเรื่องจริง (Vivid dream and nightmare) ในขณะที่รู้สึกถึงหลับกึ่งตื่นผู้ป่วยอาจพูดตะโกนเสียงหรือร้องเอะอะโวยวายโดยไม่รู้ตัวเหมือนตนอยู่ในเหตุการณ์จริง อาจลุกพรืดพาดเดินออกจากบ้านไปหรือทำอะไรไปโดยไม่รู้ตัว ทำให้รบกวนคนในครอบครัวที่นอนด้วย แพทย์ต้องพิจารณาปรับยาลดที่รักษาโรคบางตัวเพื่อลดอาการดังกล่าว ในผู้ป่วย บางรายอาจเกิดอาการประสาทหลอน (Hallucination) มองเห็นคนหรือสิ่งของที่ไม่มีอยู่จริง

บางอย่างแล้วมีพฤติกรรมแปลก ๆ ซึ่งอาจเป็นอันตรายได้ ยาที่ใช้รักษาอาการพาร์กินสันบางชนิดจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนขึ้นได้ บางครั้งจะเห็นผู้ป่วยพูดคนเดียว หรือพูดกับวัตถุต่าง ๆ เพราะเห็นว่าเป็นคน บางคนหวาดระแวงเห็นเงาก็คิดว่ามีคนแปลกหน้าเข้ามาในบ้าน อาการนี้จะรบกวนผู้ป่วย และ ทำให้ผู้ป่วยวุ่นวายสับสน ผู้ดูแลต้องช่วยสังเกตและบันทึกอาการและเล่าให้แพทย์ ผู้รักษาฟังจะได้ช่วยแก้ไขอาการดังกล่าวได้ หรือมีอาการหลงผิด(Delusion) ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในระยะท้าย ๆ ที่ได้รับการรักษาด้วยยามานานหลายปีอาจมีอาการหลงผิด มีความคิดความเชื่อผิด ๆ มักเอาเงินไปแจกคนอื่น ใช้เงินฟุ่มเฟือยไม่รู้ตัวบางที ขโมยเงินของภรรยาไปใช้ไม่โดยบอกกล่าว บางคนมีความรู้สึกหวาดระแวงไม่ปลอดภัย ไม่เชื่อใจผู้อื่น (Paranoid delusions) อาการผิดปกติทางจิตหรือพฤติกรรมในผู้ป่วยบางรายนี้อาจเกิดจากการได้รับยาที่มีปริมาณสูงเกินไปในเวลานาน (dopamine overstimulation) แพทย์ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการให้ยาที่เหมาะสมเพื่อลดอาการดังกล่าวลง

3.3.2.3 ผลกระทบด้านสังคม

จากปัญหาทางกาย เช่น อาการสั่น มีความผิดปกติเกี่ยวกับสีหน้าท่าทาง และ การเคลื่อนไหวต่าง ๆ และไม่สามารถแสดงออกถึงอารมณ์ความรู้สึกผ่านทางสีหน้าได้ มีปัญหาการพูด พูดเบาลง ทำให้ผู้ฟังไม่เข้าใจ ส่งผลให้เกิดปัญหาเรื่องการสื่อสารตามมา การไปพบปะเพื่อนในสังคมลดน้อยลง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถแสดงออกความรู้สึกต่าง ๆ ไม่สามารถโต้ตอบการสนทนาได้เหมือนเดิม ทำให้ไม่สนุก ผู้ป่วยจะลดการเข้าสังคมและเลือกพบแต่เพื่อนที่สนิทเท่านั้น

ผู้ป่วยพาร์กินสันบางรายที่ต้องทำงานต้องพบปะผู้คนในสังคม จะรู้สึกลำบากใจ รู้สึกว่าตนถูกมองว่าผิดปกติ มักขาดความมั่นใจ โดยเฉพาะการพูดคุย จะทำได้ยากลำบากขึ้น การไม่สามารถปกปิดอาการทางกายได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวลในการทำงานที่ต้องพบปะผู้คนในที่สาธารณะ กลัวการเข้าสังคม (Social phobia) และต้องออกจากงานก่อนเวลาเกษียณ เนื่องจากอาการของโรครุนแรงขึ้น ผู้ป่วยพาร์กินสันบางรายที่ไม่สามารถทำกิจกรรมทางสังคมได้ก็จะอยู่เฉย ๆ ทั้งวัน ไม่อยากทำอะไร (Apathy) แยกตัวไม่เข้าสังคม อาจเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้

3.3.2.4 ผลกระทบจากการรักษาด้วยยาของโรคพาร์กินสัน

การรักษาโรคพาร์กินสันในปัจจุบันเป็นการรักษาด้วยยาหลายตัวร่วมกัน เพื่อรักษาให้ระดับยาสม่ำเสมอ เพราะถ้ายามีระดับขึ้นลงเป็นช่วงจะทำให้เกิดการตอบสนองของยาไม่สม่ำเสมอขึ้นได้นอกจากยาจะมีผลดีต่อการรักษาโรคพาร์กินสันแล้วยาที่ใช้รักษาอาจมีผลข้างเคียงที่ไม่พึงปรารถนาต่อตัวผู้ป่วยได้มากมาย โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ เช่น อาการข้างเคียงจากยาลีโดโดปา อาจจะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือ ยาที่ทำหน้าที่แทนโดปามีน (Dopamine Agonists) และออก

ฤทธิ์นานกว่าลีโวโดปา ได้แก่ พรามิเพซอล (Pramipexole) เพอโกไลด์ (Pergolide) โบโรโมคริปทีน (Bromocriptine) และพิริเบดิล (Piribedil) จะมีอาการข้างเคียง ได้แก่ อาการง่วงนอน อาการหลับทันที (Sleep Attacks) อาการแขนขาบวมอาจพบในผู้สูงอายุได้มากขึ้นเนื่องจากมีระบบไหลเวียนของเลือด และหัวใจที่ไม่ดีอยู่แล้ว อาการเห็นภาพหลอน มักมีปัญหานี้ในผู้สูงอายุที่มีอาการหลงลืม ส่วนยาคอมแทน (COMTAN) ทำให้โดรปามีนออกฤทธิ์ได้นานขึ้น อาจมีอาการยุกยิก ทำให้ผู้ป่วยมีปัสสาวะสีเข้ม หรือมีอาการท้องเสียได้

ยาเซเรจีลีน ทำให้โดรปามีนอยู่ในร่างกายนานขึ้น อาจทำให้เกิดอาการเห็นภาพหลอน ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาในเรื่องความจำ

ยากลุ่มแอนตี้โคลีเนอร์จิก ช่วยลดอาการสั่น แต่ไม่ช่วยเรื่องการเคลื่อนไหวช้า มีผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่นปัญหาในเรื่องความจำ หลงลืม ปัสสาวะลำบาก ตาพร่ามัว และปากคอแห้ง

ยาหมดฤทธิ์ก่อนที่จะถึงยามื้อต่อไป (Early Wearing Off) มักเกิดเมื่อเป็นโรคมาระยะเวลานานมาก หรือ ความรุนแรงของโรคมากขึ้น คือ จะมีอาการของโรคเกิดขึ้นก่อนจะรับประทานยามื้อต่อไป

อาการยุกยิกเป็นอาการเคลื่อนไหวผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยจะมีอาการแตกต่างกันในแต่ละคน บางคนอาจมีอาการแขนขาขยับเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการยุกยิกในลักษณะลำตัวส่ายไปมาเวลาพูดหรือบางคนจะมีลักษณะอาการยุกยิกมากจนคล้ายคนกำลังรำละคร อาจเกิดเฉพาะบางส่วนหรือทุกส่วนของร่างกายก็ได้ เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันนานขึ้น จะมีอาการยุกยิกได้มากขึ้น บางรายอาจเป็นมากจนทำให้ผู้ป่วยปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

3.4 การรักษาโรคพาร์กินสัน

3.4.1 การรักษาโรคพาร์กินสันด้วยยา

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันต้องได้รับการรักษาในระยะยาวโดยการรับประทานยา (Levodopa, MAO, COMT, Vitamin E) (Miller, 2002) ปัจจุบันนิยมการรักษาด้วยยาหลายกลุ่มร่วมกันขึ้นอยู่กับการและระยะของโรคในผู้ป่วยแต่ละรายสำหรับผู้สูงอายุต้องระวังเรื่องผลข้างเคียง และการเพิ่มขนาดของยาต้องค่อย ๆ เพิ่มขนาดของยาให้พอเหมาะที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2549) การรักษาด้วยยาในระยะเรื้อรังอาจเกิดการตอบสนองต่อยาลีโวโดปาที่เปลี่ยนไป ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ายาหมดฤทธิ์เร็ว มีอาการแข็งเกร็งทันทีเมื่อยาหมดฤทธิ์ หรือมีอาการแขนขาบิดไปมาหลังรับประทานยา หรือก่อนหมดฤทธิ์ยา บางครั้งอาจเกิดผลข้างเคียงจากยา เช่น อาการท้องผูก ความดันโลหิตต่ำ มีอาการสับสน เห็นภาพหลอน เป็นต้น การรักษาผู้ป่วยในระยะยาวนั้นต้องอาศัยความชำนาญของแพทย์ ความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ซึ่งต้องคอยปรับเปลี่ยนยาไปตามอาการของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในแต่ละราย

ความหมายของลักษณะอาการตอบสนองต่อยาเกินในการรักษาโรคพาร์กินสัน

On time หมายถึง ช่วงที่มีการตอบสนองที่ดีต่อยา ในช่วง on time ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะมีอาการสั่นน้อยลง แข็งน้อยลง และเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น

Off time หมายถึง ช่วงที่ไม่ตอบสนองต่อยาหรือยาหมดฤทธิ์ ในช่วง off time ผู้ป่วยจะมีอาการสั่น แข็งเกร็ง และเคลื่อนไหวได้ช้า

Dose failure หมายถึง การไม่มีช่วง หลังจากได้รับประทานยาในกลุ่ม Dopaminergics

Delay on หมายถึง ใช้เวลานานกว่าปกติก่อนที่จะมีเกิด On time

Wearing off period หมายถึง ช่วงเวลาที่ลักษณะอาการที่เพิ่มขึ้นหลังจากยาพาร์กินสันหมดฤทธิ์ลง ซึ่งมักจะเกิดอาการในช่วงเวลาใกล้ ๆ ที่จะรับประทานยาในครั้งถัดไป Motor fluctuations ซึ่งหมายถึงการตอบสนองต่อยาที่ไม่สมบูรณ์

อาการยุกยิก (Dyskinesia) คือ การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เนื่องจากได้ยาในกลุ่ม Dopaminergics โดยเฉพาะกลุ่มยาโดปามีนโดป้า อาการยุกยิกส่วนมากมักเกิดระหว่างเวลาที่ให้ยา Levodopa ซึ่งเรียกว่า peak dose dyskinesia พบได้บ่อยที่สุด อีกกรณีหนึ่งอาการยุกยิกเกิดขึ้นเร็วหลังได้รับประทาน ยาจาก Levodopa และก่อนรับประทานยามื้อถัดไป (Diphasic dyskinesia) (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, 2550)

3.4.2 การรักษาโรคพาร์กินสันด้วยการผ่าตัด

ในรายที่มีการตอบสนองต่อยาไม่ดีพออาจต้องใช้ในการผ่าตัดรวมด้วย (Thalamotomy, Pallidotomy, Deep Brain Stimulation) เนื่องจากโรคพาร์กินสัน เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาทที่เป็นไปอย่างต่อเนื่องอาการของผู้ป่วยจะเป็นไปอย่างช้า ๆ อาการ Motor Fluctuation ซึ่งสามารถรักษาได้ด้วยการปรับยาเมื่อผ่านไประยะหนึ่ง ผู้ป่วยจะมีอาการที่เพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ว่าจะได้พยายามปรับยาอย่างเต็มที่แล้ว ลักษณะอาการที่พบได้บ่อย คือ การที่ใช้เวลาที่ยาหมดฤทธิ์ (Off) ที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และไม่สามารถคาดคะเนได้ สลับกับอาการยุกยิก ที่มีความรุนแรงมากขึ้น และระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์ (On) ที่สั้นลงเรื่อย ๆ ผู้ป่วยในลักษณะนี้ อาจสามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัด

3.4.3 การรักษาโรคพาร์กินสันด้วยการปลูกถ่ายเซลล์

ในปัจจุบันการรักษาโรคพาร์กินสันด้วยการปลูกถ่ายเซลล์เป็นเรื่องที่กำลังศึกษาวิธีที่อยู่ระหว่างการทดลองคือการปลูกถ่ายเซลล์ (Adrenal implant, fetal implant, stem cell transplant) ซึ่งการรักษาด้วยวิธีนี้มีผลข้างเคียงอาจทำให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการยุกยิกเพิ่มขึ้น หรือถ้าเซลล์แบ่งตัวผิดปกติอาจเกิดเป็นเซลล์มะเร็งได้ จึงต้องศึกษาเพิ่มเติมเพื่อความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วยต่อไปในอนาคต (Tarsy, 2002; Mauk, 2006)

3.5 แนวทางการให้การพยาบาล

พยาบาลประเมินค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและวางแผนปฏิบัติการกรรมการพยาบาล และแผนการสอน ตามปัญหาดังนี้ (Burke and Laramie, 2004)

1) ประเมินความรู้ของผู้ป่วย และครอบครัวในเรื่องประสบการณ์ (Experiences) และการเข้าใจผิด (Misconceptions) เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน ค้นหาสิ่งที่เกี่ยวข้องในเรื่องการรักษาและผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว อธิบายถึงอุบัติการณ์ สาเหตุ และพยาธิสภาพ การเกิดโรค รวมทั้งอาการของโรคตั้งแต่เริ่มต้นจนระยะสุดท้าย และเรื่องการรักษา รวมทั้งการรับประทานยา รวมทั้งผลข้างเคียงจากการใช้ยา ให้ข้อมูลในเรื่องแหล่งความรู้และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และแนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรค และการรักษา ประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วย และสอนวิธีการแก้ไขตามความต้องการการดูแล

2) ประเมินปัญหาข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพราะเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาโรคพาร์กินสันเช่นเดียวกับยา รวมทั้ง ส่งเสริมให้ผู้ป่วย ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมมากกว่าหนึ่งอย่างในเวลาเดียวกัน หลีกเลี่ยงเกิดความเครียด ความวิตกกังวล เนื่องจากจะกระตุ้นให้เกิดอาการสั่นมากขึ้นได้ ถ้ามีอาการสั่นมาก แนะนำให้ผู้ป่วย กดมือข้างที่สั่นไว้กับลำตัว ขา เข่าอู้นั่งอยู่ หรือกำลูกบอล และหลีกเลี่ยงการใช้ยาและสารเคมีที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคพาร์กินสัน เช่น ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าวัชพืช ยาทางจิตเวช

พยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องการรับประทานยาจำกัดโปรตีนขณะรับประทานยาเนื่องจากจะลดการดูดซึมของยาได้ ถ้าผู้ป่วยได้รับยาที่มี Decarboxylase inhibitor ควรดยาที่มีวิตามินรวม และอาหารที่มี วิตามินบี 6 เช่น เนื้อ นม ไข่ และ ห้ามรับประทานยา phenothiazines เพราะจะขัดขวางการออกฤทธิ์ของสาร dopamine เน้นเรื่องปัญหาการรับประทานยาให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดเพื่อการตอบสนองยาที่ดีอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการออกฤทธิ์ของยาไม่ควรเพิ่มหรือลดยาด้วยตนเอง รวมทั้งให้สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น อาการสับสน ประสาทหลอน หรือเพิ่มปัญหาเรื่องความทรงจำ และประเมินประสิทธิภาพของยาที่มีผลต่ออาการเกร็ง สั่น และการเคลื่อนไหวช้า

3) ประเมินปัญหาเกี่ยวกับการพูด พยาบาลควรส่งเสริม กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วย ฝึกออกเสียงพูดด้วยการใช้ Diaphragmatic speech โดยหายใจเข้าก่อนพูดให้อ่านหนังสือออกเสียงดังให้ชัดเจน ทำกิจกรรมออกเสียง เช่น ร้องเพลง คาราโอเกะ สวดมนต์ ขณะอาบน้ำให้พูดเปล่งเสียงดัง และ แนะนำให้

ผู้ช่วยบริหารและนวดกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและลิ้น ฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อปากและลิ้น โดยการ
 อ้าปากกว้าง ทำปากจู๋ เป่าลมใส่มีด ทำลมแก้มป้องย้ายไปซ้ายขวา ออกเสียงสระ อา อี ไอ โอ อู ฝึก
 การเคลื่อนไหวของลิ้น โดยแลบลิ้นยาว ใช้ลิ้นเลียรอบริมฝีปาก เตะลิ้น ใช้ลิ้นแตะมุมปากซ้ายขวา
 สลับกัน หรือ แนะนำให้แก้ไขการพูดด้วยนักอรรถบำบัดและถ้าไม่สามารถพูดได้จริง ๆ แนะนำให้ใช้
 การสื่อสารโดยการเขียนแทน

4) ประเมินปัญหาท้องผูก พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น
 ผักผลไม้ โดยเฉพาะน้ำอุ่นจะช่วยกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหวตัวมากขึ้น หลีกเลี่ยงการดื่ม กาแฟ ชา เพราะ
 จะทำให้ท้องผูกมากขึ้น แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้อง
 ส่วนล่าง และนวดหน้าท้อง เพื่อช่วยกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหวตัวมากขึ้น ช่วยการขับถ่ายได้ดีขึ้น
 รวมทั้งติดตามประเมินอาการท้องผูกที่มีผลจากยาที่ใช้ในการรักษาและประเมินอาการท้องผูกที่มี
 อุจจาระตึกค้าง และเฝ้าระวังการอุดตันของลำไส้

5) ประเมินปัญหาการก้าวเดินติดขัด พยาบาลต้องประเมินอาการสั่น เกร็ง ตัวแข็ง ที่มีผลจาก
 ยาที่ใช้ในการรักษา สอนวิธีการลุกจากเตียงและเก้าอี้ นั่ง โดยการพลิกตัวไปมาก่อนที่จะลุกขึ้นยืน สอน
 วิธีการเริ่มเดิน เมื่อผู้ป่วยเริ่มเดินให้ยืนตัวตรงเริ่มก้าวเท้ายาว ๆ โดยใช้ส้นเท้าลงก่อน ตามด้วยฝ่าเท้า
 แกว่งแขนเวลาเดิน ถ้ามีอาการเดินชอยเท้า หรือก้าวไม่ออก ให้หยุดก่อนแล้วทำให้สบายก่อน จึงเริ่ม
 เดินใหม่ การเลี้ยวให้เลี้ยวเป็นวงกว้าง เดินตามเส้น หรือเดินยกเท้าสูงข้ามเส้น ส่งเสริมสนับสนุนให้
 ผู้ป่วยและญาติจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อความปลอดภัย ป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้มแนะนำให้
 ผู้ป่วยสวมรองเท้าพื้นยางที่ไม่ลื่น ใช้อุปกรณ์ที่ช่วยการเคลื่อนไหว เช่นไม้เท้า ไม้ค้ำยัน หรือ รถเข็นนั่ง
 ส่งเสริม กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย ฝึกการเดินอย่างสม่ำเสมอ แนะนำให้ผู้ป่วยปรึกษา
 นักกายภาพบำบัดเพื่อฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

6) ประเมินปัญหาการนอนหลับ พยาบาลต้องประเมินสาเหตุของการนอนไม่หลับว่ามาจาก
 การเปลี่ยนแปลงเมื่อสูงอายุ หรือจากยารักษาโรคพาร์กินสัน หรือจากโรค และแก้ปัญหาตามสาเหตุ
 ให้คำแนะนำในการจัดเวลานอนตอนกลางคืนโดยไม่นอนกลางวัน เพิ่มการออกกำลังกายในเวลา
 กลางวัน ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ในการช่วยให้นอนหลับ เช่น การนวด ฟังเพลง ดื่มน้ำหรือนมอุ่น ๆ
 ก่อนนอน และจัดสิ่งแวดล้อมเงียบสงบสร้างบรรยากาศที่ดีในการนอนตอนกลางคืน

7) ประเมินปัญหาเรื่องการกลืน พยาบาลต้องประเมินอาการปัญหาเรื่องการกลืน ที่มีผลจาก
 ยา ที่ใช้ในการรักษา แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีชิ้นเล็ก หรืออาหารกึ่งเหลวที่มีคุณค่า
 ทางโภชนาการครบถ้วน แคลอรีสูง ควรเป็นอาหารที่มีรสเปรี้ยว รสหวาน จะช่วยกระตุ้นการหลั่ง
 น้ำลาย แต่ไม่เป็นอาหารรสจัด เช่น เผ็ดจัด ถ้าเป็นอาหารเหลวใสจะทำให้เกิดการสำลักได้ง่าย ควรนั่ง

ศีรษะสูงขณะรับประทานอาหาร ภาชนะที่ใส่อาหารควรเป็นชามก้นลึก แก้วมีหูจับ เพื่อสะดวกและง่ายในการถือแก้วน้ำดื่ม ช้อนควรมีขนาดใหญ่เพื่อง่ายต่อการจับตักอาหาร และควรแบ่งอาหารออกเป็น 6 มื้อต่อวัน คือ มี 3 มื้อหลัก และมีอาหารว่างเนื่องจากในแต่ละมื้อผู้ป่วยจะรับประทานได้อาหารน้อย แนะนำวิธีการกลืนอาหาร โดยรับประทานครั้งละ หรือ 5-15 ซีซี วางอาหาร หรือ ยา ตรงกลางลิ้น ไม่วางอาหาร ลึกเข้าไปในปากมากเกินไป เคี้ยวอาหารให้ละเอียด ก่อนกลืนอาหาร ให้ก้มหน้า จากนั้นกลืนหายใจแล้วจึงกลืน ขณะรับประทานหลีกเลี่ยงการคุย โดยไม่จำเป็น เพราะการพูดคุย อาจเกิดการสำลักได้ จากเศษอาหารตกเข้าไปในหลอดลม

8) ประเมินปัญหาน้ำหนักเกินหรือน้ำหนักน้อยกว่าปกติ พยาบาลต้องประเมินภาวะน้ำหนัก ปริมาณนักโภชนาการ แก้ไขตามปัญหาเพิ่มการออกกำลังกายในรายที่มีปัญหาน้ำหนักเกินวางแผนระยะยาวในการดูแลปัญหาเรื่องน้ำหนัก

9) ประเมินปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะ พยาบาลต้องประเมินปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะ ที่มีผลจากยาที่ใช้ในการรักษา แนะนำผู้ป่วยให้ฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน หรือ สอนปัสสาวะเมื่อจำเป็น ถ้าปัสสาวะบ่อยในเวลากลางวัน ให้ดื่มน้ำน้อยลงในช่วงตอนเย็นและกลางคืน หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ถ้าปัสสาวะออกไม่หมด แนะนำให้ผู้ป่วยใช้มือนวดกดหน้าท้องเพื่อช่วยรีดปัสสาวะออกให้หมด หรือถ้าปัสสาวะไม่ออกให้ใช้ผ้าเย็น หรือ Cold pack วางบริเวณท้องน้อย เพื่อกระตุ้นให้สามารถปัสสาวะได้

10) ประเมินปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พยาบาลต้องประเมินเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ และประเมินความสามารถในการมองเห็น แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยในบ้าน สอนเรื่องการจัดบ้านอย่างปลอดภัยแนะนำให้ปรึกษานักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดเพื่อฝึกแก้ไขปัญหาคารเคลื่อนไหวร่างกายเมื่อจำเป็น

11) ประเมินปัญหาความจำไม่ดี สับสน ประสาทหลอน ภาวะสมองเสื่อม พยาบาลต้องประเมินปัญหาอาการต่าง ๆ ที่มีผลจากยาที่ใช้ในการรักษา แนะนำครอบครัวผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือเมื่อมีอาการสับสน หรือ ประสาทหลอน และ ประเมินความต้องการคำปรึกษาของครอบครัว ให้การช่วยเหลือผู้ดูแล และให้ข้อมูลในเรื่องแหล่งสนับสนุน

12) ประเมินปัญหาภาวะซึมเศร้า พยาบาลต้องประเมินระดับอาการของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นประเมินปัญหาอาการซึมเศร้า ที่มีผลจากยาที่ใช้ในการรักษา แนะนำให้ผู้ป่วยหากิจกรรมที่ชอบทำ เช่น ปลูกต้นไม้ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ อย่าแยกตัวอยู่คนเดียวพูดคุยระบายความรู้สึก กับ

คนที่ไว้วางใจ ให้กำลังใจตนเอง ถ้ามีภาวะซีมเศร่าระดับสูงแนะนำปรึกษาจิตแพทย์เพื่อรักษาอาการ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะซีมเศร่าและการใช้ยา จดบันทึกอาการและประเมินความเปลี่ยนแปลง อาการ ที่เกิดขึ้น และให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ทั้งในชุมชน สถาบันหรือองค์กรที่ให้การ ดูแลช่วยเหลือ

13) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่อาการในระยะท้าย จะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ลุกไม่ได้ ต้องได้รับการดูแล แบบคับประคอง เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะกลืนลำบาก อาจต้องใส่สายให้อาหาร และใช้ เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลต้องวางแผนการดูแลปัญหาที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น ต้องป้องกันมิให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น แผลกดทับ ปอดบวม खाตอาหาร खाตยา ซึ่งการดูแลในเรื่องต่าง ๆ ต้อง แนะนำและสอนญาติให้จัดการทุกอย่างโดยเฉพาะเรื่องการรับประทาน การสังเกตอาการยา ออกฤทธิ์ การखाตยา พยาบาลต้องดูแลช่วยเหลือญาติในเรื่องต่าง ๆ เช่น ช่วยเหลือญาติในการลด ภาระการดูแลโดยแนะนำแหล่งสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และการจัดการภาวะความเครียดที่ เกิดจากการดูแล

14) พยาบาลควรมีความรู้และส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวม ด้วยวิธีการแพทย์ทางเลือกควบคู่ กับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน โดยประเมินตามความเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย เช่น การนวด เพื่อรักษา การทำสมาธิ อาโรมาเทอราปี การใช้พลังสัมผัส การจิตภาพ การใช้พลังทางศาสนา การ ผังเข็ม เพื่อช่วยชะลออาการของโรคพาร์กินสัน และลดปริมาณการใช้ยารักษาโรค เรียนรู้วิธีการผ่อนคลายเพื่อลดอาการสั่น โดยการฝึก Biofeedback ดนตรีบำบัด ฝึกการร้องเพลง และการออกเสียง บริหารกลองเสียง ฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการเต้นรำตามจังหวะเพลง

แนะนำเรื่องโภชนาบำบัด โดยให้ผู้ป่วยลดการบริโภคเนื้อสัตว์ ใช้หลักการบริโภคอาหารมังสวิรัช หลีกเลี่ยงอาหารที่มีข้าวสาลี โปรตีนจากข้าวสาลี (Gluten) อาหารสำเร็จรูป รับประทานอาหารที่มาจาก ธรรมชาติ พืชผักใบเขียว ผลไม้ โดยเฉพาะแอปเปิ้ลที่มี malic acid ช่วยป้องกันการเสื่อมของระบบ ประสาท ส่งเสริมให้การรับประทานอาหารเสริมได้แก่ โคเอ็นไซม์ คิวเทน และน้ำมันงา วิตามินซี และอี เพื่อชะลออาการของโรค คีมีชาเขียวเพื่อบำรุงและป้องกันการเสื่อมของระบบประสาท ควรรับประทาน วิตามินซีจำนวนมากเพื่อล้างพิษจากตับ รับประทานอาหารที่มีสังกะสีสูง เช่น ไข่ ถั่ว หอยนางรม บำรุง กระดูกด้วยการรับประทานแคลเซียมเสริมการรับประทานอาหารที่มีวิตามินบีสูงเพื่อช่วยในเรื่องการ ปรับอารมณ์

แนะนำเรื่องกายภาพบำบัดหรืออาชีวบำบัด โดยให้ผู้ป่วยเข้าโปรแกรมการออกกำลังกายที่มี ผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษา โดยเริ่มโปรแกรมการออกกำลังกาย และทำต่อเนื่องกัน 10 สัปดาห์ จะช่วย

ในการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลัง และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ผู้เป็นโรคพาร์กินสันในระยะกลาง ควร ออกกำลังกายโดย การปั่นจักรยาน การว่ายน้ำ การเดิน หรือ ออกกำลังกาย แบบไทชิ หรือ โยคะ

15) เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า พยาบาลให้คำแนะนำ สำหรับผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดแบบ DBS (Deep Brain Stimulation) ตามข้อควรระวังของผู้ป่วยที่ฝังแบตเตอรี่ ควร หลีกเลี่ยงสิ่งรบกวน ดังต่อไปนี้

1. หลีกเลี่ยงสิ่งที่อาจรบกวนเล็กน้อย ได้แก่ เครื่องบิงขนมบัง เครื่องพิมพ์ดีดไฟฟ้า การวินิจฉัยด้วยเครื่อง Ultrasound เครื่องดูดฝุ่น ไม้กวาดไฟฟ้า เครื่องซักผ้า อี๊กซเรย์คอมพิวเตอร์ รังสีรักษา เครื่องปั่นอาหาร เครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องถ่ายภาพเอกซเรย์ เครื่องอบผ้า ผ้าห่มไฟฟ้า เต้าไฟฟ้า เครื่องเปิดกระป๋องไฟฟ้า เครื่อง Fax เอกซเรย์

2. หลีกเลี่ยงสิ่งที่อาจรบกวน ได้แก่ ประตู่แม่เหล็กป้องกันความปลอดภัยที่ผ่านเข้า สนามบิน ประตูตู้เย็นช่องแข็ง เครื่องอบผม เครื่องป้องกันการจرحกรรม เครื่องตรวจมะเร็งเต้านม (Mammography) เครื่องกระตุ้นหัวใจ ลำโพงตัวใหญ่ ๆ จักรเย็บผ้าไฟฟ้าอุตสาหกรรม แบตเตอรี่ โทรศัพท์มือถือ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องกรรพิน เต้าไฟฟ้าหุงต้ม

3. หลีกเลี่ยงสิ่งที่อาจรบกวนมาก ได้แก่ เครื่องเชื่อมโลหะที่มีประกายไฟ เครื่องจักร ทำลายเนื้อเยื่อ เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้า การรักษาด้วยพลังความร้อน เครื่องกำเนิดไฟฟ้า ไดนาโม สายส่งวิทยุและโทรทัศน์แรงสูง เต้าหลอมโลหะอุตสาหกรรม กระแสไฟแรงสูง เครื่องสลายนิว การรักษาด้วยกระแสแม่เหล็ก การทำ MRI การทำ Shock ไฟฟ้า และวิทยุติดตามตัว

ข้อห้าม สำหรับผู้ป่วยคือการตรวจด้วยวิธี MRI จะรบกวนการทำงานของเครื่องอาจทำให้ เครื่องเปิดหรือปิดสลับกันตลอดเวลา ควรหลีกเลี่ยงไปใช้วิธี X-ray CT Ultrasound แทน แต่ถ้า หลีกเลี่ยงไม่ได้ควรแจ้งแพทย์ผู้รักษาเพื่อทำการปิดเครื่องก่อน นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการตรวจด้วย เครื่องป้องกันจرحกรรมตามสนามบิน หรือเครื่องตรวจเพื่อความปลอดภัยตามสถานที่อื่น ๆ เช่น โรงแรม ห้างสรรพสินค้า เนื่องจากมีผลต่อการทำงานของเครื่องไม่มีผลกับเครื่องใช้ในครัวเช่น Microwave ดังนั้นผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าจะต้องพกบัตรประจำตัวผู้ป่วยที่แสดงว่าใส่เครื่องกระตุ้น ไฟฟ้า สำหรับแสดงต่อเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยและขอตรวจเพื่อความปลอดภัยด้วยวิธีธรรมดา แทน รักษาความสะอาดบริเวณแผลผ่าตัด เมื่อสระผมต้องระวังอย่าเกาหนังศีรษะแรงจะมีรอยแผล ถลอกอาจนำไปสู่การติดเชื้อได้ ไม่หันคอเร็วหรือสะบัดคออย่างแรงจะทำให้เกิดการเคลื่อนย้าย ตำแหน่งของสายหรือสายอาจหลุดได้ และไม่ยกของหนักเพราะอาจทำให้สายเลื่อนหลุดได้

4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต (Live experience) การดำเนินชีวิตอยู่ (Life world) ของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมหรือโลกที่เราดำเนินชีวิตอยู่ การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาเพื่อค้นหาความรู้พื้นฐานจากปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติบนความเป็นจริงของผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้น ๆ (Merleau-Ponty, 1956 cite in Streubert and Carpenter, 2007) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกแนวคิดปรัชญาการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl เพื่อเป็นแนวคิดพื้นฐานในการวิจัยครั้งนี้

4.1 ประวัติความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาที่มีพื้นฐานมาจากศาสตร์สาขาปรัชญา สังคมวิทยาและจิตวิทยา (Streubert and Carpenter, 2007) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ การให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง และ ตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ โดยเน้นธรรมชาติและความเป็นจริงของปรากฏการณ์และสะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง (Koch, 1995 cited in Holloway and Wheeler, 1996) ตามแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยา การวิจัยคือการตั้งคำถามเกี่ยวกับวิธีการที่บุคคลเกิดประสบการณ์ เกี่ยวกับโลกที่บุคคลมีชีวิตรอยู่ และความรู้เกี่ยวกับโลกที่เราอยู่จะเกิดขึ้นได้ ก็ด้วยการที่เราดำเนินชีวิตอยู่ในโลกนั้นในสถานการณ์หนึ่ง ๆ

ผู้ให้กำเนิดแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาคนแรก คือ Edmund Husserl (1857-1938) ซึ่งมีแนวคิดหลักที่สำคัญ คือ การค้นหาความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มีการคิดคำตอบไว้ล่วงหน้าหรือถ้ามีผู้ศึกษาจะต้องแยกออกจากสิ่งที่กำลังศึกษา ประสบการณ์ ความเป็นอยู่หรือการมีชีวิตรอยู่ในสิ่งแวดล้อมของบุคคลไม่สามารถเข้าใจได้ทันทีทันใด แต่บุคคลจะเป็นผู้ให้ความหมายด้วยตนเองต่อประสบการณ์นั้นๆ บุคคลไม่สามารถแยกร่างกายและจิตใจ ออกจากกันได้แต่จะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ต่อมา Heidegger เป็นนักปรัชญาชาวเยอรมันที่มีชื่อเสียงมากคนหนึ่งในยุคสงครามโลกครั้งที่ 2 (1889-1976) เป็นศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของ Husserl ได้นำแนวคิดของ Husserl มาพัฒนาต่อเป็นการศึกษาแบบ ปรากฏการณ์วิทยาการแปลความ (Hermeneutic phenomenology) โดยเป็นผู้ริเริ่มและมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงจากการศึกษาวิธีการได้มาซึ่งสิ่งที่เรารู้ หรือที่เรียกว่า Epistemology มาเป็นการศึกษาวิธีการของสิ่งที่เป็นในโลก หรือศึกษาความหมายของการเป็นบุคคล โดยมีความเชื่อว่า สิ่งที่เป็นอยู่ และเวลา มีความหมายในตัวของ มันเองและสามารถแปลความหมายได้โดยใช้ภาษาเป็นสื่อสำคัญในการแปลความเพื่อให้ ความเข้าใจต่อความหมายนั้น (Leonard, 1994 cited in Holloway & Wheeler, 1996) ซึ่งมีแนวคิดที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ

1.บุคคล (Person) เป็นผู้ที่ให้ความหมายของปรากฏการณ์ที่เขาประสบตามความคิด ความรู้สึกของเขาเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของบุคคลอื่นหรือความเป็นจริงตามทฤษฎีซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะและเป็นจริงของบุคคลนั้น

2. สิ่งแวดล้อม (World) เป็นกลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลมีประสบการณ์ในปัจจุบัน รวมถึงภูมิหลัง อายุ การศึกษา ภาษา วัฒนธรรมและค่านิยมทางสังคม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะซึมซับอยู่ในตัวบุคคลโดยการเรียนรู้ตั้งแต่เกิด และเชื่อว่าบุคคลไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้น การศึกษาปรากฏการณ์จึงเป็นการค้นหาความหมาย ความรู้สึก การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งนั้น ซึ่งมีอิทธิพลมาจากสังคม วัฒนธรรม และภูมิหลังของบุคคลนั้น

3. การเชื่อมโยงประสบการณ์ในชีวิต (Hermeneutic circle) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่เคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อนเข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ นั่นคือบุคคลเข้าใจบางสิ่งได้โดยการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นรู้จักหรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน

4.2 การพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงในปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาได้เริ่มขึ้นในทศวรรษที่ 20 และมีการพัฒนาแนวคิดเชิงปรัชญาอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงในปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) Preparatory phase 2) German phase และ 3) French phase (Streubert and Carpenter, 2007) ดังนี้

ระยะที่ 1 Preparatory phase เป็นระยะที่เริ่มมีการปูพื้นฐาน โดย Franz Brentano (1838-1917) และ Carl Stumpf (1848-1936) มีแนวคิดมุ่งศึกษาเพื่ออธิบายการรับรู้ของผู้มีประสบการณ์ ความคิดเกี่ยวกับโลกที่ตนอยู่อย่างไร เน้นการอธิบายให้กระจ่าง และอธิบายความเป็นเหตุเป็นผล ว่าเป็นเอกภาพและเป็นจริงในบุคคลนั้น โดยแยกบุคคลเป็นร่างกายและจิตใจ

ระยะที่ 2 German phase เป็นระยะที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดโดยนักปรัชญาชาวเยอรมัน ได้แก่ Edmund Husserl (1857-1938) และ Martin Heidegger (1889-1976) Husserl อธิบายการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ว่าเป็นการค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้ศึกษาต้องเก็บความคิด ความเชื่อนั้นไว้ เพื่อให้สามารถรับข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่มีอยู่ได้ และเชื่อว่าภาวะจิตใจมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวโดยไม่แยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อม Heidegger ให้ความเห็นว่าเราไม่สามารถอธิบาย หรือแม้แต่สังเกตว่าอะไรเป็นสิ่งที่สามัญในชีวิตประจำวัน หากไม่เข้าไปตรวจสอบ และรู้จักประสบการณ์นั้นจะไม่สามารถเข้าใจประสบการณ์ชีวิตหากปราศจากการตีความจากภูมิหลังของบุคคลซึ่งประกอบด้วยวัฒนธรรม ประวัติชีวิต ภาษา และภูมิหลังของผู้ศึกษา Gadama ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า ความแตกต่างระหว่างภาษาทำให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงความหมายจากการอธิบายของผู้ศึกษา จึงควรใช้การอธิบายองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบด้วยถ้อยคำของเจ้าของประสบการณ์และให้ผู้อ่านเป็นผู้ตีความจากคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

ระยะที่ 3 French phase เป็นระยะที่นักปรัชญาชาวฝรั่งเศส ซึ่งได้แก่ Gabriel Marcel (1889-1973), Jean Paul Sartre (1905-1980) และ Maurice Merleau-Ponty (1905-1980) แนวคิดในระยะนี้เป็นการศึกษาที่มุ่งอธิบายสิ่งที่มีอยู่จริงเน้นการแสดงออกเป็นรูปธรรมและสิ่งที่เป็นอยู่ในโลก โดยมีความเชื่อว่าการกระทำทุกอย่างถูกสร้างจากการรับรู้หรือการตระหนัก เราสามารถเข้าใจประสบการณ์ได้โดยผ่านการรับรู้ ความคิด การสัมผัส การรับรส การได้ยิน และการมีสติ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Edmund Husserl เป็นแนวคิดในการศึกษาวิจัย

4.3 ปรากฏการณ์วิทยาตามปรัชญาแนวคิดของ Husserl

Husserl ถือว่าเป็นบิดาแห่งการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแนวใหม่ เป็นนักปรัชญาและนักคณิตศาสตร์ชาวเยอรมัน มีมุมมองบนพื้นฐาน Cartesian (Koch, 1995) ว่าบุคคลไม่สามารถแยกร่างกายและจิตออกจากกันได้ (Dualism) แต่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จึงศึกษาเพื่ออธิบายว่าจิตใจกระทำอย่างไร (Mental act) สิ่งรอบตัวเป็นอย่างไร (Intentional object) และมีความสัมพันธ์กันอย่างไร (relationship) โดยเน้นการให้ความหมายด้วยตัวเองของบุคคลที่มีประสบการณ์ต่อสิ่งนั้น ๆ (To the things themselves) (Drew, 1993 cite in Streubert and Carpenter, 2007)

Husserl จะเน้นเรื่องความสำคัญของสภาพความเป็นจริง (Essences) การเข้าไปถึงส่วนที่อยู่เหนือกว่าความเป็นจริงสู่อุดมคติ กฎแห่งตรรกะ และทำให้เกิดการขยายผลนำไปวางกฎเกณฑ์ที่กว้างๆ ได้ (Wikes, 1991 cite in Streubert and Carpenter, 2007) โดย Husserl เชื่อว่าปรัชญาควรเป็นศาสตร์ที่มีความแข็งแกร่ง (rigorous science) ที่จะช่วยให้สามารถไปสัมผัสกับมนุษย์ได้อย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น Husserl ให้ความสำคัญกับเรื่องโครงสร้างของการรับรู้ประสบการณ์ของมนุษย์ สำหรับ Husserl ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาว่าตัวเราบอกหรือบรรยายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่ตนประสบได้อย่างไร สรุปคือ เราจะเข้าใจสิ่งที่เราประสบได้ด้วยการวิเคราะห์การรับรู้และความหมายของสิ่งที่เราประสบซึ่งเป็นตัวกระตุ้นความตระหนักรู้ (Awareness) ของเรา (ชาย โพธิ์สิตา, 2549) การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl จึงมุ่งทำความเข้าใจว่า คนเราตีความปรากฏการณ์ที่ได้ประสบ เพื่อทำให้โลกของตัวเองมีความหมายและสร้างโลกทัศน์ขึ้นมาได้อย่างไร ในทางปฏิบัติแล้ว หมายความว่าผู้ศึกษาต้องมองเลยจากสิ่งที่เป็นไปยังธรรมชาติของสิ่งนั้น (from what is to the nature of what is) (Schwandt, 2001 cite in Streubert and Carpenter, 2007)

Spiegelberg (1965) ได้กล่าวถึงแนวคิดที่สำคัญ เกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ไว้ 3 ประการ (Streubert and Carpenter, 2007) ดังนี้

1) แก่นแท้หรือสาระสำคัญ (Essences) หมายถึง สิ่งที่มีความสัมพันธ์กับความคิด หรือ ความหมายที่แท้จริงของสิ่งนั้น แนวคิดนี้เข้าใจว่าพื้นฐานของปรากฏการณ์วิทยา มาจากการสังเกต สาระสำคัญ ที่ปรากฏขึ้นมาทั้งสองอย่าง คือ สามารถแยกได้และมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งอื่น Natanson (1973) กล่าวว่า แก่นแท้หรือสาระสำคัญ คือ การให้ความหมายโดยบุคคลที่แตกต่างกันในการแสดงที่เหมือนกัน หรือโดยบุคคลเดียวกันในการกระทำที่แตกต่างกัน สาระสำคัญที่ได้สามารถเป็นพื้นฐานในการเข้าใจถึงปรากฏการณ์ต่าง ๆ

2) การหยั่งรู้ (Intuiting) หมายถึง ความคิดรวบยอด การเรียบเรียงอย่างครอบคลุม หรือ การแปลความหมายอย่างถูกต้อง ว่าจะอะไรคือความหมายที่ใช้อธิบายโดยปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จากการสืบค้น ผลของกระบวนการการเข้าใจหรือการหยั่งรู้ในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยานั้น เป็นความเข้าใจทั่วไปเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่เกิดจากการสืบค้นความรู้ที่เกิดจากการศึกษาปรากฏการณ์ จะทำให้นักวิจัยมีจินตนาการจากข้อมูลที่มีอยู่ จำนวนมาก จนกระทั่งถึงจุดที่เข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ปรากฏขึ้นมา จากจินตนาการหรือความคิดที่หลากหลาย ทำให้ผู้วิจัยสามารถค้นหาความหมายที่เกี่ยวข้องกับคำอธิบายอย่างมากมาย

3) การลดทอนปรากฏการณ์ (Phenomenological reduction) หมายถึง การพิจารณาปรากฏการณ์ที่ได้จากการสืบค้นอย่าง มีความตระหนักและรู้สติตลอดเวลา โดยปราศจากอคติ ความคิด และความรู้เดิมของผู้วิจัย Husserl (1965) กล่าวคือการกลับไปมองสิ่งที่เป็นตัวตนของพวกเขาอย่างแท้จริง (to go “back to things themselves”) Husserl หมายถึงการค้นพบความหมายใหม่จากสิ่งที่ค้นพบ และเป็นประสบการณ์ที่แท้จริง เป็นอิสระต่อแนวคิดที่มีอยู่เดิม และพยายามที่จะอธิบายสิ่งเหล่านั้นตามความเป็นจริงอย่างสัตย์เท่าที่จะเป็นไปได้ (Spiegelberg, 1975 cite in Streubert and Carpenter, 2007) และสิ่งหนึ่งที่สำคัญในการลดทอนปรากฏการณ์ คือ การจัดกรอบความคิดเดิมไว้ (Bracketing) โดยไม่นำมาเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่สืบค้นได้ เป็นการอธิบายถึงปรากฏการณ์ที่สืบค้นได้อย่างแท้จริง การจัดกรอบความคิด (Bracketing) จะต้องทำอย่างต่อเนื่องตลอดการอธิบายเพื่อให้ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่บริสุทธิ์ที่สุด โดยที่ผู้วิจัย ไม่สามารถใส่ความคิดเห็นส่วนตัวในขณะรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับทางการพยาบาล การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเริ่มเข้ามามีบทบาทและได้รับการยอมรับในปี ค.ศ.1970 เนื่องมาจากในการวิจัยทางการพยาบาลยังไม่เพียงพอที่จะแสวงหาองค์ความรู้ทางการพยาบาลและสุขภาพ ดังนั้นนักวิจัยทางการพยาบาลจึงหันมาสนใจปรากฏการณ์วิทยาเพราะสามารถยืดหยุ่นได้มากกว่า เพราะเหมาะที่จะนำมาใช้ในการตอบคำถามด้านการวิจัยทางการพยาบาลและสุขภาพ และเหมาะกับการนำมาอธิบายประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การออกแบบวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยามาจากปรัชญาที่มีความเชื่อเกี่ยวกับมนุษย์ และการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ที่ดูแลคนทั้งทางด้านร่างกาย จิต วิญญาณ และหลีกเลี่ยงการใช้พยาบาลเป็นศูนย์กลางในการดูแลเพราะปรากฏการณ์วิทยาเป็นการค้นพบสิ่งที่เป็นทั้งหมดของบุคคล (เพชรน้อย สิงห์ช่างน้อย, 2550)

4.4 หลักสำคัญของกระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Streubert และCarpenter (2007) ได้สรุปหลักสำคัญของกระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาไว้ดังนี้

1) ระบุปรากฏการณ์ที่จะศึกษาโดยมีเป้าหมาย คือ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองบุคคลต่อปรากฏการณ์ เมื่อระบุเหตุการณ์ได้แล้วมีการตั้งคำถามที่จำเป็น และเหมาะสมที่จะศึกษาด้วยวิธีนี้ ตั้งเป้าหมายที่จะค้นหาวิเคราะห์และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า บุคคลเป็นผู้เล่าประสบการณ์ของตนเองให้ผู้วิจัยฟัง โดยผู้วิจัยต้องหลีกเลี่ยงการวิจารณ์การประเมินหรือให้ความคิดเห็นใด ในเรื่องนั้น ๆ

2) การเลือกผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยมักใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposeful sampling) โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าผู้ให้ข้อมูลต้องเป็นผู้มีประสบการณ์ มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาสามารถสื่อสารภาษากับผู้วิจัยให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยได้ดีและยินดีที่จะเล่าประสบการณ์ให้ผู้วิจัยฟัง

3) ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือ (Tool / Instrument) ของการวิจัย ผู้วิจัยต้องเล่าเรื่องของบุคคลตลอดกระบวนการของการสัมภาษณ์รวมถึงมีการซักถามในประเด็นที่ต้องการ ทำให้ข้อมูลมีความชัดเจน หลังจากนั้นถอดเทปข้อมูล ศึกษาข้อมูลทบทวนครั้งแล้วครั้งเล่า เพื่อให้ได้ความหมายขอประสบการณ์ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา ด้วยเหตุนี้ นักวิจัยจึงต้องฝึกฝน อบรมตนเองหรือฝากกระบวนการอบรม เพื่อให้มีแนวคิดพื้นฐานและทักษะในการสัมภาษณ์ สังเกต บันทึกข้อมูลรวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่องที่ศึกษาเป็นอย่างดี เป็นผู้ที่ไม่ถือความรู้สึกและมีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ผู้วิจัยต้องไม่ควบคุมปฏิสัมพันธ์ของการสนทนา (Benoliel, 1988 cite in Streubert and Carpenter, 2007) ปล่อยให้การสนทนาเป็นไปตามธรรมชาติของการสนทนา การสัมภาษณ์ไม่ควรใช้

คำถามนำ ควรใช้คำถามปลายเปิด (Open-ended) คำถามเพื่อความกระจ่าง (Clarifying question) และให้ความสนใจกับการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล

4) การเก็บรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกภาคสนาม และควรถอดเทปบันทึกหลังการสัมภาษณ์ การถอดเทปควรถอดคำต่อคำ (Verbatim) และตรวจสอบความชัดเจนของข้อมูลอีกครั้งถ้าพบว่าข้อมูลที่สัมภาษณ์ในครั้งแรกยังไม่ชัดเจนหรือต้องการขยายความ ควรกลับไปสัมภาษณ์อีกครั้งหนึ่ง

5) ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลจนมีความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวแล้วคือข้อมูลเริ่มซ้ำ ๆ ไม่มีองค์ประกอบสำคัญ (Themes or essences) เกิดเพิ่มขึ้น

6) การวิเคราะห์ข้อมูล จะทำไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลและกระทำไปตลอดระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยต้องแยกความเชื่อและสิ่งที่คุณวิจัยรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ ออกจากสถานการณ์ที่ศึกษา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มต้นตั้งแต่ผู้วิจัยอ่านบทสนทนาที่ถอดคำต่อคำซ้ำหลาย ๆ รอบจนมองเห็นภาพที่เป็นสาระสำคัญของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนแล้วดึงข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญร่วมออกมา แล้วจัดกลุ่มของข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายกันที่บ่งบอกถึงสาระในเรื่องเดียวกัน ให้เป็นหมวดหมู่แล้วตั้งชื่อ ผู้วิจัยต้องพิจารณาว่าสาระสำคัญที่น่าเสนอนี้แสดงภาพรวมของประสบการณ์ของบุคคลในปรากฏการณ์นั้นหรือไม่ในการนำเสนอผลการวิจัยควรยกตัวอย่างคำพูด ซึ่งเป็นข้อมูลดิบที่ผู้วิจัยคิดว่าสะท้อนให้เห็นประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างชัดเจน

7) การทบทวนวรรณกรรมจะกระทำภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน เป็นจริงโดยปราศจากอคติหรือความรู้ของผู้วิจัยมาก่อน แต่ผู้วิจัยอาจทบทวนวรรณกรรมอย่างคร่าว ๆ ก่อนก็ได้

จากการทบทวนแนวคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษานี้ สรุปได้ดังนี้

การนำแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ มารวมกันอธิบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในมุมมองที่ต่างกัน ทำให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการสูงอายุ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเสื่อมถอย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วย โดยจะเห็นได้ว่า เมื่อร่างกายเข้าสู่ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และ จิตใจ การเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยมักมีความรุนแรงยิ่งขึ้น เป็นทวีคูณ แต่การฟื้นฟูสภาพจะทำให้ยากกว่าวัยอื่น ปัจจุบันพบว่าโรคที่มาพร้อมกับความชรา คือ โรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย การนำแนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังมาช่วยอธิบายจึงทำให้ผู้วิจัยเข้าใจลักษณะของความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็ว หรือค่อยเป็นค่อยไป ระยะการเจ็บป่วยที่ยาวนาน อาจก่อให้เกิดพยาธิสภาพถาวรหรือหลงเหลือความ

พิการ ซึ่งอาการของโรคมักทรุดลงตามระยะเวลาการเจ็บป่วย มีการกลับเป็นซ้ำ หรืออาการหายไปแล้ว รุนแรงขึ้นมาเป็นช่วง ๆ (Exacerbation) เป็นช่วงเวลาเฉียบพลัน (Acute phase) เป็น ๆ หาย ๆ การรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัดปัจจุบันทำได้เพียงทุเลาความรุนแรงของโรคหรืออาการเท่านั้น

การที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้น แนวโน้มของโรคที่ตามมามักเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย และโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุก็คือโรคพาร์กินสัน ซึ่งเกิดจากความชราของสมอง เกิดพยาธิสภาพจากความเสื่อมทางระบบประสาทบริเวณ Basal ganglia และ Substantia nigra โดยเซลล์ดังกล่าวจะมีจำนวนน้อยลง เกิดความบกพร่องในการปล่อย สารโดปามีนออกมา ซึ่งทำหน้าที่ในการสื่อประสาทในสมอง ทำให้ขาดความสมดุลในการควบคุม การทำงานของการเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งผลให้เกิด อาการสั่น (Tremor) อาการเกร็ง (Rigidity) การเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) และการเสียการทรงตัว (Postural instability) ในผู้สูงอายุจะมีภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วย เกิดความวิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด จากอาการสำคัญของโรค ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิต การรักษาโรคพาร์กินสันยังไม่มีวิธีใดที่ให้การรักษาที่ดีที่สุด แต่พบว่าการออกกำลังกายในผู้ป่วยพาร์กินสันจะช่วยชะลอการดำเนินของโรคได้ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเริ่มเป็นระยะแรก แต่เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันอยู่ในระยะท้าย ๆ จะมีผลกระทบทั้งตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลโดยเฉพาะคู่สมรส ผู้ป่วยจะมีปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ซึมเศร้า นอนไม่หลับ สับสน ประสาทหลอนทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ จากการเจ็บป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของอาการและจากยาที่ใช้รักษาโรค การที่ผู้ป่วยต้องรับการรักษาในระยะยาวทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง

5. การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Sirapo-ngam et. al. (2001) ศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน สมรรถนะแห่งตน และ ความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีความต้องการได้รับการดูแลในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาน้อย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้ความสามารถในการดูแลเรื่องปัญหาด้านพฤติกรรมมากกว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดจากการดูแลปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย มากกว่าการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นพื้นฐานในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในเรื่องการจัดการความเครียด และการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

Sunvisson และ คณะ (2001) พบว่าผู้ที่ เป็นโรคพาร์กินสันจะต้องเผชิญกับการเป็นความเจ็บป่วยที่มีความจำกัดในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน และสังคม การดำเนินชีวิตที่ดีจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค การเข้าใจและผลข้างเคียงของยา รวมทั้งความรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันโดย

ทำการศึกษาในผู้ที่ เป็นโรคพาร์กินสันจำนวน 43 คนในแผนกผู้ป่วยนอก ที่เข้าโปรแกรมโครงสร้างเชิง การติดต่อ โดยโปรแกรมนี้มีระยะ 2 สัปดาห์ 2 ชม. สำหรับ 5 สัปดาห์โปรแกรม 1 ชั่วโมงแรกเป็นเรื่อ การให้ความรู้ และ อีก 1 ชั่วโมงเป็นการปฏิบัติทางร่างกาย ผู้ฝึกเป็นแพทย์และพยาบาล มีการประเมิน ภาวะจิตสังคม การเคลื่อนไหว และการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมนี้มีการ เปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นทั้งทางภาวะจิตสังคมและรูปแบบการเคลื่อนไหวของร่างกาย

Andersson และ Sidenvall (2001) ศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องกรณีศึกษาในการซื้ออาหาร การ ประกอบอาหาร และ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน ผู้เข้าร่วม วิจัยเป็นหญิงสูงอายุที่แต่งงาน และผู้ที่อยู่คนเดียวที่เป็นโรคพาร์กินสันจำนวน 10 คนอายุระหว่าง 67-80 ปี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีการลดการรับรู้กลิ่น ความอยากรับประทานอาหาร และรสชาติ ร่วมกับ ปัญหาในการนำอาหารเข้าปากและการกลืน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร การซื้ออาหารเป็น สิ่งที่ทำได้ยากลำบาก ต้องเปลี่ยนแปลงวิธีการประกอบอาหารที่สามารถทำได้ ผู้หญิงที่แต่งงานและอยู่ กับสามีที่มีสุขภาพดี สามีจะเป็นผู้ดูแล ส่วนหญิงอยู่คนเดียวจะมีความทุกข์ทรมานกับปัญหาการ ทางด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งต้องการความช่วยเหลือ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การพึ่งพาตนเองได้ เป็นสิ่งที่ต้องการมากที่สุด ดังนั้นผู้ช่วยเหลือควรให้เขาทำอะไรด้วยตัวเองมากที่สุดเพื่อให้เขารู้สึกมี คุณค่าในตนเองมากขึ้น

Caap-Ahlgren และคณะ (2002) ศึกษาด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดย ใช้ปรัชญาของ Ricoeur เรื่องประสบการณ์ของหญิงสูงอายุที่ดำเนินชีวิตอยู่กับการมีอาการของโรค พาร์กินสัน จากการที่พบว่าร้อยละ 1 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจะต้องเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนี้มีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคตสืบเนื่องมาจากการมีอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น ของประชากรในอนาคตและโรคนี้เป็นโรคที่รักษาไม่หาย เพื่อศึกษาผลกระทบของอาการของโรคที่มีผล ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหญิงที่ป่วยโรคพาร์กินสัน จำนวน 8 คน มีอายุระหว่าง 63 ปี ถึง 80 ปี ที่ วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน มาเป็นเวลา 5 -15 ปี ป่วยอยู่ในระยะ กลาง ถึงรุนแรงที่อาศัยอยู่ที่ บ้าน ผลการศึกษาพบประเด็นหลัก 4 ประเด็น คือ 1) มีความหวังที่จะมีภาพลักษณ์ที่เป็นปกติ 2) มี ความปรารถนาที่จะทำหน้าที่ภรรยาที่ดี 3) ต้องการที่จะให้ผู้อื่นเข้าใจความรู้สึกของตนเอง 4) รับรู้ว่าเป็นตราบาป (Perceived stigmatization) สิ่งเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิต สังคมมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของหญิงสูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน การเปลี่ยนแปลงที่ ไม่สามารถคาดรู้อได้เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ส่งผลให้เกิดความคับข้องใจและการแยกตัว จากการเข้าสังคม จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้รู้ว่าโรคนี้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหญิงอย่างมาก

ไม่เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น ยังมีผลกระทบต่อครอบครัวด้วย เป็นสิ่งสำคัญที่ตัวผู้ป่วย และญาติพยาบาล และผู้ดูแลจะต้องเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันให้มากยิ่งขึ้น

Mott และคณะ (2005) ศึกษาเรื่องข้อจำกัดในเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสันจากแบบสำรวจและการทำกลุ่ม ผลจากการตอบกลับ 444 ชุด พบว่า มีข้อจำกัดในเรื่องเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 73.5 ของผู้เป็นโรคพาร์กินสัน นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรทางสุขภาพยังขาดความเข้าใจในเรื่องการดำเนินชีวิตของผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน

Balash และ คณะ (2005) ศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสัน คือ การทรงตัวที่ผิดปกติ ผู้ป่วยจะล้มได้ง่ายและบ่อย ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเดิน หรือทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองลดลง ผู้ป่วยที่การดำเนินของโรคที่รุนแรงจะมีโอกาสหกล้มบ่อยกว่าผู้ป่วย ที่มีอาการของโรคในระยะเริ่มแรก เฉลี่ย ร้อยละ 38-68 และมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน หกล้มอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยมีการบาดเจ็บกระดูกหัก และเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง ซึ่งเป็นผลจากการหกล้ม

Pechevis และคณะ (2005) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยพาร์กินสันชาวยุโรป 3 ประเทศคือ ฝรั่งเศส เยอรมัน สหราชอาณาจักร จำนวน 321 คน แบบไปข้างหน้าโดยใช้เครื่องมือ SF-36 และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Quality of Life Scale) ระยะท้าย นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีการรักษามากกว่า 6 เดือน จะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 664 ล้านดอลลาร์ต่อผู้ป่วย 1 คน

Brandstaedter และคณะ (2005) ศึกษาในผู้ป่วยพาร์กินสันจำนวน 50 คนโดยใช้แบบสอบถาม Parkinson Psychosis Questionnaires พบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับยาเพิ่มขึ้น จะมีอาการทางจิตเพิ่มขึ้นด้วย โดยยาเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาทางจิต บางรายมีอาการประสาทหลอน หลงลืมไม่รู้วันเวลาสถานที่

Schrag และคณะ (2006) ศึกษาเรื่องภาระหน้าที่ความรับผิดชอบและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน จำนวน 123 คน พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 66 และมากกว่าร้อยละ 40 มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นมาก่อนแต่เมื่อรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง และผู้ดูแลจะรู้สึกทุกข์ใจมากเมื่ออาการของผู้ป่วยก้าวร้าวมากขึ้น ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงมีปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ซึมเศร้า เห็นภาพหลอน สับสน และพลัดตกหกล้ม ภาวะทุกข์ใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

Miller และคณะ (2006) ศึกษาโดยการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก เรื่องความยากลำบากในการกลืนในโรคพาร์กินสัน ในผู้เข้าร่วมในการวิจัยเพศชาย 23 คน และเพศหญิง 14 คน และญาติผู้ดูแล พบประเด็นหลัก 2 ประเด็น คือ 1) ผลกระทบจากการกลืนขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงจากผลของการอ่อนแรงในระบบการกลืน ตั้งแต่ปากถึงบริเวณคอ 2) ผลกระทบทางด้านจิตสังคม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร ความรู้สึกเป็นอับอาย (stigma) ต้องการการปรับตัวในการเข้าสังคม และ 3) ประเด็นของผู้ดูแล คือ วิธีการช่วยเหลือในเรื่องการกลืนโดยคนในครอบครัวต้องการเตรียมพร้อมหรือการจัดตั้งองค์การมาช่วยเหลือ

Hudson และคณะ (2006) ศึกษา เรื่องการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยพาร์กินสันเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ศึกษาในผู้ป่วย 8 คน ผู้ดูแล 21 คน และบุคลากรทางสุขภาพ 6 คน พบประเด็น 5 ประเด็นจากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา 1) การวินิจฉัยผลกระทบทางด้านอารมณ์ 2) มีการติดต่อบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง 3) การอดทนที่จะจ่ายค่ารักษาอย่างยากลำบากเนื่องจากค่ารักษาสูง 4) พยายามปรับตัวเพื่อจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย 5) ต้องการความช่วยเหลือในระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและครอบครัวต้องการการดูแลแบบประคับประคองเช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ

6. สรุปการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่ผ่านมามีทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สรุปได้ว่า การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานกับการเจ็บป่วยจากโรคพาร์กินสัน ซึ่งมีสาเหตุมาจากความบกพร่องในการควบคุมทางร่างกาย บกพร่องในการสั่งการในการเคลื่อนไหวร่างกาย สิ่ง que ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเป็นโรคนี คือ ความไม่แน่นอน (Uncertain) และปัญหาการไม่ไว้วางใจ (Mistrust) ที่มีผลจากภาวะร่างกายลดความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติลงไป ไม่สามารถคาดการณ์ถึงการทำงานของร่างกาย และอาการที่เกิดขึ้นได้ (Unpredictable) ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคจะรุนแรงขึ้นเป็นช่วง ๆ ตลอดวันทำให้ต้องหยุดทำกิจกรรมจนกว่าอาการจะสงบลง การรักษาด้วยยาเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน แต่ผลข้างเคียงของยาก็มีส่วนต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว โดยเฉพาะ คู่สมรสของผู้เป็น โรคพาร์กินสัน เนื่องจากผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน มีความเสี่ยงสูงในการเกิดอุบัติเหตุ เช่น หกล้ม ถูกของร้อนลวก สำหรับในหญิงสูงอายุป่วยเป็นโรคพาร์กินสันพบว่ามีผลกระทบต่อ

ภาพลักษณ์ (Self image) การมองตนเอง (Self concept) รวมทั้งการรับรู้ว่าเป็นตราบาป (Perceived stigmatization) ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และรู้สึกเป็นภาระต่อสังคม เศรษฐกิจของครอบครัว

การเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุจึงถือเป็นวิกฤติรุนแรงของชีวิต ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆของโรคส่งผลกระทบต่อทุกระบบในร่างกาย เกิดความสูญเสียทั้งทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ จากปัญหาอาการทางกายที่สามารถมองเห็นได้ชัด ส่งผลกระทบต่อด้านจิตสังคม ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นในการเข้าสังคม อายและแยกตัวจากสังคม (Social isolation) ในระยะท้ายของโรคผู้สูงอายุจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง จึงรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัวทั้งทางด้านการดูแลและเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้สูงอายุอาจเกิดภาวะซึมเศร้า อันนำไปสู่ภาวะพึ่งพาได้อย่างรวดเร็วได้ในที่สุด ในสภาวะการณ์เช่นนี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัว และเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของตนเองให้สามารถผ่านพ้นวิกฤติต่าง ๆ เพื่อดำรงอยู่ต่อไปในสังคม การที่ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันซึ่งเป็นวิกฤติรุนแรงของชีวิตจึงเป็นประเด็นที่น่านศึกษาอย่างยิ่ง

ในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในประเทศไทย ส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของโรค การรักษาโรคทางการแพทย์และกายภาพบำบัด ส่วนองค์ความรู้ของผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน พบว่ามีการศึกษาอยู่มากในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยนั้นยังไม่พบการศึกษาอย่างลึกซึ้งในเรื่องเหล่านี้ จึงยังขาดข้อมูลพื้นฐานสำหรับที่จะเอื้อประโยชน์ ในการพัฒนาด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุได้อย่างตรงตามความต้องการและเหมาะสมกับสังคมวัฒนธรรมไทย

จากแนวคิดและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ การวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดของ Husserl ซึ่งเน้นการให้ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูล โดยปราศจากการตีความของผู้วิจัย เพื่อค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้วิจัยต้องเก็บความคิด ความเชื่อนั้นไว้ (bracketing) (Koch, 1995) ที่มีความเหมาะสมสำหรับการศึกษาประสบการณ์ชีวิต สามารถให้เนื้อหาที่มีความลุ่มลึก ทำให้เข้าใจถึงทัศนคติและความคิด ความรู้สึกของผู้สูงอายุไทยกลุ่มนี้ได้โดยตรง (Emic view) (Streubert and Carpenter, 2007) การทำความเข้าใจถึงประสบการณ์ ความเจ็บป่วย โดยแปลข้อมูลที่ได้โดยตรงจากผู้มีประสบการณ์นั้นๆ ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยจะให้พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพมีความเข้าใจประสบการณ์ได้ดียิ่งขึ้นและ สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลได้ครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยตามปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Streubert and Carpenter, 2007) ที่เน้นการให้ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูล โดยปราศจากการตีความหมายของผู้วิจัย ค้นหาความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่ โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้วิจัยต้องเก็บความคิด ความเชื่อนั้นไว้ (Bracketing) (Koch, 1995) เพื่อให้สามารถรับรู้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่มีอยู่ได้ และสามารถอธิบายความหมายจากประสบการณ์ชีวิต (The meaning of the lived experience) โดยตรง (Moustakas, 1994 cite in Creswell, 2007) ทำให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน อย่างแท้จริง โดยวิธีดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant)

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามแนวคิดของการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นในเรื่องของการศึกษาข้อมูลจากผู้ที่มีประสบการณ์ตรงตามประเด็นที่ต้องการศึกษา (Informative case) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) ตามเกณฑ์ ดังนี้

- 1) เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
- 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน
- 3) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และทดสอบด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai 2002) ที่แปลและพัฒนาขึ้นโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใช้การคัดกรองสภาพสมองเกี่ยวกับความจำในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือต้องมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 23 คะแนน) ผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับประถมศึกษาต้องมีคะแนนมากกว่า หรือเท่ากับ 17 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) และสำหรับผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าประถมศึกษาต้องมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)

4) ผ่านการทดสอบด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ของกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมองของไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537) ใช้วัดความเศร้าในผู้สูงอายุ แบบวัดนี้มีคะแนนรวม 0-30 การแปลผล คนสูงอายุปกติ 0-12 คะแนน

4.1 ผู้ที่มีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) คะแนน 13 -18 คะแนน

4.2 ผู้ที่มีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression) คะแนน 19 -24 คะแนน

4.3 ผู้ที่มีความเศร้ารุนแรง (Severe depression) คะแนน 25 - 30 คะแนน

โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์ปกติและมีความเศร้าเล็กน้อย ส่วนผู้ที่มีความเศร้า ในระดับปานกลางและรุนแรงเป็นอาการที่ต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

5) การได้ยินปกติ สามารถพูดหรือเข้าใจภาษาไทยได้

6) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยตามแบบขอความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัย และคำให้การคุ้มครองสิทธิ์

ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ (Setting) ที่ทำการศึกษา ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง ซึ่งมีคลินิกเฉพาะทางรักษาโรคพาร์กินสัน ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นคลินิกที่มีผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมารักษาจากทั่วประเทศ และมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันมารับการรักษาจำนวนมาก โดยผู้วิจัยได้ไปฝึกปฏิบัติงาน ในตึกผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งนั้น ขณะศึกษาภาคปฏิบัติและมีโอกาสพบกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคพาร์กินสันจึงได้ทำเรื่องประสานขออนุญาตแพทย์หัวหน้าศูนย์โรคพาร์กินสันในการศึกษาดูงานในเบื้องต้นที่คลินิกรักษาโรคพาร์กินสัน และเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่พยาบาล แพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วยในเบื้องต้นรวมทั้งผู้วิจัยได้มีโอกาสพูดคุยและรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ ของผู้ป่วยเป็นโอกาสอันดีที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักจากการได้พูดคุยและ ขอความร่วมมือในการทำวิจัยได้สะดวกยิ่งขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์เป็นวิธีการหลัก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย ตัวผู้วิจัย เครื่องบันทึกเสียง แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และแบบบันทึกภาคสนาม ดังนี้

2.1 ตัวผู้วิจัย ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ตัวผู้วิจัยถือว่ามีความสำคัญยิ่ง เพราะเป็นเครื่องมือในการวิจัยและเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องตาม

กระบวนการวิจัยและผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือได้ ผู้วิจัยต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพตัวผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญที่สุด (นิศา ชูโต, 2545) ผู้วิจัยจึงมีการเตรียมตนเองดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยเป็นนิสิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ได้ลงทะเบียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติครบตามหลักสูตรที่กำหนดไว้ มีเนื้อหาวิชาครอบคลุมทั้งการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและชุมชน

2.1.2 ผู้วิจัยเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลญาติซึ่งเป็นผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคพาร์กินสันในระยะที่ 3 เป็นเวลา 3 ปีที่บ้าน และมีประสบการณ์ในการให้การพยาบาล และดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในระหว่างการฝึกปฏิบัติงาน ในการศึกษาภาคปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุชั้นสูง 2 นอกจากนั้นผู้วิจัยยังได้มีโอกาสเข้าไปศึกษาเรียนรู้การตรวจรักษาโรคพาร์กินสันที่ห้องตรวจอายุรกรรมตรวจโรคทางระบบประสาท ในวันอังคารตอนบ่าย และวันพุธตอนเช้า โดยการอาสาช่วยปฏิบัติงานในห้องตรวจอายุรกรรมคลินิกเฉพาะทางในการรักษาผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ที่มีผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมารับการรักษาจากทั่วประเทศ ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2550 – กันยายน 2551 ทำให้ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์ความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเป็นอย่างดี รวมทั้งผู้วิจัยได้มีโอกาสพูดคุยและรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ ของผู้ป่วยเป็นโอกาสอันดีที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักจากการได้พูดคุยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยได้สะดวกยิ่งขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

2.1.3 การเตรียมความรู้ด้านระเบียบ วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาโดยการลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพ ในระดับปริญญาโททางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ ฝึกปฏิบัติโครงการนำร่องของการทำวิทยานิพนธ์ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ในการวิจัยเชิงคุณภาพพร้อมกับการที่ผู้วิจัยศึกษาด้วยตนเองจากการอ่านตำรา เอกสาร งานวิจัย ที่เกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพพร้อมทั้งขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งเป็นผู้มีความชำนาญในการวิจัยเชิงคุณภาพ

2.1.4 การเตรียมความรู้ทางด้านเนื้อหาและแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน สำหรับเป็นแนวคิดเบื้องต้น (Preconceived notion) เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามที่สามารถหาคำตอบในระดับลึก และให้ความพร้อมในการตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความรู้ที่นึกคิดที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ ก่อนการรับฟังและแปลความ การให้ความหมาย ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล เพื่อระมัดระวังในการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1.5 ผู้วิจัยมีความตระหนักรู้ (Awareness) ว่าตนเองเป็นผู้วิจัย เข้าสนามเพื่อรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยคำนึงถึงการป้องกันและลดความอคติจากการคาดเดาหรือมีแนวคิดล่วงหน้า โดยไม่ทำตัวว่าเป็นผู้รู้แล้ว เข้าใจแล้วเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและเป็นจริง ตามประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญ ของการวิจัยแบบปรากฏการณ์ตามแนวคิดของ Husserl ที่เน้นการให้ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูล โดยปราศจากการตีความหมายของผู้วิจัย ค้นหาความเป็นจริงที่ปรากฏ โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้วิจัยต้องเก็บความคิด ความเชื่อนั้นไว้ (Bracketing) (Koch, 1995) และให้ผู้ให้ข้อมูลนึกถึงเหตุการณ์ในขณะนั้นโดยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเล่าเรื่องด้วยตนเอง ตลอดระยะเวลาทำวิจัยผู้วิจัยได้ฝึกฝนตนเองเกี่ยวกับเทคนิคการสัมภาษณ์โดยทั่วไป และเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงเจาะลึก และตลอดช่วงระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบตนเองร่วมกับ อาจารย์ที่ปรึกษา ได้แก่ เทคนิคการสัมภาษณ์ การจัดกลุ่มประเด็น ความหมาย การให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ให้ข้อมูลและจริยธรรมในการวิจัย

2.2 เครื่องบันทึกเสียง เป็นอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลขณะทำการสัมภาษณ์ทุกครั้งโดยผู้วิจัยจัดหาเอง และมีความพร้อมในการใช้งาน

2.3 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (Interview guideline) ซึ่งประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

2.3.1 การสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ และแบบบันทึกภาคสนาม

การสร้างแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (Interview guideline) นั้นผู้วิจัยสร้างโดยกำหนดข้อคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เขียนแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเป็นประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน และมีความยืดหยุ่นตามการสนทนา เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถตอบคำถามได้ตรงตามความต้องการและความรู้สึกที่แท้จริง และให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่ครอบคลุมตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา มีขั้นตอนรายละเอียดในการสร้างแนวคำถามดังนี้

ก) ผู้วิจัยทำการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับ ผู้ป่วยสูงอายุ โรคพาร์กินสัน รวบรวมจำแนกเป็นหัวข้อกว้าง ๆ คัดเลือกประเด็นคำถาม เกี่ยวกับเรื่องที่สนใจ จะสัมภาษณ์เพื่อใช้เป็นแนวคำถามใน การสนทนา โดยมีความยืดหยุ่นตามการสนทนาไม่กำหนด จำนวนคำถามและลำดับคำถามเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถแสดงออกถึงการรับรู้ของตนเองได้ อย่างอิสระ โดยการตั้งคำถามจัดแบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) การแนะนำตัวผู้วิจัย การสัมภาษณ์เรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อสร้างสัมพันธภาพ โดยเริ่มจากการแนะนำตัวผู้วิจัย วัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และการเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

2) ใช้คำถามเกริ่น เพื่อเปิดประเด็นกว้าง ๆ ในเรื่องที่ใกล้เคียงกับประเด็นที่สนใจสัมภาษณ์

3) คำถามเข้าสู่ประเด็นโดยเริ่มถามถึงการเจ็บป่วยต่าง ๆ

4) คำถามหลัก เพื่อเข้าสู่ประเด็นในการสัมภาษณ์ ในเรื่อง การรับรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน ความหมาย ของการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค และความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน และ การดำเนินชีวิต ผลกระทบของการเจ็บป่วย และการจัดการต่ออาการเจ็บป่วย

5) คำถามเจาะลึก เพื่อเจาะเข้าสู่ประเด็นที่ละเอียดต่อไป

6) คำถามสุดท้ายปิดการสนทนา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามหรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม

ข) เมื่อผู้วิจัยลงภาคสนามเก็บข้อมูลได้ใช้แนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลังการสัมภาษณ์ในรายแรก ๆ ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาได้นำบทสัมภาษณ์มาพิจารณาถึงเทคนิคการสัมภาษณ์ความเหมาะสมและสอดคล้องของแนวคำถาม ทำการปรับแนวคำถามเพิ่มเติมให้มีความเหมาะสม เพื่อนำไปใช้สัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

ค) ตลอดช่วงระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ได้แก่ เทคนิคการสัมภาษณ์ การจัดกลุ่ม ประเด็นความหมาย การให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ให้ข้อมูล

ง) ผู้วิจัยตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล และการให้รหัสร่วมกับผู้มีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพ ที่จบปริญญาโททางด้านพยาบาลผู้สูงอายุ 3 คน (Peer Debriefing)

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมดทั้งการสังเกตโดยผู้วิจัยเป็นสัมภาษณ์และบันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้เทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ใช้แนวทางการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น(Interview-guideline) เป็นแนวทางในการสนทนา โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลจนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (Saturation) คือ ได้ข้อมูลที่สามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ครบและไม่มีข้อมูลใหม่

เพิ่มในสัมภาษณ์อีก (ชาย โภธิสีตา, 2549) ใช้เวลาประมาณ 45 นาที -1 ชั่วโมง ซึ่งมีรายละเอียดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจาก คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้บริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในคลินิกเฉพาะทาง ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสัน เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐเรียบร้อยแล้ว

2) ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการประสานงานโดยแนะนำตัวเองกับแพทย์และพยาบาลประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมทางระบบประสาท เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีและอธิบายเกี่ยวกับโครงการศึกษาวิจัย แก่แพทย์และพยาบาลเพื่อให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินวิจัยและประโยชน์ของโครงการวิจัย

3) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อการได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยขอความร่วมมือจากแพทย์และพยาบาลประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมทางระบบประสาท ให้ช่วยแนะนำผู้วิจัยกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการแนะนำตัวกับผู้สูงอายุพร้อมทั้งอธิบายโครงการศึกษาวิจัยอย่างละเอียด และผู้วิจัยสอบถามขออนุญาตผู้ป่วยและญาติก่อนว่ายินดีให้ข้อมูลหรือรายละเอียดแก่ผู้วิจัยที่กำลังศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบว่าผู้สูงอายุมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษา และการปกป้องรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล พบว่าผู้ป่วยและญาติยินดีและเต็มใจให้ข้อมูลหรือสนใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามวิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ปรากฏว่าได้ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 30 ราย และเบื้องต้นให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 30 ราย อย่างไรก็ตามในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุ 4 ราย ที่พักอาศัยอยู่ในต่างจังหวัดห่างไกล ได้แก่ สตุล นครศรีธรรมราช หนองคาย เชียงราย และมีผู้สูงอายุ 1 ราย ที่ญาติไม่อนุญาตในการให้สัมภาษณ์ เนื่องจากไม่สะดวกต้องรีบเดินทางไปทำธุระ ส่วนอีก 1 ราย นัดสัมภาษณ์ที่บ้าน ผู้สูงอายุเกิดประสบบุบัติเหตุหกล้มมีการบาดเจ็บที่ศีรษะจึงทำให้ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ในวันนัดสัมภาษณ์ และมีผู้สูงอายุอีก 1 ราย ที่แจ้งความประสงค์ไม่เข้าร่วมสัมภาษณ์ เนื่องจากผู้สูงอายุรายนี้มีภาระงานและ

เวลาในการสัมภาษณ์ที่บ้านแล้ว แต่ก่อนถึงวันที่จะไปสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุหกล้มที่บ้านพัก ทำให้ปวดเข่า และเดินลำบาก

4) เมื่อได้ผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลหลักยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการนัดหมายในการเยี่ยมบ้านหรือสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสะดวก ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้สูงอายุแต่ละรายเพื่อแนะนำตัว และทำการคัดกรองผู้สนใจเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเบื้องต้น โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับเบื้องต้นฉบับภาษาไทยและตรวจสอบคุณสมบัติอื่น ๆ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้งนี้หากพบว่าผู้สูงอายุที่ได้คะแนนไม่ผ่านตามเกณฑ์ทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ผู้วิจัยจะให้ความรู้และคำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุและญาติ พร้อมกับแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษาต่อไป แต่ในระหว่างคัดกรองผู้ให้ข้อมูล ไม่พบกรณีที่เป็นปัญหาดังกล่าว

5) ผู้วิจัยทำการนัดวัน เวลา และสถานที่สัมภาษณ์ โดยผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้เลือกสถานที่สัมภาษณ์ที่เหมาะสมซึ่งอาจเป็นที่โรงพยาบาล (ในวันที่ผู้ให้ข้อมูลมาตรวจที่โรงพยาบาล) หรือที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล โดยคำนึงถึงความสงบเป็นส่วนตัว ความสะดวกในการเดินทางของผู้ให้ข้อมูล และความปลอดภัยของผู้วิจัย โดยในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลโดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ตามความรู้สึกของตนเองมากที่สุด

สำหรับสถานที่ที่เลือกใช้สัมภาษณ์ในโรงพยาบาลผู้วิจัยได้รับการอนุเคราะห์ให้ใช้บริเวณห้องตรวจที่ว่างเป็นสถานที่สำหรับการสัมภาษณ์ บริเวณห้องตรวจที่ว่างจะมีบริเวณเป็นส่วนตัว บรรยากาศสงบเงียบ ไม่มีเสียงรบกวนจากภายนอก อากาศถ่ายเทได้ดี เหมาะแก่การสัมภาษณ์ ส่วนการสัมภาษณ์ ที่บ้าน ผู้วิจัยให้ญาติและผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เลือกและเตรียมสถานที่ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบริเวณห้องรับแขก ซึ่งมีความเหมาะสมและเงียบสงบ ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ครั้งแรกเพื่อทำความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลในเบื้องต้นที่โรงพยาบาลทั้งหมด 23 ราย บริเวณห้องตรวจด้านข้างที่ว่างซึ่งมีบรรยากาศเงียบสงบ สามารถปิดห้องทำการสัมภาษณ์ได้เฉพาะราย และตามไปสัมภาษณ์ที่บ้านในครั้งที่ 2 อีกจำนวน 14 ราย

6) เมื่อได้ผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามยินยอมของผู้ให้ข้อมูลและญาติเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการดังนี้คือ

1. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) โดยมีแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guideline) เกี่ยวกับประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย (ดังแสดงในภาคผนวก ข) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

ก) การรวบรวมและคัดเลือกประเด็นคำถามทั่ว ๆ ไป เกี่ยวก็เกี่ยวกับ ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย แล้วจำแนกเป็นหัวข้อกว้าง ๆ เป็น คำถามปลายเปิด อย่างไม่มีการกำหนดจำนวนคำถามหรือลำดับคำถามอย่างตายตัว ส่วนคำถามใน การสัมภาษณ์จริงจะมีความยืดหยุ่นเพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้ให้ข้อมูล สามารถแสดงออกถึงการรับรู้ของ ตนเองได้อย่างอิสระ แล้วนำแนวทางมาสัมภาษณ์ดังกล่าวให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณา แนวทางการสัมภาษณ์

ข) ภายหลังจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยทำการ ถอดความผู้วิจัยทำการถอดข้อความจากเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกมา เป็นบทสนทนา (Transcribe) อ่านบทสนทนาพร้อมกับการฟังเทปซ้ำเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และ อ่านบทสนทนาซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจร่วมกับบันทึกสนทนา เพื่อทบทวนเหตุการณ์และ เติมเต็ม (Supply) ข้อมูลที่ขาดหายไป พร้อมทั้งอ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัด (Line by line) และ ให้อรหัสข้อมูล (Code units of data) ผู้วิจัยได้ทำการปรับข้อความให้เหมาะสมและเพิ่มคำถามที่ยังไม่ ครบถ้วน รวมทั้งการเพิ่มเติมข้อความเจาะลึก เพื่อต้องการข้อมูลจากเรื่องนั้นมากขึ้นหรือไม่แน่ใจ คำพูดของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจดข้อความหรือประเด็นที่ไม่เข้าใจบางประการไว้ แล้วกลับไปถามผู้ให้ ข้อมูลเพื่อความกระจ่างในประเด็นนั้น (clarifying)

ค) กลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมและนำไปสัมภาษณ์ผู้ให้ ข้อมูลในรายต่อไป

2. การสังเกต โดยสังเกตลักษณะสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ การแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล และสิ่งแวดล้อมในการสัมภาษณ์

3. การบันทึกภาคสนาม (Field note) โดยบันทึกเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก ปัญหา การแก้ไขขณะสัมภาษณ์ ได้แก่ ใคร ทำอะไรที่ไหน อย่างไร ตลอดจนพฤติกรรมและ การแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยใช้ทั้งวิธีการจดบันทึกและการบันทึกเทปเพื่อได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

ขั้นตอนการสัมภาษณ์

ขั้นตอนการสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนคือ การเตรียมตัวก่อนสัมภาษณ์ และ ขณะดำเนินการสัมภาษณ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้คือ

1. การเตรียมตัวก่อนสัมภาษณ์ ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้ คือ

ก) ทำความเข้าใจกับประเด็นคำถามและจุดมุ่งหมายประเด็นของคำถาม ทุกข้อเพื่อช่วยให้การสัมภาษณ์อยู่ในเรื่องที่ต้องการ

ข) เยี่ยมบ้านผู้ให้ข้อมูล ตามวันเวลาที่ได้ทำการนัด เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความคุ้นเคย รู้สึกถึงความเป็นมิตรและเกิดความไว้วางใจผู้วิจัย โดยการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งผู้วิจัยจะมีของฝาก มอบให้ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ขนม ผลไม้ ยาสามัญประจำบ้าน เช่น ยาต้ม ยาหม่อง ครีมนวดบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และกล่องใส่ยา พร้อมทั้งให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพในเรื่องโรคพาร์กินสัน ตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทุกเรื่อง โดยทำภายหลังจากที่ผู้วิจัยแนะนำตัวเองแล้ว ชักถามอาการทั่วไป เพื่อประเมินอาการของโรค และประเมินความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลในการให้สัมภาษณ์ สร้างความคุ้นเคย รู้สึกถึงความเป็นมิตรว่าผู้วิจัยมิได้หวังมาเอาประโยชน์จากผู้ให้ข้อมูลหลักฝ่ายเดียวแต่เป็นลักษณะช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

ค) แนะนำตัวเอง อธิบายจุดมุ่งหมายของการวิจัย โดยการเตรียมบท (Script) ในการแนะนำตนเอง (ดังแสดงในภาคผนวก ก) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายเหตุผล ที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดการวิจัย วิธีการสัมภาษณ์ แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเทป ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์และการรักษาความลับของผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจอย่างชัดเจน

ง) เมื่อผู้วิจัยประเมินว่าผู้ให้ข้อมูลมีความไว้วางใจและพร้อมที่จะให้ข้อมูลเชิงลึก ผู้วิจัยจึงเริ่มสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

จ) เลือกสถานที่ ที่เหมาะสมเป็นส่วนตัว เพื่อให้บรรยากาศในการสัมภาษณ์ไม่ถูกรบกวนหรือเปิดเผยจนเกินไป ซึ่งในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 14 ราย ส่วนใหญ่สัมภาษณ์ที่ระเบียงบ้านหรือห้องรับแขกในบ้านของผู้ให้ข้อมูล

2. การดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้คือ

ก) ก่อนที่สัมภาษณ์เชิงลึกผู้วิจัย เริ่มต้นทักทายพูดคุยเรื่องทั่วไป ถามเรื่องคนในครอบครัวสุขภาพทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล เพื่อสร้างบรรยากาศที่ไม่เคร่งเครียดขณะสัมภาษณ์ และเพื่อให้การสัมภาษณ์เป็นธรรมชาติ มีความเป็นกันเอง ไม่เร่งรัด ไม่วิพากวิจารณ์ไม่แสดงความคิดเห็นใด ๆ หรือไม่แสดงอารมณ์ต่อข้อมูลที่ได้รับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำ และให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แสดงความรู้สึกลงใจได้อย่างเต็มที่

ข) ตั้งใจรับฟังสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลหลักพูด โดยรับฟังด้วยความตั้งใจ สบตา หรือพยักหน้า เพื่อแสดงการตอบสนอง ให้ผู้ให้ข้อมูล ตอบคำถามเอง โดยไม่มีการชี้นำ โดยใช้คำถามปลายเปิด ใช้ทักษะการทบทวนความหรือกล่าวซ้ำคำพูด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูล สำนึกความคิดของตนเอง และผู้วิจัยสามารถติดตามความคิดของผู้ให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

ค) สังเกตผู้ให้ข้อมูล ถ้าแสดงอารมณ์ร่วมขณะตอบคำถาม ร้องไห้ เศร้า โศก

เสียใจ ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ชั่วคราวและเปิดโอกาสให้ ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ โดยรับฟังอย่างตั้งใจ แสดงความเห็นใจและนั่งเป็นเพื่อนผู้ให้ข้อมูล หลังจากผู้ให้ข้อมูล ได้ระบายความรู้สึกแล้ว ผู้วิจัยถามความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล ที่จะสนทนากับผู้วิจัยต่อไปหรือไม่ ทั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูล 2 รายเมื่อเล่าประสบการณ์แล้วได้ระบายความรู้สึก โศกเศร้าเสียใจ ในชีวิตของคนที่ต้องเจ็บป่วยในครั้งนี้ จึงร้องไห้ออกมา ผู้วิจัยต้องรับฟังอย่างสงบพร้อมทั้งให้กระดาษเพื่อซับน้ำตา และปลอบโยนให้กำลังใจผู้ให้ข้อมูลรายนั้น

ง) ปิดการสัมภาษณ์เมื่อครบกำหนดเวลาที่แจ้งไว้แก่ผู้ให้ข้อมูล หรือเมื่อสังเกตพฤติกรรม ที่แสดงถึงความไม่พร้อมของผู้ให้ข้อมูล ในการให้สัมภาษณ์ต่อไป เช่น แสดงอาการเหนื่อยหรือไม่สบาย กระสับกระส่าย และช่วยเหลือผู้ให้ข้อมูล โดยช่วยเหลือในการตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญปัญหา ปรึกษาบุคคลในครอบครัวเพื่อหาแนวทางช่วยเหลือ หรือพิจารณาส่งต่อไปยังแหล่งประโยชน์อื่น ๆ ในการวิจัยครั้งนี้ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล บางราย พบปัญหาจากอาการแสดงของโรค คือ การที่ผู้ให้ข้อมูล พูดซ้ำ พูดติดขัด พูดไม่ชัด เสียสมาธิ ผู้วิจัยต้องตั้งใจฟังพร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ให้ข้อมูลในเรื่องการพูดขณะสัมภาษณ์ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูล มีความเกรงใจผู้วิจัยที่ต้องรอฟังผู้ให้ข้อมูล ที่มีปัญหาเรื่องการพูด ผู้ให้ข้อมูล 4 รายมีอาการสั่นที่มือหรือขา เกร็งบริเวณคอ หรืออาการยุกยิกที่ปลายมือ หรือ ปลายเท้าในบางขณะที่ทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจึงสอบถามอาการเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลประเมินอาการของตนเองว่าพร้อมในการให้สัมภาษณ์หรือไม่ และผู้วิจัยทำการประเมินอาการของผู้ให้ข้อมูล ตลอดเวลาการสัมภาษณ์ แต่ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ก็สามารถให้สัมภาษณ์ได้จนถึงสิ้นสุดเวลาการสัมภาษณ์ และมีผู้ให้ข้อมูลอีก 1 รายมีอาการของยาหมดฤทธิ์จะหยุดนิ่งไม่ตอบคำถาม ผู้วิจัยต้องหยุดพักการสัมภาษณ์ให้รับประทานยา ก่อน แล้วรอให้ยาออกฤทธิ์จึงทำการสัมภาษณ์ต่อไปได้ แม้ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 5 คน จะมีปัญหาอาการทางกาย แต่ผู้ให้ข้อมูลทุกรายก็ร่วมมือในให้การสัมภาษณ์จนครบกำหนดเวลา

จ) กล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูล ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยและอธิบายถึงการบันทึกเทปในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะทำการลบข้อมูลในส่วนที่เป็นเทปเมื่อการศึกษาวิจัยสิ้นสุดลงภายใน 1 เดือน

สรุปในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กันโดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ.2551ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2552 โดยผู้วิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายละ 45 - 60 นาที และได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1,2,3,4,5,7,8,10,11,12,13,14,15,18,19 ,20 และ 22 ทำการการสัมภาษณ์จำนวนทั้งหมด 2 ครั้ง

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, 9, 17 และ 21 ทำการการสัมภาษณ์จำนวนทั้งหมด 3 ครั้ง

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16 ทำการการสัมภาษณ์จำนวนทั้งหมด 5 ครั้ง (เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลหลักรายนี้มีอาการขาออกฤทธิ์ไม่สม่ำเสมอในขณะที่ให้สัมภาษณ์ผู้วิจัยจึงต้องติดตามสัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลในประเด็นที่ครบถ้วน)

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเริ่มได้ข้อมูลที่มีประเด็นซ้ำกันในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 19 แต่ยังพบว่ายังมีประเด็นเพิ่มใหม่มาอีก ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลต่อไปเรื่อย ๆ จนถึงการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 23 พบว่ามีการอิมตัวของข้อมูล คือมีประเด็นที่ซ้ำกัน และไม่มีประเด็นใหม่ที่เพิ่มมา จึงยุติการเก็บข้อมูล สรุปการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมีผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 23 คน

ด) เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลและญาติซักถามปัญหาข้อข้องใจต่าง ๆ พร้อมทั้งให้คำปรึกษาในเรื่องปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพสภาพแก่ผู้ให้ข้อมูล และสนับสนุนให้ญาติมีส่วนช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ ในการวิจัยครั้งนี้ มีผู้ให้ข้อมูลซักถามในเรื่องที่ผู้ให้ข้อมูลสนใจหรือมีปัญหาจำนวน 23 ราย

4.การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยตระหนักอยู่เสมอว่าประเด็นที่ทำการวิจัยนั้นเกี่ยวข้องกับความรู้สึทางด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักบางรายโศกเศร้าและเสียใจกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยในครั้งนี้ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้อาจมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจ และเกิดความรู้สึกสูญเสียความเป็นส่วนตัว ดังนั้นในการได้มาซึ่งข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ระมัดระวังเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านจิตใจต่อบุคคลกลุ่มนี้ให้น้อยที่สุดในทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิในทุกขั้นตอน โดยปฏิบัติดังนี้

4.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการพิจารณาการดำเนินการวิจัยของสนามวิจัยที่คลินิกเฉพาะทางศุนย์รักษาโรคพาร์กินสันโรงพยาบาลมหาวชิราลัยของรัฐ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพของโรงพยาบาลมหาวชิราลัยของรัฐ

4.2 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความยินยอมอย่างสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด บอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์วิธีการสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่สัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ เพื่อประกอบในการเก็บข้อมูลให้ครบถ้วนและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

4.3 ผู้วิจัยยืนยันให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบสิทธิในการให้ข้อมูล ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถที่จะไม่ตอบคำถามใดๆ ที่รู้สึกไม่สะดวกใจหรือยุติการให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้การซักถามข้อสงสัยให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ มีการลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่าง ๆ ไว้อย่างปลอดภัย

4.4 ผู้วิจัยยืนยันกับผู้ให้ข้อมูลหลักถึงการรักษาความลับด้วยการทำลายเทปเมื่อสิ้นสุดการทำวิจัย ภายใน 1 เดือน รวมทั้งปกปิดชื่อและข้อมูลรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล การนำข้อมูลเอกสารการสัมภาษณ์ไปอภิปราย และเผยแพร่จะกระทำในภาพรวมและเฉพาะการนำเสนอเชิงวิชาการเท่านั้น ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผู้ให้ข้อมูลเลือนเวลานัดหรือถอนตัวจากการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลทุกรายให้ ความร่วมมือในสัมภาษณ์จนสิ้นสุดการสัมภาษณ์

4.5 ขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยรับฟังผู้ให้ข้อมูลด้วยความ เคารพ อ่อนน้อม ตั้งใจ และปลอดภัย ให้กำลังใจแก่ผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีภาวะเศร้าโศกเสียใจ เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมดจำนวน 23 ราย ต้องการคำปรึกษาทางด้านสุขภาพ ผู้วิจัยยินดีให้คำแนะนำให้ข้อมูลต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจทั้งหมดจำนวน 23 ราย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การใช้ยาและแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการแก้ไขปัญหาภาวะท้องผูก และการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ในกรณีประเมินภาวะซึมเศร้า แล้วพบว่าผู้ป่วยจำนวน 4 รายมีภาวะซึมเศร้าผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ให้ปรึกษาจิตแพทย์เพื่อทำการรักษาต่อไป หรือเมื่อประเมินแล้วพบว่ามีอาการของภาวะสมองเสื่อมระยะแรก 1 ราย ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำแก่ญาติในการดูแล พร้อมทั้งแนะนำให้พาผู้ป่วยไปทำการรักษาที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางระบบประสาทต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์ ของ Colaizzi (1978) ซึ่งมีความสอดคล้องกับปรัชญาการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Streubert and Carpenter, 2007) ดังนี้คือ

1) ถอดเทปการสนทนาของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายแบบคำต่อคำ (verbatim) อ่านบทสนทนา ร่วมกับการฟังเทปซ้ำ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง อ่านคำบรรยาย หรือข้อมูลทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูล หลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้เข้าใจในเนื้อหาหรือปรากฏการณ์ที่สำคัญ

2) จัดแยกข้อมูลที่สำคัญหรือดึงข้อความหรือประโยคสำคัญที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ โดยขีดเส้นใต้หรือแยกคำหรือข้อความสำคัญนั้นไว้ โดยเน้นการให้ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูลโดยปราศจากการตีความของผู้วิจัยเพื่อค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มีการคิดล่วงหน้าหรือถ้าผู้วิจัยต้องเก็บความคิด ความเชื่อนั้นไว้ (bracketing)

3) จัดกลุ่มความหมายเป็นหัวข้อเป็นหมวดหมู่หรือนำข้อความหรือประโยคสำคัญ มากำหนดความหมายในแต่ละประโยค

4) นำข้อความหรือประโยคที่สำคัญที่กำหนดความหมายแล้วนำมาจัดรวมเป็นหัวข้อ (themes) และหัวข้อใหม่ที่จะถูกนำมาเพิ่มเติม จนไม่มีกลุ่มใหม่เกิดขึ้น

5) ผลที่ได้จากการวิเคราะห์จะถูกนำมาผสมผสานเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ได้ของผู้ให้ข้อมูล อย่างละเอียดครบถ้วน โดยให้เป็นไปในรูปแบบของการบรรยาย เขียนให้มีความต่อเนื่องกันและกลมกลืนกันระหว่างข้อความหรือประโยคและหัวข้อต่าง ๆ ซึ่งในขั้นตอนนี้พยายามลดทอนข้อมูลหรือหัวข้อที่ไม่จำเป็นออกไป โดยสรุปรวมหรือจัดหัวข้อย่อยไปอยู่รวมกันกับหัวข้อที่มีลักษณะ ประเภท เดียวกัน หรือเป็นเรื่องเดียวกันอยู่หมวดเดียวกัน

6) ตรวจสอบข้อสรุปความตรงของปรากฏการณ์ ที่ประกอบด้วย ประสบการณ์จริงที่สำคัญ ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยนำประเด็นข้อสรุปของปรากฏการณ์ไปให้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 รายที่สามารถสื่อสารอธิบายหรือให้ข้อมูลที่หลากหลาย (Informative Case) ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 รายที่ได้รับการคัดเลือกเป็นผู้ที่ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยดีที่สุดและมีความยินดีที่จะเป็นผู้ตรวจสอบข้อสรุปของปรากฏการณ์ แก่ผู้วิจัย ซึ่งขั้นตอนนี้เรียกว่าเป็นขั้นตอนของการตรวจสอบ (member checking) ว่าข้อสรุปมีความเป็นจริงตามที่อธิบายไว้หรือไม่เพื่อให้ได้ข้อสรุปสุดท้ายที่สมบูรณ์และเป็นข้อความที่ได้จากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งเปิดโอกาสให้ ผู้ให้ข้อมูลอธิบายเพิ่มเติม ในกรณีที่ข้อมูลไม่ชัดเจนและเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่เก็บไม่ครบ

7) ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่มีความเชี่ยวชาญในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

8) เขียนสรุปรายงานการวิจัย โดยอธิบายความ เชื่อมโยงและความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่ได้ กับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

6. การตรวจสอบความเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ (Lincoln and Guba, 1985 cite in Streubert and Carpenter, 2007) ตามขั้นตอนดังนี้

1) ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลมีความตรงเชื่อถือได้ผู้วิจัยกระทำดังนี้

1.1) มีการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอนที่ชัดเจนซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนการได้มาและเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษา เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษาอย่างแท้จริง มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียดตรวจสอบได้ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความ ผู้วิจัยทำการถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ และตรวจสอบความถูกต้องโดยการฟังเทปซ้ำ

1.2) ผู้วิจัยมีสัมพันธภาพที่ดีและได้รับความไว้วางใจจากผู้ให้ข้อมูล โดยในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยมีการแนะนำตัว กล่าวถึงรายละเอียดของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล ตลอดทั้งก่อนเริ่มสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะซักถามผู้ให้ข้อมูลด้วยคำถามทั่ว ๆ ไปอย่างเป็นกันเอง

1.3) ผู้วิจัยมีความตระหนัก (Awareness) ว่าตนเองเป็นผู้วิจัยเข้าสนามเพื่อการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้ข้อมูล โดยคำนึงถึงการป้องกันและลดอคติจากการคาดเดาหรือมีแนวคิดล่วงหน้า โดยไม่ทำตัวว่าเป็นผู้รู้แล้ว เข้าใจแล้ว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและเป็นจริงตามประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญของการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl ที่เน้นการให้ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูล โดยปราศจากการตีความของผู้วิจัยค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่ โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้วิจัยต้องเก็บความคิดความเชื่อไว้ (bracketing) (Koch, 1995) และให้ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงเหตุการณ์ในขณะนั้น โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เล่าเรื่องราวด้วยตนเอง ซึ่งในบางครั้งผู้วิจัยไม่สามารถที่จะเก็บความคิดความเชื่อไว้ได้โดยยังนำความรู้และประสบการณ์เดิมมาผสมผสานกับข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล แต่ทั้งนี้ผู้วิจัยก็ได้พยายามอย่างเต็มที่ เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยมีการฝึกฝนตนเองเกี่ยวกับเทคนิคการสัมภาษณ์โดยทั่วไป เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ตลอดระยะเวลาของการทำวิจัยผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลและจริยธรรมในการวิจัย

1.4) ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตลอดการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การสัมภาษณ์ การให้ความหมาย การจัดกลุ่มประเด็นความหมายและการเขียนอธิบายประเด็นอย่างละเอียด

1.5) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ (Data triangulation) เพื่อพิจารณาความถูกต้องของข้อมูลที่ได้มา ทั้งเวลา สถานที่และบุคคล ว่าต่างเวลา ต่างสถานที่และต่างบุคคลที่ให้

ข้อมูลจะต่างกันหรือไม่ เช่น กรณีพบญาติผู้ป่วยจะสอบถามเพื่อตรวจสอบข้อมูล ถ้าพบประเด็นที่ขัดแย้งผู้วิจัยจะซักถามเพิ่มเติมความเข้าใจตรงกัน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ใช้ การตรวจสอบข้อมูลจากการจัดระเบียบวิธีวิจัยที่ต่างกัน (Methodological triangulation) โดยทำการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยขณะทำการสัมภาษณ์ โดยการสังเกตสีหน้าท่าทาง อารมณ์แสดงออกของผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์ นอกจากนี้ในขณะที่ติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่บ้าน ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อสังเกตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ทำการสัมภาษณ์ ทั้งสีหน้าท่าทาง พฤติกรรมแสดงออก การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง สภาพแวดล้อมทั่วไป ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบความตรงกันของข้อมูล และเป็นสื่อที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งการติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่บ้านทำให้ทราบถึงความแม่นยำและสอดคล้องในคำบอกเล่าของผู้ป่วยและการปฏิบัติจริง และวิธีการสอบถามโดยใช้คำถามเดิมซ้ำ เพื่อตรวจสอบความตรงกันในคำตอบที่ได้รับครั้งแรกรวมทั้งการให้กลุ่มตัวอย่างได้ยืนยันความหมายของข้อมูลผ่านการวิเคราะห์ของผู้วิจัยแล้วว่ามี ความหมายถูกต้องพ้องกับข้อมูลเบื้องต้นหรือไม่ (Informant checking) (Holloway and Wheeler, 1996)

1.6) ผู้วิจัยตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล และการให้รหัสร่วมกับผู้มีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพ ที่จบปริญญาโททางด้านการศึกษาผู้สูงอายุ 3 คน (Peer Debriefing)

1.7) ผู้วิจัยได้กลับไปหาผู้ให้ข้อมูลหลักที่ได้รับเลือกเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยที่ดีที่สุดจำนวน 2 ราย ที่สามารถอธิบายหรือให้ข้อมูลที่หลากหลาย (Informative case) และยินดีที่จะเป็นผู้ตรวจสอบข้อสรุปของปรากฏการณ์แก่ผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลช่วยตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูลจากบทสัมภาษณ์ของผู้วิจัย ว่าถูกต้องหรือไม่ (Member checking)

1.8) ผู้วิจัยตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับแก้ให้ประเด็นที่ชัดเจนและเหมาะสม จำนวนทั้งหมด 5 ครั้ง

1.9) ผู้วิจัยตระหนักถึงบทบาทของผู้วิจัย ในการพักความคิดของตนเอง (Bracketing) ตลอดกระบวนการวิจัย คือ ช่วงก่อนเข้าสนามการวิจัยผู้วิจัยไม่นำความรู้จากการทบทวนเข้ามาปะปนกับความรู้ที่ได้ในสนามการวิจัย ช่วงเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยตระหนักถึง การไม่ใช้คำถามนำ การเป็นผู้ฟังที่ดี พร้อมทั้งจดบันทึกความคิดในแบบบันทึกภาคสนาม และนำกลับมาทบทวนทุกครั้งหลังเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ในช่วงการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยตระหนักถึงการพักความคิดความรู้เดิมตลอดเวลาวิเคราะห์ข้อมูลโดยไม่ใส่ความคิดของตนเองและให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบข้อมูลที่วิเคราะห์ได้

2) การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) ผลการวิจัยมีความเฉพาะเจาะจง จึงใช้อ้างอิงเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันที่เป็นผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น อย่างไรก็ตาม

ตามผู้วิจัยได้ทำหน้าที่ในการนำเสนอผลการวิจัยและข้อมูลสนับสนุนอย่างลุ่มลึก เพื่อเอื้อประโยชน์ให้ผู้อ่านผลงานวิจัย สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประสบการณ์ กับบริบทของตนเองตามความเหมาะสม

3) การมีเกณฑ์พึ่งพาอื่น ๆ (Dependability) คือ การใช้ระเบียบวิธีวิจัยในการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน โดยการนำเสนอข้อมูลอย่างละเอียด ถูกต้อง ประเด็นหลักและรายละเอียดของการวิเคราะห์ ข้อมูลได้รับการตรวจสอบร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีขั้นตอน ดังนี้

3.1) การนำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วนและครอบคลุม ซึ่งผู้อ่านสามารถอ่านและติดตามกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยเฉพาะขั้นตอนการถอดรหัส และการตรวจซ้ำ ที่ทำให้ได้มาซึ่งประเด็นหลัก

3.2) มีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้วิจัยได้ให้พยาบาลที่จบปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและมีประสบการณ์ในการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 คนเป็นผู้ตรวจสอบ และได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง

4) มีการยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ประกอบด้วย

4.1) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดการบันทึกไว้อย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง การถอดเทป การสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) และข้อมูลการสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

4.2) ผู้วิจัยใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูล (Direct quotes) และคำพูดมีความสอดคล้องสามารถนำเสนอให้เห็นถึงประเด็นต่าง ๆ ในการวิเคราะห์แปรความหมายข้อมูลอย่างชัดเจน

4.3) การสรุปข้อมูลในขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ การให้รหัสข้อมูล (Coding) การจัดกลุ่มข้อมูล (Category) การสรุปประเด็น (Theme) ได้รับการทบทวนจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และพยาบาล ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาโทจำนวน 3 คนเป็นผู้ตรวจสอบ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการสรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยตามปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Streubert and Carpenter, 2007) เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคพาร์กินสัน ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์อย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interviews) และการบันทึกเทปเป็นวิธีการหลักในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์ ของ Colaizzi (1978) (Streubert and Carpenter, 2007) จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า มีการอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturation) ในผู้ให้ข้อมูลรายที่ 23 ผู้วิจัยจึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับได้ดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2: ความหมายการมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน

ส่วนที่ 3: ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

ในการศึกษานี้มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด 23 ราย เป็นเพศชายจำนวน 15 ราย และ เพศหญิง จำนวน 8 ราย อายุระหว่าง 60 – 81 ปี (อายุเฉลี่ย 70.5 ปี) จำนวนระยะเวลาการเจ็บป่วย สูงสุด 18 ปี ต่ำสุด 2 ปี ระดับความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 1 จำนวน 12 ราย และต่ำสุดอยู่ในระดับ 3 จำนวน 2 ราย สถานภาพคู่ 22 ราย หม้าย 1 ราย นับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด มี 1 รายที่นับถือศาสนาอิสลาม และอีก 1 รายที่นับถือศาสนาคริสต์ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคกลางจำนวน 14 ราย และมีเพียง 1 ราย อาศัยอยู่ในภาคเหนือ การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีจำนวน 7 ราย การศึกษาสูงสุดที่ระดับปริญญาโทจำนวน 4 ราย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวในชุมชนเมือง 22 ราย มีเพียง 1 ราย ที่เป็นครอบครัวขยายชุมชนเมือง รายได้ของครัวครัวอยู่ระหว่าง 6,000-50,000 บาท (รายได้เฉลี่ย

28,000 บาท) ยังคงประกอบอาชีพ 5 ราย และส่วนใหญ่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ จำนวน 17 ราย เป็นโรคอื่นรวมด้วยรวม 11 ราย และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รหัส ID (Identification) แทนผู้ให้ข้อมูลหลักในแต่ละราย

ตารางที่ 1: ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ลักษณะทั่วไป	จำนวน(ราย)
เพศ	
ชาย	15
หญิง	8
อายุ	
60-69 ปี	13
70-79 ปี	9
80 ปีขึ้นไป	1
สถานภาพสมรส	
คู่	22
หม้าย	1
ศาสนา	
พุทธ	21
คริสต์	1
อิสลาม	1
ระดับการศึกษา	
สูงกว่าปริญญาตรี	4
ปริญญาตรี	7
ต่ำกว่าปริญญาตรี	12

ตารางที่ 2: ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามราย

ID	อายุ (ปี)	เพศ	ระดับการศึกษา	สถานภาพสมรส	อาชีพปัจจุบัน	ความเพียงพอของรายได้	การอยู่อาศัย	ระดับความรุนแรงของโรค	ระยะเวลาเจ็บป่วย (ปี)
1	67	หญิง	ปริญญาตรี	คู่	ข้าราชการบำนาญ	เพียงพอ	อยู่กับสามีและบุตร	2	9
2	62	ชาย	ปริญญาตรี	คู่	ข้าราชการบำนาญ	เพียงพอ	อยู่กับภรรยา	2	5
3	61	ชาย	ปริญญาโท	คู่	ธุรกิจส่วนตัว	เพียงพอ	อยู่กับภรรยาและบุตร	2	11
4	68	ชาย	ปริญญาโท	คู่	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	ไม่เพียงพอ	อยู่กับภรรยา	2	10
5	63	หญิง	ปริญญาตรี	คู่	ข้าราชการบำนาญ	เพียงพอ	อยู่กับสามีและบุตร	2	4
6	68	ชาย	ปริญญาตรี	คู่	ข้าราชการบำนาญ	เพียงพอ	อยู่กับภรรยาและบุตร	2	8
7	67	หญิง	ปริญญาตรี	คู่	ข้าราชการบำนาญ	เพียงพอ	อยู่กับสามี	2	7
8	71	หญิง	ปริญญาโท	หม้าย	แม่บ้าน	เพียงพอ	อยู่ตามลำพัง	1	2
9	73	ชาย	ประถมศึกษา	คู่	ธุรกิจส่วนตัว	ไม่เพียงพอ	อยู่กับภรรยาและบุตร	1	10
10	65	หญิง	อนุปริญญา	คู่	ข้าราชการบำนาญ	เพียงพอ	อยู่กับสามีและบุตร	1	3
11	81	ชาย	ปริญญาโท	คู่	ข้าราชการบำนาญ	เพียงพอ	อยู่กับภรรยาและบุตร	1	3
12	67	ชาย	ประถมศึกษา	คู่	ธุรกิจส่วนตัว	เพียงพอ	อยู่กับภรรยาและบุตร	3	16
13	61	ชาย	ปริญญาตรี	คู่	ข้าราชการบำนาญ	เพียงพอ	อยู่กับภรรยาและบุตร	1	6
14	64	ชาย	ปริญญาตรี	คู่	ข้าราชการบำนาญ	ไม่เพียงพอ	อยู่กับภรรยาและบุตร	2	5
15	63	ชาย	ประถมศึกษา	คู่	รับจ้าง	เพียงพอ	อยู่กับภรรยาและบุตร	1	3
16	62	หญิง	อนุปริญญา	คู่	ข้าราชการบำนาญ	เพียงพอ	อยู่กับสามีและบุตร	1	2
17	62	หญิง	ปริญญาตรี	คู่	ข้าราชการบำนาญ	เพียงพอ	อยู่กับภรรยาและบุตร	1	2
18	60	ชาย	ประถมศึกษา	คู่	ข้าราชการบำนาญ	เพียงพอ	อยู่กับภรรยาและบุตร	2	10
19	71	ชาย	อนุปริญญา	คู่	ข้าราชการบำนาญ	เพียงพอ	อยู่กับสามีและบุตร	1	3
20	60	หญิง	ประถมศึกษา	คู่	ข้าราชการบำนาญ	เพียงพอ	อยู่กับสามีและบุตร	1	2
21	61	ชาย	อนุปริญญา	คู่	ธุรกิจส่วนตัว	เพียงพอ	อยู่กับภรรยาและบุตร	1	2
22	64	ชาย	มัธยมศึกษา	คู่	ข้าราชการบำนาญ	เพียงพอ	อยู่กับภรรยาและบุตร	1	4
23	62	ชาย	ปริญญาโท	คู่	ธุรกิจส่วนตัว	ไม่เพียงพอ	อยู่กับภรรยาและบุตร	3	18

ส่วนที่ 2: ความหมายการมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน

การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน หมายถึง การมีชีวิตที่ต้องเผชิญกับโรคที่มีอาการไม่แน่นอน เกิดอาการขึ้นได้ทุกขณะ ไม่สามารถควบคุมอาการได้ เป็นชีวิตที่ต้องอยู่กับ โรคที่ทำให้ชีวิตไร้ค่า คุณค่าของตนเองลดลง เป็นปมด้อย และเป็นภาระให้กับผู้อื่น

ส่วนที่ 3: ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน ซึ่งประกอบด้วย เป็นประเด็นหลัก 4 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การอยู่กับข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต ทั้งข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ

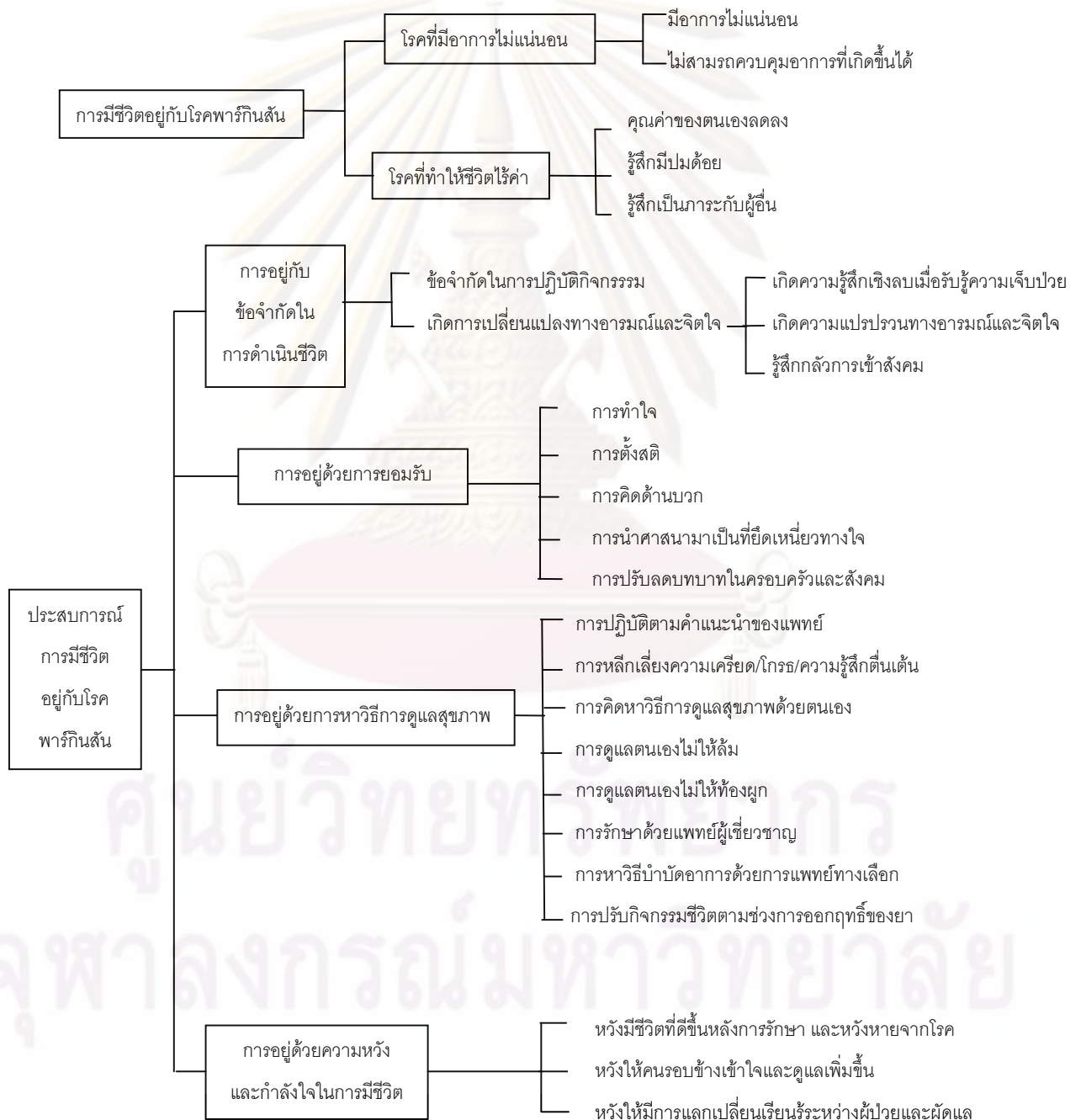
ประเด็นหลักที่ 2 การอยู่ด้วยการยอมรับ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในการดำเนินชีวิต จากอาการที่กำเริบรุนแรงขึ้นตามระยะเวลา ดังนั้นเพื่อให้ตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ ผู้สูงอายุจึงยอมรับสภาพการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 1) การทำใจ 2) การตั้งสติ 3) การคิดด้านบวก 4) การนำศาสนามาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจ และ 5) การปรับลดบทบาทในครอบครัวและสังคม

ประเด็นหลักที่ 3 การอยู่ด้วยการหาวิธีการดูแลสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุ ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันที่รักษาไม่หายต้องรักษาด้วยยาตลอดชีวิต จึงรับรู้ถึงผลกระทบจากอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนขณะที่ตนเจ็บป่วย จึงแสวงหาวิธีป้องกันด้วยการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ 2) การดูแลตนเองไม่ให้ล้ม 3) การดูแลตนเองไม่ให้ท้องผูก 4) การหลีกเลี่ยงความเครียด/โกรธ/ความรู้สึกตื่นเต้น 5) การคิดวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง 6) การรักษาด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 7) การหาวิธีบำบัดอาการด้วยการแพทย์ทางเลือก และ 8) การปรับกิจกรรมชีวิตตามช่วงการออกฤทธิ์ของยา

ประเด็นหลักที่ 4 การอยู่ด้วยความหวังและกำลังใจในการมีชีวิต หมายถึง การที่ผู้สูงอายุ ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันที่รักษาไม่หายในระยะเวลานาน ดังนั้นตนเองจึงมีอาการกำเริบรุนแรงและทรุดลงเรื่อย ๆ ผู้สูงอายุจึงมีความหวังในการดูแลรักษา 1) หวังมีชีวิตที่ดีขึ้นหลังรักษาและหวังที่จะหายจากโรค 2) หวังให้คนรอบข้างเข้าใจ และดูแลเพิ่มขึ้น และ 3) หวังให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย จากการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปเป็นแผนภาพเพื่อให้เข้าใจได้ง่าย ดังนี้

แผนภาพที่ 1 สรุปความหมายและประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย



ผลการศึกษาปรากฏการณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทยจำนวน 23 ราย โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

ส่วนที่ 2: ความหมายการมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสัน

ความหมายการมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทยสะท้อนถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยตามความรู้สึกนึกคิด และผลกระทบที่เกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 2 ประเด็นดังนี้ คือ

1. ความหมายการมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสัน

การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสัน หมายถึง การมีชีวิตที่ต้องเผชิญกับโรคที่มีอาการไม่แน่นอน เกิดอาการขึ้นได้ทุกขณะ ไม่สามารถควบคุมอาการได้ เป็นชีวิตที่ต้องอยู่กับโรคที่ทำให้ชีวิตไร้ค่า คุณค่าของตนเองลดลง เป็นปมด้อย และเป็นภาระให้กับผู้อื่น ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 โรคที่มีอาการไม่แน่นอน หมายถึง การที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันที่รักษาไม่หายเป็นระยะเวลานาน ต้องเผชิญกับผลกระทบจากอาการกำเริบของโรคที่ไม่แน่นอน และผลการรักษาจากการออกฤทธิ์ของยาที่ไม่สม่ำเสมอ ไม่สามารถควบคุมอาการได้ตลอดเวลา ผู้สูงอายุจึงสะท้อนความรู้สึกนึกคิด ตามมุมมองของตนเองผ่านการให้ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันว่าเป็น โรคที่มีอาการไม่แน่นอน ซึ่งประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

1.1.1 มีอาการไม่แน่นอน หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคพาร์กินสันเป็น โรคที่มีอาการไม่แน่นอน เกิดอาการขึ้นได้ทุกขณะไม่สามารถคาดเดาเวลาได้ว่าอาการของโรคจะเกิดขึ้นเมื่อใด ผู้สูงอายุบางรายต้องเผชิญกับอาการกำเริบ โดยที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ในช่วงที่มีอาการกำเริบของโรคหรือยาหมดฤทธิ์เปรียบเสมือนผีเข้าสิงร่างของตนทำให้สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมทุกอย่าง ส่วนช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติเหมือนคนปกติทั่วไป เปรียบเหมือนผีออกจากร่าง นอกจากนี้ในเวลาที่ไม่มีอาการของโรคผู้สูงอายุก็เหมือนคนปกติทั่วไปทำทุกอย่างได้ปกติ แต่พอมีอาการของโรคกำเริบจนไม่สามารถช่วยเหลือได้ตนเหมือนคนไม่ปกติหรือคนป่วย ผู้สูงอายุจึงมองว่าเหมือนตนเองมีสองบุคลิกในคนเดียวกัน จากการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนจากอาการของโรค จึงเปรียบเทียบการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันของตนว่า คือ โรคที่มีอาการไม่แน่นอน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“โรคพาร์กินสันนี้ ถ้าเพื่อเราใกล้ชิดเราจะทราบว่า 1 บวก 1 ไม่ใช่ 2 ... 2 บวก 2 ไม่ใช่ 4... 3 บวก 3 ไม่ใช่ 6 โรคพาร์กินสันนี้ในความรู้สึกของตัวเองรู้สึกว่าเป็นโรคที่ละเอียดอ่อนแล้วก็สลับซับซ้อนมาก เป็นโรคที่ยากในการที่จะรักษาคนเดียวกัน วันนี้กับพรุ่งนี้อาจจะไม่เหมือนกัน...ในเมื่อเราทานอาหาร ทานยาเหมือนกันเวลาเดียวกัน อย่างวันนี้ 10 โมงเราอาจจะมีอาการที่แข็งแกร่งแบบว่ายาไม่เดิน แต่ว่าพรุ่งนี้เราทานเหมือนกันอย่างนี้ เราอาจดูเหมือนปกติเลย...มันไม่แน่นอนเวลาที่เราไม่มีอาการของโรคพาร์กินสันนี้...เราจะเป็นคนปกติเลย คนดูไม่ออกเลยเดินไปกับเพื่อน เพื่อนบอกว่าเขาคิดว่าฉันป่วยเธอมาดูแลฉัน อะไรอย่างนี้... เวลาหายจากอาการเราจะเหมือนคนปกติ 80-90 เปอร์เซ็นต์” (ID15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 164 -169,172-174)

ผู้สูงอายุบางรายเปรียบเทียบการแสดงของโรคที่มีอาการไม่แน่นอนว่า เหมือน ฝึเข้า ฝึออก คือในช่วงที่มีอาการกำเริบของโรคหรือยาหมดฤทธิ์เปรียบเสมือนฝึเข้าสิ่งร้ายของตนทำให้สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมทุกอย่าง ส่วนช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์ ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติเหมือนคนปกติทั่วไป เปรียบเหมือนฝึออกจากร่าง

“เราเป็นโรคคนงมงาย ไขมันเป็นโรค แต่ทำงานได้สบาย ไม่รู้อะไร มันเป็นโรคที่แบบ ฝึเข้า ฝึออก พาร์กินสันมัน เป็นโรคชนิดที่ว่ามันอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างกลมกลืนก็เวลาดี ๆ มันก็กลมกลืนไปที่ไหนด้วยกันได้... แต่เวลามันบ้าขึ้น มาเราก็ต้องบ้าตามมัน คือ มัน Off (ช่วงที่ยาหมดฤทธิ์) โดยวิธีการสั้น เกร็ง เวลาสั้นถึงปลายเท้าเลย มือกับเท้าอยู่ไม่นิ่งเลย เวลามัน Off (ช่วงที่ยาหมดฤทธิ์) เราเหมือนสูญเสียความสามารถทุกอย่าง... แต่ขณะเดียวกันพอมัน On (ช่วงที่ยาออกฤทธิ์) เราก็เหมือนคนปกติทำงานได้ ผมก็ว่าเหมือนผมไม่ได้ป่วย” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 221,247-255)

ผู้สูงอายุบางรายเปรียบเทียบการแสดงของโรคที่มีอาการไม่แน่นอน เหมือนตนมีสองบุคลิกในคนเดียว คือ ในเวลาที่ไม่มีอาการของโรคผู้สูงอายุก็เหมือนคนปกติทั่วไปทำกิจกรรมทุกอย่างได้ แต่พอมีอาการกำเริบของโรคจะไม่สามารถช่วยเหลือได้ตนเองได้เหมือนคนไม่ปกติหรือคนป่วย

“เป็นโรคที่ผมรู้สึกว่าผมมี Personality (บุคลิกภาพ) ที่มี 2 คนอยู่ในคนเดียวเหมือนกัน ผมก็จะบอกว่าเพื่อนฝูงนี้พูดเสียงเพี้ยนนะก็คือเป็นคนปกติ Normal (คนปกติ) กับ Abnormal (คนไม่ปกติ) พอ 3-4 ชั่วโมงแล้ว พูดจาติดอ่าง เหมือนเป็น Paralyzed (อัมพาต) เอากระเป๋าดังค์ออกมาจะครบ หยิบสตางค์ไม่ได้ผมบอกช่วยหยิบสตางค์ในนี้ออกหน่อยผมดึงไม่ได้ เขามองหน้า ผมบอกผมดึงไม่ได้ ผม

ตั้งไม่ออก เขาไม่เชื่อ คือตะกี้ก็คุยกันอยู่ดี ๆ เขาคิดว่าเขาแก๊ง แม้กระทั่งไปถอนเงิน ต่อคิว เขาให้ตั้งค์เป็นแสน นับเงินไม่ได้เขาแปลกใจ” (ID23 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1L: 70-71, 77-81)

1.1.2 **ไม่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ จะเกิดอาการขึ้นได้ทุกขณะไม่สามารถรู้ได้ว่าอาการของโรคจะเกิดขึ้นเมื่อใด คาดเดาเวลาไม่ได้ เวลามีอาการ ต้องเผชิญกับอาการกำเริบที่ไม่สามารถหยุดยั้งได้ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“คือ มันมี มีอาการที่เหมือนเราบังคับตัวเองไม่ได้คะ มีอาการ ยึกยัก โยกเยก พุดมาก แล้วก็ บ้างครั้ง ก็ร้องให้ เรา Control (ควบคุม) ตัวเองไม่ได้ ทั้ง ๆ ที่เราก็อพยายาม แล้วบางครั้งนี่ ก็มีอาการเหมือนขาดยา เป็นอาการแข็งเกร็ง มันมีทั้ง 2 แบบทั้งร่างกายที่แข็งเกร็ง กับ แล้วก็ทรงตัวไม่ค่อยได้ กับเป็น Over active (ทำกิจกรรมมาก ไม่หยุดนิ่ง) มาก ๆ นะคะ มันมีทั้ง สองแบบแล้วก็มันเป็นในวันเดียวกัน เป็นอาการที่เราไม่พึงประสงค์มาก ๆ มีสภาพ ยาเกินเหมือนยามากเกินไปนะคะ... ร้องให้ไว้วาย บางครั้ง ซึมเศร้ามาก ไม่อยากพบใคร วิ่งไปซุกตัวอยู่ในห้องน้ำบ้าง ซุกตัวอยู่ใต้เก้าอี้บ้าง ใต้อ่างน้ำบ้าง เวลาเดินจะเหมือนวิ่ง เเซไป เเซมา อาการแข็งเกร็ง ก้าวขาไม่ออก ให้อาหารลำบาก ท้องแข็งเกร็ง นิ้วทำนิ้วมือชิดติดกันเหมือนคนเป็นง่อย ทั้งหมดเป็นอาการที่ทรมาณมาก ๆ เลย หมอาก็ให้ยาทาน เดิน ๆ ไปหยุด แข็งเหมือนรถน้ำมันหมดนะคะ ซึ่งเป็นอันตรายมาก แล้วบางครั้งก็มีอาการยาเกิน ยาขาดในเวลาเดียวกัน” (ID15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 103-106, สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 16-36)

“เราก็ทำเองนะคะ ได้ตอนที่ยังไม่เป็นแต่ช่วงที่เป็นทำไม่ได้ มันมีบางช่วงเป็นมากเลยคะ ควบคุมตัวเองไม่ได้ ตอนที่ควบคุมตัวเองได้ เราทำอะไรก็ได้... กวาดบ้าน ถูบ้าน เหมือนปกติ ซักผ้าของเรา รีดผ้าของเรา ไปวัดไปไหวพระสวดมนต์นะ ทำอะไรก็ได้ แต่เสียงตอมนี่ตกไป ตอนที่ไม่มีนี่เสียงดี เสียงจะเกลี้ยงไม่คุมเคลือ เรารู้อาการของพาร์กินสันว่าจะมาแล้ว พอเราเหนื่อยเราจะรู้คะ ถ้าเราไม่เหนื่อยเราก็ไม่รู้เหนอะ แต่คาดเดาไม่ค่อยรู้นี้มันจะล้ม... ไม่ค่อยรู้คะ แต่พอรู้สึกว่าจะล้ม ก็ล้มเลยเพราะมันวูบคะ เป็นลมเมื่อก่อนไม่เคยเป็นเลยไม่รู้จะคะ” (ID18 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 76-78, 80, 85)

ผู้สูงอายุต้องอยู่กับอาการเจ็บป่วยที่กำเริบรุนแรงไม่แน่นอน มีอาการที่ควบคุมไม่ได้ การรักษาด้วยยาไม่สามารถปรับสมดุลชีวิตให้กลับคืนมาได้

“วันนี้อาการอย่างหนึ่ง แต่พรุ่งนี้เป็นอาการอย่างหนึ่ง ซึ่งสลับกันไปนะค่ะจะมีอาการยาเกิน อย่างเช่น ดิฉันจะคล่องแคล่วว่องไวมาก พุดไม่หยุดบางครั้งพุดตั้งแต่ 11 โมงถึง 5 ทุ่มเลยนะค่ะ ดิฉันมี อาการยาเกินค่ะคือสรุปง่าย ๆ ว่าภาวะวิกฤตเกิดจากการที่ทานยาแล้ว...ยาไม่สามารถควบคุมอาการ ของโรคพาร์กินสันได้ การทานยาไม่สามารถปรับสมดุลเราได้ค่ะ คือ หากจุดสมดุลไม่เจอ” (ID15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 38-51)

1.2 โรคที่ทำให้ชีวิตไร้ค่า หมายถึง การที่ผู้สูงอายุต้องดำเนินชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยด้วยโรค พาร์กินสัน ที่รักษาไม่หายเป็นเวลานาน ประกอบกับสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยในวัยสูงอายุ การ เจ็บป่วยครั้งนี้จึงถือเป็นภาวะคุกคามที่รุนแรงทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการดำเนินของโรคที่ รุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และผลการออกฤทธิ์ของยาที่ใช้ในการรักษา การขาดยาหรือยาหมดฤทธิ์ทำให้ ผู้สูงอายุมีอาการกำเริบที่รุนแรงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุยอมรับนับถือตนเอง น้อยลง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง ทุกข์ใจที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและ รู้สึกเป็นภาระกับผู้อื่น นอกจากนี้การ มีอาการแสดงของโรคที่ไม่สามารถปกปิดได้ เช่น อาการสั่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นปมด้อยเมื่อเข้า สังคม สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะจิตใจผู้สูงอายุอย่างมาก ทำให้ผู้สูงอายุมองว่าโรคพาร์กินสันเป็นโรคที่ ทำให้ชีวิตไร้ค่า ซึ่งการนำเสนอความหมายของโรคที่ทำให้ชีวิตไร้ค่า ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

1.2.1 คุณค่าของตนเองลดลง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรค พาร์กินสันเป็นโรค ที่รักษาไม่หาย มีการดำเนินของโรคที่เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการเจ็บป่วย ประกอบกับภาวะเสื่อมถอย ของร่างกายและจิตใจในวัยสูงอายุ นอกจากนี้การออกฤทธิ์ของยายังมีผลต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ดังนั้นอาการการเจ็บป่วยและการหมดฤทธิ์ของยาจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ ผู้สูงอายุต้องปรับลดบทบาทในครอบครัวและสังคม สิ่งเหล่านี้ทำให้ ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง รู้สึกคุณค่าของตนเองลดลง ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมองว่าการ เจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันเป็นโรคที่ทำให้ชีวิตไร้ค่า ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“เป็นโรคที่ทำให้ เหมือนชีวิตมันไร้ค่า มันจะทำอะไรก็ทำไม่ได้ตั้งใจ ต้องคอยตั้งใจ มัน อ่อนเพลีย นั่งนี้ นั่งไม่ลง มันเกร็ง ลูกนั่งลำบาก” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 7-8)

“เปรียบเหมือน คุณค่าของชีวิตของเราจะลดน้อยถอยลง เพราะการรับผิดชอบของเรามันไม่

สมบูรณ์แบบ การช่วยเหลือตัวเองก็ลำบาก ถ้าไม่มียาตัวนี้ช่วยคงจะลำบาก คิดว่าการเป็นโรคนี้เรา ต้องใช้ยาจริง ๆ” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 29, 31-32)

“ถ้าใครเป็นหัวหน้าครอบครัว จะทำไม่ได้ทันที แล้วเป็นโรคนี้ คุณค่าของตัวเองมันหมดไปอย่าง ผมเคยสั่งคนงานต่อหลอดไฟ แต่ก่อนนี้เขาจะทำ เดี่ยวนี้เขาไม่ทำเพราะผมไม่สามารถจะไปตรวจ Check (การตรวจสอบการทำงานของพนักงาน) ได้เพราะเขารู้ ครูก็เหมือนกันให้ทำอะไรเขาไม่ทำเพราะ รู้ว่าอาจารย์ไม่ Check (การตรวจสอบการทำงานของพนักงาน) หรือ พวกธุรการทำคอมก็เหมือนกัน บอกเขา เขาไม่เชื่อ พวกต่อไฟ ต่อท่อ เราว่าเขาไม่ได้ เรานั่งแล้วลุกไม่ได้ต้องบอกใ้คนอื่นช่วยดึง เขาไม่ช่วย เขามองหน้าเขาแก้งไม่ดึง” (ID23 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1L: 83-87)

1.2.2 รู้สึกเป็นปมด้อย หมายถึง การที่ผู้สูงอายุสะท้อนความรู้สึกถึงการดำเนินชีวิต อยู่กับโรคที่รักษาไม่หาย มีอาการกำเริบไม่แน่นอน ผู้สูงอายุไม่สามารถปกปิดอาการแสดงของโรคได้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจต่อผู้สูงอายุอย่างมาก ทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกเป็นปมด้อย เนื่องจากในวัย สูงอายุเป็นวัยที่คนในสังคมให้การยอมรับนับถือว่าเป็นผู้อาวุโส ให้การเคารพยกย่อง แต่การที่ตนต้อง เจ็บป่วยด้วยโรคที่มีอาการแสดงทางกาย และไม่สามารถปกปิดอาการได้ เช่น มีกลิ่น ผุดเสียงสั้น ขณะ เข้าสังคม หรือ ทำงาน ทำให้ตนเสียบุคลิกและรู้สึกกระทบกระเทือนใจที่คนรอบข้างมองตนเองไม่ เหมือนเดิม ถือเป็น การสูญเสียภาพลักษณ์ที่ดีของตนไปจึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นปมด้อย ดังคำ กล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“อาการมันเริ่มสั้นก่อน แล้วก็ผุดเยอะ ๆ นี่มันเสียงสั้นออกไป เหมือนคนใกล้จะร้องไห้ อะไร อย่างนี้ ถ้ามันผุดไม่เยอะมันจะไม่เป็น แต่พอผุดไปนาน ๆ เกี่ยวกับเวลาจัดประชุม เราก็บอกกับ ลูกน้อง พอผุดไปเสียงสั้น ๆ เขาก็มองว่าเอ๊ะมันเป็นอะไร นี่มันทำให้เราเป็นปมด้อย...ก็เราก็ผุดอยู่ดี ๆ แล้วมือก็สั้น เสียงก็สั้น ลูกน้องก็สงสัย เจ้านาย อย่างเวลาลดน้ำ สงกรานต์ผู้ใหญ่ ให้เราเป็นคนแรก พนักงานเห็นมือสั้น อย่างนี้ คุณคิดสิ ก็มองเราแปลก ๆ ไม่รู้จะทำอย่างไร (ทำสีหน้าเสียใจเหมือนจะ ร้องไห้) พอเสร็จเราก็มานั่งโต๊ะรับแขกเจ้านายก็มานั่งคุยด้วยว่ามันเป็นยังไง ผมก็ตอบว่าก็ไม่รู้ เหมือนกันนี้ หมอเขาบอกผมเป็นอย่างนี้ทำอย่างไร ยาก็กิน คือทุกวันนี้ไม่ได้คิดอะไร ขอให้เขียน หนังสือได้อย่างเดียว ให้มือขวาเราเขียนหนังสือได้ ก็ โอ เค ถ้าผมเขียนหนังสือได้ก็พอ คิดว่าโรคนี้ทำ ให้ รู้สึกเป็นปมด้อย...” (ID14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 52 -58, 60-62, 69-70)

“โรคนี้เป็นโรคที่ทำให้เสียบุคลิกเท่านั้นเอง ไม่อันตรายต่อชีวิตยิ่งในปัจจุบันนี้โรคสามารถอยู่กับคนปกติได้ แต่ต้องยอมรับว่าเราเป็นโรค ผมขึ้นเวทีเวลาอภิปราย ผมบอกว่าผมนี้เป็นพาร์กินสัน ขึ้นเวที มีคนหัวเราะบ้าง มีคนยิ้มบ้าง เพราะเห็นอาการผม คงนึกว่าผมเมาเหล้า หรือ เมาคลื่นเพราะเดินเซเอนไปเอนมา ผมบอกเขาว่าผมเป็นโรคชนิดหนึ่งเรียกว่าพาร์กินสัน ผมก็เล่าให้เขาฟัง ผมเคยเจอคนในจังหวัดเดียวกันที่เป็นบางคนมันท้อ แต่ผมมันไม่ท้อ” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 4 L: 19 -23)

2.3 รู้สึกเป็นภาระกับผู้อื่น หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคพาร์กินสันเป็นโรคที่รักษาไม่หาย มีการดำเนินของโรคที่เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการเจ็บป่วย การเผชิญกับความทุกข์ทรมานตลอดเวลาที่ดำเนินชีวิตอยู่กับโรค ประกอบกับภาวะเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจในวัยสูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพาสูงกว่าวัยอื่น ๆ ผู้สูงอายุมองว่าการเจ็บป่วยเป็นการบั่นทอนสุขภาพของตนให้เสื่อมถอยลงไปเรื่อย ๆ ในขณะที่มีอาการกำเริบของโรค ผู้สูงอายุจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้นตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ใจที่ต้องเป็นภาระกับผู้อื่น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

ผู้สูงอายุรายนี้เป็นนักเขียนบทกลอนจึงแต่งคำบรรยายการให้ข้อมูลเป็นบทกลอน ดังนี้

“พาร์กินสันนั้นเป็นโรคโศกไม่วาย เวลามีอาการจะช่วยตัวเองไม่ได้ แต่จะตายช้า ๆ น่าเห็นใจ สงสารคนดูแล คือ แม่บ้านต้องทำงานหนักเบา เอาใจใส่ ต้องดูแลทุกเวลาน่าเห็นใจ เป็นกับใคร เหมือนเป็นสองคน คือคนป่วยช่วยตัวเองก็ไม่ได้ คนซิดใจก็ต้อง คอยช่วยด้วยหวังผล ในเวลาเดียว เกี่ยวข้องด้วย 2 คน ต้องอดทนทุกเวลาให้ยาทาน เรื่องการทานยาปัญหาหนัก เกิดยุ่งยากหลายแง่ให้แปรผัน ผู้รอบข้างต่างช่วย ต้องร่วมด้วยช่วยกัน ต้องรักษาพาร์กินสัน ด้วยดวงใจ ลูกต้องรักผู้ป่วยด้วยตระหนักร ต้องฟุ่มเฟือยกว่าคิด ตามนิสัย อย่าหาว่าผู้ป่วยเขาเอาแต่ใจ ไม่มีใครจะอ่อนลูก ให้ผูกพัน” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 221 -230)

“ที่ว่าถ้าจะให้หลุดตามความรู้สึกนึกคิดของเรา ต้องขอเวลาคิดก่อน ความหมายของโรคตามความคิดพี่ คือ เป็นโรคที่บั่นทอนสุขภาพ จากที่เราเครียดเพราะเราทำอะไรเองไม่ได้ด้วยตัวเอง และช่วยตัวเองไม่ได้ทำให้เบื่อหน่าย ที่ทำอะไรไม่ได้ตั้งใจ แต่ไม่ถึงกับคิดฆ่าตัวตาย เกิดความอึดอัดใจ อาการหนักช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แต่ไม่ท้อถอย” (ID17 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 6 -9)

“มันเป็นโรคที่บั่นทอนสุขภาพ เพราะพอจะกินอะไรก็ไม่ค่อยได้ พอกินยาไป ยานี้มันสะสม มากมันก็ไม่ดี อย่างตอนนี้รู้สึกว่ามันแสบท้องพอถึงเวลามันหมดฤทธิ์ยาอย่างนี้ะครับมันจะแสบท้อง ต้องกินในชั่วโมงต่อไปต้องกินตามแพทย์สั่ง แต่กินไปมันก็หายแสบท้องแต่อีก2-3 ชั่วโมง มันเริ่มอีก แล้ว ยามันเริ่มหมดฤทธิ์ โรคนี้มันขาดยาไม่ได้ครับจะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย” (ID 21 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 65 -69)

“ก็รู้สึกว่ถ้ามันเกร็งมาก ๆ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ก็จะเป็นภาระของลูก ของภรรยาเขา จะมาลำบากต้องเป็นภาระ” (ID14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 98-99)

ส่วนที่ 3: ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน

การที่ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายและมีอาการ กำเริบรุนแรงไม่แน่นอน ด้วยเหตุดังกล่าว จึงก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิต วิญญาณของผู้สูงอายุอย่างมาก ทำให้ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต และต้อง ปรับตัวเพื่อดูแลตนเองหลายด้าน ผู้สูงอายุต้องแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการเจ็บป่วยตามการรับรู้ และการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตน เพื่อสามารถประคับประคองชีวิตของตนให้อยู่ได้ต่อไป ทั้งนี้ การนำเสนอประสบการณ์การอยู่กับโรคที่รักษาไม่หาย แบ่ง เป็นประเด็นหลัก 4 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การอยู่กับข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต ทั้งข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ

ประเด็นหลักที่ 2 การอยู่ด้วยการยอมรับ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรค พาร์กินสันว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในการดำเนินชีวิต จากอาการที่กำเริบ รุนแรงขึ้นตามระยะเวลา ดังนั้นเพื่อให้ตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ ผู้สูงอายุจึง ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 1) การทำใจ 2) การตั้งสติ 3) การคิดด้านบวก 4) การนำศาสนา มาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจ และ 5) การปรับลดบทบาทในครอบครัวและสังคม

ประเด็นหลักที่ 3 การอยู่ด้วยการหาวิธีดูแลสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุ ต้องเจ็บป่วย ด้วยโรคพาร์กินสันที่รักษาไม่หายต้องรักษาด้วยยาตลอดชีวิต จึงรับรู้ถึงผลกระทบจากอาการกำเริบและ ภาวะแทรกซ้อนขณะที่ตนเจ็บป่วย จึงแสวงหาวิธีป้องกันด้วยการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองโดย 1) การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ 2) การดูแลตนเองไม่ให้ล้ม 3) การดูแลตนเองไม่ให้ท้องผูก

4) การหลีกเลี่ยงความเครียด/โกรธ/ความรู้สึกตื่นเต้น 5) การคิดวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง 6) การรักษาด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 7) การหาวิธีบำบัดอาการด้วยการแพทย์ทางเลือก และ 8) การปรับกิจกรรมชีวิตตามช่วงการออกฤทธิ์ของยา

ประเด็นหลักที่ 4 การอยู่ด้วยความหวังและกำลังใจในการมีชีวิต หมายถึง การที่ผู้สูงอายุ ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันที่รักษาไม่หายในระยะเวลาอันยาวนาน ดังนั้นตนเองจึงมีอาการกำเริบรุนแรงและทรุดลงเรื่อย ๆ ผู้สูงอายุจึงมีความหวังในการดูแลรักษา 1) หวังมีชีวิตที่ดีขึ้นหลังรักษาและหวังที่จะหายจากโรค 2) หวังให้คนรอบข้างเข้าใจ และดูแลเพิ่มขึ้น และ 3) หวังให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

ทั้งนี้รายละเอียดของข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ในแต่ละประเด็นหลัก มีดังนี้

1. **การอยู่กับข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังมีระยะยาวนาน และต้องรักษาด้วยยาไปตลอดชีวิต อยู่กับอาการที่ไม่สามารถควบคุมได้และอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นที่สัมพันธ์กับการออกฤทธิ์ของยา ในแต่ละวันต้องอยู่กับข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ การดำเนินของโรคที่ไม่แน่นอน ที่เกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดเดาได้ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก โดยแบ่งเป็นประเด็นย่อย 2 ประเด็น ดังนี้

1.1 **ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม** หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุต้องอยู่กับข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม การดำเนินชีวิตที่ติดขัดไม่คล่องตัวเหมือนเดิม เนื่องจาก อาการทางกาย ทำทุกอย่างอย่างช้าลง ผู้สูงอายุมีกำลังลดลง ต้องใช้ความพยายาม หรือต้องออกแรงเพิ่มขึ้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อาการสั่น หรือ อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไม่เลือกสถานที่ เกิดขึ้นได้ทันทีไม่เลือกเวลา ทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งกิจกรรมในครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ผู้สูงอายุรับรู้อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นที่สัมพันธ์กับการออกฤทธิ์ของยา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“มันกระทบ ในช่วงยากำลังจะหมดฤทธิ์ ยาใกล้หมดคือกินยา 6 ชม.ครั้ง แต่พอ 4 ชั่วโมงก็จะเริ่มไม่ตอบสนอง ทำงานไม่สมบูรณ์แบบทำได้บางอย่าง บางอย่างก็เริ่มเขาจะไม่ตอบสนอง ตามที่เราคิดนะ อย่างเราจะดักข้าวอย่างนี้ ก็ซัดดักเต็มช้อนก็ไม่เต็มอะไรอย่างนี้ ผมก็เลยว่า จังหวะที่เขาจะทาน

ข้าวกัน มันทานไม่สะดวกก็เลยว่า มันไม่อร่อยเสียแล้วตามที่เราคิดอย่างเราจะจับช้อน เขาก็ตักข้า เราเลยต้องรอทานยาให้ยาออกฤทธิ์ดีก่อนจึงทานข้าว เลยบางครั้งก็กลายเป็นเราทานข้าวไม่พร้อมกับลูก อะไรไม่ค่อยคล่องตัวไม่ค่อยสะดวกทำให้ภาวะของร่างกายของเราอ่อนแอลงไม่เหมือนเดิม” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 8-13, สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 31-33)

“เคยมีที่ทานยาแล้วขยันมาก คือ ยาจะทำให้ทำมากขึ้น ทำทั้งวัน หลังจากปรับยามา 2 เดือน ดีขึ้น ตอนนั้นเหมือนเป็น Hyper activity (ขยันมากเกินไป) ทำสวนทั้งวันไม่หยุด ไม่รู้สึกเหนื่อย ลูกไปช่วยลูกเหนื่อยแถม ๆ ดูเหมือนเหนื่อย แต่ไม่เหนื่อย แต้นอนหลับสบาย คิดว่าการไปทำสวนคือการออกกำลังกาย แต่มันไม่ถูกหลักตรง ไม่ได้ทำท่าทาง หมุนข้อแขน เป็นวงกลมยังไม่ได้” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 78-81)

“ลืมเล่าไปว่า ครั้งแรกที่เป็นพาร์กินสัน คุณหมอให้ยามาโดรปามา 3 เวลา และ ก่อนนอน ครั้งเม็ด แล้วก็ทานอาเทน (ชื่อยาที่ใช้ในการรักษา) ก็เลยคุณหมอบอกว่าไม่มีอาการสั่น คุณหมอบอกว่าทานอาเทน (ชื่อยาที่ใช้ในการรักษา) รวมด้วยจะกินไว้ดีกว่า คุณหมอบอกว่าพรงนี้จะไม่ไชโยเลย... เวลาแปร่งฟันจะไม่ต้องใช้มือช่วยแล้ว ก็มีเหมื่อยล้าด้วยไม่มีแรงมือขวานี้ ก็ต้องใช้มือซ้ายช่วยมือขวา หมอบอกว่าไม่ต้องใช้ช่วยแล้ว จะไชโยเลย พอทานมื่อที่หนึ่ง ก็รู้สึกโอเค ก็สบายขึ้นพอสัก 11 โมงนี้มัน Over active มาก... เดินในบ้าน เดินที่สนามไม่พอ ยังอยากออกมาเดินข้างนอก เราก็ว่ามันเป็นอะไร คุณหมอบอกว่าลดจาก ครั้งเม็ดเป็น 1/4 แล้วก็ คืออาเทน (ชื่อยาที่ใช้ในการรักษา) งด ก็เรียนคุณหมอบอกว่าทานไม่ไหวแล้วอาเทน (ชื่อยาที่ใช้ในการรักษา) คือ ปากก็แห้ง ตาก็แห้งนะค่ะ” (ID15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 35-43)

“เรื่อง On (ระยะที่ยาออกฤทธิ์) เรื่อง Off (ช่วงที่ยาหมดฤทธิ์) นี่มันเหมือน สวิตไฟ แสงสว่างมันชัดเจนมาก คือ พอเรา Off (ระยะที่ยาหมดฤทธิ์) บ๊ีบ เราารู้สึกมืดเรารู้สึกอึดอัด เชื่องช้า กลืนน้ำลายก็ยากลิ้มกลืน พูดไม่ได้ เพราะน้ำลายมันเต็มปาก... ที่ไม่ตอบส่วนหนึ่ง เป็นเพราะน้ำลายมันเต็ม พอมัน On (ช่วงที่ยาออกฤทธิ์) บ๊ีบผมก็พูดได้ทันที Off (ช่วงยาหมดฤทธิ์) นั่น คือ เหมือนปิดไฟ แล้วมืดมืดแล้วอยากอยู่หนึ่ง ๆ ทุกอย่างมันนิ่งหยุดไปเลย นุ่งกางเกงอยู่ดี ๆ มันก็หยุดคู้ตั้งนาน... ความคิดเราก็หยุดคิดอะไรหมด เหมือนยืนอยู่อย่างนี้ มันก็อยู่อย่างนี้ (ผู้ป่วยทำท่ายืนตัวโค้งลงให้ดู) สมองก็ไม่สั่งงาน ทำเรานึกได้เราก็ต้องฝืนนั่งลง หรือ งอลง ความคิดยังไม่คิดเลย ถอดกางเกงก็ถอดไม่ได้ ถอด

เสื่อก็ถอดไม่ออก... เสื่อยึดต้องเลิกใช้ เพราะถอดไม่ได้ ก็อยู่ ๆ มันก็หลุดไปเลย พอ On (ช่วงยาออกฤทธิ์) แล้วก็สบายใจ เขียนอะไรก็ได้” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 213-216, 218-221)

“แล้วมีคนบอกว่าพอรู้ว่ายาจะหมดก็กินก่อนเสียซี เราบอกไม่ได้ ยามันจะออกฤทธิ์ไม่ดี เพราะว่าผมลองทานยาตัวใหม่เข้าไปปั๊บนี่ยาจะออกฤทธิ์ ช่วง Down (อาการแย่ง) ยามันจะกระตุ่น ให้เราต้องทานยาจากห่าง 3 ชั่วโมง เป็น 2 ชั่วโมงที่...ยามันทำลายตัวเอง แต่ถ้าทานตอน 4 ชั่วโมงทำให้ชายุกยิก ติด ผมต้องทานยามาผมเอายามาทานไวไปครึ่งชั่วโมงทำอะไรไม่ได้เลยมัน Down (อาการแย่ง) (ภรรยาบอกนี่เหมือนตัวตักแต่จะอยู่อย่างนั้น) ตอนนั้นก็งง ๆ แต่เขาไม่นอน มันครึ่งชั่วโมงก่อนขับรถ... พอรู้สึกไม่มีแรง ผมก็หยุดแวะกินยาขับรถได้ มีคนบอกว่าทำไมไม่กินก่อนรู้ว่าจะหมด มันเสียที่กินไม่ได้ หมอให้กินตามเวลาแต่บางทีผมก็ปรับเอง” (ID23 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1L: 113-119)

“ออกมาทำผมอย่างนี้มาสระผม บางทีขณะกำลังสระอย่างนี้ มันเกร็ง(ผู้ป่วยทำเสียงคำว่าเกร็งยาวมากและทำคอเกร็งให้ดู) ตัวมันไม่นิ่ง สระไปตัวก็เลื่อนลงไปตัวก็เลื่อนลงเรื่อยเลย ตัวก็เลื่อนลงไปก็พยายามดึงขึ้นมา แล้วเราชอบอบผม พออบผมอยู่ในเครื่องอบ บางทีมันยังไม่หาย ก็นั่งขัดสมาธิเอา บางทีมันช่วยได้มันไม่ไหล จนกระทั่งพอเวลามันนี่ก็จะหยุด... มันเหมือนมีอะไรดังก็ก มันก็หยุดดังก็ก มันเหมือนกีกหนึ่งเราคิดเอาเองนะหายอย่างกะปิดกิ้ง ตะก็กก็เหมือนโยกไป โยกไป ไปไหน มาไหนมันก็ลำบาก เมื่อก่อน จะไปไหน จะไปสังคม อะไรก็ได้... เมื่อก่อนนี้มือมันสั้นเดี๋ยวนี้ เรามียาที่ละลายน้ำกิน แล้วมันก็ เวลาจะเป็นขึ้นมา เราก็กินไม่ได้” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 147-156,204,206-208)

“อาการสั้น ขาจะแข็งกล้ามเนื้อจะแข็ง ต้องให้หมอนวดคลายกล้ามเนื้อไม่อย่างนั้น มันจะแข็งเดินไม่ได้ ขาก้าวไม่ออก จะพลิกตัวก็ลำบากมันจะแข็งตัวแข็ง พอนั่งมันก็มี อาการตัวสั้นสลับกันไป อาการสั้น ตอนนี้นั้นมันเกิดได้ ทุกเวลาแล้ว เดี่ยวนี้เป็นทุกเวลา... กินยาแล้วก็ยังเป็นอยู่ จะเป็นสักครึ่งชั่วโมง หรือพอเป็นเรานั่งพัก แล้วลุกขึ้นมาอย่างนี้พอเรารู้ตัวว่าเราไม่มีกำลัง เรานั่งพักสักเดียว เราค่อยยันตัวขยับเดินบ้าง บางครั้งมันสั้น มันทรมาณ นอนไม่หลับ...แต่ตอนนี้นั้นมันไม่สั้น สมอมมันสั้น ที่ตัวนั้น” (ID17 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 2-7, 56-57)

“มีผลต่อการเข้าสังคม ถ้าคนเราไม่รู้จักโรคพาร์กินสันนะ เวลาไปทานอาหาร เราลุกขึ้น 3 ชั่วโมง 4 ชั่วโมง เราลุกไม่ขึ้น บอกให้ช่วยเราลุกหน่อย แล้วเวลา Off (ระยะที่ยาหมดฤทธิ์) นี่เดิน

เหมือนคน Paralyzed (เป็นอัมพาต แขนขาอ่อนแรง) เดินไม่ออกต้องดึงไป” (ID23 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 73 -75)

1.2 เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคพาร์กินสันซึ่งเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจในเชิงลบ เมื่อรับรู้การวินิจฉัยจากแพทย์ ผู้สูงอายุจะรู้สึกตกใจ ไม่เชื่อ ไม่ยอมรับ รู้สึกว่าตัวเองโชคร้ายกับ การที่ต้องมาเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ และกลัวตาย เมื่อดำเนินชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วย ผู้สูงอายุจะรู้สึกกดดัน หงุดหงิด รำคาญ อึดอัดใจ ใจร้อน เอาแต่ใจตนเอง อารมณ์เสีย โกรธง่าย เปื้อนท้อแท้ และกังวลใจ ซึ่งแบ่งเป็นประเด็นย่อย ได้ 3 ประเด็นดังนี้

1.2.1 เกิดความรู้สึกเชิงลบเมื่อรับรู้ความเจ็บป่วย หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคพาร์กินสันจากการวินิจฉัยจากแพทย์ ถือเป็น การรับรู้จากมุมมองของผู้สูงอายุในเชิงลบ เนื่องจากผู้สูงอายุเข้าใจว่าพาร์กินสันเป็นโรคที่ร้ายแรง และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ดังนั้น ในช่วงที่ผู้สูงอายุจึงมีปฏิกิริยาต่อการเผชิญการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้วยอารมณ์ความรู้สึกที่หลากหลาย ได้แก่ รู้สึกตกใจ ไม่เชื่อว่าตนเองจะเป็นโรคนี้ ไม่ยอมรับ กังวลใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะเป็นโรคที่รักษาไม่หาย รู้สึกว่าตนเองโชคร้าย และกลัวตายคิดว่า การเป็นโรคนี้ทำให้ชีวิตของตนเข้าใกล้ความตายทุกขณะ การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าเป็นโรคพาร์กินสันจึงเป็นความรู้สึกในเชิงลบ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ตอนนั้นรู้สึกว่าเป็นโรคเกี่ยวกับระบบประสาท ก็มาหาหมอที่คลินิกหมอบอกว่า เป็นโรคประสาทก็ให้ยาเกี่ยวกับโรคประสาท ก็มาหาหมอ ที่นี้ หมอก็แนะนำ บอกว่าเป็นโรคพาร์กินสัน... ตอนแรกก็ไม่เชื่อ ตอนนั้นก็ไปเอกซเรย์ที่ศูนย์ที่อุดร หมอบอกให้ว่าเป็นโรคพาร์กินสัน หมอก็ให้ยาโรคพาร์กินสันกินไม่ดีขึ้น ก็มาดูว่าหมอที่โรงพยาบาลจุฬาเขารักษาโรคพาร์กินสันโดยตรงก็มาที่โรงพยาบาล...ก็มารักษาหมอบอก รู้สึกไม่คิดอะไร คิดว่าปกติ ไม่รู้จักโรคนี้ ก็ซื้อหนังสือโรคพาร์กินสันมาอ่าน อ่านแล้วก็คิดว่า เข้าใจเรื่องโรคดี ก็รู้สึกว่าคงรักษาหาย” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 5-10, 12-13, 15)

“ที่แรกผมไม่รับยอมรับ ผมไม่รับว่าผมเป็นอย่างนี้ ผมไม่คิดว่าผมเป็นยังเป็นคนดี ๆ อยู่แต่พออยู่ไป อยู่ไปมันไม่ใช่แล้ว ไปไหนมาไหนต้องให้คนคอยจับคอยประคอง พอตื่นขึ้นมามันก็ตื่นยาก

ลูกไม่ค่อยขึ้น เพราะยามันยังไม่ออกฤทธิ์ แล้วกลางคืนฝันว่า ฝันแบบน่ากลัว เห็นตัวผีหลอก แต่ก่อนไม่เป็นเพิ่งมาเป็นช่วงหลังนี้” (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 20-23)

“ที่ได้มารักษาอายุรกรรมประสาท เนื่องจากว่าสังเกตว่าเวลาทานข้าวแล้ว เสื่อเปื้อนมาสังเกตว่าเสื่อตัวนี้ทำไมมีรอยน้ำแกงหยดใส่แล้ว เริ่มจากน้ำแกงหยดใส่เสื่อ เพราะมูมปากข้างหนึ่งตก อันนี้ก็สงสัยว่าเสื่อตัวนี้เปื้อนอีกแล้ว คิดว่าเลยหาหมอดีกว่า คิดว่าน่าจะมีอะไรสักอย่างหนึ่ง หมอเขาให้ Test (ตรวจ) แบบเดินให้ดู เขาบอกว่าเป็นโรคพาร์กินสันนะ พี่ก็ยังไม่เชื่อ นะ พี่ก็ยังไม่ค่อยเชื่อ ที่เอวดคิดคิดว่าหมอนรองกระดูกมันติด” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 43-48)

“เริ่มอาการเดินชนโต๊ะ แต่ก่อนผมขับรถเร็วมาก ถอยหลังจะตรง ก็พอตอนหลังผมขับรถถอยหลังเป่ บอกหมอที่เก่งระบบประสาท แก่ก็บอกว่าพาร์กินสัน ก็ให้โดรปามีนาจินจูเลีย (ชื่อยาที่ใช้รักษา) เราก็ยังไม่ปักใจเชื่อ พอครึ่งปีได้หมอก็บอกว่าเราเป็นพาร์กินสัน รู้สึกการเป็นโรคนี้... ที่มันขัดกับเราที่ว่าเราทำงานได้สมองเราแล่น ตอนนั้นเรารู้สึกก็ เสียหาย ในแง่ความสามารถที่ทำได้ การตัดสินใจก็ดีการสั่งงาน ผมทำได้การวางแผนก็ดี ผมนี่คาดการณ์ได้ดี ก็ผมไม่ยอมนอน ผมไม่ยอมรับว่าเป็นผู้ป่วยไม่หยุดงานเลย” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 13-16, 64 -69)

“ความรู้สึกขั้นต้นมีความรู้สึก ว่า ทำไมโชคร้ายขนาดนี้ ทำไมจะต้องมาเป็นเพราะว่าอยู่ระหว่างการทำงานกำลังดี ๆ แล้วค่อนข้างจะหนักด้วยนะครับ ช่วงตอนนั้นก็เลยคิดว่า คือ ผมทำงานเป็นที่ปรึกษาทางกฎหมาย จริง ๆ ก็เตรียมจะ Retire (เกษียณ) อยู่แล้วคือ Maximum (มากที่สุด) อายุ 55 ปี ก็จะเลิกงานก็เตรียมตัวไว้แล้วก็ยังผิวดหวังอยู่ว่าช่วงตอนนั้นงานยังรุมอยู่... เราก็เลยอยากจะทำงานให้เต็มที่ แต่มันก็ยังไม่มียอะไรเพราะว่าตอนช่วงแรก แรก ที่เริ่มเป็นก็ไม่มีอะไรเป็นอุปสรรคต่อเรื่องการทำงานนะครับ” (ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 17-22)

“เมื่อรู้ว่าเป็นโรคนี้ แล้วส่วนหนึ่งในความรู้สึกนึกคิดก็กลัวว่าเรานี่ กลัวตาย มีความรู้สึกที่เราห่วงแต่ตัวเองมากไปหรือเปล่า” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 120-121)

“การที่เรารู้ว่าเป็นโรคนี้ละคะ เราก็คิดว่าสักวันหนึ่งเราก็ต้องตายจากโรคนี้ เราก็คิดว่าโรคนี้ที่เป็นนะโรคนี้ที่เป็นนะ เป็นเรื่อจริงตลอดไปคิดว่าวันหนึ่งเราก็คงจะต้องตาย... ถ้าเรารักษาตัวควบคุมตัว

เราเองนะ ไม่ได้มันคงจะตายไปเองแต่ถ้าหากว่าเราควบคุมตัวเราได้บ้าง มันจะช้า” (ID18 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 93, 96-98)

1.2.2 เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์และจิตใจ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุ ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันซึ่งรักษาไม่หาย ต้องมีชีวิตรอยู่กับการเจ็บป่วยและการรักษาใน ระยะเวลาที่ยาวนานส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความแปรปรวนทางอารมณ์และจิตใจ รู้สึกเบื่อที่ต้องเจอกับ ปัญหาการเจ็บป่วยจากอาการทางกาย ผู้สูงอายุรู้สึกรำคาญเมื่อมีอาการยุกยิกจากยาหมดฤทธิ์ หงุดหงิดจากอาการทางกายที่ไม่แน่นอน รู้สึกอึดอัดที่ไม่สามารถสื่อสารกับคนอื่นได้ตามปกติ การเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุมีอาการที่แปรปรวน เช่น ใจร้อน เอาแต่ใจ อารมณ์เสีย โกรธง่าย ไม่ สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ จากอาการที่กำเริบทรุดหนัก จนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ส่งผลให้ ผู้สูงอายุรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง เกิดความรู้สึกกดดัน เกิดภาวะซึมเศร้า และการกลัวว่าโรคที่เป็นจะมีอาการ รุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ตนรู้สึกกังวล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“การประพฤติปฏิบัติตัวไม่ดีครับ เพราะทำอะไรตั้งใจเราไม่ได้ เราก็เกิดอารมณ์โกรธ คนรอบข้างก็เริ่มเข้าใจ แต่เขาก็อยู่ได้ไม่นานครับ แต่ก่อนไม่เป็นพืงมาเป็นช่วงหลังนี้ โรคพาร์กินสันนี้ มันทำให้เรากล้ายใจร้อน...เอาแต่ใจตัวเองนะ ผมก็แก้โดยออกกำลังกาย ให้มันเหนื่อย ๆ ลืม ๆ” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 81-82)

“เราทำอะไรช้าลง เขาอยากให้เราทำอะไรบางอย่างนั้นอย่างนี้มาแรง ก็บอกว่าตอนนี้ยาออกฤทธิ์ ก็เขาอยากให้เราทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เขาจะทำกับข้าวช่วยไปหยิบผักให้หน่อยตักน้ำตักทำ เอาเร็ว ๆ หน่อยก็บอกเขาแล้วนี่มันก็เป็นธรรมดา ก็บอกแล้วใจจะเอาอย่างไรละ ก็เหมือนว่ามีอารมณ์โกรธเคืองขึ้นมาบ้างไม่ใช่จะมีอารมณ์ที่รุนแรง เขาก็หยุดเขาก็ลืมนึกไปแล้วเขาก็เงิบ ผมก็ว่ามันมีในช่วงยามหมดฤทธิ์นั้นแหละ...จะทำให้ไม่โง่งาย ที่เราทำอะไรไม่ได้ตั้งใจ แล้วก็คนที่เป็นคนโตด้วยกันแล้วนี้พูดกันไม่รู้เรื่องจะให้ทำอะไรบางอย่างนั้นอย่างนี้ไม่ได้ตั้งใจ ก็บอกว่ายาหมดฤทธิ์อะไรอย่างนี้ ก็ขอหน่อย เออเขาก็บอกเออลืมไป” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 47-50, 52-54, 56-60)

“คนในครอบครัวแอบนินทากันเวลาพูด ฟังกันไม่รู้เรื่องทำให้ไม่อยากพูด เวลาเขาถามมาพูดไม่ชัดทำให้ตัวเองเบื่อ...เวลาถามคนอื่นก็จะฟังไม่รู้เรื่อง เราเองก็รำคาญด้วย อึดอัด ก็ไม่พูดก็เฉยเสีย

เวลาไปไหนขับรถ จะชอบเล่า แต่พูดแล้วคนข้าง ๆ ฟังไม่รู้เรื่องก็เลยทำเฉย ทำให้การสื่อสารในครอบครัวลดลง” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 37-38, 39-40)

“เมื่อรู้ว่าเป็นโรคพาร์กินสัน จากนั้นก็เริ่มมีความกังวลแล้วว่า อาการของโรคมันจะต้อง Develop (พัฒนา)ไปอย่างไรก็ศึกษาตลอด ก็มีความรู้สึกที่เราควรจะรักษาเร็ว ๆ ไม่ควรจะปล่อยไว้ ก็เลยไปหาหมอที่... ก็ทำ Test อย่างที่ว่า คือหลังจากพบอาจารย์ที่... นี้ประมาณ 2 สัปดาห์ คือสาระสำคัญ เพราะว่าคนที่ป่วยเป็นพาร์กินสันทันทีที่รู้ว่าตัวเองป่วย... จะมีความรู้สึกกดดันจะมี Depress (อาการซึมเศร้า) ด้วยสูงมาก ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่ Active (ชอบทำกิจกรรม) คนที่เคยเล่นกีฬาได้อะไรได้แล้วอยู่ ๆ มาชะงักไปอย่างนี้ ผลทางกายภาพนี่ก็มีนิดหน่อย... แต่ว่าทางความคิดทางจิตใจนี่ ค่อนข้างสูง คือ จะมีอาการ หงุดหงิด และไม่พยายามที่จะเข้าใจใคร เรียบอกแล้วงานก็หงุดหงิดขึ้นมาแล้วใจร้อนทั้ง ๆ ที่ปกติไม่เป็นนะครับ แต่ว่าไอ้ความผิดหวังที่เป็นโรคขึ้นมาเนี่ยมันมีส่วน... แล้วก็ในเวลาเดียวกันเขาว่าเป็นอาการของโรคพาร์กินสันบางส่วนด้วยเข้าใจว่านะครับ คือมันมีความต่อเนื่องแล้วก็ในเวลาเดียวกัน” (ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 35-38, 59-62, 64-67)

“เวลาที่ยามหมดฤทธิ์ มันก็ลงที่นิ้วเท้า ตีนมันจะ สั่น ๆ แล้วก็รำคาญ มันหงุดหงิด แล้วมือข้างขวาก็จะแข็ง เส้นมันยึดเลย เวลายาหมดเหมือนเลือดมันจะไม่เดิน แต่ที่นี้ถามทุกคนที่นั่งรอหมออยู่เป็นอย่างไร เป็นโรคพาร์กินสันเขาบอกว่าเป็นทั้งตัว แต่ที่เป็นทั้งตัวเวลายาหมดฤทธิ์ ลื่นมันจะพันกันหน้าจะรู้สึก ตึง ๆ ซา ๆ เราก็ขี้ขี้ นวด ๆ ดึงให้มันรู้สึกตัว...ตอนนี้รู้สึกตึงแล้ว ยามันหมดฤทธิ์ ซา ต้องทายาหม่องรู้สึกเสียงมันหายไปรู้สึกมันน่ารำคาญ ว่าอะว่าเสียงเราอยู่ดี ดี เวลาพูดเสียงมันหายไปเลย ก็คิดว่าต้องอ่านหนังสือออกเสียงต้องร้องเพลงนะเวลานี้ก็ขึ้นได้ก็ร้องเพลงบ้าง” (ID12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 85-86, 88-89)

“เขาอธิบายมาพูดง่าย ๆ ว่าอารมณ์มันเสียมันก็ถูกรวด ไซ้ ไซ้มันมีเยอะอารมณ์ เพราะอารมณ์เรา เราเคยคล่องนะ พอกินยาไปเอาแล้วละมันเป็นก็” (ID14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 94, 96)

“ป้าก็ถามว่าโรคพาร์กินสันเป็นจากอะไร เรื่องสมองหมอบอกสมองผลิตสารโดปามีนมันเสื่อม ทำให้ตัวมันแข็งป้าก็รู้สึกตัวมัน หนักเลยลุกอีกมันก็สั่นทั้งซีกเลย เลยถามหมอบอกว่าจะรักษาหายไหมโรคนี้ หมอบอกรักษาไม่หาย เลยรู้สึกว่ารักษาไม่หาย เราก็ใจแปว เลยรู้สึกว่าเป็นอย่างนี้ กังวล พี่ก็ถามหมอบอกว่าพี่จะมีอาการหนักกว่านี้ไหม หมอบอกว่าก็เป็นไปได้ ถ้ารักษาไม่ถูกต้อง...หรือกำลังใจ

คนไข้ไม่ดี หรือคนไข้ไม่ดูแลสุขภาพ เปื่อ แต่มันก็ไม่ถึงกับเซ็งมากหรอก แต่มันก็ เปื่อ ที่ตัวเราต้องมา มีปัญหาเกี่ยวกับร่างกาย...มีมานานแล้ว บ้างที่ป่วยได้เดินได้ พอตอนมาวันนี้ป่วย เอนเขาเลยต้องลุกที่ ให้งั่ง แล้วเรา โงงเงน อย่างนี้ป่วยก็ให้หมอพิจารณาดูว่า จะเพิ่มยา หรือจะลดยา แต่ตอนนี้ว่าจะมา หาวันที่ 26 แต่มันไม่ไหวอย่างนี้ไม่ปกติที่เป็น...อาการสั้น ยุกยิก อย่างโรคนี้มันมีเพียงร่างกาย แต่จิตใจคนที่รับไม่ได้ตรงนี้ เช่น อาการสั้น อาการเดินไม่ได้ อาการอะไรที่มันแบบ มันช่วยตัวเองไม่ได้ แล้วต้องให้คนอื่นช่วยเราอย่างนี้ จะไปไหนมาไหน เดียวนี้กังวลใจเรื่องมีอาการเพิ่มขึ้น...ท้อใจ เรื่อง การดำรงชีวิตที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ใสเสื้อไม่ได้ สั้นไม่เป็นเวลา เวลาสั้นมันหนืด หนืดเดินไม่ ออก สั้นมากกว่ายุกยิก สั้นมากยืนไม่ค่อยจะได้ ทำงานบ้านไม่ไหวต้องจ้างคนมาทำ” (ID17 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 57-60, 140, 142-143, สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 49-53, 120-125)

1.2.3 รู้สึกกลัวการเข้าสังคม คือ การที่ผู้สูงอายุเคยเข้าสังคมมีเพื่อนฝูง

เคยพูดคุยสนุกสนาน แต่การเจ็บป่วยครั้งนี้ ทำให้ตนพูด สื่อสารได้ไม่เหมือนเดิม กลัวเข้าสังคมไม่สนุก เหมือนเดิมผู้สูงอายุบางราย มีคนรู้จักนับถือเคยเป็นผู้นำชุมชน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยก็ไม่สามารถ ปฏิบัติกิจกรรมสังคมได้ดังเดิม การที่ผู้สูงอายุมีอาการกำเริบทางกายที่ไม่สามารถปกปิดได้ เช่น อาการสั้น หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จึงรู้สึกกลัวหรือรู้สึกอายที่จะเข้าสังคม และกลัวตนเองและญาติ จะได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจจากการมองของคนรอบข้าง จึงพยายามปฏิเสธ หรือ ลดการเข้า สังคม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ตอนนั้น ผมออกสังคม คนก็มอง ผมว่ามันพิการ ตอนนั้น ผมไขว้เขาไปว่า ผมเองสามารถ ร้องเพลงได้ ผมยังสามารถเต้นรำได้ ผมยังสามารถตีกอล์ฟได้ ผมยังสามารถทำอะไรทุกอย่าง อย่างที่ คนอื่นทำได้ แล้วบางคนทำผมทำได้ดีกว่าด้วย” (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 86-88)

“การเข้าสังคม ก็เลยแบบเปลี่ยนไป การสังสรรค์กับเพื่อนฝูงเปลี่ยนไป ไม่ค่อยสนุกเพราะว่า ไม่ค่อยได้พูด เพราะว่าพูดแล้วไม่ทันเพื่อน พูดแล้วเพื่อนฟังไม่รู้เรื่อง มีปัญหาเรื่องการพูด เรื่องการ สื่อสาร เราพูดลำบาก สังคมเลยน้อยลง” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 32-34)

“เกรงใจว่าเขา จะหาว่าเราไม่ไปช่วยงานอย่างนู้นอย่างนี้ พวกรงานข้างนอก อย่างชุมชนใน หมู่บ้าน กองทุนเงินล้านเขายังมาขอให้ เป็น ประธาน ผมบอกผมไม่ปกติ การพูด การคิดก็ช้า โดยเฉพาะ การเขียนหนังสือ มันไม่เหมือนเดิม ลายเซ็นเปลี่ยน เขียนหนังสือตัวเล็กลงมือมันสั้น เช่น

การเบิกเงินธนาคารบอกรายเซ็นเปลี่ยนแปลง แล้วให้เซ็นลายเซ็นใหม่ ผมเลยรู้สึกมันด้อย ในส่วนนี้ เราเข้างานสังคมแล้วมันไม่เหมือนเดิม” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 123-127)

“ตอนแรกผมก็ปฏิเสธเหมือนกันละครับ ในการที่จะรับในส่วนนี้ เพราะมา 2-3 ปีแรกนี่ ก็ปิดตัวเองค่อนข้างพอสมควร งานกลางคืนใครเชิญก็ไม่ไป คือ มีความรู้สึก ว่ามันน่าจะอายุที่จะต้องไปสิ้น คือ อากาศมันเริ่มสิ้นแขนซ้ายจะสิ้น ก็ไม่ยอม เรียกว่า เกรงว่าคนที่ไปงาน คือ ภรรยาหรือลูกบางทีก็จะอายุด้วย แต่ปรากฏว่าทั้งสองคนไม่รู้สึกอะไรแล้วก็พยายาม Encourage (กระตุ้นให้กำลังใจ) ให้ออกงาน ทำตัวให้ปกติ” (ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 94-96, 98-100)

“มันจะทำยังไงครับ เช่น เรียกไปทานอาหารอย่างนี้ ทำไม่ได้ถ้านั่งโต๊ะยังพอได้ ก็ไปงาน แต่เราก็เลือกไปงานที่คนรู้จักกัน สนินทเราก็ไป ที่เขารู้ว่าเราเป็นอย่างนี้ ไม่ถือสาอะไร ไม่มองเรา ถ้าเขามองเรา เราก็บอกไม่ถูกนะฮะ อย่างเลือกไปผมก็โดนลูกผมเลือก...เอาพอรับไหว ถ้ารับไหวเฉย ๆ ไม่เป็นไรหรอกครับ เอาด้ายมาให้ผูกข้อมือ มันผูกไม่ได้ ใ้เราก็นั่งเฉย ๆ จะไปอธิบายอย่างไร เพราะว่าคนเอาของเราก็ให้ของก็รับไหว บางคนก็หัวเราะเอา...เขาไม่เข้าใจก็บอกเพื่อนอีกคนมือมันสั้นผูกไม่ได้ แต่มันก็ไม่ดี ถ้าทุกงานเราโดนอย่างนี้ เราก็ต้องเลิกงาน” (ID 14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 78-83)

“บุคลิกเปลี่ยนไป เสียบุคลิก ผมเป็นนักพูดครับ ผมต้องขึ้นพูดบนเวที บางคนก็บอกว่า ผมเมมา ผมเดินเซ ผมต้องออกตัวก่อนเลยว่า ผมเป็นโรคพาร์กินสัน มันไม่เป็นปัญหาสำหรับผม แต่เป็นปัญหาสำหรับคนอื่น คือ ปัญหาสำหรับคนอื่นคือ คนอื่นมองเราในแง่ขี้เมา บุคลิกเป็นคนขี้เมา... ป่วยแล้ว ไม่เจียมตัว แต่ผมก็ยังมีคนมาขอแรงใช้อยู่เสมอครับ เราไม่แคร์คนอื่น คือสังคมจะน้อยลง คือไปยากขึ้น เหมือนงานที่มีผู้ใหญ่เราจะไปน้อยลง เมื่อบุคลิกของเราไม่ดี กลัวอายุคน คือ ถ้าภรรยา นั่งด้วยจะตกให้ถ้าตกเองจะไม่เหมือนคนอื่น...พยายามช่วยตัวเองแต่ก็กลัวผิดพลาด ถ้าคนที่เขาไม่รู้ว่าพาร์กินสันเป็นอย่างไร เขารู้เราเป็นโรค เดินอยู่ดี ๆ ต้องนั่งลุกไม่ไหวต้องนั่งอยู่อย่างนั้น” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 31-32, 81-82, สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 200-202)

“การเข้าสังคมก็ต้องมีปัญหาเพราะมันสั้น ถ้าสั้นมากนี่ เราก็อายคน แต่ถ้านิด ๆ เราควบคุมได้ ก็ไม่เป็นไร ตอนนี้เรายังเข้าสังคมเหมือนเดิมคะ แต่ถ้าเราเป็นมาก เราไม่ไปแล้ว เรารู้สึกตัวว่าเป็นไม่มาก เราไปได้แบบขึ้นอยู่กับอาการของเรา” (ID18 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 14-18)

“ผมก็เป็นนักร้องเป็นอะไรที่นี้ก็ เพื่อนฝูงเยอะเยาะ ก็มันอย่างนี้นะ พุดไม่ชัด พุดซ้ำแล้วก็มันไม่เหมือนเดิม แล้วมัน ก็สิ้นแล้วอะไรนี้ ไปหาเพื่อนมันก็ไม่สนุกเหมือนเดิม” (ID19 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 81-87)

“เขาสังเกตว่าทำไมพุด เวลาพุดโทรศัพท์เหมือนไม่เต็มใจ หลายคนบอกทำไมพุดอย่างนี้ พุดน้อยลง พุดไม่รู้เรื่อง พุดเสียงเพี้ยนไปเบเลี่ยนไป พุดไม่ชัดเวลาพุดกล่าวเปิดงานมีปัญหา ต้องมีลูกน้องช่วยตลอด ตอนงานแต่งงานลูกชายก็ไม่พุดเลย ตัดไปเลย มีปัญหาเรื่องพุดเลยไม่ไปงานสังคมเลย” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 54-57)

2. การอยู่ด้วยการยอมรับ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในการดำเนินชีวิต อาการที่กำเริบรุนแรงขึ้นตามระยะเวลา อาการที่ไม่แน่นอน การไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ และความไม่สุขสบายจากการเจ็บป่วย ดังนั้นเพื่อให้ตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น จึงใช้หลักในการยอมรับด้วยวิธีต่าง ๆ โดยทำให้มีความสุข ไม่คิดมาก ทำให้ไม่ฟุ้งซ่าน ด้วยการยึดหลักทางศาสนาเป็นที่พึ่ง การตั้งสติ ไม่โลภ ไม่หลง ทำให้สงบ ใช้การสวดมนต์ การทำสมาธิ การนั่งสมาธิ นั่งวิปัสสนา การปรับลดบทบาทในครอบครัวและสังคม ช่วยให้คุณดำเนินชีวิตอยู่กับโรคได้ การยอมรับประกอบด้วยเป็น 5 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.1 การทำใจ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุสามารถทำให้ยอมรับการเจ็บป่วยเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับโรคได้ด้วยตนเอง การทำให้ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เกิดขึ้น ยอมรับได้ว่าตนเป็นผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ต้องดูแลรักษาสุขภาพของตนให้ดี ปรับการดำเนินชีวิตให้อยู่กับการเจ็บป่วยให้ได้ และการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการกำเริบต่าง ๆ ของโรค และ ต้องเผชิญวิกฤตในชีวิต เช่น การรักษา ส่งผลให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจ กังวล กลัว จิตใจไม่สงบ เป็นทุกข์ คิดฟุ้งซ่านเกี่ยวกับเรื่องการเจ็บป่วยและการรักษาตัว ผู้สูงอายุจึงใช้วิธีทำให้สงบไม่หวั่นไหวต่อสิ่งที่ต้องเผชิญ โดยการไม่คิดมาก ทำให้สบาย ไม่กลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้น ใช้การทำสมาธิ นั่งวิปัสสนา สวดมนต์ และสิ่งศักดิ์ที่ตนเองนับถือ นึกถึงพระเจ้าให้ช่วย เพื่อให้ใจสงบนิ่งพร้อมที่ยอมรับกับภาวะวิกฤตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“คือ ว่ามันขึ้นอยู่กับ ผู้เป็นโรคนะครับ จะทำใจได้ขนาดไหนถ้าสมมุติ ทำใจได้ แล้วย่อมรับรู้ ว่านี่ คือ โรคเราอยู่กับเขาได้ค่อยกำกับดูแล เอายากำกับ ไว้แล้วก็ในเวลาเดียวกันทำใจยอมรับอย่าไป คิดว่าการที่เราเป็นอย่างนี้ (ทำท่ามือสั่นให้ดู) มันเป็นเรื่องน่าอายอะไร เข้าสังคมได้ แต่ตอนแรกผมก็ ปฏิเสธเหมือนกันละครับในการที่จะรับในส่วนนี้ เพราะ มา 2-3 ปีแรกนี่ก็ ก็ปิดตัวเองค่อนข้าง พอสมควรทั้งงานกลางคืน ใครเชิญก็ไม่ไป” (ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 92-96)

“โรคนี้เป็นโรคที่ทำให้เสียบุคลิกเท่านั้นเอง ไม่อันตรายต่อชีวิตถึงในปัจจุบันนี้โรคสามารถอยู่กับคนปกติ ได้ แต่ต้องยอมรับว่าเราเป็นโรคให้ผู้ป่วยยอมรับว่าเราเป็นโรค ผมขึ้นเวทีเวลาอภิปราย ผมบอกว่าผมนี้เป็น พาร์กินสัน ขึ้นเวทีมีคนหัวเราะบ้างมีคนยิ้มบ้าง เพราะเห็นอาการผมคงนึกว่าผมเมา เหล้าหรือเมากลิ่น เพราะเดินเซเอนไปเอนมา ผมบอกเขาว่าผมเป็นโรคชนิดหนึ่งเรียกว่าพาร์กินสัน ผม ก็เล่าให้เขาฟัง” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 4 L: 19 -21)

“ปากก็ไม่ได้รู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ แต่ก็คิดว่า เอ้ มันเป็นโรคนี้ได้อย่างไร คิดว่ามันผ่านไปแล้วช่วย อะไรไม่ได้ต้องยอมรับ ว่าโรคนี้มันไม่หายแต่ทุกอย่าง ดูแลตัวเองได้ บ้าถามหมอบอกว่ารักษาหายไหม หมอบอกว่ารักษาไม่หาย ปากก็ ทำใจแล้ว ว่าเป็นแล้ว มันไม่หาย เราต้องดูแลตัวเอง... ไม่ทำให้ตัวเอง เป็นมากกว่าเดิม ตอนนี้นั่งนาน ๆ แล้วหลังมันอ่อน มันอยากจะนอน เมื่อก่อนนี้ต้องนอนตลอดเวลา เลยรำคาญตอนนั้น ต้องทำใจ ทำใจเกือบไม่ได้หนึ่งไม่ได้เพราะกระดูกหลัง มันจะอ่อนไปด้วย ก็รู้สึก อยากรอน” (ID17 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 66-69, 240-243)

ผู้สูงอายุใช้วิธีทำใจให้สงบไม่หวั่นไหวต่อสิ่งที่ต้องเผชิญ โดยการไม่คิดมาก ทำใจให้สบาย ไม่กลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้น ใช้การทำสมาธิ นั่งวิปัสณา สวดมนต์ และสิ่งศักดิ์ที่ตนเองนับถือ นึกถึงพระให้ช่วย เพื่อให้ใจสงบนิ่งพร้อมที่ยอมรับกับภาวะวิกฤตจากอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

“ทำสมาธิ เอา สวดมนต์ ทำสมาธิช่วยให้ใจสงบ” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1L: 159, 163)

“ผมก็ว่าอย่าคิดมากทำใจให้สบายครับ นั่งสมาธิเราคิดได้สงบได้ครับ สรุปจากการนั่งสมาธิ แล้วนะ ผมก็คิดว่า อะไรมันจะเกิดก็ต้องเกิด แล้วก็ทำจิตใจว่าไม่กลัวว่าอะไรจะเกิดขึ้น” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 41-42)

“เวลาสั้นมาก ๆ ตอนนั้นนึกถึงพระช่วยให้หายที่เถอะ ให้ใจเราสบายขึ้น ถ้าไม่หายก็ให้ตายไปเลย ไม่คิดอะไรมาก” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1, 2 L: 44, 153)

“พยายามคิดไม่ให้อึดใจมันพุ่งช่านโดยวิธีการทำสมาธิ การกำหนดลมหายใจพุทหายใจเข้าโทหายใจออก แม่เมตตาสมาธิช่วยให้เรานอนหลับได้ดี ถ้านอนไม่หลับไหว้พระทำสมาธิทำนั่ง หรือทำนอนแล้วนอนหลับไปเลย” (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 41-43)

“พาร์กินสันถ้าช่วยกันระหว่างหมอกับผู้ป่วยนี่หมอกก็ไม่หนัก และครอบครัว ต้องสื่อให้ครอบครัวเข้าใจ ถ้ามันซึมเศร้าจะยุ่ง แต่ผมไม่มี ผมสุขภาพจิตดี สมาธินี้ผมเข้าดี ขณะที่เขียนกลอนให้เจี๊ยะจ้าว อย่างไม่ผมก็เขียนได้ การที่เรามีสมาธิดี ตอนที่เรายืนก้มลงมาตัวโค้ง (ยาหมุดฤทธิ์)... ผมก็เข้าสมาธิหนึ่ง ไม่คิดอะไรเลยจนกระทั่งดีขึ้น สมาธิแล้วที่ว่าอยู่ตรงนี้แหละจะอย่าไปไหน เข้าสมาธิ คือหยุดนิ่ง” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 304-307)

“แบบว่ามีหลักยึดแบบไปอย่างนั้นแหละมันไม่รู้จะยึดกับอะไร สวดมนต์ไหว้พระ ไปนั่งสมาธิ ฟังเทศน์ หาที่สงบใจก็ดี ที่จอแจไม่ดีหรอก” (ID22 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 55-56)

2.2 การตั้งสติ หมายถึง เมื่อผู้สูงอายุมีอาการกำเริบรุนแรงจนถึงขั้นวิกฤตส่งผล

กระทบต่อภาวะจิตใจ รู้สึกเป็นทุกข์ใจ เศร้าใจ ใช้หลักยึดเหนี่ยวทางจิตใจ คือ ในผู้สูงอายุบางรายใช้หลักที่ว่าถึงอาการแย่มาก แต่สำคัญที่ใจ โดยยึดหลักการตั้งสติ ยอมรับสภาพ เข้าใจสาเหตุของการเกิดโรค ว่ามาจากความเสื่อมของสภาพร่างกาย ยอมรับการรักษาที่ต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต การตั้งสติ โดยการบริหารจิตใจ หรือการฝึกจิตใจ ทำใจให้สบาย สงบ และละวางในสิ่งต่าง ๆ ไม่ยึดติดในตัวตน ไม่โลภ ไม่โกรธ ไม่หลง ตั้งสติพร้อมตายอย่างมีสติ ตั้งสติยอมรับว่าชีวิตอยู่ใกล้กับความตาย การเจ็บป่วยครั้งนี้ถือเป็นภาวะคุกคามที่ร้ายแรง รู้สึกไม่แน่ใจว่าตนเองจะมีชีวิตอีกนานเท่าใด จึงเตรียมใจเตรียมกาย ยอมรับกับความตายที่ใกล้เข้ามาทุกที และทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้ญาติที่ล่วงลับไปแล้ว ตามความเชื่อของตนเองแล้วทำให้เกิดความ ปิติใจ และเตรียมแบ่งมรดกให้บุตรเพื่อเป็นการเตรียมพร้อมการตายอย่างมีสติ หมั่นห่วง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ว่า

“อาการแย่มาก ๆ ชมซานมาเลยคะ มันเกิดความไม่สบายใจมาก ๆ เลย คือ จิตใจสำคัญ ที่สุดตอนเป็นโรคนี้อ จิตใจเราต้องบริหารให้ได้แล้วก็ร่างกายคุณหมอก็คือการบริหารจิตใจก็พยายามตั้งสติ ว่าตอนนี้เราเป็นผู้ป่วยแล้ว เราต้องยอมรับสภาพ มันเป็นเรื่องของความเสื่อม...ที่ทุกคนเกิดมาก็ต้องเป็นอย่างนี้ คือ ต้องไม่โทษไม่โทษฟ้า หรือ ชะตากรรมมันเป็นเหตุเป็นผลของมัน และ กัน เราต้องหาสาเหตุ ถ้าเรารู้เหตุแห่งการป่วยแล้วเราให้คุณหมอ รักษาแล้วเราก็...ทำจิตใจให้สบาย นั่งสมาธิ แล้วก็ต้องละวางในสิ่งต่าง ๆ แต่ไม่ใช่ว่างเฉยนะคะ ไม่ใช่เฉยเมย วางเฉยแต่อย่าเฉยเมย จะร่วมกิจกรรมอะไรต่าง ๆ คือ สรุปร่าง ๆ ถ้าเราเข้าใจอย่างแท้จริงว่า ที่เราเป็นโรคเพราะอะไร อะไรอย่างนี้ รู้สึกว่าเราทุ่มเทให้กับโรคพาร์กินสันมากนะคะ พยายามจะอยู่ด้วยกันให้มีความสุข ก็พยายามอยู่ ก็อย่างที่คุณบอกเมื่อกี้ว่า...เราต้องตั้งสติให้ได้ แล้วก็ยอมรับสภาพที่เราเป็น แล้วก็เราต้องทานยา ยาคือชีวิต” (ID15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 78-79, 81-87, 92-93, 96-98)

“อย่าหลงก็ คือ หลงว่าแหมนี่ ฉันคงไม่ตายหรืออายุฉันก็ต้องยืนไปกว่านี้แล้ว ก็ไปหลงทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ควรตั้งอยู่ในความดี แล้วชีวิตของเราก็คิดว่า (ร้องไห้ขณะพูด) เราทำเพื่อลูก คือ คนที่เป็นควรจะต้องตั้งสติ ให้ดี แล้วอย่าไปโกรธใคร ไม่โลกไม่หลงนะคะ การดำเนินชีวิตเปลี่ยนจากเดิม เพราะเหตุว่าถ้าเปลี่ยน คือ เราทุกข์ใจนะ... ทุกข์ ตรงที่ว่าเราเป็นอย่างนี้ เราจะทำอะไรก็ไม่คล่อง เราจะได้ช่วยลูกบางเรื่อง ก็ช่วยไม่ได้ (ผู้ให้ข้อมูลหลัก น้ำตาคลอ และร้องไห้ ผู้วิจัยต้องให้กระดาษซับน้ำตาในตอนนั้น) ก็เปลี่ยนอย่างนี้แหละคะ แต่จะทุกข์เรื่องว่าถ้าเป็นอย่างนั้น ฉันจะต้องตายแน่ ๆ ไม่ทุกข์เรื่องนี้ เพราะ ปรับใจได้ เพราะเราอายุมากแล้ว คนอายุมาก มันก็ ต้องตายฉะนั้น ก็คิดอย่างนี้แต่ก่อนจะตาย ก็ให้รู้ตัวว่าเมื่อไหร่จะตาย จะได้ทำบุญทำทาน ในช่วงนี้... เราก็ทำบุญคะ คิดว่ากุศลบุญอันนั้นนะคะ เราจะได้อุทิศไปให้พ่อแม่ปู่ย่า ตา ยาย ที่เสียชีวิตไปแล้ว แล้วให้ลูกที่ตายไปแล้ว เราได้อุทิศไปให้ เชื้ออย่างนี้คะก็มันทำให้เรามีความสุข เชื่อว่าทำบุญนี่ก็ คือได้จริง ๆ แล้วก็เราจะได้ตั้งต้นว่าเออเราจะได้แบ่งของให้ลูกคนนั้น คนนั้น เท่าไหร่...คือถ้าไม่รู้ตัวแล้วตายไป มีสติอยู่ตลอดถ้าเราตายไป ถ้าเราไม่รู้ว่าจะตายนะคะ เราก็ไม่ได้แบ่งเขา เรียกว่าสมบัติ คือตอนนี้ไม่รีบร้อยเท่าไร แต่แบ่งให้ทุกคนให้ทุกคนแต่เราก็มีไว้เผื่อตัวเราบ้าง ที่นี้เราคิดว่าถ้าเราจะตายเราก็แบ่งให้หมดเลยเราก็ไม่เอาอะไรไว้” (ID18 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 155-160, สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 134-137, 139-140, 143-144, 146-150)

2.3 การคิดด้านบวก หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันเป็นโรคที่รักษาไม่หาย มีอาการที่ไม่แน่นอน เวลามีอาการรุนแรงก็จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ง่าย การมีจิตใจ

ที่มั่นคง อดทน อดกลั้น ทำใจให้ได้ ใช้หลักในการคิดในสิ่งที่ดี การมองโลกในแง่ดี คิดทางบวก ทำใจให้มีความสุข ไม่กังวลจนเกินไป ไม่ทำใจให้เศร้าหมอง ให้กำลังใจตนเองอยู่เสมอ คิดว่าตนเองยังมีประโยชน์ต่อลูกหลาน มีความหวัง คิดว่าการเป็นโรคพาร์กินสันในช่วงเวลาที่ไม่มีอาการก็เหมือนคนปกติ ยังมีช่วงเวลา ดี ดี ของชีวิต หากิจกรรมที่ตนชอบทำไม่ให้เหงา ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้ และคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ชีวิตของตนดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ทำใจให้มีความสุข อย่าไปคิดมากอะไรที่มันคิดแล้วทำให้เสียกำลังใจเราก็ต้อไปคิด เราก็คิดว่าเออเราเนี่ยจะอยู่ดูโลกไปได้ก็วัน เราพยายามทำใจในสดขึ้นให้ดีเพื่อว่าลูกหลานเรา เรายังเป็นประโยชน์ต่อลูกหลานเรา หลานเราเพิ่งจะโต เราก็เป็นอาจารย์ภาษาไทย เราก็สามารถจะแนะนำหลานได้” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 242-249)

“โรคนี้ทำให้ชีวิตของเราเปลี่ยนแปลงไป ชีวิตผมดีขึ้น ครับแล้วชีวิตผมดีขึ้น เรื่อย ๆ เลิกทานเหล้ากลับมาทำงานได้มากกว่าเดิมอีก ผมมีเวลามากขึ้นกว่าเดิม ผมไม่ไปเที่ยวสำมะเลเทเมากับใครแล้ว พบก็เลยพบผู้คนเยอะ ๆ ที่เขาสนใจเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันนี่ คนเป็นโรคพาร์กินสันนี่เขาต้องการความรู้จากเรา” (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 100-105)

“คือคิดว่าทุกคนมีโรคของตัวเองครับ ไม่ว่าจะโรคโน่นโรคนี้อะไร เราก็ยังโชคดีที่สามารถจะทำอะไรทุกอย่างได้เกือบร้อยเปอร์เซ็นต์เพียงแต่ เราต้องระมัดระวัง รักษาตัวเองเท่านั้นเอง แล้วเป็นโรคที่เราารู้ด้วยว่าอาการต่อไปจะเป็นยังไง คือ พัฒนาการของโรคเราพอจะทราบอยู่ว่าต่อไปนี่อาการ ถ้าอาการเพิ่มขึ้นอีกขั้นหนึ่งนี่ จากเดิมมันจะมีอาการเพิ่มอื่น ๆ เช่น แทนที่จะเป็นเรื่องของการสั่น... อาจจะเป็นเรื่องของอาจจะเดินติด เดินอะไรแล้วเรา ก็ควรจะเตรียมตัวไว้รับเรื่องนี้ล่วงหน้าให้อาการนั้นมาช้า มันก็มีทางชะลอได้ เช่น ยกตัวอย่างถ้าจะเดินติด เราก็มีการบริหารร่างกายส่วนนั้น มันก็จะมีอาการช้าลงมาก เพราะ ผมนี้ถ้าไม่บอกปกติจะชะงักเวลาที่ Off (ระยะยามดฤทธิ) ของยานี้เดินไปไหนมาไหน ไม่มีใครรู้ เหมือนคนปกตินะครับ แต่ว่าถ้าเป็นหมอนะครับ ท่านจะรู้ว่าอาการหลอกหลอก หรือ ยุกยิกจะออก... ผมเป็นมา 11 ปีแล้ว ถ้าไม่ใช้หมอนะไม่รู้ ผมคิดว่าขึ้นอยู่กับจิตใจ เป็น เรื่องสำคัญ สมมุติว่า ไม่คิด ไม่กังวลไปเกินกว่าเหตุ ไม่คาดการณ์ในเรื่องที่ร้าย คิดอะไรเป็น Positive (คิดบวก) หน่อย ผมว่าอยู่ได้ อยู่กับโรคนี้ได้สบาย สบาย 30 ปีก็อยู่ได้” (ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 104-112, 134-136)

“ทำจิตใจให้ไม่วิตกกังวลไม่เศร้าหมอง ต้องพยายามทุกครั้งเพราะบางครั้ง เราซึมเศร้ามาก ๆ เราพยายามที่จะไม่ร้องไห้ บางทีก็ร้องเพลงฟังเพลง ทำงานอดิเรกที่เราชอบ ชอบจัดดอกไม้ ก็จัดดอกไม้ไปอะไรไป อย่างนี้ก็เพลิดเพลิน คือ อย่าทำตัวให้เหงา ถ้าเหงาแล้วจะยิ่งรู้สึกว่าการของโรคจะเป็นมากขึ้น สำคัญที่สุด คือ จิตใจก็ต้องมั่นคง แล้วก็ อดทน อดกลั้น พยายามที่สุดถ้าเรา ทำใจได้นี้ คิดว่า วันนี้เราจะมีวัน ดี ดี ในหนึ่งวัน... ช่วงเวลา บ่ายหรือช่วงเช้าณะคะ ช่วงดี ดี อัน นั้นเราก็จะไป ทำกิจกรรมอะไรที่เราอยากทำ แล้วมันก็มีวันดี ดี เพราะว่าเวลาที่เราไม่มีอาการของโรคพาร์กินสันนี้ เราจะเป็นคนปกติเลย คนดูไม่ออกเลยเดินไปกับเพื่อน เพื่อนบอกว่าเขาคิดว่าฉันป่วยเธอมาดูแลฉัน อะไรอย่างนั้นนะคะ เวลาหายจากอาการเราจะเหมือนคนปกติ 80-90 เปอร์เซ็นต์ เราก็ยังสบายใจว่าเรามีวันดี ดี มีช่วงดี ดี ในหนึ่งวัน... เราได้ทำงานอดิเรกที่เรารัก อะไรอย่างนี้ มันก็เพลินดี โรคพาร์กินสันนี้ ให้รู้เสมอว่าเราเป็นโรคที่รักษาได้ ไม่สิ้นหวังเสียทีเดียว เราทำจิตใจให้เรามีความสุขอยู่กับโรคพาร์กินสันนี้ให้ได้ ถ้าจิตใจเราดีแล้วร่างกายก็จะดีตามไปด้วย” (ID15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 109-112, 169-175, 177-179)

“บอกขอบอะไรทำอันนั้นอย่าทำพาร์กินสันไม่ใช่โรคทำให้ตาย เป็นโรคอยู่กับเราอย่างมีความสุขสนุกด้วย เราเป็นโรคคนงมากอันนี้มันเป็นโรคแต่ทำงานได้สบาย ไม่รู้อะไร มันเป็นโรคที่แบบ ฝึเข้าฝึออก เขาเป็นห่วงคนรอบข้างเห็นผมสั้น บอกไม่ต้องห่วงผมเป็นอย่างนี้สักพักเดี๋ยวก็หายบางคนเรียกรถหออเลยเรียกรถโรงพยาบาล ให้รถมารับผม เขาโทรไปบอกว่าผมไม่สบาย เห็นว่าสั้น รถหออมาพอมาถึงพยาบาลเขารู้เขาก็กลับ สักพักก็ดีขึ้น บางครั้งลูกน้องเรียกรถพยาบาล ให้ไปโรงพยาบาลพอไปถึงบอกไม่เป็นไรที่ Off (ช่วงยามดึกฤทธิ์)” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 236 -269)

2.4 การนำศาสนามาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันเป็นโรคที่รักษาไม่หาย มีอาการกำเริบที่ไม่แน่นอน ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งกายและใจ จึงนำศาสนาเป็นหลักยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ผู้สูงอายุนับถือศาสนาต่างกัน ต่างนำวิถีทางของศาสนาที่ตนนับถือมายึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณมาใช้ ทำให้ตนเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรคเข้าใจธรรมชาติชีวิต ตามความเชื่อ ความศรัทธาตามศาสนาของตน ทำให้ ไม่วิตกกังวล ไม่ทุกข์กับการที่ตนเองต้องเจ็บป่วยในครั้งนี้ เมื่อผู้สูงอายุเข้าใจก็ยอมรับกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

ผู้สูงอายุที่มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ เกิดจากเวรกรรมที่ตนเคยทำไว้ในอดีตที่ผ่านมา หรือเป็นผลพวงจากการกระทำ ในชาติที่แล้ว เมื่อเจ็บป่วยจึงเชื่อว่า เป็นผลมาจากกรรมเวร ทำให้ตนเองต้องมาชดใช้กรรมในชาตินี้ จึงทำบุญตักบาตรกรวดน้ำเพื่อแผ่ส่วนกุศลไปให้แก่เจ้ากรรมนายเวร เพื่อชดใช้กรรม

“บางทีมันก็ เหมือนเป็นกรรมเวร อะไรไม่รู้ บางทีมีความรู้สึกว่ามันเป็นกรรมเวรเก่า เราไปทำ อะไรใครมาหนอ แผลง จริงๆ เราเป็นโรคระบบประสาท มันเหมือนเป็นกรรมเวรมาเป็นโรคนี้เหมือน กรรมเวร ตอนเช้าอากาศสบายสดชื่นเลยออกไปทำบุญตักบาตร เดินไปข้างนอกตอนเช้า ไปซื้อของมา ทำบุญ ใส่บาตร กรวดน้ำให้เจ้ากรรมนายเวร รวมทั้งเขาด้วยคิดว่า ถ้าเขาเป็นเจ้ากรรม นายเวร เราก็ ใช้ให้หมดกันในชาตินี้ กรวดน้ำคว่ำขัน (ทำท่าคว่ำมือกำลังเหมือนเทน้ำลงพื้น) มันอาจจะเป็นกรรมเวร อะไรซักอย่างจริง ๆ แล้วเราไม่อยากเป็นเลย ทำไมต้องเป็นก็ไม่รู้” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 182-198, 256 - 257)

“ตอนนี้พี่ก็ปลงที่ไม่รู้สาเหตุว่าเป็นโรคนี้เพราะอะไร พี่คิดว่าคงเป็นจากกรรมเก่า จึงทำบุญ ใส่บาตรทุกวันอุทิศส่วนกุศลให้แก่เจ้ากรรมนายเวร” (ID17 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 120)

“โรคนี้มันเป็น โรคคนมีกรรมนะโรคมีโรคอื่นปวดหัวตัวร้อนแต่โรคมันก็มีหลายโรคที่มีกรรมนะ แต่โรคนี้มันแบบ เราก็คิดว่าโรคอื่น ๆ กินยามันจะหายได้ เป็นเวรกรรมจากชาติก่อนมั้ง มัน เป็นโรคเวร โรคกรรมคนอื่นไม่เป็น คนอื่นเขาไม่รู้เรื่องเพราะเขาไม่ได้เป็น...ไม่รู้หรือว่าเป็นอย่างไร ถ้าหากเวลา มันจะเป็นขึ้นมา ทรมานนะ มันยึดอย่างกับอะไรมันผูกเอาไว้แบบนี้ อะไรมันมาจับตัวมัดตัวเอาไว้ บางครั้งบอกอย่ามากวนซีรำคาญ” (ID 22 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 75-76, 80-83)

ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามและคริสต์ เชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้กำหนดให้ตนเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับการเจ็บป่วยของตนในครั้งนี้

“ไม่วิตกกังวลเพราะ ก็ไม่ได้คิดอะไร คือว่าตามบทบัญญัติ (ศาสนาอิสลาม) เขาว่าถ้าเป็นมา แล้วพอถึงเวลามันก็ต้องเป็นขึ้น ก็ไม่คิดอะไรมากถือเสียว่าพระเจ้าให้มาอย่างนี้ก็ต้องตามนั้น” (ID 11 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 51- 52)

“คือ เป็นคาทอลิกแล้วก็บอกพระเจ้าว่าสิ่งที่พ่อ(ผู้ให้ข้อมูล)เป็นอาจจะรับได้เพราะว่าพระเจ้า อาจจะเห็นว่าคุณภาพของชีวิตที่ด้อยลงนี้มันจะต้องมีแรงเสริม สิ่งที่เกิดขึ้นเรายอมรับให้เรามี ความหวังให้เราชดเชยกับคนที่เขาเป็นมากกว่าเรา คนที่เขาต้องเผชิญชีวิตมากกว่าแล้วก็ใช้ความ ลำบากตรนนี้ร่วมกัน (แล้วภรรยา ก็พยายามกล่าวเสริม) แล้วพระเจ้านี้ก็จะพยายามช่วย...เพราะพระเจ้า เห็นว่า เราเหมาะสม ต้องลำบากเพื่อให้คนอื่นดีขึ้นเราเหมือนช่วยเหลือมนุษย์คนอื่น แล้วสภาพ จิตใจ ก็จะไม่แย่งกันไป แต่ก็มีบางวันที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ก็เสียใจเหมือนกัน (ภรรยาเล่าว่าหลังจากที่ เขาเป็นมาก ๆ ผ่าตัดแล้วเวลาเห็นทีวีมีคนเป็นโรค เขาจะรู้สึก Sensitive (รับความรู้สึกได้ง่าย) เพราะ เห็นใครที่เป็นโรคอะไร เห็นใครที่ลำบากแล้วก็ร้องไห้ซึ่งเมื่อก่อนไม่เป็น) (ผู้ให้ข้อมูลน้ำตาไหล) มันไม่ เข้มแข็ง เหมือนเมื่อก่อน (เสียงพุดร้องให้ด้วย)” (ID 23 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 39-46)

ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธ ก็ยึดหลักของกฎไตรลักษณ์ ธรรมชาติของชีวิตคือชีวิตมีแต่ทุกข์ กับ การดับทุกข์เท่านั้น ทุกชีวิตอยู่ภายใต้ กฎไตรลักษณ์ ได้แก่ อนิจจัง คือ ไม่เที่ยง ไม่แน่นอน มีการ เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ทุกขัง คือความเป็นทุกข์ อนัตตา คือ ไม่ใช่ตัวตนที่แท้จริง

“ผมเข้าใจโลก ผมอ่านหนังสือมาเยอะ โลกมันเป็นไปตามกฎไตรลักษณ์ ไตรลักษณ์ เป็น กฎแห่ง ความจริง 3 ประการ ที่พระพุทธเจ้าค้นพบว่า ไม่เที่ยงเป็นทุกข์ แล้วไม่เป็นตัวของตัวเองทุกอย่าง ต้อง สลายไปตามกาลเวลา แม้แต่โลกเราแม้แต่จักรวาล เพราะฉะนั้น โรคที่เราพยายามรักษา หมอที่เก่งอย่างไร ก็รักษาไม่หาย ก็รักษาอยู่ชั่วคราวเท่านั้นเอง ไม่มีใครรอดตายเพราะโรคได้ แล้วมันถึงการก็ต้องตาย ต้อง ยอมรับ หลักสำคัญ นี้เรารู้ว่า ร่างกายเรา ไม่เที่ยง มันแก่ มันชรา เป็นทุกข์ คือว่ามันเปลี่ยนแปลงไปจาก สิ่งที่เราหวัง โรคนี้เป็นไปตามไตรลักษณ์มันก็อยู่ได้ระยะหนึ่ง รักษาได้ก็เท่าที่รักษา การรักษาคือ การอย่า ให้ทรมาณมันยืดเวลาไป ให้เกินร้อยปี อันนี้คือสิ่งที่ผมเข้าใจเรื่องไตรลักษณ์จึงไม่เป็นทุกข์ผมยึดหลักนี้” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 131-137)

2.5 การปรับลดบทบาทในครอบครัวและสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย เป็นโรคพาร์กินสันเป็นโรคที่รักษาไม่หายมีอาการกำเริบรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ประกอบกับการเสื่อม ถอยของร่างกายในวัยสูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับลดบทบาทหน้าที่ในครอบครัว เช่น ผู้สูงอายุที่ เคยเป็นผู้นำหาเลี้ยงครอบครัว ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ต้องปรับลดบทบาทจากผู้นำครอบครัว มาเป็นผู้ตาม ผู้สูงอายุบางรายกลัวมีอาการกำเริบ จึงลดหรืองดการเข้าสังคม หรือนัดเฉพาะเพื่อนที่สนิท มาพบที่บ้านของตนเองแทนที่จะออกไปนอกบ้าน เพื่อที่ตนจะได้พักผ่อน และไม่เหนื่อยกับอาการ ของเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น การที่ผู้สูงอายุเคยเข้าสังคมมีเพื่อนฝูง เคยพูดคุยสนุกสนาน แต่การเจ็บป่วยครั้ง

นี้ ทำให้ตนพูด สื่อสารได้ไม่เหมือนเดิมจึงเลือกออกสังคมเฉพาะเท่าที่จำเป็นเท่านั้นนอกจากนี้ผู้สูงอายุ บางราย ที่มีคนรู้จักนับถือเคยเป็นผู้นำชุมชน แล้วเมื่อมีอาการเจ็บป่วยก็ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรม สังคมได้ดังเดิมต้องลาออกจากตำแหน่ง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“การเข้าสังคม ก็เลยแบบเปลี่ยนไป การสังสรรค์กับเพื่อนฝูงเปลี่ยนไป ไม่ค่อยสนุกเพราะว่า ไม่ค่อยได้พูดเพราะว่าพูดแล้วไม่ทันเพื่อน พูดแล้วเพื่อนฟังไม่รู้เรื่อง มีปัญหาเรื่องการพูด การสื่อสาร เราพูดลำบาก สังคมเลยน้อยลงเขาสังเกตว่าทำไมพูด เวลาพูดโทรศัพท์เหมือนไม่เต็มใจ หลายคนบอก ทำไมพูดอย่างนี้ พูดน้อยลง พูดไม่รู้เรื่อง พูดเสียงเพี้ยนไป เปลี่ยนไป พูดไม่ชัดเวลาพูดกล่าวเปิดงานมี ปัญหา ต้องมีลูกน้องช่วยตลอด ตอนงานแต่งงานลูกชายก็ไม่พูดเลย ตัดไปเลย มีปัญหาเรื่องพูดเลย ไม่ไปงานสังคมเลย” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 32-34, 54-57)

“เกรงใจว่าเขา จะหาว่าเราไม่ไปช่วยงานอย่างงุนอย่างงี้ พวกงานข้างนอก อย่างชุมชนใน หมู่บ้าน กองทุนเงินล้านเขายังมาขอให้ เป็น ประธาน ผมบอกว่าผมไม่ปกติ การพูด การคิดก็ช้า โดยเฉพาะ การเขียนหนังสือ มันไม่เหมือนเดิม ลายเซ็นเปลี่ยน เขียนหนังสือตัวเล็กลงมือมันสั้น เช่น การเบิกเงินธนาคารบอกลายเซ็นเปลี่ยนแปลง แล้วให้เซ็นลายเซ็นใหม่ ผมเลยรู้สึกมันด้อย ในส่วนนี้ เราทำงานสังคมแล้วมันไม่เหมือนเดิม” (ID 10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 123-127)

“เศรษฐกิจ มันก็ไม่ค่อยดี เราต้องอาศัยคนอื่นนะ มันไม่พูดเรื่องเศรษฐกิจ เพราะ ว่าเราไม่มี ไปเอาจากที่บริษัทให้พูดแล้วมันเกรงใจ ลูกๆ ทุกคน มีภาระหมด เขาก็ให้เงินละ 2 เดือน หมื่นกว่า 3 คนก็แบ่งกันนะ ก็เปลี่ยนแปลงจากคนเราเคยเป็น ผู้นำ ก็ต้องมาเป็น ผู้ตาม เพราะฉะนั้นเมื่อเราเป็น ผู้นำเราก็ต้องมีครบใช้ใหม่...ลักษณะของผู้นำมันมีอะไรบ้างรู้ แล้วอย่างนี้เรามีไม่ครบแล้วจะเป็นผู้นำ ได้อย่างไร อย่างถูกต้อง ที่ขาดไปมันก็ต้อง เป็นเรื่องเงิน เมื่อก่อนเราค่าลูกเรียนค่าใช้จ่ายอะไรในบ้าน ทุกอย่าง” (ID 14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 108-110,112-115)

“ส่วนใหญ่แล้วจะดูช่วงที่เราดี ๆ บางที่ช่วงเช้า จะดีกว่าบ่าย อะไรอย่างนี้นะคะ ทั้งนี้ ทั้งนี้ ก็อยู่ที่สภาพจิตใจด้วยนะค่ะ ถ้าสภาพจิตใจ เราพร้อมนี้ก็ไม่มีอะไร ที่นี้เออ ในด้านสังคมส่วนใหญ่ ที่เรานัดเพื่อนฝูงนอกบ้าน เราก็จะต้องขอเป็นที่บ้าน แล้วก็นัดเฉพาะเพื่อนที่สนิทสนมเพราะ บางครั้งนี่ เราก็ต้องเอนหลังคุยกัน คือเราก็ไม่ตัดไปทีเดียวแต่ว่าเปลี่ยนมาเป็นที่บ้านให้เราได้พักผ่อน ด้วยนะค่ะ” (ID15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 155-159)

“เริ่มต้นเมื่อปีที่แล้ว การเข้าสังคมไม่อยากไป เพราะตอนนี้เริ่ม เริ่มต้นในปากเรานี่ ปากจะมันไม่รุ้ด เราเอาชิ้นตักอาหารเข้าปากปากมันจะไม่รุ้ดเหมือนปกติ ปากมันจะกว้างขึ้น มันไม่มีกำลังจะรุ้ดข้าว ข้าวมันจะร่วง เริ่มร่วงเราก็ติดแล้วว่าแล้วเวลาทาน ปากเหมือนจะเปี้ยว ๆไป ซ้อนมันเข้าไปที่ปาก เราไม่ค่อยเต็มทีอะไรอย่างนี้นะ.ข้าวจะร่วง เริ่มรุ้สึกว่าตรงนี้นี่ ไม่อยากไปไหนแล้ว นี่ตอนนั้นเพื่อนแฟน จะมาถามชวนทานข้าวป่า จะไปบ้าง ไม่ไปบ้าง เขาก็รุ้ว่าเราเป็นโรคอย่างนี้ แต่ป่าไม่เคยเห็นว่าเป็นอย่างนี้ อาจจะเป็นว่าเดินสั้น” (ID17 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 214-221)

“ตอนที่เริ่มรักษาจริง ๆ นั้นอายุ 70 แล้ว เป็นมานานเป็น 10 ปี จึงมีอาการข้างนอกแต่เรารู้ตัวเองดี คนรอบข้างไม่รู้ คิดค้นเป็นคนขยันไม่อยู่เฉยนะค่ะ ตอนนั้น เราทำงานแบบเป็นเหมือนบริษัทเปิดเอง เป็นธุรกิจส่วนตัวเราแค่ควบคุมงานมีลูก ๆ ช่วยแล้ว ตอนนี่เลิกหมด ตอนนี่ตัวเองไม่ทำแล้วให้ลูกทำต่อไม่ได้ เดียวนี้ทำไม่ได้เลย” (ID18 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 65-67, 69-70)

“มีผลต่อการเข้าสังคม ถ้าคนเราไม่รู้จักโรคพาร์กินสันนะ เวลาไปทานอาหาร เราลุกขึ้น 3 ชั่วโมง 4 ชั่วโมง เราลุกไม่ขึ้น บอกให้ช่วยเราลุกหน่อย แล้วเวลา Off (ช่วงยามอดฤทธิ์) นี่เดิน... เหมือนคน Paralyzed (เป็นอัมพาต) เดินไม่ออกต้องดึงไป“ (ID23 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 73-75)

3. การอยู่ด้วยการหาวิธีการดูแลสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุ ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ต้องรักษาด้วยยาตลอดชีวิต มีอาการกำเริบที่ไม่แน่นอน ผู้สูงอายุจึงรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากอาการที่กำเริบและทรุดลงตามระยะเวลาการเจ็บป่วย ถ้าไม่ดูแลตนเองให้ดีจะมีอาการแทรกซ้อนรุนแรงต่าง ๆ ตามมา ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องเอาใจใส่ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น เพื่อป้องกันและชะลออาการของโรคไม่ให้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งประกอบด้วยประเด็นย่อย 8 ประเด็น ได้แก่

3.1 การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมี ความเชื่อในการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อใช้รักษาให้อาการทุเลาและหายจากความทุกข์ทรมาน โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การน้บริหารร่างกาย และการรับประทานยาอย่างมีวินัย การที่ผู้สูงอายุต้อง

ปรับตัวในการเรียนรู้วิธีที่จะรับประทานยาให้ถูกต้องตามแพทย์ผู้รักษาสั่ง สร้างวินัยในการรับประทานยาให้ ตรงเวลา รอบคอบ ไม่ลดยาเอง ไม่ขาดยา แม้ว่ายาจะมีจำนวนมาก ก็ต้องปรับวิธีการรับประทานยาให้เหมาะสม ต้องปรับใจยอมรับการรับประทานยา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“พูดติดอ่างก็มาหาหมอก็ดูชัดขึ้น แล้วก็ร้องเพลงครับ คาราโอเกะ ร้องตาม แล้วก็สวดมนต์ สวด อิติปิ โส เพราะคำยาก ๆ มันก็พูด อิติปิโส อะระหัง สัมมาอยู่ นั่นนะ ทานยาของหมอม มีแต่พูด ไม่ชัดเจนอย่างเดียว ก็ฝึกพูด บริหารตามหนังสือ โดยร้อง ลา ลา กา กา มามา ก็ดีขึ้น เดินไม่คล่อง ก็ถือไม้เท้า ฝึกเดินเป็นประจำ พยายามเดินก้าวยาว ๆ ครับ เดินที่บ้านมีริมแม่น้ำโขง มันจะมีราวเราก็เดิน เกาะไป” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 21-22, 27-28, 36)

“ก็เรื่องทานยานี้ ถ้าเราขาดกินไปสักมื้อ สองมื้อมันจะมีอาการกระตุ้นให้เราารู้สึก เราต้องกิน ตรงเวลา ช้านิดหน่อยไม่เป็นไร แต่หยุดเว้นวันหรือ สองวันนี่ อาการเพียบแล้ว เคยทดลอง อยากรู้ว่าหยุดยาแล้วจะเป็นอย่างไร คิดว่าการกินยาสำคัญที่สุดถ้าไม่กินไม่ได้ กินยาแล้วมันจะอยู่เหมือนปกติ สั้นบ้างเล็กน้อย หรือไม่สั้นเลย” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: L 123-127)

“มาเจอกับหมอผู้เชี่ยวชาญสอนว่าโรคพาร์กินสันนี้คุณจะทำตัวสั้นเป็นแบบนี้หมด ที่ผมสอบถามคนไข้ที่นั่งด้วยกัน ก้าวเท้าชอยด้วย แต่ตอนนี้ผมก้าวเดินผมคล่องมากครับ ผมใช้วิธีการตั้งระยะการเดิน ทำอย่างได้ขาได้คล่องพอผมขึ้นบันไดผมก็ใช้ขานี้ก้าวทรงตัวนี้ก้าวทำอย่างนี้ (ผู้ป่วยทำท่าก้าวเท้าให้ดู) เหมือนมันเหาะคุณเข้าใจใช่ไหม ผมเดินให้เร็วก้าวให้ยาวสุด ๆ แหละ... บ้างครั้งขามันจะลึ้ม ผมตัดใจวิ่งเลย อีกวิธีหนึ่งที่ใช้บ่อยก็คือหลังจากทานยาผมจะให้เดินเร็วขึ้น หลังทานยาพวกนี้ออกฤทธิ์ช้า จะออกฤทธิ์หลังจากเราทานยาไปสัก ครึ่งชั่วโมง ผมก็ว่าจะช่วยมากขึ้นบางทีผมก็ใช้วิธีเขย่า บ้างกระโดดบ้าง พอเขย่าขามผมจะหนัก บางทีผมติดเพราะไอ้โรคบ้านี้ ไม่ร้ออะไร เขาพยายามจะทำก็ทำเลย... มันมีหลายวิธีที่ผมช่วยในการเดิน ผมใช้นวดแผนโบราณช่วยแต่นิดหน่อยเพื่อคลายกล้ามเนื้อ คลายกระดูก แก้วปวดเมื่อยบางครั้งก็ช่วยให้เดินได้เร็วขึ้น ผมใช้การเดินรำช่วยเรื่องการเดินด้วย เดินคนเดียว แล้วก็ฝึกเดิน ผมชอบเสียงดนตรีและจังหวะมันช่วยให้เราก็คึกคักขึ้น แล้วพยายามที่จะก้าวขาเอาไว้” (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 30-44, 76-79)

“ฝึกการเคลื่อนไหวก็ฝึก เพราะว่าลึ้มบ่อย ดูแล้วหมอมว่าเดินดีแต่ว่าการ ยกกระดกการยกเท้า ก็ยกได้ไม่สูง จะทำให้สะดุดได้ง่าย การทรงตัวไม่ดี เวลามันจะลึ้มลึ้มไม่รู้ตัวคือต้อง ไม่ประมาท

ค่อนข้างประมาท คือ ต้องระวังตัวให้มากขึ้นต่อไป ต้องปรับตัว บางทีเผลอ” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 40-42)

“ก็กินตามหอบสั่ง ตรงเวลา แต่บางครั้งก็พึ่นเหมือนกันนะครับ เช่นหอบให้ทาน 4 เวลา เข้าเที่ยง ปาย เย็น ผมนึ่งกลางคืนมันปวดหัว ผมงลัวสมองมันจะไม่ไหว ก็เลยลดจาก ตอนกลางคืนมาเป็น 3 ครั้ง อาการทั่วไปก็ไม่เปลี่ยนแปลง ฟังคุณหมอแนะนำมันไม่ได้ ก็ต้องกินครบทุกมื้อ หมอบอกว่า อาจเกิดอาการยาออกฤทธิ์ไม่สม่ำเสมอ ตอนนั้นก็เลยกินตามหมอแนะนำ ก็เลยมาคิดบางครั้งเราก็ผีเข้า ผีออก นะเรา คือ ถ้ามีอาการสั้น กินยาแล้วอาการ ก็ผ่อนคลายเป็นลง ถ้าหมดฤทธิ์ยาจะมีอาการสั้นขึ้น สั้นที่ด้านขวาเริ่มจากขาที่นิ้วเท้า ยุกยึกเวลาเราเหยียดขาแล้วรู้สึกยุกยึกก็ว่าเอ้าทำไมมันยุกยึกอย่างนี้ไม่อยากจะให้มันหายยุกยึกทานยาแล้วเดินไปโน่นไปนี่ออกกำลังกายมันก็หาย ผ่อนคลายมันก็ดีขึ้น แรก ๆ นอนแล้วปวดหัวตลอด แล้วรู้สึกว่ามีก้อนอะไรไปสั้นสะเทือนที่หูเราตลอด ตอนรักษานี้มัน เป็น คิดว่าเป็นที่สมองเรา แต่ก็พยายามหมั่นออกกำลังกายถีบจักรยานสองล้อ ใช้การนั่งสมาธิ กับ การออกกำลังกาย แล้วยังมีอาการอยู่แต่ก็น้อยลง” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 50-51, 53, 55, 59-61, 110-114)

“นิ้วแข็ง เวลาเขียนหนังสือก็ไม่ค่อยได้ ถ้าเป็นมากเป็นบางช่วง ถ้ามือไม่มันสั้นมาก ก็เขียนได้สบายแต่ถ้ามีอาการเวลาขีดแต่ละขีดมันฝืด ซ้ำมากมันไม่ลื่นไหลไม่ปุปปิบไป ไป ไป ก็ทำตามทีหมอมาตรวจ หมอให้ทำ บริหารมืออย่างนี้ ให้สั้นมือ ก็ไปทำบ้าง (ทำท่าบริหารมือพร้อมพูดไปด้วย) ก็ดีขึ้น” (ID12 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 65-67, 69-70)

“แล้วสำคัญที่สุดก็คือ ถ้าเรารักษาด้วยยา เราจะต้องมีวินัย ในการทำงานยาแล้วก็ชื่อตรง หมายถึง ว่าชื่อตรงปฏิบัติตาม คำสั่งของคุณหมออย่างเคร่งครัด แล้วก็สำคัญที่สุดก็คือ ทำอย่างไรเราจะทานยาให้ได้ประโยชน์สูงสุด โดยดูภาวะแวดล้อมอื่น ๆ เช่น อาหาร อากาศ อารมณ์ ทุกอย่างจะผสมผสานกันไปหมดนะค่ะ พยายามจัดช่วงเวลาให้ดีเราต้องทานยาให้ตรงเวลา ทานอาหารให้ตรงเวลา ซึ่ง ยาต้องตรงเวลา ถ้าไม่ตรงเวลาบับ จะทำให้บิดเบือนไปหมด ก็จิวตรประจำวันทำได้ปกติ ช่วยตัวเองได้หมดค่ะ ทานข้าว อาบน้ำ ทรงตัวไม่ดีนี้ส่วนใหญ่เราก็นั่งพักแล้วคิดว่าถ้าเราได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะเป็นส่วนที่ช่วยได้นะค่ะ ถ้าเกิดจากอาการที่เราทานยานี้คะหลังจากที่เราทานยาแล้วมันเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นหลังจากทานยา” (ID15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 141-143, 149-151, 179-183)

“ผมว่าต้อง รอบคอบ กินตามหมอสั่ง แล้วก็ต้องบอกหมอม่ามันเป็นอย่างนี้ เพราะผมเชื่อหมอแผนปัจจุบัน บางทีลืมหินยา มีผล ต้องกินตามที่หมอรบไว้ แป๊ะ บางวันเราเพลอทานนมเข้าไปก่อนนิดหนึ่งแล้วทานยาตามหลัง รับประทานได้ไม่ทันถึงเวลาหมดฤทธิ์ก่อน ยาต้องกินตอนท้องว่างจริง ๆ นมนี้แต่ก่อนผมไม่สังเกตมาสังเกตตอนหลังนี้ มือเช้าต้องกินแปดโมง แล้วกินอาหารสักแปดโมงครึ่ง คือโรคนี้ถ้านอนเต็มอิมจะกินยาถึงเลยเวลา เพราะนอนตลอดถึงบ่ายโมงเลย ถ้านอนเต็มที่ยามันจะเดินดี ถ้านอนไม่เต็มที่ยามันจะ เดี่ยว Off (ระยะที่ยาหมดฤทธิ์) เดี่ยว Off (ระยะที่ยาหมดฤทธิ์) ยามันขึ้นกับร่างกายเราด้วย บางที่เราทำงานเพลิน จะลืมหินยา ภรรยาจะช่วยกันเตือน” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 204-210)

“พยายามจะไม่กินยา ทุกวันนี้ยามันสะสมในร่างกายเรามากแล้ว ผมก็มาลดยานี้ หมอบอกว่า ถ้าลองวิธีเปลี่ยนยากี่เปลี่ยนได้ วันนั้นผม ให้ผมกินแต่ยาสี่ชมพูให้กินสี่เม็ดแล้วผมก็ สี่โมงให้กิน 3 เม็ด ก่อนนอน 4 เม็ด ผมก็เลยตัดเม็ดหนึ่ง เหลือเม็ดเดียว จากสี่เม็ดเหลือ 3 เม็ดการสะสมยามันก็เริ่มดีขึ้น แต่มันไม่ดีครับมันเหมือน 3 เม็ดเราสบายแต่ พอเม็ดหนึ่งปั๊บมันไม่ได้ครับทรมานทรมาน มันเป็นที่ประสาท เรายังจะรู้เลยว่ากินแค่นี้เราพอเพราะว่าคุณหมอก็บอก ผมก็บอกผมลดเองครับ พอ 3 เม็ดมันไม่ไหว มันทรมานทรมาน เพราะว่า จะพลิกประสาทมันสั่งทางนี้ ไ้ทางนี้ไม่พลิก ตอนหลังนี้มากิน capsule อีก capsule หนึ่งเม็ดสี่ห้า อันนั้นสำหรับพลิกร่างกาย ก็เลยผมเลยจ่ายยาแมนเลย เลยจ่ายยาแมนเลย แพนรู้แล้วทำตัลบายาให้กินมือเย็น 4-5 ชุด กินมือเย็นพอยาหมดก็ใสใหม่ ยาที่มันตัดกำลังร่างกายของเรา ผมก็ตัด ตอนนั้นผมกิน Sifrol (ชื่อยาที่ใช้ในการรักษา) หลอนครับ” (ID21 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 100-111)

3.2 การหลีกเลี่ยงความเครียด/โกรธ/ความรู้สึกตื่นเต้น หมายถึง การที่ผู้สูงอายุ รับรู้ถึงความเครียด ความโกรธหรือเรื่องตื่นเต้น เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงยิ่งขึ้นได้ จึงหลีกเลี่ยง หรือหยุดกระทำสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้น เพื่อ ไม่ให้เกิดอาการรุนแรงมากขึ้น เช่นหลีกเลี่ยง ความเครียด ความโกรธ หลีกเลี่ยงสิ่งตื่นเต้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“บางครั้ง ผมคอยสังเกตว่าถ้าถูก ๆ มีปัญหาแล้ว มันจะ สั่น โดยเราไม่รู้ตัวเองเลย คิดว่า ความเครียด มีส่วนให้มีการสั่นเพิ่มขึ้น อย่างที่พูดว่า ทางจิตใจก็มีผลครับ ถ้าเป็นโรคนี้ ไม่ต้องคิดมาก ถ้าเป็นโรคนี้แล้ว ยิ่งเกร็ง ยิ่งสั่นหนัก เข้าไป คือเรา ไม่ต้องคิดมากมันเป็นของธรรมดา เครียดไม่ได้นะ เครียดมันจะ ยิ่งสั่นหนัก” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 38-39, สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 145-146)

“แต่รู้ว่า โกรธ จะทำให้มี อากาธ เวลาโกรธจะ สั่นขึ้นมาเลย เกร็งอาการจะรุนแรงขึ้น เกร็งแล้ว ล้มเลย” (ID9 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 82)

“คิดว่า อารมณ์มีผล กับเราทีเดียว ถ้าเมื่อจิตใจไม่ปกติ ก็อาจทำให้ร่างกายนี้ ไม่ตอบสนอง ต่อยาต้องพยายามจัดในเรื่องอารมณ์ ก็พยายามให้ ไม่กังวล ไม่เครียด ไม่โกรธ” (ID15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 161-163)

“คืออย่าเครียด อย่าเครียด อย่าเก็บกด อะไรไว้บางอย่าง เก็บกดทางความคิด เวลาเราไปคุย กับใคร เครียดมันหายได้ แต่เก็บกด นี่มันไม่หาย นอนหลับมันยังอยู่ในสมอง ต้องคุยบางที่เราคุยก็ สบายใจ แล้วบางที่เราคุยไม่ได้บางอย่าง” (ID 17 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 150-152)

“ไม่ให้เครียด จะต้อง ทำใจให้สบาย ทำใจให้สบาย คือ ถ้าคนไหนพูดจา เราไม่พอใจเราก็เดิน ออกไป แล้วเราก็จะ ทำใจให้มีความสุข คือว่า อย่าไปเครียด อย่าไปรับรู้ ที่ว่าเป็นทุกข์ค่ะ เราอย่าไป รับรู้ เพราะ ภาวะจิตใจมีผลค่ะ ทำให้เราสั้นมาก แล้วจะเวียนหัว แล้วก็ทำให้มือเท้าสั้น” (ID18 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 54, 56-57, 59)

“ผมเคยดูมวยไป ผมจับพิรุจฉได้เองเพราะว่า ไรโรคนี้มันไม่ชอบตื่นตื่น เพราะตัวผมไปหมด มันจะใช้ (Excite คือ ตื่นตื่น) พอมวยคู่เอกใช้ (Excite คือ ตื่นตื่น) ผมก็ต่อยคนเขา เอียงตัวผมก็ขา เราถีบเขา ผมต้องขอโทษเขาแทบตาย ผมเลยรู้ว่าดูหนังตื่นตื่นไม่ได้ หนังหวาดเสียว เพราะมันทำให้ ร่างกายเราไปหมด ควบคุมมันไม่อยู่หรอก ขณะนั้นเพื่อน ๆ ผมก็ล้อว่าดูไอ้ดำมันรำ แฟนผมเขาก็ อยากรู้อยากดูเพราะพอดูมวย แขนขามันไปหมดเราไม่รู้ตัวหรอก ก็มาได้สาเหตุว่าหนังหวาดเสียว พวกหนังผี เช่น ยกตัวอย่าง ตัดหัวใจ พวกนี้ดูไม่ได้ครับ” (ID21 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 148-155)

3.3 การคิดวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วย โรคพาร์กินสันเป็นผู้แสวงหาความรู้เรื่องเกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษา โดย การแสวงหาความรู้ กระทำอยู่ตลอดเวลาของการเจ็บป่วย การแสวงหาความรู้ นั้นมักจะมาจากข้อมูลที่เผยแพร่ เช่น หนังสือพิมพ์ วารสารสุขภาพ รายการโทรทัศน์ หนังสือเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เอกสารแผ่น พับ จากอินเทอร์เน็ต จากตำรา และการถามจากแพทย์ แต่การแสวงหาความรู้จากบุคลากรทางการ

พยาบาล คิดหาวิธีดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยการใช้เครื่องทำความร้อนประคบแขนขาที่เคลื่อนไหวไม่ได้ ทำให้ลุกจากที่นอนไม่ได้ เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ และ เพื่อให้ดำรงชีวิตได้ตามปกติ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ผมได้รู้จักกับ มาโดปารินิดอสเฟนเพิ่มขึ้น รู้จักกับ Sifrol (ชื่อยาที่ใช้ในการรักษา) เพิ่มขึ้น รู้จัก Comtan (ชื่อยาที่ใช้ในการรักษา) เพิ่มขึ้น รู้จัก Seroquel (ชื่อยาที่ใช้ในการรักษา) เพิ่มขึ้น รู้จักยาทุกตัวและ รู้ Side effect (ผลข้างเคียงของยา) ด้วยครับ ข้อมูลยาผมอ่านจากฉลากยาแล้วศึกษา แล้วอ่านจากหนังสือ ตำราที่คุณหมอให้ผมไป คือผมจะบอกท่านว่าบางครั้งถึง เดินคล่องก็จริง แต่ Dose (ระดับยา) มันมาก ตอนนี้อยู่มาโดปาร์เป็นยาที่เสริมสร้างสารโดปามีนขึ้นมา สารโดปามีนจะช่วยชะลออาการของสมองเสื่อม โรคพาร์กินสันเกิดจากการขาดสารโดปามีน เราต้องการทดสารโดปามีนเพิ่ม ให้แก่สมองหล่อเลี้ยงแก่สมอง และใช้ Madopar HBS 125 (ชื่อยาที่ใช้ในการรักษา) มันออกฤทธิ์ เป็นระยะ ๆ พอถึงช้า เพราะต้องผ่านสมองไปด้วยอะไร ไปด้วยก็มี Sifrol (ชื่อยาที่ใช้ในการรักษา) ไปด้วยเป็นตัวเสริม อันนี้ ผมทราบจากการอ่านหนังสือของหมอ อันนี้เราอ่านมาหมด ฉลากที่เขาใส่มากับยา ผมก็อ่านผลข้างเคียงมัน ผมก็รู้ว่า Sifrol (ชื่อยาที่ใช้ในการรักษา) กินมากผลข้างเคียงมัน คือ กระตุก ผมไม่กินมากครับ ผมก็ลดลงไป” (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 15-18, 48-64)

“ถ้ารับประทานยาเข้าไป ด้วยทุกตัวก็มี Side effect (ผลข้างเคียงของยา) ก็ทำให้ ท้องอืด ท้องเฟ้อ เกิด อาการอาเจียน ปวดมวนในท้อง ท้องผูกนี่ เป็นอาการปกติ ที่จะต้องเป็น เพราะ ยาทุกตัว อยู่ในนี้ มีอาการท้องผูก เพราะฉะนั้น ระบบสภาวะการนอนไม่ดี มันจำเป็นที่จะต้องรู้ว่า มีผลอะไรตามมา ที่นี่คนที่ไม่ได้เรียนไม่ได้ศึกษานี้ ผมว่าเป็นปัญหามาก เพราะว่า ไม่รู้เลยว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตัวเอง เกิดขึ้นเพราะ อะไร ปวดเนื้อปวดตัว คือ มันจะเป็นหมด ปวดกล้ามเนื้อ ถ้าไม่รู้ว่า เกิดจากผลของโรค หรือผลของยา แล้วไปซื้อยา แก้วปวดกล้ามเนื้อมากินนะครับ อาจเกิดโรคกระเพาะอะไรขึ้นมา เพราะเป็นเรื่องที่ คุณจะต้องรู้ ในวงกว้างด้วยว่า ผลที่ตามมา คือ อะไร” (ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 67-73)

“โรคนี้เป็นอย่างไร 2 ปีแรก ยังไม่รู้ก็หาข้อมูลอย่างหนักค่ะ ที่แรกก็พอจะนั่นนะค่ะ เพราะเราอ่านมาก แล้วก็ไป พบหมอ นะค่ะ เวลาไปพบคุณหมอ อาจจะไม่อธิบาย แต่เราก็คอยสังเกต เราก็ทราบว่าขาดสารโดปามีนนี้ แล้วต้องทานมาโดปาร์เข้าไปเพื่ออะไร ๆ อย่างนี้เราก็ทราบ เราก็พยายามอ่าน แล้วคุณหมอบอกว่า ทราบแล้วใช้ใหม่ว่าโรคนี้มันไม่หาย ก็บอกว่าทราบแล้วดิฉันก็คิดว่า

วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์นี้จะเจริญแล้วยาต่าง ๆ ก็คงพัฒนาขึ้นก็มั่นใจว่านอกจากมาโดรปาแล้วคงจะมียาช่วย เราก็สงสัยว่าเอ๊ะทานยาตั้งเยอะตั้งแยะ แล้วมันไม่เข้าสมองเข้าไม่มากเข้าแค่ 10 เปอร์เซ็นต์ อ่านจากตำราของคุณหมอที่เขียนไว้ คนที่เคยเป็นอะไรอย่างนี้ ก็อ่านอ่านหมดเลยคะ พยายามค้นคว้าไว้ เรียกว่าทั้งบ้านช่วยกัน สามีก็เป็นผู้ดูแลดิฉัน ก็หาข้อมูลครบถ้วนหมดนะคะก็ให้ลูกชายช่วย ก็เรียกว่าเรามาอยู่กับการค้นคว้าเยอะเพราะเราเชื่ออย่างหนึ่งว่าถ้าเผื่อถ้าไม่รู้ความจริงเกี่ยวกับโรคนั้นเราก็ไม่สบายใจ” (ID15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 45-56)

“ตอนนอนขยับตัวลุกขึ้นลำบาก เหมือนกลัมน้ำมันไปบีบหลอดเลือด ให้เลิกลง ต้องใช้แรง ความร้อนช่วย ให้หลอดเลือดขยายตัวแล้วค่อย ๆ ขยับได้ แผลความร้อนซื้อมาจากเมืองนอก เป็นแผ่นแผ่นละ 1,500 บาท ใช้แล้วดีแต่กลัวอันตราย เป็นแผลใช้ไฟฟ้า 220 Volt เวลาใช้ต้องเสียบปลั๊ก แผ่นกว้างประมาณ 1 ฟุต นอนห้องแอร์ มันจะอุ่นช่วยได้ ตอนเช้า ๆ เอาไว้ที่ปลายเท้า อุ่น ๆ แล้วขยับเท้าได้ดีขึ้นขยับตรงโน้นตรงนี้ อยากแนะนำให้มีคนไทยทำออก มาให้ราคาไม่แพง ใช้ผ้าหุ้มเป็นปลอกขา ปลอกแขน น่าจะดี ป้าช่วยแนะนำให้อะไรได้” (ID17 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 9-14)

“แคทเซ็ทเคนักมวยรักษาของอเมริกัน เราก็ใช้ยาอเมริกัน โรคที่แบบส่วนใหญ่ที่เขาไม่หายนะ ที่นี้มันก็มียามันก็ดีอย่าง พอเรากินยา 4 ชั่วโมงเท่านั้น ก็ทำอะไรได้กระปี้ กระเป่าดี แต่พอหมดฤทธิ์ยานี้หน้าอก มันจะแฟบเราต้องหายใจยาว ๆ เพื่อให้หน้าอกมันตึง แก้ได้ มันจะดีขึ้น เราพยายามหายใจเข้าปอด โดยเฉพาะให้กินน้ำเย็นเยอะ ๆ ผมพกกระติกน้ำแข็งไปปรากฏว่าได้ผล ผมกินน้ำแข็งแล้วหายใจปวด ผมก็มีวิธีช่วยทุเลา ยาหมดได้ก็ คือ น้ำเย็นครับ จะหายใจปวด โดยเฉพาะถ้าปวดหลังนะ ครับ ปวดหลังนี่สำคัญ ถ้าปวดปึบเรานอนราบ ให้ยกมือขึ้นทวมศีรษะแล้วก็ พอทำมือบนได้ล่างก็ทำเท่านี้สลับกันเมื่อก่อนผมลุกที่หน้ามีด เตี้ยนี้ไม่มีแล้ว เพราะผมกายบริหารพอปิดตัวปึบเราก็เอามอนออก 3-4 ครั้ง ทีละ 20 ทุกวันนี้ดี ไม่เป็นไรแล้ว” (ID21 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 91-100)

3.4 การดูแลตนเองไม่ให้ล้ม หมายถึง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่เป็นโรคพาร์กินสัน มีปัญหาเรื่องการเดินและการทรงตัวที่ไม่ดี ขาแข็งก้าวลำบาก จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดการล้มได้ง่าย และผู้สูงอายุรับรู้ถึงผลกระทบที่ร้ายแรงจากอุบัติเหตุการล้ม จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องหาวิธีป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตนเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ถ้านอนน้อยมันจะเป็นวูบ ล้มบ่อยครับ ตอนนี้อย่างน้อย เวลาคอนกรีตเป็นเป็นไวมาก ใช้ไม้เท้าถือครับ ทานยาคุณหมอก็ดีขึ้น แต่ก็ยังล้มครับ (ชี้ให้ดูแผลรอยล้ม) ล้มลงไปหน้ากระแทก บางครั้งอาจจะโครง

ศีรษะแล้วก็ เราผู้ตัวเราจะลุกเดิน ต้องระวังให้เข้าที่เสียก่อนจะเดินไปเรื่องเดินต้องระวังต้องให้พร้อมก่อน แล้วค่อยเดิน” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 13-15, 52-53)

“เราอนอ่อนล้างไม่ขึ้นกระได ขายกไม่ขึ้น เดินสะดุดก้อหญ้ายังจะล้มเลยมันยกขาไม่ขึ้น ลูกทำไม่ทำให้ใช้เดินในบ้าน เคย ล้มจากสะดุดก้อหญ้า นิดเดียวเราก็ดูสะดุด ก็คือแบบว่าพยายาม ไม่ให้เซไม่ให้ล้ม ถ้าไม่มีที่เกาะเราก็ดูเกาะ แต่ถ้าเราลุกขึ้นลุกแล้วเดินเลยไม่ได้ อยู่ มันจะถลาแล้วที่มันไปเหมือนนกบิน เราต้องค่อย ๆ ลุกนั้ง แล้วก็ยืนเกาะฝาไว้ก่อนแล้วพอชักพักนาที่ สองนาที่เราค่อยก้าวเดินช้า ๆ ลูกเขาทำท้อเทปล่อน งอให้ไว้ใช้แทนไม้เท้า เอาไว้ใช้ในบ้าน” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 36-37, สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 79, 110-113, 139)

“บางที่มันก้าวยาก การทรงตัวไม่ดี เราบังคับไม่ให้ล้มได้ แต่บังคับไม่ให้เซไม่ได้ บังคับไม่ให้ล้ม โดย เซข้างซ้ายเราก็ดูฝืนด้านขวา เซด้านขวาเราก็ดูฝืนด้านซ้าย พยายามเดินให้ตรง มีเส้นเราก็ดูเดินคร่อมไปคร่อมมา” (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 24-26)

“ล้ม คือ ระวัง คือ ที่ลื่นเราต้องระวัง ผมต้อง ซื่อรองเท้าที่มันพื้นดี รองเท้าราคาแพง การเดินก็เดินยกขาตามจังหวะยกขาเดียวได้ แต่เราเดินไม่สวยงามเท่ามันเอง ที่นี้ถ้าบังเอิญยามันหมดตัวจะโค้งลงอันนี้เสียบุคลิกอย่างแรงเลย คือยืนแล้วหลังงอ อากการมันเพิ่มขึ้น ยุกยิกมีน้อย” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 120-122)

“เป็นโรคนี้ก็ระวังอย่าให้ล้มนะค่ะ ต้องระวังอย่าให้ล้ม ล้ม แล้วไปหาหมอ แล้วก็ หมั่นนวด ออกกำลังกาย ต้องระวังมากอย่าให้ล้ม เดินติด ตอนยาหมดฤทธิ์ มันก็จะเดินติด ทำมันเดิน ถี่ ถี่ ขามันชา ตอนนี่เราต้องเอามือไขว้หลัง เราต้องช่วยตัวเอง การออกกำลังกายดีกว่า การกินยามันต้องปรับ โรคมันแกวขึ้น” (ID22 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1L: 49, 57-59)

3.5 การดูแลตนเองไม่ให้ท้องผูก หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกหรือถ่ายยากซึ่งจะเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยมากในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จากอาการของโรคหรือผลข้างเคียงจากยาที่ใช้ในการรักษาโรค ทำให้ผู้สูงอายุต้องหาวิธีแก้ไขอาการดังกล่าวด้วยวิธีต่าง ๆ นอกจากการให้ยาระบายแผนปัจจุบัน เช่น การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร ที่มีกากใยสูงโดยรับประทานผัก

ผลไม้มากขึ้น ตื่นน้ำมากขึ้น การดื่มนม การคิดค้นสูตรอาหารที่ช่วยระบายท้อง การดีท็อก (การสวนล้างลำไส้) การใช้ยาสมุนไพร และการออกกำลังกาย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ปัญหาอาการท้องผูก นี่เป็นปัญหาเยอะนะครับ แก่โดยตื่นน้ำมะขามเปียก ทานผักผลไม้ พอท้องผูกนานก็เกิดริดสีดวงทวารตามมาด้วยครับ ตอนเช้าจะตื่นน้ำมาก 2 - 5 แก้วจะถ่ายดีครับ” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 65, 68-69)

“ทานผักผลไม้ หรือกินยาถ่ายบางทีมันก็ไม่ได้ผล ต้อง ดีท็อก (การสวนล้างลำไส้) เองไปซื้อชุดมาร้อยกว่าบาทแล้วออกหมด เอน้ำกาแฟมาสวน ล้าง แล้วออกหมด ทำเมื่ออึดอัดมาก ๆ เท่านั้น บอกหมอไม่แนะนำให้ทำ ทีแรกอุจจาระแข็ง มาก ผมเอน้ำใส่เข้าไปพอตึง ๆ ก็หยุด แล้วนั่งซักพักก็ถ่ายเอง แต่ถ้าดีท็อกด้วยน้ำกาแฟ น้ำกาแฟต้องผสมน้ำ 1 ลิตร กาแฟครึ่งช้อน แล้วเอาใส่ขวดพอแขวน สูง 60 เซน ใส่น้ำเข้าไปพอ ตึง ๆ ก็หยุด แล้วมานอนนวดท้องมันอยากถ่ายแต่อั้นไว้ก่อนให้มันได้ซัก ครึ่งชั่วโมงถึงถ่าย ถ่ายออกหมด บางทีผมสวนลิตรครึ่ง ประมาณ 800 ซีซี ตื่นนมทุกวัน เรื่องทานผักสดลำบากหน่อยฟันไม่ดี น้ำผลไม้ปั่นทานสมุนไพรเคยทานแต่ตอนหลังก็เลิกทานแล้ว ใช้น้ำไม่หยุด ยามีผลให้ท้องผูก” (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 54-63)

“ก็มีเรื่องการขับถ่ายผลข้างเคียงของโรคพาร์กินสัน คือ อาการท้องผูก มันมีผลกับเราครับ ผมแก้โดยการทานน้ำเยอะแล้วก็ทานผลไม้ทานนม ทานนมถั่วเหลืองบ้างก็ช่วย ดี บางวันผมก็ทานมะขามบ้างเพราะมันเป็นยาถ่ายยาถ่ายนี่ผมไม่ทาน ผมใช้ออกกำลังกายเดิน ผมทราบมาว่าการขยับเขยื้อนร่างกายทำให้ลำไส้มันขยับด้วยฉะนั้นการขยับถ่ายของเสียมันก็เกิดขึ้น พอดีขึ้นผมก็ถ่าย” (ID8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 69-73)

“ภรรยาจะเตรียมโยเกิร์ต 1 กล่อง นมสดครึ่งถ้วย น้ำผึ้ง 1 ช้อนโต๊ะ แล้วก็มะนาว 1 ลูก ผสมกันตั้งทิ้งไว้ประมาณ ครึ่งชั่วโมง แล้วก็ทานผลไม้เยอะ ๆ กินจริง ๆ แต่ก่อนไม่กินเลย แต่ผักกินน้อย แต่ก็กินข้าวต้มทุกวัน แล้วผมก็ไม่มีปัญหาเรื่องท้องผูกแต่ก่อนมี ท้องผูกก็มีบ้างเช่นมันเคยออกเข้าก็ไปออกบ่อย” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 116-118)

“ตอนนี้มีปัญหา ท้องผูก มากกว่าเดิมบางทีผูกเสียจนแยเลย ก็ทานครับแต่ก่อนผมทานผลไม้ ผักเป็นประจำเลย ตอนนี้อาหารไม่ค่อยได้ฟันมีปัญหาเออพอตื่นขึ้นผม ทานน้ำเป็นเยือก แต่นมไม่ค่อยได้ทาน เผลอผมไปทำที่สปาไป .สวนล้างพิษด้วยกาแฟ ดีท็อก (การสวนล้างลำไส้) ที่โรงพยาบาล...

เขามีหมอมาทงเลือก มีฝั่งเข็มมีอะไรหลายอย่าง ทำแล้วมันช่วยตอนผมมีอาการเมื่อยซีกซ้ายนี้ รู้สึกตึงที่เส้นก็ไปทำมันก็เหมือน เดิม ตอนนั้นเห็นเขาโฆษณาที่ล้างท้องล้างอะไรเขาว่าดีก็ไปทำ ก็ดีครับมันช่วยปัญหาท้องผูกเราได้ ช่วยให้อาไปกระตุ้นการถ่ายอุจจาระ กินยาถ่ายมาก ๆ มันไม่ดี เลยทำอันนี้ด้วยช่วยกันพยายามทำให้ลำไส้เราสะอาด” (ID19 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 68-75)

3.6 การรักษาด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุต้องการรักษาด้วย

แพทย์ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านโรคพาร์กินสัน เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ดีที่สุด จึงตระเวน รักษาไปทั่ว ทั้งใน และต่างประเทศที่ได้ที่ตนเชื่อถือ เลือกการรักษาที่เชื่อว่าดี เนื่องจากโรคพาร์กินสันเป็นโรคที่เรื้อรัง สามารถมีอาการที่รุนแรงขึ้นตามระยะของการเป็นโรค ผู้ป่วยที่มีพื้นความรู้ และความเชื่อที่แตกต่างกัน ก็จะแสวงหารักษาที่เชื่อว่าดีสำหรับตน อีกทั้งญาติ พี่น้อง บุคคลใกล้ชิดยังมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรับการรักษาของผู้ป่วย การเลือกสถานที่รักษา ผู้ป่วยหลายคนเปลี่ยนสถานที่รักษาโดยเชื่อว่าสถานที่รักษาผู้ป่วยได้ตามที่คาดหวังทั้งของผู้ป่วยและญาติเลือกแพทย์รักษา เปลี่ยนที่รักษาเพราะไม่มีแพทย์เฉพาะทาง เช่น แพทย์ที่รักษาเดิมย้ายหรือลาออกไป การรักษากับแพทย์ทั่วไปทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ตรวจแล้วเขาก็บอกว่าเป็นพาร์กินสันเขาเลยให้ยามาโดรปา ¼ เม็ดทานอยู่จนกระทั่งมันก็เราไปรักษาที่โรงพยาบาล พระมงกุฎ เจออาจารย์หมอจะตรวจทางผู้สูงอายุคะ ที่นี้ก็มีคนแนะนำว่าไปหารักษาโรคทางประสาทวิทยาดีกว่า เขาบอกอย่างนี้ก็เลยไปรักษาที่โรงพยาบาล ที่นี้บังเอิญคุยกับคนอื่นเห็นว่าโรงพยาบาลจุฬาเขารักษาเฉพาะโรคพาร์กินสันที่นี้พอปี 49 ก็มาประชุมก็เลยรู้จักกับคุณหมอที่รักษาเฉพาะทางโรคพาร์กินสัน ก็มารักษาที่นี้ 49 ก็รักษาเรื่อยมาทุกวันนี้” (ID1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 8-14)

“ตอนหลังตัดสินใจไปหาหมอที่สงขลา ไปหาหมอที่คลินิก เมื่อก่อนนี้หมอนี้เก่งอายุรกรรมประสาท ที่นี้คนไข้เขาเยอะมากเขาสั่งยาให้ครั้งละ 2 อาทิตย์ คือเข้าใจว่าหมอมองต้องการประเมินด้วยเวลารอ 2 ชั่วโมงอย่างน้อย ไม่มีการนัดเวลา คนไข้จะคอย ก่อนเปิดพอบีบ ปวด บางครั้งเวลาเราไปก็เลิกงาน 4 โมงครึ่ง 5 โมง ฉะนั้นเวลาเราไปคนไข้ก็เต็มแล้ว ก็ได้ยาทีละ 1 อาทิตย์ ขอ 2 อาทิตย์ เขาก็ไม่ยอมให้ยาแพง ให้มาโดรปามีอะไร สีฟ้า ๆ อยู่อย่างหนึ่ง ที่นี้เขาบอกพี่เบิกได้ก็ให้ไปโรงพยาบาล ให้หมอมหาวิทยาลัยสงขลาให้ ก็ไป มันก็มีศัลยกรรมประสาท ก็สั่งให้ แต่ยาไม่มีต้องไปเอาโรงพยาบาลประสาท เราต้องวิ่ง 2 โรงพยาบาล ก็มีปัญหาวว่า เราจะทำอย่างไรดี ก็นั่งดูทีวีก็เห็นตัว

วิ่งของอาจารย์...ออกทีวี ก็เลยให้ลูกชายไปทำบัตรให้ก็เริ่มรักษา สันอยู่เหมือนกันนะ” (ID9 สัมภาษณ์ ครั้งที่ 2 L: 49-55)

“ไปหาคุณหมอทางประสาทวิทยา สงสัยเธอจะเป็นพาร์กินสัน เสร็จแล้วก็เลย ไปหาคุณหมอที่ เฉพาะทางทางนี้เลยนะค่ะ ตามโรงพยาบาลเอกชนรู้สึกว่าคุณจะหายากมาก ที่ทางประสาทวิทยานี้ นะค่ะ ก็ไปหาคุณหมอปอดเดินเข้าไปบ๊ีบ คุณหมอก็บอกว่าพอจะทราบแล้ว คุณหมอก็ Test (วิธีการ ตรวจ) ตามแบบ Clinical (ทางการแพทย์) นี่นะค่ะเราก็เกิดความไม่แน่ใจ คุณหมอ Test (วิธีการ ตรวจ) เอานิ้วจิ้มไปที่มือแล้วให้เอานิ้วมาแตะจมูก (ทำให้ดูเอานิ้วจิ้มที่จมูกแล้วไปแตะนิ้วหมอ) คุณ หมอเอานิ้วจิ้มไปที่กระดูกJerk (การตอบสนองของข้อต่อ) ส่วนต่าง ๆ แล้วก็งัดข้อกับคุณหมอแล้วก็ แกว่งมือ Test (วิธีการตรวจ) หลายอย่างแล้วคุณหมอบอกฟันธงว่าเป็นพาร์กินสัน” (ID15 สัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 L: 24-29)

“ผู้เชี่ยวชาญไม่จำเป็นที่นี้ที่ไหนก็ได้ที่เชี่ยวชาญ แต่ผมเชื่อว่าที่นี้ เพราะผมเคยไปเล่าให้ แพทย์ ที่สงขลาฟังถึงวิธีการให้ยาอาจารย์...แกลง ปรับนู่นปรับนี่คือแยกยอมรับว่าผมนี่เป็นคนรู้มาก รู้เรื่องยา รู้เรื่องปัญหาของยา ผลข้างเคียงยา แต่ผมบอกผมชื่อสัตย์ต่ออาจารย์ ก็ผมบอกกับอาจารย์... ว่าผมสัญญาเป็น สัญญากินยาตามแพทย์สั่ง อย่างน้อยเราต้องจริงใจต่อกัน ว่าถ้ากินยาตัวนี้แล้ว ให้ผลอย่างไร” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 9 -12)

3.7 การหาวิธีบำบัดอาการด้วยการแพทย์ทางเลือก หมายถึง การที่ผู้สูงอายุ

เลือกวิธีจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยวิธีแพทย์ทางเลือก ในการเข้ามามีส่วนช่วยในการบำบัดดูแลหรือ รักษาสุขภาพของตน ซึ่งบางคนใช้วิธีนี้ร่วมกับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียง จากยาที่ใช้ในการรักษาจำนวนมาก และเพื่อช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการ เจ็บป่วย เช่น อาการปวด ใช้วิธีการนวด การฝังเข็ม หรือการใช้สมุนไพร ที่จัดอยู่ในระบบการดูแล สุขภาพพื้นบ้าน สมุนไพรที่ใช้ได้แก่ ใบเตยกับใบชา ซึ่งการรักษาด้วยวิธีแพทย์ทางเลือกนี้มักจะได้รับ คำแนะนำจากคนรอบข้าง ญาติ เพื่อน คนรู้จักใกล้ชิด ที่ทำการรักษาด้วยวิธีใดแล้วดีก็จะบอกต่อกันมา แต่ถ้าไม่เกิดผลดีต่อร่างกายจึงเลิกใช้ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่จะปวดเกร็ง กล้ามเนื้อ ทั่วร่างกายจึงต้องใช้การนวดมาช่วยบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นซึ่งส่วนใหญ่ก็ ได้ผลดี ผู้สูงอายุเชื่อว่าการใช้ยาสมุนไพรมีประโยชน์ มีสรรพคุณช่วยลดอาการของโรคบางอย่างให้

ทุเลาลงเลือกการใช้ยาสมุนไพรบำบัดร่วมด้วย มีทั้งชนิดทำเองและซื้อมา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ผมดูเรื่องการแพทย์ทางเลือกนี้ เกี่ยวกับ การฝังเข็ม การฝังเข็ม ก็ทำในไทยนะครับไม่ได้ทำในต่างประเทศผมรักษากับอาจารย์รุ่งโรจน์มา 4 ปี ผมก็ถามเรื่องผลข้างเคียงของการรักษาอาจารย์บอกไม่เป็นไร น่าจะเป็นประโยชน์ด้วยซ้ำไปแล้วในเวลาเดียวกัน อ่านเจอว่ายาที่รับประทานไปนี่นะครับ จะมีผลทำให้กล้ามเนื้อลายนี้ เซลล์กล้ามเนื้อลายมันจะตาย แล้วกล้ามเนื้อก็จะฝ่อ เพราะฉะนั้นต้องรักษากล้ามเนื้อก็คือ การเล่นกีฬา เพราะว่า การฝังเข็ม ก็เป็นทางอ้อมทางหนึ่งที่จะช่วยให้ไม่ต้องออกกำลังกายมาก คือส่วนมากจริง ๆ คือผมจะเล่นกีฬา เป็นพวกว่ายน้ำครับที่บ้านมีสระว่ายน้ำผมก็ว่ายน้ำ เกือบจะทุกวันนะครับแล้วก็ เล่นกอล์ฟด้วย ผมว่าน่าจะเป็นสาระสำคัญ” (ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 49-50, 54-57)

“พารากินสันนี่ คนรัสเซียเขารักษาโดย วิถีธรรมชาติ นั่งสมาธิ ฝึกตนต่าง ๆ ผมก็เคยใช้ ผมว่าผมทำสมาธิได้ดี สมาธินี้พอผมนั่งปุ๊บพอเขียนกลอนต่อให้คนคุยกันให้สั้น อยากรู้ก็ตาม ผมก็เขียนได้ ผมอยู่กับแพทย์แผนปัจจุบันจนกระทั่งว่าฝัง เขียนเรื่องแผนปัจจุบันได้หมด ผมเชื่อแต่แผนปัจจุบันผมไม่เชื่อเรื่องยาหมอมผมกลัว แต่เคยไปนวด” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 125 -126, 128 -129)

“แล้วพักหลังผมก็ไปได้หัวโน ฝังเข็ม เพราะไม่รู้สาเหตุนี้ ไปฝังเข็ม ก็ไปรักษา ตั้งแต่เริ่มไปรักษาที่โรงพยาบาล...ก่อนเขาบอกว่าประสาทอัตโนมัติผมไม่ทำงานผมก็ทำให้ยามาทาน 7 เม็ด 7 วันพอหมดยา มันก็เอาอีกแล้วผมก็ เขาให้ยาอะไรไม่ทราบที่โรงพยาบาล... ให้มาเขาก็จัดให้กินภายใน 7 วันพอกินแล้วมันก็ไม่ดีขึ้นครับ ชัรบรยังปวดเมื่อย ไปเที่ยวไหนมันก็ไม่สนุกครับ ไข้แผนผมมันก็ ตามใจคุณจะไปเที่ยวไหน พอไปเที่ยวแล้วแต่มันก็ง่วงเหงาหาวนอนนะ แล้วก็มือไม้มันจะไม่มีแรงนะ ตอนนั้นที่ไปรักษาที่โรงพยาบาล...เขาไม่ได้บอกว่าเป็นโรคอะไร รักษาทั้งหมดทั่วไปเขาบอกว่าคงระบบประสาทมันไม่ทำงาน แล้วผมก็ไปได้หัวโน ไปฝังเข็ม ปรากฏไม่ได้ผลอีกหมดไปสองแสนกว่า ปรากฏว่าไม่ได้ผล ค่ากินอยู่ได้หัวโนมันแพง 15 วัน สองแสนกว่าพอดีลูกชายผมอยู่เยอรมันลูกชายบอกพ่อไปรักษาที่เยอรมัน บอกว่าไม่หรรอกเสียตายตั้งพอดีลูกสาวก็ส่งมาให้เดือนละสองหมื่น... ลูกสาวผมก็ส่งมาให้เห็นผมป่วยไป ก็ส่งเงินมาให้ ที่ไปรักษาที่ได้หัวโนเขาบอกว่าเส้นประสาทมันตีบ พอเข้ามาที่กินกาแฟแล้วก็เดินเขาห้องฝังเข็ม พอสักเจ็ดวันมันไม่ดีขึ้นผมกับแฟนก็เลยบอกว่าเราเสียเงินฟรีแล้วยอมเสียไปสองแสนบาท กะอยู่ 2 อาทิตย์ครับ ที่ฝังเข็มเขามีตำรา มีรูป... รูปคนพอจะ

เส้นประสาทตรงนี้เขาก็จิ้มเข็มไปผสมสะดูดเอ็กเลยครับ เวลาเขาโยกเข็ม เขาบอกให้ผมเจาะน้ำไขสันหลังผมไม่เจาะหรอกครับ เขาบอกต้องดูดเลือดออก ผมเลยไม่เอาผมก็กลับมา” (ID21 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 11-28)

“คนข้างบ้านเขาเห็นเขาบอกป่าเดินตัวแข็งเขาบอกกลัวป่าจะเป็นอัมพฤกอัมพาต ป่ากลัวจะเป็นโรคอัมพฤตต้องนั่งรถเข็นไม่เอา ก็รักษาหมอนวดในเวลาติดกันเขาโยกเส้นนี้ เมื่อก่อนป่าอ้วน ป่าเจ็บมาก เลยถามหมอบอกว่า 5-6 วัน คงไม่ได้เราก็เลยบอกเออ เขาไม่รู้จะทำไงเขาคิดว่าจะรักษาเราให้หายแต่มันไม่หายนะ กล้ามเนื้อตอนนี้เราจะเกร็งเป็นตะคริวบ่อยเขาก็จะ ป่านวดกับหมอแผนโบราณมาตั้งแต่เป็นนี้ อาทิตย์ละครั้งเพื่อคลายกล้ามเนื้อมันก็ช่วยได้ระยะหนึ่ง อาการสั้น ขาจะแข็งกล้ามเนื้อจะแข็งต้องให้หมอนวดคลายกล้ามเนื้อไม่อย่างนั้น มันจะแข็งเดินไม่ได้ เขาก้าวไม่ออก คิดว่าเป็นมาจากเส้นจึงไปนวดอยู่ 21 วันนวดโยกเส้น ปรากฏว่าคิดว่าเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์เพราะว่าตัวมันแข็งเหมือนหุ่นยนต์ อาการเหมือนแข็งไปหมด ต้องหันตัวช้า ๆ ไปหาหมออยู่ 4-7 เดือน ตอนแรกไปนวดก่อน คิดว่าเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ เราก็พึ่งชาวบ้านกลัวเป็น อัมพาต ให้หมอนวด 21 วันติดกันโยกเส้นเจ็บ ก็เจ็บแสบ เจ็บ ทั้งทุบทั้งโยก ทั้งอะไร 21 วันไม่เว้น เราก็ยอมหมอบอกว่าวันไม่ได้” (ID17 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 24-27, 40-44, สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 2-3, 30-33)

“ครั้งแรกมือสั้นข้างเดียวอยู่ไป นาน ๆ สัก 2 ปีก็เป็น 2 ข้าง มันไม่สั้นมาก อยู่ ๆ คอมันก็แข็งที่คอ เส้นนี้แข็งกับไหล่ เส้นจะตึง กินอาหาร เหมือนกับคนดึงเอาไว้แบบนี้ วิธีแก้โดยการนวด นวดครั้งสุดท้าย ไปแก้ที่หมอทำ เป็นหมอทรงที่เขาดึงเส้น เขาจับมีน้ำมันอันนั้นก็ดีเพราะมีน้ำมันเป็นผ้าขาวบางเขามาแปะเอาไว้ให้น้ำมันมันหยอดรู้สึกดีมากมือมันไม่ตึงแต่น้ำมันนวดบ่อยนะ ที่แรกไปนวดหมอนวด ก็ตั้ง 200- 300บาท ก็ 2 อาทิตย์ นวดอาทิตย์ละครั้ง มีเครื่องนวดของเกาหลี เรียก ดุงก้า เคยได้ยินไหมแต่ไปนวดแล้วดีขึ้น การขยับถ่ายดีขึ้น นอนแล้วเขามีพวกแร่ธาตุพวกหินหยก อะไร ภูมรินนวดแล้วเส้นมันดีขึ้น มันเป็นเตี้ย ราคาแพงเหลือเกิน ตั้งแผนหาหมอนวดที่เราไม่ได้ซื้อเขาบริการนวดฟรี นี้ไม่ได้ไปมาครึ่งเดือนแล้ว น้ำมันรถก็แพง มันออกนอกเมืองหน่อย ตอนนั้นก็เลยนวดตัวเองช่วยเข้าดีขึ้นขึ้นมาต้องนวดแล้วก็ดี” (ID22 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 26-27, 67-70, 86-90)

“เมื่อก่อนนิ้วผมนี้เหยียดไม่ได้ มันงอมันแข็งหมดเลย ผมก็ไปสามพรานไปเยี่ยมเพื่อนลูกมันบอกซื้อยาหม่องวัดไร่ขิงของหมออุดมเจ้าตำรับเขาเลย ทุกวันนี้ใช้อยู่ที่หาย แล้วไอ้เลือดลมที่มันขาเขียว ๆ ก็หายแล้วไขข้อผมก็ไม่ใช่ผมว่ายาหม่องนี่ดี น้องชายมันไม่รู้ไปได้ตำราจากไหน แนะนำ ให้

เอาใบเตย กับใบชาต้มรวมกันกินแทนน้ำปรากฏมันเบา อย่างนี้กินร้อน ๆ นะอย่ากินเย็น กินแทนน้ำ หายตรงหลังที่ปวดมันก็ทุเลาลง เองเราก็นอนราบแต่เช้าบริหารสัก 20 นาที” (ID21 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 162-165, 206-209)

“ที่แรกก็หาหมอนวดนวดแล้วมันก็ยังปวด มันอยากนวด นวด ๆ แต่กินยามาใหม่ ๆ ก็ดีขึ้น มาก แต่ที่นี้รู้สึกว่ายามันอ่อนลง ไรคมั่นแก่ เคยใช้ยาสมุนไพรทาภายนอก แต่ก่อน เคยไปฝังเข็ม มันมี ชาแขนชาหน้า นิ้วมือมันกระตุกกระดิกไม่ได้ ต้องออกกำลังตลอดเวลาต้องตื่นตัวอยู่ตลอดเวลาอย่า นอนเฉย” (ID22 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 9-13)

3.8 การปรับกิจกรรมชีวิตตามช่วงการออกฤทธิ์ของยา หมายถึง การที่ผู้สูงอายุ รับรู้อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นที่สัมพันธ์กับการออกฤทธิ์ของยา รับรู้อาการเวลาหยุดออกฤทธิ์ และยาหมด ฤทธิ์ ต้องเลือกเวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้สัมพันธ์กับการออกฤทธิ์ของยา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ที่ว่า

“ยาออกฤทธิ์แล้ว จึงจะทานข้าวทำอะไร ให้เสร็จหมดครบทำให้รู้สึกหงุดหงิดทำอะไรไม่ค่อย คล่องตัวไม่ค่อยสะดวก ว่าทำให้ภาวะของร่างกายของเราอ่อนแอลงไม่เหมือนเดิม ตอนนี่ผมต้องระวัง ว่าช่วงไหนผมจะทานข้าวต้องเลือก เวลาอาบน้ำ ทานข้าว เวลายาหมดฤทธิ์นี้ ผมไม่เอา กินยา พอสมควรพอ อาบได้ผมก็อาบ” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 15, 31-35)

“เรื่อง Sex (การมีเพศสัมพันธ์) ผมไม่ค่อยมีปัญหาถ้าจิตใจดี ก็ไม่มีปัญหา แต่ถ้าอารมณ์เรา เสียเรื่องอื่นมันก็ไม่ทำงาน มันเหมือนปกติ แต่โรคพาร์กินสันมันเกี่ยวตรงที่ ถ้ายาไม่ถูกสัดส่วนเราไม่มี แรง มีผลเรื่องการได้ยา ถ้ายาเหมาะสมบับเรื่องอะไรได้หมด มันก็ปกติ ถ้าไปเกร็งอยู่หมดแรงอยู่มันก็ ทำอะไรไม่ได้ แต่ความคิดความรู้สึกเหมือนเดิมครับ ยามีผลถ้ายามัน Off เราก็จบ ถ้ายา On คู่ของเรา เข้าใจดีไม่มีปัญหา” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 270 -276)

“เรารู้ครับว่ามันจะ Off ก็เตรียมตัว อย่างขับรถที่จอด ถ้ายืนก็ต้องหาที่นั่ง” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 390)

“ขนาดลูกให้เซ็นเช็ค ยังเซ็นไม่ได้ผมเขียนหนังสือตัวมันเล็กแล้วรายเซ็นขึ้นเงิน เขาตีกลับเรา บอกให้ เราทานยาออกฤทธิ์ก่อนเขาไม่ยอม บอกเซ็นแค่นี้เซ็นไม่ได้ ตอนนี่เขียนได้ดีขึ้น แต่ก่อนผ่าตัด เขียนไม่เป็นตัวซ้อนกัน เขียนไม่เป็นตัว เขียนแล้วมันอยู่ที่เดิม ไปถึงเช็คก็ตีกลับมา”
(ID23 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 100 -103)

4. การอยู่ด้วยความหวังและกำลังใจในการมีชีวิต หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความหวังว่าจะมีการรักษาที่ดีขึ้นสามารถทำให้หายจากโรคได้ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาที่ทันสมัยเพิ่มขึ้น หรือมีการทดลองเกี่ยวกับการรักษาใหม่ ๆ ผู้สูงอายุบางรายยินดีที่จะทดลอง และผู้สูงอายุยังต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นจาก ผู้ดูแลที่รู้ใจเข้าใจและมีความรู้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุต้องการให้มีการจัดชมรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนาตนเองและผู้ดูแลในการดูแล ทั้งนี้ ความต้องการทั้งหมดที่กล่าวข้างต้นก็เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในอนาคต ซึ่งประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

4.1 หวังมีชีวิตที่ดีขึ้นหลังรักษาและหวังที่จะหายจากโรค คือ การที่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลาอันนานจะมีอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น มีระยะเวลาแสดงอาการของโรคมากขึ้น มีการตอบสนองของยาไม่ดี จึงปรับการรักษาด้วยการรับประทานยาที่ถี่เกินไป มีคุณภาพชีวิตที่แย่งจากอาการกำเริบของโรคมากขึ้นทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีความหวังว่าการรักษาจะทำให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและหวังว่าจะมีวิธีการที่รักษาโรคนี้อันให้หายได้ในอนาคต ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“เท่าที่ทราบจากคุณหมอบอกว่าโรคนี้อักษาไม่หายนะ ผมยังมีความหวังว่าสักวันหนึ่ง วงการนี้จะค้นพบการรักษาโรคนี้อันได้ สักวันหนึ่งช่วงลูกช่วงหลานนะครับ เรามีयरักษาหายในอนาคต”
(ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 62-64)

ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวและกำลังใจจากแพทย์ผู้รักษาทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการดูแลรักษาตนเองต่อไป

“ได้ผู้ดูแล ทางด้านครอบครัวดีมาก คุณหมอนอกจากจะให้ การรักษาทางด้านทางการแพทย์ที่ดีแล้ว คุณหมอยังให้กำลังใจให้ความหวัง คุณหมอ บอกว่า ทานยาอดทนนะคะ คุณหมอ ให้กำลังใจเรา

คุณหมอบอกว่าถ้าอดทน แล้วจะมีชีวิตที่ดีขึ้น จะมีชีวิตใหม่แล้วความจริงก็เกิดขึ้น คือ เรามีชีวิตใหม่ที่ดีขึ้น แล้วเป็นปกติคิดแล้วประมาณ 90 เปอร์เซ็นต์นะคะคุณหมอบอกว่าให้นึกถึง วันแรกที่มาหาคุณหมอแล้วนึกถึง ปัจจุบันแล้วลองเทียบกัน แล้วเราจะมีกำลังใจ ดิฉันก็ยึดหลักนี้มาตลอดค่ะ แล้วลูกก็บอกว่าได้คุณแม่คนเก่ากลับคืนมาค่ะ สามีก็ได้มีเวลาพักผ่อนบ้างปกติเข้าเวรตลอดค่ะ เขาจะ Record (จดบันทึก) ทุกวันว่าดิฉันทำอะไรบ้าง ทานอะไรบ้างในเรื่องของอาหาร ในเรื่องของยาเขาตั้งนาฬิกาปลุกไว้คอยเรียกทานยาจัดยาไว้แล้วก็จัดกล่องยาให้ค่ะ ซึ่งเราถือว่ายาคือชีวิต” (ID15 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 53-69)

“ประทับใจ คุณหมอที่คลินิก คุณหมอมะ ละเอียด ลออ เรื่องการตรวจโรค มีอภัยภัยกับคนไข้ดีมากก็รู้สึกมีกำลังใจขึ้น อย่างขอไปใช้สิทธิที่โรงพยาบาลอื่น คุณหมอก็โอเคผมก็เลยไปใช้สิทธิตรงนั้น อาการช่วงหลังก็กินยาคุณหมอมามากต่อเนื่องอาการดีขึ้น.กำลังใจก็ดีขึ้น” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 35-36, 39)

“อาการ ก่อนเปิดเครื่องจะดีกว่า แข็งแรงกว่า มีแรงมากกว่า แต่ก็มีช่วง Off (ช่วงที่ยาหมดฤทธิ์) บ้าง หลังจากเปิดเครื่องแล้ว ร่างกายรู้สึกไม่ค่อยมีแรงแต่ไม่มีช่วง Off (ช่วงที่ยาหมดฤทธิ์) ของยา ทำอะไรได้ ด้วยตัวเองหมดทุกอย่าง เขียนหนังสือได้แล้ว ตอนนี้กำลังเขียนหนังสือเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันอยู่ครับ มีความสุขมากขึ้นครับ ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำอะไรได้ดี พูดได้ดีเสียงปกติ เดินกินข้าว อาการยุกยิกหายไป อาการเกร็งหายไป มือใช้ได้ดี เขียนหนังสือได้แล้ว แต่รู้สึกแรงไม่ค่อยมี อ่อนเพลียง่าย ผมเชื่อว่ายาก็คงดีขึ้น ยาก็คงมากขึ้น ปรับยาให้ดีขึ้น แล้วก็ใช้ยาไปจะไม่ต้องผ่าตัด แต่คนที่ผ่าตัดผมเห็นว่าใช้ยาเดิมแต่อาการหายไปเลย อาการสั่นเกร็งทุกชนิด ซึ่งแต่ก่อนกินยามันก็เป็น แต่เดี๋ยวนี้ ไม่เป็นขนาดยังไม่เปิดใช้เครื่อง ยังไม่เปิด switch on (การเปิดเครื่องกระตุ้นสมอง) เลย” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 4 L: 3-7,6-8)

“10 ปีที่แล้ว นางพยาบาลที่วชิระ หมอที่วชิระหมอบอก รักษาทางยาตลอด หลังจากที่ เป็นมา 8 ปี การ ผ่าตัดทางโรคพาร์กินสันก็ดีขึ้น ก็เลยอยากทำผ่าตัดก็ไปที่ศิริราช แล้วก็ไปหา หมอที่ศิริราชที่เป็นลูกศิษย์ ตอนนี้ (หลังผ่าตัด) มันยังไม่แข็งแรง แต่ก่อนแข็งแรงกว่านี้ ว่ายนํ้า ผมสามารถดำนํ้าได้ แต่ตอนนี้ไม่สามารถดำนํ้าหรือว่ายนํ้าด้วยตัวเองได้ ต้องใช้เสื้อชูชีพเวลาว่ายนํ้า เพราะ เราพยายาม แต่มันเชื่องช้ามาก มันไม่เหมือนตอนกินยา แล้วผมบอกผมต้องว่ายนํ้าให้ได้ พยายาม เข้า เย็น เข้า เย็น ให้ตัวลอย ได้ก็ยิ่งดี บางวันเริ่มได้บ้าง ตอนก่อนผ่าตัด ผมรู้ ผมทานยา ยาจะออกฤทธิ์ ภายในชั่วโมง

2 ชั่วโมง ผมจะทำได้ปกติ ว่ายนํ้าได้ปกติ แล้วผมจะไปเดิน วิ่ง Jogging (การออกกำลังกายโดยการวิ่งเหยาะๆ) อะไรก็ได้ ตอนนี้ ทำไม่ได้แล้ว ตอนนี้เช้า ตอนนี้ทำได้กินยาได้ ยกของอะไรก็ทำได้ ตอนนี้มันดีตรงที่ว่ามัน On (ช่วงยาออกฤทธิ์) ตลอดทั้งวันครับ...ตอนนี้ผมเห็นมี Stem cell (การรักษาโดยการปลูกถ่ายเซลล์)(พยาบาลประจำศูนย์บอกว่าแต่ยังทดลองกันอยู่ยังไม่ยอมรับยังมีปัญหาบางจุดอยู่) แต่ถ้าผมจะร่วมทดลองครับ" (ID23 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1L: 12-15, 61-67, สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 23-24)

4.2 หวังให้คนรอบข้างเข้าใจและดูแลเพิ่มขึ้น หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันในระยะเวลาอันยาวนานอาการก็จะรุนแรงเพิ่มขึ้น ตามระยะเวลา ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงตามลำดับ ประกอบกับตนเองอยู่ในวัยสูงอายุสภาพร่างกายมีการเสื่อมถอยมีภาวะพึ่งพาสูงกว่าคนอื่น ผู้สูงอายุจึงต้องการได้รับการตอบสนองทางด้านจิตใจและร่างกายในยามที่ผู้สูงอายุมีอาการกำเริบและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องการให้คนรอบข้างเข้าใจว่าตนเองเจ็บป่วยจริง และให้การช่วยเหลือในยามที่ตนเองมีอาการอย่างเข้าใจ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันมีอาการแสดงต่าง ๆ เกิดขึ้นโดยที่คนรอบข้างไม่เข้าใจหรือให้การช่วยเหลือที่ไม่ถูกต้อง ผู้สูงอายุจึงหวังให้คนรอบข้างเข้าใจถึงอาการเจ็บป่วยของตน

“ลูกสาวเขาบังคับค่ะ เขาไม่เข้าใจค่ะ เขาทถามว่าทำไมแม่นี้ แล้วต้องเป็นอย่างนี้ บอกคนไม่เป็นไม่รู้หรอก เส้นมันแข็ง มันต้องเขยิบให้มันหายอยู่บ้านนี้ต้องออกกำลังกายไม่ได้นี่เลย ๗ นะ แล้วพอกำลังแล้วดีขึ้น” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 34-36)

“ผมก็บอก ผมเขียนหนังสือไม่ได้นะ เขาก็ไม่รู้ บางทีเขียนไม่ได้ ก็ไม่ให้ขีด เขียนหนังสือไม่ได้ ไม่เป็นตัวเลย ยิ่งไปใหญ่ไม่รู้อะไร ชั้น 18 ผมก็ไปครั้งหนึ่งตอนประชุมครั้งแรก ไป ก็ให้เซ็นรับหนังสือผมก็บอกเซ็นไม่ได้หรอก ก็ไม่รู้เขาบ่นยังงี้ ผมก็บอกเจ้าหน้าที่ เพราะผมไปคนเดียวไม่ได้ มีคนดูแลนะครับ” (ID14 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 101-104)

“เขาเป็นภรรยาที่ดี แต่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ดี คือพยาบาลนี้ผมยกให้ ที่ภรรยาทนไม่ได้ คือ ความจุกจิกของผู้ป่วย (ภรรยา กล่าวว่า คือเมื่อก่อนเราอยู่กันปกตินี้ มันก็ทำอะไร รวดเร็ว คล่องแคล่ว ว่องไว พอแก่เป็นอย่างนี้ช้าลงแล้วก็ทำอะไรไม่ได้ตั้งใจเรา เราก็หงุดหงิด) ว่าเราว่าทำไมไม่ยุ่งกางเกงนุ่งทำไมต้องซัก

แต่เขาไม่รู้ว่ามี Off คือยามันหมดฤทธิ์ ดึงกางเกงอย่างไร มันก็ไม่ขึ้น คือ ยืนเฉย” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 83-89)

“เรารู้สึกว่าคนที่ไม่เข้าใจโรคพาร์กินสันเขาไม่สามารถจะช่วยให้เราได้ ภรรยาเองยังบอกบางทีให้เดินเร็ว ๆ หน่อย บางทีตัวเองนั่งเอียงภรรยาก็จับให้นั่งตัวตรง ๆ มันนั่งนานแล้วนั่งตรงไม่ได้ พี่สาวมาบอกว่าทำไมตัวเอียงมาก ตอนเดิน (ลูกเดินชอยเท้าชิด กันให้ดู) ตอนเดินให้ดึงตัวขึ้นดึงแล้วปล่อย จะล้มเข้าแตก... แล้วไปผ่าตัดที่พร้อมมิตร หมอทางจุฬาให้เดินให้ดูเขาไม่จับพุง พาร์กินสันพุงจับข้อศอกไม่ได้ต้องดึง แล้วยืนข้างหน้า ๆ คอยช่วย ถ้าอีกคนหนึ่งดึงแล้วเดินจับมือจับไม้ เดินไม่ได้มันถ่วง ตัวตอนไปที่สหพราหมพอเดินออกมาปั๊บเดินไม่ได้ เขาโทรไป จส.100 ให้มาช่วยยามมาช่วยพุง บอกไม่ต้อง ยามเขามองหน้าว่าเข้ามาช่วย แล้วทำไมไม่ให้เขาจับ...บ่อยครั้งเป็นอย่างนี้ เราบอกให้ดึงเขาไม่ดึงเขาจะพยายามช่วยพุง คนเป็นพาร์กินสันจะไม่สามารถเดินได้หรอก เดินได้มันจะเซจะล้ม ต้องคอยดูเขา ถ้าเดินได้แล้วจะไปเลย เขาจะยืนอยู่พักหนึ่ง (ทำท่าเดินให้ดู) ตอนหลังผ่าตัดเดินได้ปกติไม่ใช่” (ID23 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1L: 84-96)

ผู้สูงอายุที่มีอาการกำเริบช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงจึงหวังได้รับการดูแลเพิ่มขึ้นจากครอบครัวข้างที่เข้าใจ

“คนที่อยู่ในครอบครัวเอง ก็ควรจะ ต้องรู้ด้วยว่า จะต้องเผชิญกับอะไรบ้างเพราะว่าคนที่ป่วยนี้ อารมณ์ไม่ค่อยจะดี ต้องให้อภัยกัน ใกล้ชิดกัน น่าจะมีคนสัก 1-2 คน ที่คอยดู และ รู้ในเรื่องการรับประทานยาด้วย เพราะว่า ถ้าถึงเวลาที่อาการมันเยอะขึ้นนะครับ ขนาดนี้ ผมยังไม่เป็นแต่ถ้าผมรู้ว่า เป็นปัญหาจะหยิบจะจับอะไรไม่ได้เลย แม้แต่การจะเปิดถุงยา การกินยาหรือทำอะไรเพราะฉะนั้น ต้องมีคนช่วยในเวลานั้น ผมว่านี่ครอบครัวสำคัญถ้าครอบครัวเข้าใจแล้วทุกอย่างก็จะดีขึ้น” (ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 73-78, 102)

ผู้สูงอายุรายนี้เป็นนักเขียนและแต่งกลอนจึงบรรยายการให้ข้อมูลเป็นบทกลอน

“ในเวลาเดียวเกี่ยวข้องกับ 2 คน ต้องอดทนทุกเวลา ให้ยาทาน เรื่องการลืมยาคือสาเหตุ เคยสังเกตเวลาหลังอาหาร ยาจะค่อยคุณภาพเกินอาการ จะพบพานเรื่องอาหารจึงเป็นสิ่งสำคัญ การทานยาหลังอาหารทานตอนท้องว่าง ทานทุกอย่าง ควรต่างมือ (เป็นกับคนในกมลอายุบรรลู่วัย

ย่างเข้าในวัยอายุหกสิบ พอดิบพอดี เหมือนคนที่เสียศูนย์พุนทเวร ที่เคยมีมหาเสดของโรคหาไม่ได้) เรื่องการทานยาปัญหา มาก เกิดยุ่งยากหลายแง่ให้แปรผัน ผู้รอบข้างต่างช่วย ต้องร่วมด้วยช่วยกัน ต้องรักษาพาริกินสัน ด้วยดวงใจ ลูกต้องรักผู้ป่วยด้วยตระหนัก ต้องพุ่มพุกนำคิด ตามนิสัย ออย่าหาว่าผู้ป่วยเขาเอาแต่ใจ ไม่มีใครจะอ่อนลูก ให้ผูกพัน” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 224 -230)

“ทีนี้เรา ช่วยตัวเองไม่ได้ เราก็ไม่สบายใจที่เราเรียกเขาไม่ได้ยินเราก็คิดว่าเราจะได้กินไหมนี่ บางที่เราอาบน้ำอุ่น เราทำโน่นทำนี่จนตัวเย็นตัวมันจะแข็งแล้วเราจะออกห้องน้ำได้ไหมนี่ ตัวมันจะแข็งแล้วเราลุกไม่ได้ ต้องคว่ำหน้าลงเอามือเท้าจะลุก ก็ลุกไม่ได้แล้วเราต้องนั่งพัก เรา รู้สึกว่าไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร เขาไม่ดู เราเกิดความรู้สึกเราไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร แต่ยังคงคิดว่าตรงนี้ จุดนี้ เริ่มจะมีบ้าง แต่ทีนี้ไม่อยากจะเคี้ยวเข็ญ เขาเพราะสุขภาพเขาก็ไม่ดีเหมือนกัน มีอยู่กัน 2 คน เราอยากหาคนมาดูแลเรา เขาก็ไม่ยอมให้ใครมาอยู่ในบ้าน โดยไม่รู้หัวนอนปลายเท้า มันทำให้เรารู้สึกว่า เขาไม่เห็นแก่ความสุขสบายของเรา เขาก็ทำให้เราไม่ได้ ก็ต้องเรียกลูก ลูกทำงานเขาก็ยุ่งงานเขา เวลาเขาจะมาก็ต้องเสียเวลาไปวันหนึ่ง ลาเจ้านายมา แล้วเขาก็ต้องรีบไปรับลูกที่กรุงเทพฯ อีกเราก็คิดว่าทำไมพ่อแม่ไม่ให้จ้างคนมาดูแลเรา จ้างแล้วต้องให้เขาอยู่ กับเรา เคี้ยวนี้จ้างให้ใครมานอน ไม่มี เคี้ยวนี้เด็กเขาทำงานหมด คนแก่ ๆ เขาไม่ชอบ เขว่ามันไม่คล่องตัว อย่างเราจะเอามา ก็อย่างน้อย กลางคนคนที่รู้เรื่องหน่อย และคล่องตัว บางทีเข็นรถเรามาเย็นบัตริ บางทีเรายืนได้นั่งได้ บางทีนั่งสักพักให้อุ่นตัว ก็เดินได้ ต้องเดินช้า ๆ ได้ ลูกสาวจะกลัวต้องช่วย” (ID17 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 87-96, 98-101)

4.3 หวังให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล หมายถึง การที่ผู้สูงอายุคิดว่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้ป่วยและญาติซึ่งมีประสบการณ์ในโรคพาริกินสันเหมือนกัน เป็นการส่งเสริมพัฒนาตนเองและผู้ดูแล ในการดูแลรักษาสุขภาพ และเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นให้กับผู้ป่วยโรคพาริกินสันในอนาคต ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ครับผมก็ว่าเราน่าจะ ตั้งเป็นชมรม แล้วก็จะได้มีการแลกเปลี่ยน ความรู้กัน ในส่วนนี้แล้วในเวลาเดียวกัน ก็อาจจะให้ครอบครัวของคนที่เป็น นี่นั่งคุยกันแลกเปลี่ยนกัน ว่าควรจะทำอย่างไรกันในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยได้เยอะเลยนะ คือ ไม่ช่วยแต่เพียงว่าในทางโรค ในเวลาเดียวกันช่วยในการรักษา ช่วยไม่ต้องมาหาแพทย์บ่อยนี้มาหา 3 เดือนครั้ง” (ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 116-119)

“ผมเคยเจอคนในจังหวัดเดียวกันที่เป็นบางคนมันท้อแต่ผมมันไม่ท้อ ผมอยากทำงานไปเรื่อย ๆ ผมอยากเป็นนักเขียน ผมจะเขียนหนังสือขึ้นมาสักเล่มหนึ่ง กลอนเขียนแล้ว ให้มารู้จักโรคพาร์กินสันกันเถอะ ผมอาจจะเป็นผู้นำชมรมผู้ป่วยโรคพาร์กินสันแห่งประเทศไทย มีคนช่วยประสาน ผมจะทำให้ได้ แต่ผมไม่แน่ใจ นะ แต่ ที่ดีแน่ ๆ ผมจะเขียนหนังสือเขียนเกี่ยวกับประสบการณ์ผมการใช้ยาของผม การผ่าตัดของผม ว่าโรคพาร์กินสันว่าไม่น่ากลัว” (ID16 สัมภาษณ์ครั้งที่ 5 L: 23 -26)

“ในอนาคตป้าว่าน่าจะมีคน จัดประชุมคนที่ เป็นโรคพาร์กินสันมาคุยกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งกันและกัน ที่เป็นคนไม่หยุดนิ่งต้องพัฒนาตัวเองอยู่ตลอด” (ID17 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 9-16)

“เรา (ผู้ให้ข้อมูล และ ภรรยา) อยากให้ตั้งชมรมพาร์กินสันจะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ จะได้ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้ถูกต้อง” (ID23 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 98-99)

สรุปการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาปรากฏการณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย จำนวน 23 ราย โดยผู้วิจัยสรุปผลการศึกษาได้ ดังนี้

1. ความหมายการมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสัน

การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสัน หมายถึง การมีชีวิตที่ต้องเผชิญกับโรคที่มีอาการไม่แน่นอน เกิดอาการขึ้นได้ทุกขณะ ไม่สามารถควบคุมอาการได้ เป็นชีวิตที่ต้องอยู่กับโรคที่ทำให้ชีวิตไร้ค่า คุณค่าของตนเองลดลง เป็นปมด้อย และเป็นภาระให้กับผู้อื่น

2. ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสัน

การที่ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสันซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย และมีอาการกำเริบรุนแรงไม่แน่นอน ด้วยเหตุดังกล่าว จึงก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุอย่างมาก ทำให้ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต และต้องปรับตัวเพื่อดูแลตนเองหลายด้าน ผู้สูงอายุต้องหาวิธีการจัดการกับอาการเจ็บป่วยตาม การรับรู้ และการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตน เพื่อสามารถประคับประคองชีวิตของตนให้อยู่ได้ต่อไป

ทั้งนี้การนำเสนอประสบการณ์การอยู่กับโรคที่รักษาไม่หายแบ่ง เป็นประเด็นหลัก 4 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1: การอยู่กับข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังมีระยะยาวนาน และต้องรักษาด้วยยาไปตลอดชีวิต อยู่กับอาการที่ไม่สามารถควบคุมได้ อาการที่ไม่แน่นอน ต้องอยู่กับทั้งข้อจำกัดการปฏิบัติกิจกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ

ประเด็นหลักที่ 2: การอยู่ด้วยการยอมรับ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีวันรักษาหาย ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในการดำเนินชีวิต อาการที่กำเริบรุนแรงขึ้นตามระยะเวลา อาการที่ไม่แน่นอน การไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ และความไม่สุขสบายจากการเจ็บป่วย ดังนั้นเพื่อให้ตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น จึงใช้หลักในการยอมรับ ด้วยวิธีการทำใจ การตั้งสติ การคิดด้านบวก การนำศาสนามาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจ และการปรับลดบทบาทในครอบครัวและสังคม

ประเด็นหลักที่ 3: การอยู่ด้วยการหาวิธีการดูแลสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุ ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันที่รักษาไม่หายต้องรักษาด้วยยาตลอดชีวิต มีอาการกำเริบที่ไม่แน่นอน เอาใจใส่ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง โดย การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การดูแลตนเองไม่ให้ล้ม การดูแลตนเองไม่ให้ท้องผูก การหลีกเลี่ยงความเครียด/โกรธ/ความรู้สึกตื่นเต้น การคิดวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การรักษาด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การหาวิธีบำบัดอาการด้วยการแพทย์ทางเลือก และการปรับกิจกรรมชีวิตตามช่วงการออกฤทธิ์ของยา

ประเด็นหลักที่ 4: การอยู่ด้วยความหวังและกำลังใจในการมีชีวิต หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ในระยะเวลานานอาการก็จะรุนแรงเพิ่มขึ้น ตามระยะเวลา ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงตามลำดับ ประกอบกับตนเองอยู่ในวัยสูงอายุสภาพร่างกายมีการเสื่อมถอย มีภาวะพึ่งพาสูงกว่าคนวัยอื่น ผู้สูงอายุต้องการได้รับการตอบสนองทางด้านจิตใจและร่างกายในยามที่ผู้สูงอายุมีอาการกำเริบและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึง หวังมีชีวิตที่ดีขึ้นหลังรักษาและหวังที่จะหายจากโรค หวังให้ครอบครัวเข้าใจและดูแลเพิ่มขึ้น และหวังให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

บทที่ 5

อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Streubert and Carpenter, 2007) ซึ่งเป็นการสืบค้นเพื่ออธิบาย และให้ความหมายกับชีวิตมนุษย์ เปิดเผยปรากฏการณ์ภายใต้การศึกษาตามสถานการณ์ที่เป็นจริงและตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสภาพการณ์นั้น ๆ ผู้วิจัยต้องแยกความเชื่อและสิ่งที่ผู้วิจัยรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ออกจากสถานการณ์ที่ศึกษา(Koch, 1995) ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน จำนวน 23 ราย ที่ได้รับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร โดยทั้งนี้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพจะเน้นในเรื่องของการศึกษาข้อมูลจากผู้ที่มีคุณสมบัติโดยตรง มีประสบการณ์ในเรื่องที่สนใจและสามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ตรงตามปรากฏการณ์ที่อยู่ในความสนใจ ดังนั้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) และการบันทึกเทป นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของโคไลซซี่ (Colaizzi, 1978 cite in Streubert and Carpenter, 2007) โดยนำเสนอประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย ดังนี้

ผลการศึกษาปรากฏการณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย จำนวน 23 ราย โดยผู้วิจัยสรุปผลการศึกษาได้เป็นประเด็นใหญ่ ๆ 2 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1: ความหมายการมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน

การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน หมายถึง การมีชีวิตที่ต้องเผชิญกับโรคที่มีอาการไม่แน่นอน เกิดอาการขึ้นได้ทุกขณะ ไม่สามารถควบคุมอาการได้ เป็นชีวิตที่ต้องอยู่กับโรคที่ทำให้ชีวิตไร้ค่า คุณค่าของตนเองลดลง เป็นปมด้อย และเป็นภาระกับผู้อื่น

ประเด็นที่ 2: ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน

การที่ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย และมีอาการกำเริบรุนแรงไม่แน่นอน ด้วยเหตุดังกล่าว จึงก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุอย่างมาก ทำให้ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต และต้องปรับตัวเพื่อดูแลตนเองหลายด้าน ผู้สูงอายุต้องแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการเจ็บป่วยตามการรับรู้

และการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตน เพื่อสามารถปรับประคับประคองชีวิตของตนให้อยู่ได้ต่อไป ทั้งนี้ การนำเสนอประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน ประกอบด้วย ประเด็นหลัก 4 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การอยู่กับข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต ทั้งข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ

ประเด็นหลักที่ 2 การอยู่ด้วยการยอมรับ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในการดำเนินชีวิต จากอาการที่กำเริบรุนแรงขึ้นตามระยะเวลา ดังนั้นเพื่อให้ตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ ผู้สูงอายุจึงยอมรับสภาพการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 1) การทำใจ 2) การตั้งสติ 3) การคิดด้านบวก 4) การนำศาสนามาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจ และ 5) การปรับลดบทบาทในครอบครัวและสังคม

ประเด็นหลักที่ 3 การอยู่ด้วยการหาวิธีดูแลสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุต้องเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันที่รักษาไม่หายต้องรักษาด้วยยาตลอดชีวิต จึงรับรู้ถึงผลกระทบจากอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนขณะที่ตนเจ็บป่วย จึงหาวิธีการป้องกันด้วยการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง โดย 1) การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ 2) การดูแลตนเองไม่ให้ล้ม 3) การดูแลตนเองไม่ให้ท้องผูก 4) การหลีกเลี่ยงความเครียด/โกรธ/ความรู้สึกตื่นเต้น 5) การคิดวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง 6) การรักษาด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 7) การหาวิธีบำบัดอาการด้วยการแพทย์ทางเลือก และ 8) การปรับกิจกรรมชีวิตตามช่วงการออกฤทธิ์ของยา

ประเด็นหลักที่ 4 การอยู่ด้วยความหวังและกำลังใจในการมีชีวิต หมายถึง การที่ผู้สูงอายุ ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันที่รักษาไม่หายในระยะเวลานาน ดังนั้นตนเองจึงมีอาการกำเริบรุนแรงและทรุดลงเรื่อย ๆ ผู้สูงอายุจึงมีความหวังในการดูแลรักษา 1) หวังมีชีวิตที่ดีขึ้นหลังรักษา และหวังที่จะหายจากโรค 2) หวังให้คนรอบข้างเข้าใจ และดูแลเพิ่มขึ้น และ 3) หวังให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย บรรยายถึงเหตุการณ์และเรื่องราว ที่ผู้สูงอายุได้ประสบและรับรู้ ความรู้สึก ตั้งแต่ได้รับ

การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคพาร์กินสัน ตลอดจนการดำเนินชีวิต การเผชิญปัญหา ของผู้สูงอายุ ตลอดเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ซึ่งผลการวิจัย แบ่งเป็นประเด็นใหญ่ ๆ 2 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1: ความหมายการมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน

การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน หมายถึง การมีชีวิตที่ต้องเผชิญกับโรคที่มีอาการไม่แน่นอน เกิดอาการขึ้นได้ทุกขณะ ไม่สามารถควบคุมอาการได้ เป็นชีวิตที่ต้องอยู่กับโรคที่ทำให้ชีวิตไร้ค่า คุณค่าของตนเองลดลง เป็นปมด้อย และเป็นภาระกับผู้อื่น

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันได้ให้ความหมายของมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน ผ่านความคิดความรู้สึกตามมุมมองหรือประสบการณ์ของผู้สูงอายุโดยตรง ได้แก่ 1) โรคที่มีอาการไม่แน่นอน และ 2) โรคที่ทำให้ชีวิตไร้ค่า ซึ่งแต่ละความหมายสามารถอธิบายได้ดังนี้

1.โรคที่มีอาการไม่แน่นอน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายู้รับรู้ว่าโรคพาร์กินสันเป็นโรคที่มีอาการไม่แน่นอน เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาท และไม่สามารถรักษาหาย ต้องรักษาด้วยยาไปตลอดชีวิต มีอาการกำเริบของโรคไม่แน่นอน นอกจากนั้นอาการที่เกิดขึ้น ยังไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยาตลอดเวลา ในขณะที่ยาออกฤทธิ์ดี ร่างกายก็จะปกติ เหมือนคนปกติทั่วไป แต่เมื่อยาหมดฤทธิ์ การแสดงอาการของโรคก็จะกำเริบขึ้นมาโดยไม่รู้ตัว เหมือนผีเข้าผีออก หรือเหมือนมีสองบุคลิกในคนเดียวกัน สะท้อนถึงอาการแสดงของโรคที่ไม่แน่นอน จึงให้ความหมายว่าโรคพาร์กินสันเป็นโรคที่มีอาการไม่แน่นอน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชวนพิศ ทำนอง (2541) เกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า มีการเผชิญอาการเฉียบพลันของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นอาการที่ไม่แน่นอน คือความรุนแรงและทรมาน มีความรุนแรงมากขึ้น คุกคามต่อชีวิต และทำให้ผู้ให้ข้อมูล ไม่มีแรงแม้แต่จะช่วยเหลือตัวเอง นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ อาการเกิดขึ้นได้ทุกขณะไม่สามารถรู้ได้ว่าอาการของโรคจะเกิดขึ้นเมื่อใด คาดเดาเวลาไม่ได้ เวลามีอาการ ต้องเผชิญกับอาการกำเริบที่ไม่สามารถหยุดยั้งได้ **ไม่สามารถควบคุมอาการได้** ซึ่งสนับสนุนการศึกษาของ Aderson และ Bury (1988) ในเรื่องความไม่สมดุลที่เกิดขึ้นกับการมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน พบว่า สิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเป็นโรคนี้ คือ 1) ความไม่แน่นอน (Uncertain) และ 2) ไม่สามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นได้ (Unpredictable) และสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Nijhof (1996) จากการเล่าประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันที่มีระยะป่วยเป็นโรค 3 ปีขึ้นไป พบว่าเกิดความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนจากอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นไม่แน่นอน และการขาดความไว้วางใจจากการที่ไม่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่ออย่างมากในการเข้าสังคม และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตตินันท์ พงศ์สุวรรณ (2541) เกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรคเบาหวาน พบว่าโรคเบาหวานมีระดับความรุนแรง อันตรายถึงตายได้ จากประสบการณ์การเกิดอาการรุนแรงของโรค ในช่วงเริ่มป่วย ที่ทำให้สุขภาพอ่อนแอลงอย่างมาก และการเผชิญอยู่กับโรคเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงอันตรายของโรคว่าควบคุมได้ยาก และยังรับรู้ถึงอันตรายของโรคที่ทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งสนับสนุนการศึกษาของมนัสวี อดุลยรัตน์ (2542) เกี่ยวกับการรับรู้ถึงความรุนแรงในขณะโรคกำเริบของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ไม่สามารถควบคุมเมื่อเกิดอาการกำเริบได้ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างรุนแรง และรับรู้ความคุกคามต่อชีวิต จึงก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ ทุกข์ทรมานจากอาการของโรคในแต่ละโรค ทั้งอาการเจ็บปวด อาการชา และอาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย หดเรี่ยวแรง ซึ่งทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งสิ้น ความเจ็บปวดเป็นความทุกข์ทรมานของชีวิต

จากการที่โรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังร้ายแรงรักษาไม่หายมีระยะการดำเนินโรคนาน จึงสามารถอธิบายอาการที่เกิดขึ้นได้ตามลักษณะของโรคเรื้อรังทั่วไป คือ มีอาการกำเริบรุนแรงขึ้นมาเป็นช่วง ๆ (Exacerbation) อาการต่าง ๆ ซึ่งมีลักษณะไม่แน่นอน อาการแสดงจะปรากฏในเวลาไม่แน่นอน ระยะเวลาของการเกิดโรคที่แน่นอนไม่ได้ อาการของโรคมักทรุดลงตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น อาจมีการกลับเป็นซ้ำ หรืออาการหายไป แล้วกำเริบเป็นช่วงเวลาเฉียบพลัน (Acute phase) เป็น ๆ หาย ๆ ผู้สูงอายุต้องเผชิญ กับอาการกำเริบของโรคที่ไม่แน่นอน ความรุนแรงของอาการที่เพิ่มมากขึ้น มีความทุกข์ทรมานอยู่กับความเจ็บป่วยที่ไม่มีวันสิ้นสุด ผู้สูงอายุต้องผ่านวิกฤตชีวิตมามาก จึงรับรู้ว่าการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคที่รักษาไม่หายในระยะเวลาอันยาวนาน มีชีวิตอยู่กับอาการที่ไม่แน่นอนของโรค ไม่สามารถควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ซึ่งความรู้สึกนี้อาจทำให้เกิดความขัดแย้งทางจิตใจ รู้สึกทุกข์ทรมานและสูญเสียทุกอย่างในชีวิต (Wiener et al., 2002)

2. โรคที่ทำให้ชีวิตไร้ค่า

การศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการเป็นโรคพาร์กินสัน ทำให้รู้สึกเหมือนชีวิตไร้ค่า เนื่องจากในขณะที่มีอาการกำเริบผู้สูงอายุจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเองได้อย่างเต็มที่ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง รู้สึกเป็นปมด้อยเมื่อเข้าสังคม การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้

สุขภาพของตนเสื่อมถอยลงไปเรื่อย ๆ ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้เป็นทุกข์ใจ ภาวะพึ่งพาผู้อื่นส่งผลกระทบต่อความรู้สึกภาคภูมิใจในวัยสูงอายุ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับนับถือตนเองน้อยลง ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาคือคนอื่นมีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ผู้สูงอายุจึงเปรียบว่าการมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันเหมือนมีชีวิตอยู่กับโรคที่ทำให้ชีวิตไร้ค่า ซึ่งประกอบด้วยประเด็นย่อย 3 ประเด็น ดังนี้

2.1 คุณค่าของตนเองลดลง

จากการศึกษาพบว่า การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคพาร์กินสันเป็นโรคที่รักษาไม่หาย มีการดำเนินของโรคที่เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการเจ็บป่วย ประกอบกับภาวะเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจในวัยสูงอายุ นอกจากนี้การออกฤทธิ์ของยาายังมีผลต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ดังนั้นอาการเจ็บป่วยและการหมดฤทธิ์ของยาจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ ผู้สูงอายุต้องปรับลดบทบาทในครอบครัวและสังคม สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง รู้สึกคุณค่าของตนเองลดลง ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมองว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันเป็นโรคที่ทำให้ชีวิตไร้ค่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงลักษณ์ บุญไทย (2539) เรื่อง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ พบว่าการต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังและมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ไม่มีความสามารถในการควบคุมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ รู้สึกด้อยค่า และส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นภาวะทางจิตสังคมที่ดี (Psychosocial well being) ซึ่งนำไปสู่การวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในสังคมปัจจุบันผู้สูงอายุมักถูกมองในภาพลบ เช่น หูตึง ซ้ำลิ้ม ไม่คล่องแคล่วในการเคลื่อนไหว ซึ่งเกิดจากความเสื่อมตามธรรมชาติของร่างกาย ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว การเป็นโรคเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพ และเข้าสู่ระยะพึ่งพา จึงเกิดความต้องการการช่วยเหลือ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง การมีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง ต้องเผชิญกับอาการกำเริบของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) รวมทั้งผลข้างเคียงจากการรักษาที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ประกอบกับภาวะร่างกาย และจิตใจในวัยสูงอายุที่มีศักยภาพลดลง ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และความคับข้องใจเพิ่มมากขึ้น (นิตยา ภาสุนันท์, 2545 ; Matlerson, McConnell & Linton, 1997)

การที่ผู้สูงอายุป่วยเป็นพาร์กินสันเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีปัญหาอาการหลายด้าน โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวร่างกายที่บกพร่อง การสื่อสารที่บกพร่อง การช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องเป็นภาระกับผู้ดูแลในระยะยาว ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงด้วย ในสภาวะการเจ็บป่วยมีองค์ประกอบหลายประการที่ทำให้แนวคิดของตนเองเปลี่ยนไป และมักทำให้ความชื่นชมตนเอง การเคารพนับถือ การเห็นคุณค่าแห่งตนลดน้อยลงไป เนื่องจากการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นส่วนหนึ่งของอัตมโนทัศน์ (Self concept) ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตน ที่มีอิทธิพลต่อภาพลักษณ์ (self image) ของบุคคล ดังนั้นหากผู้สูงอายุมีความเชื่อ และมองภาพลักษณ์ของตนเองในทางลบ เช่น รู้สึกว่าตนไร้ความสามารถ ขาดความมั่นใจ เครียด ซึมเศร้า สิ้นหวังกับอนาคตจะมีแนวโน้มที่คิดว่าตนเองหมดคุณค่าด้วย ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถปรับตัวกับภาวะไร้ความสามารถและความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ ตรงข้ามกับผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะมีสุขภาพที่ทรุดโทรมและไร้สมรรถภาพทางด้านร่างกาย (Markowitz, 2001)

2.2 รู้สึกเป็นปมด้อย

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุสะท้อนความรู้สึกถึงการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ ว่าพาร์กินสันเป็นโรคที่ทำให้เสียบุคลิก เมื่อมีอาการแสดงของโรค ต่าง ๆ เช่น มือสั่น พูดเสียงสั่น ขณะเข้าสังคม หรือ ทำงาน คนรอบข้างมองตนเองแปลกไปจากเดิม ทำให้รู้สึกเป็นปมด้อย และน้อยใจตนเองที่ไม่สามารถทำอะไรได้เหมือนเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราลักษณ์ ทองใบประสาท และ คณะ (2550) เรื่องประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาศัยในตำบลแสนตอ อำเภอขานูวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ผู้ให้ข้อมูลไม่ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย เกี่ยวกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป การเคลื่อนไหวร่างกายไม่ปกติ มีความรู้สึกอายไม่ยอมให้ใครมอง เนื่องจากโรคที่เป็นอยู่ทำให้ตนเกิดความพิการ เป็นการบั่นทอนความรู้สึกของผู้ป่วยทำให้รู้สึก ท้อแท้ สิ้นหวัง อาย ทั้งนี้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ไม่ดีกับร่างกายตนเอง สูญเสียความพึงพอใจในตนเองเนื่องจากโรคจึง รู้สึกเป็นปมด้อยและเกิดความไม่มั่นใจ มีความไม่มั่นคงในตนเอง

การสูญเสียภาพลักษณ์เดิมไปในสภาวะการเจ็บป่วย ที่มีองค์ประกอบหลายประการที่ทำให้แนวคิดแห่งตนเปลี่ยนไป และมักทำให้การนับถือตนเอง และการเห็นคุณค่าในตนเองลดน้อยลงไป องค์ประกอบที่สำคัญเหล่านี้ได้แก่ รูปร่างที่เปลี่ยนไปในทางไม่สวยงาม เกิดความรู้สึกนึกคิดต่อภาพลักษณ์ไปในทางไม่ดี เช่น ผู้ป่วยพาร์กินสันจะเดินหลังคร่อม ผู้สูงอายุจะคิดว่าตนเองพิการ จะมีผลต่อการมองตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกเป็นปมด้อย ไม่อยากเข้าสังคม เพราะคนใน

สังคมจะมองว่าตนเองน่าสงสาร ทำให้บุคคลเหล่านี้รู้สึกว่าเป็นปมด้อย เพราะความอับอายที่ตนไม่เหมือนผู้อื่น จึงพยายามที่จะไม่ปรากฏตัวในที่สาธารณะ เป็นการแก้ปัญหาเพื่อลดผลกระทบไม่ให้อื่นรับรู้ว่าคุณไม่ปกติ (Royer, 1998)

2.3 รู้สึกเป็นภาระกับผู้อื่น

จากการศึกษาพบว่าคนที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคพาร์กินสันเป็นโรคที่รักษาไม่หาย มีการดำเนินของโรคที่เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการเจ็บป่วย ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ตลอดเวลาที่ดำเนินชีวิตอยู่กับโรค ประกอบกับภาวะเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจในวัยสูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพาสูงกว่าวัยอื่น ๆ และผู้สูงอายุมองว่าการเจ็บป่วยเป็นการบั่นทอนสุขภาพของตนให้เสื่อมถอยลงไปเรื่อย ๆ ขณะมีอาการกำเริบของโรค ผู้สูงอายุจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้นตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ใจที่ต้องเป็นภาระกับผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพนิตนันต์ โชติกเจริญสุข (2545) เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายกับความผาสุกทางใจพบว่า เมื่ออาการของโรคมารุนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องเป็นภาระบุตรหลาน ดังนั้นเมื่อต้องประสบกับผลกระทบดังกล่าว ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตตามปกติสูญเสียไป ต้องพึ่งพาผู้อื่น กลายเป็นบุคคลที่สูญเสียพลังอำนาจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Aderson และ Bury (1988) ที่ศึกษาเรื่อง ความไม่สมดุลที่เกิดขึ้นกับการมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน พบว่าผลกระทบที่สำคัญ คือ 1) ผู้ป่วยยอมรับว่าการป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน ทำให้ตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ และ 2) รู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว เศรษฐกิจ และ สังคม

การเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันซึ่งถือว่าเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาท มีโอกาสเกิดภาวะทุพพภาพ และเข้าสู่ระยะพึ่งพา จึงเกิดความต้องการการช่วยเหลือ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถคาดเดาว่าอาการของโรคจะกำเริบขึ้นเมื่อใด ผู้สูงอายุจึงต้องเผชิญความยากลำบากในการมีชีวิตอยู่กับโรค ประกอบกับในวัยสูงอายุที่ร่างกาย และจิตใจมีศักยภาพลดลง ต้องการดูแลและต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น รู้สึกเป็นภาระกับผู้อื่น ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และความคับข้องใจมากขึ้น (นิตยา ภาสุนันท์, 2545)

ประเด็นที่ 2: ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน

การที่ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย และมีอาการกำเริบรุนแรงไม่แน่นอน ด้วยเหตุดังกล่าว จึงก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุอย่างมาก ทำให้ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต และต้องปรับตัวเพื่อดูแลตนเองหลายด้าน ผู้สูงอายุต้องแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการเจ็บป่วยตามการรับรู้ และการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตน เพื่อสามารถปรับระดับประคองชีวิตของตนให้อยู่ได้ต่อไป ทั้งนี้การนำเสนอประสบการณ์การอยู่กับโรคที่รักษาไม่หายแบ่ง เป็นประเด็นหลัก 4 ประเด็น ดังนี้

1. **การอยู่กับข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังมีระยะยาวนาน และต้องรักษาด้วยยาไปตลอดชีวิต อยู่กับอาการที่ไม่สามารถควบคุมได้และอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นที่สัมพันธ์กับการออกฤทธิ์ของยาในแต่ละวัน ต้องอยู่กับข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ การดำเนินของโรคที่ไม่แน่นอน ที่เกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดเดาได้ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก โดยแบ่งเป็นประเด็นย่อย 2 ประเด็น ดังนี้

1.1 ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุต้องเผชิญกับข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม การดำเนินชีวิตที่ติดขัดไม่คล่องตัวเหมือนเดิม เนื่องจาก อาการทางกาย ทำทุกอย่างช้าลง มีกำลังลดลง อาการสั่น หรือ อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไม่เลือกสถานที่ เกิดขึ้นได้ทันทีไม่เลือกเวลา ขณะทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้เกิดข้อจำกัดต่าง ๆ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งกิจกรรมในครอบครัวและสังคม การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ไม่คล่องตัวเหมือนเดิม รู้สึกติดขัดไปเสียทุกอย่าง ทำอะไรก็ลำบากไปหมด ทำอะไรก็ต้องใช้ความพยายามหรือต้องออกแรงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุรับรู้อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นที่สัมพันธ์กับช่วงการออกฤทธิ์ของยา ต้องปรับเลือกเวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้สัมพันธ์กับการออกฤทธิ์ของยา รับรู้อาการเวลายาออกฤทธิ์ และยาหมดฤทธิ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุล นันทชัยพันธ์ (2537) เกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ติดเข็มอินซูลินพบว่า ระดับความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ คืออาการทรุดลงจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ ถ้าไม่ค่อยมีอาการรุนแรงจะดูแลตนเองได้ดี และ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชวนพิศ

ทำนอง (2541) เกี่ยวกับ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า ผู้ป่วยต้องเผชิญ กับ อาการเจ็บแน่นหน้าอกที่รุนแรงเจ็บจนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นความทุกข์ทรมาน อย่างหลีกเลี่ยง ไม่ได้ ส่วนอาการอ่อนเพลีย เหนื่อย หดเรี่ยวแรง ทำให้ขาดพลังงาน ไม่สามารถยืน เดิน ทำงาน และ ออกกำลังกายได้ และจากความทุกข์ทรมานดังกล่าว ทำให้ผู้ให้ข้อมูล ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้ หรือลดลง ซึ่งสนับสนุนการศึกษาของ วิชชุตา ดีชัย (2548) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่าผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคทำให้ต้องหยุด ทำงานประจำ และยังปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง/ไม่ได้ การดำเนินชีวิตในระยะดำเนินชีวิตอยู่กับ โรคเรื้อรังหลายโรค เป็นวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปจากวิถีชีวิตของคนปกติ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลต้องนั่ง ๆ นอน ๆ อยู่ กับบ้านเป็นส่วนใหญ่ ทำงานไม่ได้ ถึงแม้ว่าบางรายยังคงไว้ซึ่งกิจกรรมทางสังคม ปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้บ้างก็ตาม แต่ทำได้ลดลง การเดินไปไหนมาไหนมีความลำบากมากขึ้น ต้องพึ่งพาบุตร หลาน และสนับสนุนการศึกษาของ Aderson และ Bury (1988) ที่ศึกษาเรื่อง ความไม่สมดุลที่เกิดขึ้นกับการมีชีวิตรอยู่กับโรคพาร์กินสันเพื่อศึกษาถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรค พาร์กินสัน พบว่า ผลกระทบที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยยอมรับว่าการป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน ทำให้ตนเองไม่ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ และอาการของโรคจะรุนแรงขึ้นเป็นช่วง ๆ ตลอดวันทำให้ผู้ป่วย ต้องหยุดทำกิจกรรมจนกว่าอาการของโรคจะสงบลง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Sirapo-ngam และคณะ (2001) ศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน สมรรถนะแห่งตน และ ความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีความต้องการได้รับการดูแลในระดับ ต่ำ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาน้อย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้ความสามารถในการดูแลเรื่องปัญหา ด้านพฤติกรรมมากกว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่มี ความเครียดจากการดูแลปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย มากกว่าการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีอาการระยะแรกหรือระยะกลางยังส่วนใหญ่ยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง แต่มีภาวะแปรปรวนทางจิตใจสูง (Weiner et al., 2002)

1.2 เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และจิตใจ

จากผลการศึกษาพบว่า การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคพาร์กินสัน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และจิตใจในเชิงลบ เมื่อรับรู้การวินิจฉัยจากแพทย์ ผู้สูงอายุจะรู้สึกตกใจ ไม่เชื่อ ไม่ยอมรับ รู้สึกว่าตัวเองโชคร้ายกับการที่ต้องมาเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ และกลัวตาย เมื่อดำเนินชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วย ผู้สูงอายุจะรู้สึกกดดัน หงุดหงิด รำคาญ อึดอัดใจ ใจร้อน เอาแต่ใจตนเอง อารมณ์เสีย โกรธ เบื่อ ท้อแท้ และกังวลใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา สออารีย์, อารี นุ้ยบ้านด่าน และ โขมพักตร์ มณีวัต (2545) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและผลกระทบจากการเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่ามีการปรับตัวกับความเครียดลดลง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์โดยที่ผู้ป่วยท้อแท้ คิดอยากตาย

ความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่กระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ แต่ละคนมีวิธีปรับตัวต่อการ เจ็บป่วยที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความร้ายแรงของโรค ลักษณะและวิธีการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมทางครอบครัวสังคม ภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้รักษาพยาบาลควรให้ความสนใจ และให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็นโรค ร้ายแรงและคุกคามชีวิต โรคที่ร้ายแรงหรือเรื้อรังย่อมมีผลต่อจิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างมาก โรคที่ไม่ร้ายแรงก็มีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยชั่วระยะหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยปรับตัวต่อโรคได้ไม่ยากและกลับคืนสู่สภาพการดำเนินชีวิตตามปกติต่อไป ปฏิกริยาต่อโรคของผู้ป่วยนั้นก็คือปฏิกริยาต่อภาวะวิกฤติ เช่น ผู้ป่วยที่รู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งหรือแม่ แต่เพียงสงสัยจะมีอาการตกใจมาก มีความกังวลมากในขณะที่ยังผลการวินิจฉัยที่แน่นอน การปฏิเสธหรือไม่ยอมรับ รับว่าตนเป็นโรคนั้นเป็นสิ่งที่พบได้บ่อย บ้างก็โทษว่าแพทย์อาจตรวจผิดและพยายามไปปรับการตรวจตามที่ต่าง ๆ อาการซึมเศร้าและกังวลมากพบได้ในผู้ป่วยทุกราย แต่การแสดงออกอาจแตกต่างกันไป ความหวาดกลัวและ ความรู้สึกสูญเสียสมรรถภาพ ตลอดจนความหมดหวัง ทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนไปในทางแยกตัวและซึม เจย นอกจากนี้ในผู้ป่วยยังมีความกังวลต่อผลการรักษา อาการเนื่องจากการรักษาและการกำเริบของโรคอีกด้วย ปฏิกริยาเหล่านี้พบได้เช่นเดียวกันในผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือโรคที่รักษาไม่หาย (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2541) ซึ่งการเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และจิตใจ ประกอบด้วยประเด็นย่อย 3 ประเด็น ดังนี้

1.2.1 เกิดความรู้สึกเชิงลบเมื่อรับรู้ความเจ็บป่วย

จากผลการวิจัยพบว่า การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคพาร์กินสันจากการวินิจฉัยจากแพทย์ ถือเป็น การรับรู้จากมุมมองของผู้สูงอายุในเชิงลบ เนื่องจากผู้สูงอายุเข้าใจว่าพาร์กินสันเป็นโรคที่ร้ายแรงและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้น ในช่วงแรกผู้สูงอายุจึงมีปฏิกิริยาต่อการเผชิญการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้วยอารมณ์ความรู้สึกที่หลากหลาย ได้แก่ รู้สึกตกใจ ไม่เชื่อว่าตนเองจะเป็นโรคนี้ ไม่ยอมรับ กังวลใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เพราะเป็นโรคที่รักษาไม่หาย รู้สึกว่าตนเองโชคร้าย และกลัวตาย คิดว่าการเป็นโรคนี้ทำให้ชีวิตของตนเข้าใกล้ความตายทุกขณะ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิดา ยศหลวงฝัน (2546) เรื่องประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์ พบว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์จะเกิด 1) ความรู้สึกตกใจ 2) ความรู้สึกไม่แน่ใจ และ 3) ความกลัว

นอกจากนี้ในการศึกษากีเกี่ยวกับ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองในทางด้านอารมณ์จิตใจ ดังนี้ (Franklin, 1975 cite in Hodges, Keelry and Grier, 2001) ระยะเวลา คือ การตกใจ (Shock) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์โดยไม่คาดคิดมาก่อนจึงไม่สามารถควบคุมตนเองได้และไม่สามารถยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ระยะเวลาที่ 2 เป็นระยะ ที่มี ความทุกข์ใจ (Encounter reaction) กับการได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคเรื้อรัง รู้สึกสูญเสีย โศกเศร้า ไม่มีใครช่วยได้ และ ท้อถอย ผู้ป่วยจะมีความเครียดสูง และใช้วิธีการปฏิเสธในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ระยะเวลาที่ 3 เป็นระยะถอยหนี (Retreat) เนื่องจากบุคคลปฏิเสธปัญหาสุขภาพ ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับเล็กน้อย เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ การใช้วิธีนี้จะช่วยควบคุมอารมณ์ที่เครียด เมื่อเชื่อว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงอะไรได้ (Lazarus and Cohen, 1979; Lazarus, 1983 cite in Lubkin and Larsen, 2006) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรังจะประสบกับภาวะความโศกเศร้า และการสูญเสีย (Grief and loss) ในชีวิต ซึ่งสามารถอธิบายประสบการณ์การสูญเสียและความโศกเศร้าได้โดยประยุกต์ระยะต่าง ๆ ของ Kubler-Ross (1969) คือในระยะแรกเป็นระยะปฏิเสธ (Denial) และการแยกตัว (Isolation) ผู้ที่มีความเศร้าจะปฏิเสธความจริงต่อปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อได้ยินการวินิจฉัยโรค จะคิดว่า " ต้องไม่ใช่ฉัน " ระยะเวลาโกรธ (Anger) เป็นระยะที่ 2 เกี่ยวข้องกับกระบวนการความเศร้าที่เกิดขึ้นบ่อย คือ การต่อต้าน หรือกล่าวโทษสิ่งต่าง ๆ ที่ทำให้ตนเป็นโรค โดยญาติอาจกลายเป็นที่รองรับอารมณ์โกรธ ซึ่งตรงกับ การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าเป็นโรคพาร์กินสัน ถือเป็นระยะเวลาที่มีความกดดันทางอารมณ์สูง ขณะผู้ป่วยรอทราบผลการตรวจ ขณะตัดสินใจรับการรักษานิดใดชนิดหนึ่งภายหลังการรักษาซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยกลัวโรคกำเริบ หรือวิตกกังวลต่อความพิการทางกายและสูญเสียความมั่นคงทางใจ อาการซึมเศร้าอาจสังเกต

ได้จากอารมณ์ที่แสดงออกของผู้ป่วย และตรวจพบอาการทางจิตใจอย่างอื่น ได้แก่ ความคิดอยากตายหรืออยากฆ่าตัวตาย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ร้องไห้บ่อย สมาธิไม่ดี รู้สึกว่าตนผิด รู้สึกตนเองไร้ค่า รู้สึกหมดหวัง และรู้สึกว่าไม่มีใครช่วยเหลือตนได้ (Weiner, et al. , 2002)

1.2.2 เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์และจิตใจ

เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์และจิตใจ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุต้องเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันซึ่งรักษาไม่หายขาด ต้องมีชีวิตร่วมอยู่กับการเจ็บป่วยและการรักษาในระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์และจิตใจ เช่น หงุดหงิดง่าย รำคาญ อึดอัดใจ ใจร้อน เอาแต่ใจตนเอง อารมณ์เสียโกรธง่าย รู้สึกเบื่อ ท้อแท้ และกังวลใจ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือเรื้อรังมีปฏิกิริยาทางจิตใจและพฤติกรรมทุกรายไม่มากก็น้อย อาการแสดงที่สำคัญ และพบบ่อย ได้แก่ ความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้า ผู้ป่วยส่วนมากสามารถผ่านพ้นระยะต่างๆ ของการปรับตัวไปได้ด้วยตนเอง ระยะเวลาที่มีความไม่สบายใจแตกต่างกันไป ตั้งแต่เป็นสัปดาห์จนถึงเป็นเดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและสมรรถภาพในการปรับตัวของผู้ป่วย ตลอดจนจนสภาพแวดล้อมทางครอบครัวของผู้ป่วย และขึ้นอยู่กับโรค วิธีการรักษาและผลการรักษาอีกด้วย สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุมาจากร่างกายที่เสื่อมถอย ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงในเชิงลบ อีกสาเหตุหนึ่งมาจากสถานการณ์ของชีวิตที่ต้องเผชิญตามอายุที่มากขึ้น รวมไปถึงหน้าที่การงานความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การสูญเสียพลัดพรากจากบุคคลที่รัก รู้สึกตนเองมีคุณค่าน้อยลง มีความกังวลสูงมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องความตาย มีความเจ็บเหงา เปล่าเปลี่ยว ว่าเหว่ หากถูกรครอบครัวทอดทิ้งจะเกิดความโกรธน้อยเนื้อต่ำใจ (จันทร์เพ็ญ ชูประชากรวรรณ, 2540) ผู้สูงอายุที่ไม่ประสบความสำเร็จด้านความหวังของชีวิตอาจนำมาซึ่งความผิดปกติหรือโรคทางจิตได้ง่าย เช่น อาการซึมเศร้า อาการเครียด ซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังในวัยสูงอายุก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; Moreau, 2003)

ในการศึกษาครั้งพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันมีการเปลี่ยนแปลงจิตในเชิงลบ เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์และจิตใจเช่น อาการหงุดหงิดง่าย รำคาญ อึดอัดใจ ใจร้อน เอาแต่ใจตนเอง อารมณ์เสีย โกรธง่าย รู้สึกเบื่อ ท้อแท้และกังวลใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา สออารีย์, อารี นุ้ยบ้านด่าน และไข่มพัตร์ มณีวัต (2545) เรื่อง เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและผลกระทบจากการเจ็บปวด

ของผู้ป่วยมะเร็งพบว่าผลกระทบ จากความเจ็บปวด ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แสดงออกทางจิตใจและอารมณ์ในทางลบ เช่น ไม่มีสมาธิ หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย ท้อไปทุกเรื่อง และอยากตาย เป็นต้น

1.2.3 รู้สึกกลัวการเข้าสังคม

จากการศึกษาพบว่าการที่ผู้สูงอายุกลัวและ อายที่จะเข้าสังคม กลัวกระทบกระเทือนจิตใจ จากการมองของคนรอบข้าง กลัวเข้าสังคมไม่สนุกเหมือนเดิม จึงพยายามปฏิเสธ หรือลดการเข้าสังคม กลัวเข้าสังคมไม่เหมือนเดิม เพราะอายุผู้อื่นที่มองตนเองว่ามีอาการสั้น หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เมื่อมีอาการกำเริบ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ตนเองและกลัวญาติที่ไปด้วยจะอายุที่ถูกมอง จึงขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชชุตา ดีชัย (2548) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ไม่ได้เข้าสังคมหรือเข้าสังคมลดลง โดยให้เหตุผลที่ว่า ไม่อยากไปซึ่งการที่ไม่อยากไปบางรายพบว่าเดินไม่ได้ต้องนั่งรถเข็น และจากการที่ร่างกายไม่เหมือนเดิมทั้งสภาพร่างกาย หน้าที่การงาน ทำให้เกิดความรู้สึกอาย ไม่อยากปฏิสัมพันธ์กับใครเพราะมีข้อจำกัดจากความเจ็บป่วย เดินไปไหนมาไหนไม่ได้ และ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญพร ชื่นกลิ่น (2543) ที่เกี่ยวกับประสบการณ์การมีชีวิตรอยู่อย่างอัมพาตท่อนล่างพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกอายที่ไม่เหมือนเดิม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว การไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ตามปกติ ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีการแยกตัวออกจากสังคมในขณะที่มีอาการกำเริบอยากอยู่คนเดียว อยากพักผ่อน สอดคล้องกับการศึกษาของวรลักษณ์ ทองใบประสาธ และ คณะ (2550) เรื่องประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาศัยในตำบลแสนตอ อำเภอขานูวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร พบว่าผู้ป่วยไม่ยอมรับสภาพการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ไม่ปกติ มีความรู้สึกอายไม่อยากให้ใครมองและมีความรู้สึกไม่ดีกับร่างกายตน สอดคล้องกับการศึกษาของ DeVivo และคณะ (1999) พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตอย่างสมบูรณ์ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มากถึง 12.4 เท่าของบุคคลทั่วไป แต่ความรู้สึกนี้ เป็นช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น คือช่วงที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นอัมพาตท่อนล่าง เป็นแล้วพิการไปตลอดชีวิต ทำให้รู้สึกท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง และไม่สามารถยอมรับกับสภาพที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีผู้สูงอายุมีความรู้สึกท้อแท้กลัวและอายที่จะเข้าสังคมเช่นเดียวกับผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างเหล่านั้น และสนับสนุนการศึกษาของ Behari และ คณะ (2005) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยพาร์กินสันพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เนื่องจากอาการของโรค เช่น เกร็ง การทรงตัวที่ไม่ดี ทำให้การปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันทำได้ไม่ดี และไม่กล้าเข้าสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Miller และคณะ (2006) พบประเด็นหลัก 2 ประเด็น คือ 1) ผลกระทบจากการกลืนขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงจากผลของอาการอ่อนแรงในระบบการกลืน ตั้งแต่ปากถึงบริเวณคอ 2) ผลกระทบทางด้านจิตสังคม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรับประทานอาหารทำให้รู้สึกอับอาย (stigma) ต้องการ การปรับตัวในการเข้าสังคม

2. การอยู่ด้วยการยอมรับ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในการดำเนินชีวิต อาการที่กำเริบรุนแรงขึ้นตามระยะเวลา อาการที่ไม่แน่นอน การไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ และความไม่สุขสบายจากการเจ็บป่วย ดังนั้นเพื่อให้ตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น จึงใช้หลักในการยอมรับด้วยวิธีต่าง ๆ โดยทำใจให้มีความสุข ไม่คิดมาก ทำใจให้ไม่ฟุ้งซ่าน ด้วยการยึดหลักทางศาสนาเป็นที่พึ่ง การตั้งสติ ไม่โลภ ไม่หลง ทำใจให้สงบ ใช้การสวดมนต์ การทำสมาธิ การนั่งสมาธิ นั่งวิปัสสนา การปรับลดบทบาทในครอบครัวและสังคม ช่วยให้ตนดำเนินชีวิตอยู่กับโรคได้ จะเห็นได้ว่าโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุการดำเนินของโรคเรื้อรังมักก่อให้เกิดผลกระทบ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังต้องเผชิญ และอยู่กับภาวะดังกล่าวข้างต้น การจัดการกับความเจ็บป่วยจึงมีความซับซ้อน และต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาท การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ (Smeltzers & Bare, 1996) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ต้องปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลงเพื่อการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติ ซึ่งการอยู่ด้วยการยอมรับประกอบด้วยประเด็นย่อย 5 ประเด็น ดังนี้

2.1 การทำใจ

การที่ผู้สูงอายุสามารถทำใจยอมรับการเจ็บป่วยเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับโรคได้ด้วยตนเอง การทำใจยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เกิดขึ้น แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาค้นคว้าพบว่าถึงแม้ผู้สูงอายุจะยอมรับว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดา รู้จักปล่อยวาง แต่ผู้สูงอายุก็กลัวว่าเมื่อตนเจ็บป่วยในระยะท้าย ๆ จะมีอาการรุนแรงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นภาระกับคนในครอบครัว จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีการนำวิถีคิดแบบที่ชาวพุทธยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ในทางพุทธสอนให้นึกถึงความไม่เที่ยง ความเป็นทุกข์ ความเป็นอนัตตา เพื่อเป็นเครื่องเตือนสติมิให้เกิดความประมาท นึกถึง การเกิด แก่ เจ็บตาย เป็นเรื่องธรรมดา เป็นธรรมชาติของชีวิต (พระเทพวิสุทธิเมธี, 2536) ประกอบกับผู้สูงอายุเป็นผู้มีประสบการณ์

ชีวิตมาอย่างยาวนาน มีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียและการตายของบุคคลในครอบครัวและผู้อื่น ทำให้ตนเองคิดถึงความตายบ่อย ๆ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุ พ้นจากวัยที่ต้องทำงาน เพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ไม่มีภาระต้องรับผิดชอบ มีความเป็นอิสระจากงานทั้งปวง ไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับลูกหลาน เนื่องจากลูกหลานต่างก็มีครอบครัว เป็นของตนเอง ผู้สูงอายุที่เคยรับราชการจะมีรายได้จากเงินบำนาญ ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับราชการ ต่างได้รับการเกื้อกูลจากลูกหลานในเรื่องเงินทอง จึงทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำใจยอมรับกับกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ง่าย

จากการศึกษาพบว่า การที่ผู้สูงอายุสามารถทำใจยอมรับการเจ็บป่วยเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับโรคได้ด้วยตนเอง การทำใจยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เกิดขึ้น ยอมรับได้ว่าตนเป็นผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ต้องดูแลรักษาสุขภาพของตนให้ดี ปรับการดำเนินชีวิตให้อยู่กับการเจ็บป่วยให้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราลักษณ์ ทองใบประสาธ และ คณะ (2550) เรื่องประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาศัยในตำบลแสนตอ อำเภอขานนบุรี จังหวัดกำแพงเพชร พบว่าผู้ให้ข้อมูลยอมรับสภาพการเจ็บป่วยต่อโรคหลอดเลือดในสมองได้ มีการปรับตัวเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้การศึกษายังพบว่า การที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการกำเริบต่าง ๆ ของโรค และ ต้องเผชิญภาวะวิกฤตต่าง ๆ ในชีวิต เช่น การรักษา ส่งผลให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจ กังวล กลัว จิตใจไม่สงบ เป็นทุกข์ คิดฟุ้งซ่านเกี่ยวกับเรื่องการเจ็บป่วยและการรักษาตัว ผู้สูงอายุจึงใช้วิธีทำใจให้สงบไม่หวั่นไหวต่อสิ่งที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ โดยการไม่คิดมาก ทำใจให้สบาย ไม่กลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้น ใช้การทำสมาธิ นั่งวิปัสณา สวดมนต์ การระลึกถึงสิ่งศักดิ์ที่ตนเองนับถือ นึกถึงพระเจ้าช่วย เพื่อให้ใจสงบนิ่งพร้อมที่ยอมรับกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษตะวัน นาคดี และ คณะ (2544) พบว่าการปฏิบัติธรรมมีผลทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ คือ มีความสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน และมีความมั่นคงทางอารมณ์ นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อมีความสงบมีผลทำให้ ไม่วุ่นวายสับสน ไม่คิดฟุ้งซ่าน ไม่กระวนกระวายใจ มีความผ่อนคลาย ไม่เครียด ไม่คิดมาก นอนหลับสบาย มีความสุขใจ สบายใจ ร่างกายแข็งแรง หน้าตาอิ่มเอ้มแจ่มใส ผิวพรรณผ่องใส และความสงบเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดสติ เกิดความนึกคิดที่จะพิจารณาไตร่ตรองเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาด และจิตใจสงบ ยังเป็นขุมพลังและความเข้มแข็งในการต่อสู้ชีวิตต่อไปข้างหน้าอีกด้วย และจากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุบางรายมีการทำบุญ ตักบาตร ปฏิบัติธรรม สวดมนต์ไหว้พระ ทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น บางรายใช้วิธีการนั่งกรรมฐาน ทำสมาธิ เพื่อดับความเครียด และเกิดความสบายใจ ซึ่งเป็น ความเชื่อตามหลักอริยสัจ 4 เชื่อว่าวิธีการดับทุกข์ (มรรค) ด้วยศีลสมาธิ และปัญญา (พระมหาสิงห์ทน คำขาว, 2544) การปฏิบัติ

สิ่งดังกล่าวส่วนหนึ่งมาจากความเชื่อตามหลักพุทธศาสนา ดังมีรายงานการวิจัยที่ระบุว่า การทำสมาธิ ทำให้จิตสงบ ร่างกายพักผ่อนได้มากกว่าขณะหลับ ทุกอย่างในกายจะเนิบช้า จนแทบจะหยุดนิ่ง เซลล์มะเร็งเหมือนขาดแคลนอากาศและ อาหาร อัตราการเจริญเติบโตสะดุดปรับสมดุลเข้าสู่ระบบใหม่ (เพ็ญญา ททรัพย์เจริญ, 2542) สมาธิ คือ ความแน่วแน่ของใจ ของจิตของเรา ประโยชน์ของสมาธิ คือ การพัก การสงบของใจ เมื่อใจสงบนิ่ง ได้พักใจจะเย็น จะสบายขึ้นตั้งสติให้จิตอยู่ในความสงบ ใจมันแน่วแน่ ไม่วุ่นวาย ใจเป็นใหญ่กว่าอะไรทั้งหมด ถ้าเราคุมใจให้สงบ ไม่วุ่นวายส่งสายได้แล้ว ความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้าปวดนั้นปวดนี้จะหายไปไม่รู้ตัว (ชินโอสถ หัศบาราณ, 2545)

2.2 การตั้งสติ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุได้กล่าวถึงว่า ตั้งสติ หมายถึง เมื่อผู้สูงอายุมีอาการกำเริบรุนแรงจนถึงขั้นวิกฤต ส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจ รู้สึกเป็นทุกข์ใจ เศร้าใจ ใช้หลักยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ในผู้สูงอายุบางรายใช้หลักที่ว่าถึงอาการแย่มากแต่สำคัญที่ใจ โดยยึดหลักการตั้งสติ ยอมรับสภาพ เข้าใจสาเหตุของการเกิดโรคว่ามาจากความเสื่อมของสภาพร่างกาย ยอมรับการรักษาที่ต้องรับประทานยา ไปตลอดชีวิต การตั้งสติโดยการบริหารจัดการจิตใจหรือการฝึกจิตใจ ทำใจให้สบาย สงบ และละวางในสิ่งต่าง ๆ ไม่ยึดติดในตัวตน ไม่โลภ ไม่โกรธ ไม่หลง ตั้งสติพร้อมตายอย่างมีสติ ตั้งสติยอมรับว่าชีวิตอยู่ใกล้กับความตาย การเจ็บป่วยครั้งนี้ถือเป็นภาวะคุกคามที่ร้ายแรง รู้สึกไม่แน่ใจว่าตนเองจะมีชีวิตอีกนานเท่าใด จึงเตรียมใจ เตรียมกาย ยอมรับกับความตายที่ใกล้เข้ามาทุกทีทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้ญาติที่ล่วงลับไปแล้ว ตามความเชื่อของตนเองแล้วทำให้เกิดความ ปิติใจ และเตรียมแบ่งมรดกให้บุตรเพื่อเป็นการเตรียมพร้อมการตายอย่างมีสติ หหมดห่วง

สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า หากผู้ใดใกล้ตายได้สะสางภาระกิจให้ลู่วงก่อนตาย ก็ทำให้รู้สึกสงบ พร้อมทั้งเผชิญความตาย (จินโปเช, 2539 อ้างใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชชุตา ดีชัย (2548) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสะท้อนความหมาย ตามความรู้สึกว่า เป็นไม่ใกล้ฝั่ง เนื่องจากผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงความเสื่อมสภาพของร่างกาย และคิดว่าสุขภาพของตนไม่ดีขึ้น จึงอธิบายความหมายไปในทางเสื่อม ทрудถอย ไม่แน่นอน และคิดว่าชีวิตของตนใกล้ความตายเข้ามาทุกที สอดคล้องกับการศึกษาของ ลดารัตน์ สาภินันท์ (2545) เกี่ยวกับ ภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุและการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุที่ พบว่าผู้สูงอายุมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะวิกฤตในชีวิตร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มาจากการเจ็บป่วยของตนเอง และบุคคลใกล้ชีวิตร้อยละ 72.50 มีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย และความตายของสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลอื่นร้อยละ 85.50 จากประสบการณ์

ดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นความตาย ความเสื่อมทรุดถอยลง ที่ไม่อาจฟื้นกลับมาดังเดิมได้ง่าย และอาจเกิดขึ้นกับตนในอนาคตอันใกล้

2.3 การคิดด้านบวก

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า คิดด้านบวก หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน มีอาการที่ไม่แน่นอน เวลาที่มีอาการรุนแรงก็จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ง่าย การมีจิตใจที่มั่นคง อดทน อดกลั้น ทำใจให้ได้ ใช้หลักในการคิดในสิ่งที่ดี การมองโลกในแง่ดี คิดทางบวก ทำใจให้มีความสุข ไม่กังวลจนเกินไป ไม่ทำใจให้เศร้าหมอง ให้กำลังใจตนเองอยู่เสมอ คิดว่าตนเองยังมีประโยชน์ต่อลูกหลาน มีความหวัง คิดว่าการเป็นโรคพาร์กินสันในช่วงเวลาที่ไม่มีอาการก็เหมือนคนปกติ ยังมีช่วงเวลา ดี ดี ของชีวิต หากกิจกรรมที่ตนชอบทำไม่ให้เหงา ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้ และคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ชีวิตของตนดีขึ้น คุณแลสุขภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จีราพร เกศพิชญวัฒนา จันท์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และยุพิน อังสุโรจน์ (2543) เกี่ยวกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ พบว่า ความสงบสุขและการยอมรับ เป็นหนึ่งในหำมิติของความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุจะกล่าวถึงการปล่อยวางความคิดที่ไม่สบายใจ ทำใจยอมรับ หรือบางครั้ง ปลงกับสิ่งที่ตนเองไม่สามารถควบคุมได้ การทำใจสงบไม่คิดมาก อารมณ์เสีย กลุ่มใจ กับสิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ เป็นวิธีหนึ่งที่ผู้สูงอายุใช้เพื่อให้เกิดความสงบทางใจ ความสงบสุข และการยอมรับ แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของความเชื่อ ศาสนา ที่มีผลต่อวิธีการคิดของตัวบุคคล โดยไม่ยึดติดกับสิ่งทั้งหลาย ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของวัฏฏะ ในเรื่อง การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นธรรมดาของชีวิตมนุษย์ ตลอดจนการปรับความรู้สึกให้พอดี มีการตระหนักรู้ยอมรับ และสามารถปรับตัวได้อย่างมีสติได้เมื่อเกิดปัญหา (Payutto, 1998 อ้างใน จีราพร เกศพิชญวัฒนา จันท์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และยุพิน อังสุโรจน์ , 2543) การพิจารณาเห็น การเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นของธรรมดาที่บุคคลไม่สามารถล่วงพ้นได้ ส่งผลให้จิตถึงความปล่อยวาง ไม่ยึดเอาอะไรสักอย่างว่าเป็นตัวตนของเราของเขา เมื่อจิตปล่อยวางก็ถึงความสงบ ว่าง เย็น โรคจิตทั้งหลายก็สิ้นสุดลง (พระมหาจรรยา สุทธิญาณ, 2543)

การที่ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันนั้นยังต้องพยายามหลีกเลี่ยงไม่ให้เครียด โดยการปรับจิตคิดทางบวก ตัดใจยอมรับสภาพ คิดในทางบวก ทำใจไม่คิดมาก ส่วนการหลีกเลี่ยงไม่ให้เครียด โดยการตั้งจิตเบี่ยงเบนจากความเจ็บป่วยสู่สิ่งดี ๆ อ่านหนังสือ ทำสมาธิ นับว่าเป็นการบำบัดทางจิตอย่างหนึ่ง ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพจิตของตนมีความสำคัญ การพยายามหลีกเลี่ยงไม่ให้เครียด ด้วยวิธีต่าง ๆ ดังกล่าวนั้นถือว่าเป็นการรักษาทางด้านจิตใจ ทั้งนี้กระแสการแพทย์ตะวันตก และ ตะวันออก ก็

มุ่งเน้นการรักษาดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ จึงเกิดความเป็นองค์รวม และเกิดสมดุลในร่างกายขึ้น (Keegan, 2001) การพูดคุยเพื่อช่วยแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ เป็นพื้นฐานของจิตบำบัด ซึ่งเป็นวิธีการทางธรรมชาติที่ใช้แก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน เพราะการได้พูดคุยกับใครสักคนที่เราไว้วางใจ อย่างเปิดเผย หรือได้ระบายความรู้สึกกับเพื่อนที่มีความเห็นอกเห็นใจเรา จะทำให้เรารู้สึกดีขึ้น (อารยา เอี่ยมชื่น และคณะ, 2546)

2.4 การนำศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันเป็นโรคที่รักษาไม่หาย มีอาการกำเริบที่ไม่แน่นอน ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งกายและใจ จึงนำศาสนาเป็นหลักยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ผู้สูงอายุนับถือศาสนาต่างกัน ต่างนำวิถีทางของศาสนาที่ตนนับถือมายึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณมาใช้ ทำให้ตนเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรค เข้าใจธรรมชาติของชีวิต ตามความเชื่อ ความศรัทธาตามศาสนาของตน ทำให้ไม่วิตกกังวล ไม่ทุกข์กับการที่ตนเองต้องเจ็บป่วยในครั้งนี้ เมื่อผู้สูงอายุเข้าใจก็ยอมรับกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ ระวีวรรณ ถวายทรัพย์ (2545) ที่กล่าวว่าศาสนาช่วยให้ เกิดความสบายใจ ลดหรือขจัดความรู้สึกในด้านลบออกไป ช่วยให้จิตใจมีความสุขสงบ มีสติ มีจิตใจเข้มแข็ง เกิดความผาสุกด้านจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิน พริกบุญจันทร์ (2547) เรื่อง ประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณโดยนำศาสนาพุทธมาใช้จนทำให้ตนเกิดความพอใจที่จะดำเนินชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยได้อย่างมีความสุข ดังนั้นศาสนาจึงเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ เพราะศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจเมื่อประสบกับความทุกข์ใจกับการเจ็บป่วยของตนเอง มนุษย์ก็จะใช้กลไกทางจิต นำเอาแหล่งประโยชน์ คือศาสนามาใช้ เพื่อให้จิตใจของตนเกิดความผ่อนคลาย ไม่ขุ่นมัว ทำให้ชีวิตของตนเองดำเนินไปได้อย่างมีความสุข

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ เกิดจากเวรกรรมที่ตนเคยทำไว้ในอดีตที่ผ่านมา หรือเป็นผลพวงจากการกระทำ ในชาติที่แล้ว เมื่อเจ็บป่วยจึงเชื่อว่าเป็นผลมาจากกรรมเวร ทำให้ตนเองต้องมาชดใช้กรรมในชาตินี้ จึงทำบุญ ตักบาตร กรวดน้ำ เพื่อแผ่ส่วนกุศลไปให้แก่เจ้ากรรมนายเวรเพื่อชดใช้กรรม การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ จึงมีความเชื่อเกี่ยวกับกรรมเวร เป็นสิ่งที่ได้รับอิทธิพลมาจากการนับถือศาสนาพุทธ ให้ความหมายของกรรมเวรว่า

เป็นการกระทำไว้ในอดีตที่ผ่านมาหรือเป็นผลพวงจากการกระทำไว้ในชาติที่แล้วซึ่งตรงกับแนวคิดเรื่องกฎแห่งกรรมที่มีผู้ที่ยพยายามอธิบายถึงความทุกข์ทรมานของมนุษย์ไว้ว่าจะ เป็น ทางกาย วาจา ใจ เป็นผลที่เกิดจากการกระทำทั้งที่ติดมาแต่พบก่อนกับกรรมที่ได้ทำมาในอดีตของภพนี้ (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2540) การที่ผู้สูงอายุ ยอมรับว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของเวรกรรมหรือกรรมเก่า ที่ต้องมา ชดใช้กันในชาตินี้ ทำให้ยอมรับและปลงกับชีวิตของตนเองได้ ซึ่งการปลงตก (หรือปลงใจได้) เป็นวิธี ทำใจที่คนส่วนมากรู้จัก และใช้กันอย่างแพร่หลายที่สุด ซึ่งเป็นผลมาจากคำสอนของศาสนา ที่เป็นไป ในทางปลอบโยน และให้กำลังใจแก่ผู้ที่กำลังเผชิญปัญหาชีวิต โดยชาวพุทธส่วนมากปลงตกได้ด้วยการยอมรับความจริง หรือรู้เท่าทันในความเป็นจริง ในธรรมชาติของความเป็นจริงที่เกิดขึ้นอยู่เป็นอยู่ ทั้งนี้ เพราะพระพุทธรศาสนา มีคำสอนให้ปฏิบัติตามหลัก ศีล สมาธิ ปัญญา ซึ่งเรียกว่า "มรรค" อันจะเป็น หนทางนำไปสู่ความสงบ ระวังความทุกข์ อันเกิดปัญญา ความรู้เท่าทันในความเป็นจริงของสรรพสิ่ง ทั้งหลาย (ชินโอสถ หัสนาเรอ, 2545)

ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามและคริสต์ เชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้ กำหนดให้ตนเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับการเจ็บป่วยของตนในครั้งนี้ จากการที่ผู้สูงอายุมีศาสนา เป็นหลักยึดเหนี่ยวจิตใจ ดังนั้น ผู้สูงอายุนับถือศาสนาต่างกัน ต่างนำวิถีทางของศาสนาที่ตนนับถือมา ยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณมาใช้ ทำให้ตนเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรค เข้าใจการดำเนินชีวิต ตาม ความเชื่อ ความศรัทธา ของตน ทำให้ ไม่วิตกกังวล ไม่ทุกข์กับการที่ตนเองต้องเจ็บป่วยในครั้งนี้ เช่น ศาสนาอิสลามและคริสต์ เชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้กำหนดให้ตนเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับการเจ็บป่วย ของตนในครั้งนี้ ส่วนผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธ ก็ยึดหลักของกฎไตรลักษณ์ได้แก่ อนิจจัง คือ ไม่เที่ยง ไม่แน่นอน เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ทุกขัง คือความเป็นทุกข์ อนัตตา คือ ไม่ใช่ตัวตนที่แท้จริง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมองมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ เกิดจากเวรกรรมที่ตนเคยทำไว้ ในอดีตที่ผ่านมา หรือเป็น ผลพวงจากการกระทำ ในชาติที่แล้ว เมื่อเจ็บป่วยจึงเชื่อว่า เป็นผลมาจากกรรมเวร ทำให้ตนเองต้องมา ชดใช้กรรมในชาตินี้ จึง ทำบุญ ตักบาตร กรวดน้ำเพื่อแผ่ส่วนกุศลไปให้แก่เจ้ากรรมนายเวรเพื่อชดใช้ กรรม เมื่อผู้สูงอายุเข้าใจก็ทำให้ยอมรับกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สกวรัตน์ สุภสาร และคณะ (2550) เรื่องประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมพบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของโรคข้อเข่าเสื่อมว่าเป็นโรคที่เจ็บปวดทุกข์ทรมาน เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่ หาย และเป็นโรคของเวรกรรม สอดคล้องกับการศึกษาวิรัชรอง นาทองคำ (2543) เรื่องประสบการณ์

ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยมาจากกรรมเวร โชคเคราะห์หรือดวงชะตา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา สุพิน พริกบุญจันทร์ (2547) เรื่อง ประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้ศึกษาธรรมะทำให้มีความศรัทธาในคำสอนเกี่ยวกับ เรื่อง การเกิด แก่ เจ็บ ตาย ว่าเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต ที่คนเราเกิดมาแล้วต้องแก่ ต้องเจ็บ ต้องตาย สิ่งทั้งหลายเกิดขึ้นตั้งอยู่แล้วดับไป และความเชื่อในกฎแห่งกรรมโดยเชื่อว่าใครทำดีได้ดี ใครทำชั่วได้ชั่ว และความเชื่อในเรื่องเวรกรรม กรรมเก่าและการชดใช้กรรมโดยเชื่อว่าการที่ตนต้องมาเป็นโรคไตวายเรื้อรังในครั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผลของการกระทำที่ตนเองทำไว้ เมื่อชาติที่แล้วที่ต้องตามมาชดใช้กรรมกันในชาตินี้ และพบว่าผู้ให้ข้อมูลนำหลักความจริงมาใช้ในการปลงหลักความจริงที่ว่า อะไร ๆ มันเปลี่ยนแปลงได้ และเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ และการยอมรับในเรื่องกฎแห่งกรรมว่ามีอยู่จริง ซึ่งการยอมรับกฎแห่งกรรมนี้เป็นสิ่งช่วยให้ปลงตกมากที่สุดสำหรับชาวพุทธ และมักจะใช้กันอยู่เสมอ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิดา ยศหลวงฝัน (2546) เรื่อง ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์ พบว่า ผู้สูงอายุทำใจยอมรับด้วยการนำหลักคำสอนของศาสนามาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางใจ ยอมรับว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองเกิดจากผลกรรมที่ได้กระทำมาและการรู้จักปล่อยวางเพื่อให้จิตใจเกิดความสงบ การยอมรับว่า การเกิด การแก่ การเจ็บ การตายเป็นสังขารของชีวิต เป็นสิ่งที่ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงหนีพ้นได้ จึงทำใจยอมรับกับความตายได้อย่างสงบ

นอกจากนี้จากการศึกษาายังพบว่ามีผู้สูงอายุบางรายมีการใช้หลักศาสนาในการดูแลรักษาร่วมด้วย เพื่อบรรเทาอาการและเป็นกำลังใจ โดยการขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อเป็นกำลังใจ และมีการปฏิบัติศาสนกิจควบคู่กันไป ซึ่งผู้ให้ข้อมูลคิดว่าการขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อเป็นกำลังใจนั้น ถ้าไม่หายก็ยังมีส่วนช่วยให้อาการทุเลาลงไปได้บ้าง หรือให้มีอาการดีขึ้น ดังที่ชาวมุสลิมเชื่อว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะต้องวิงวอน และศรัทธาต่อพระเจ้า จะต้องมีความเข้มแข็ง มีกำลังใจ มีความหวัง พร้อมกันนั้นไม่เสียใจหรือผิดหวังท้อแท้ หากการบำบัดนั้นไม่ได้ผล (दारง แวอารี และมุหมัดดาโอะ , 2546) ส่วนผู้ที่นับถือศาสนาพุทธรับรู้ศาสนาที่มีความศักดิ์สิทธิ์เป็นสิ่งที่มีความหมาย เป็นคำสอนของพระพุทธเจ้า เป็นที่พึ่งทางใจ เมื่อคนเรามีทุกข์จะนึกถึงพระ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่นการสวดมนต์ การฝึกสมาธิ หรือการทำสมาธิ และการฝึกสติด้วยวิธีต่าง ๆ จะช่วยให้เกิดสติ คือความคิดอยู่กับปัจจุบัน จิตสงบ ก่อให้เกิดความสุขสบาย (ทัศนีย์ ทองประทีป , 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา ตันศรีรัตนวงศ์ (2541) เกี่ยวกับการเยียวยาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่นับถือศาสนาพุทธ พบว่าผู้ให้ข้อมูลใช้หลักธรรมศาสนา บรรเทาทุกข์ทางใจ ร้อยละ 92.5 โดยส่วนหนึ่งของการปฏิบัติ คือการทำพิธีทางศาสนา และการบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ซึ่งเป็นที่พึ่งทางใจ หรือความต้องการ

ทางด้านจิตวิญญาณ อีกหนทางหนึ่ง พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ จะแตกต่างกันออกไปโดยเฉพะอย่างยิ่งในยามเจ็บป่วย หรือมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เมื่อมีความเครียด บุคคลมักมีความต้องการทางจิตวิญญาณเป็นพิเศษ เพื่อความหวังและกำลังใจ หรือมีการต่อรองอื่น ๆ อาจเป็นอภินิหารย์ จากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือ พระเจ้า ที่นอกเหนือจากอำนาจการดูแล บันดาลของมนุษย์ธรรมดาจะกระทำได้ เพื่อความสำเร็จในเป้าหมายของชีวิต (ทัศนีย์ ทองประทีป , 2545) เนื่องจากผู้ที่เชื่อมั่นและศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นอิทธิพลความเชื่อ ถือเป็นรูปแบบหนึ่งของการอิฐฐาน ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อของความศรัทธาที่ยังคงปฏิบัติกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน (ยศ สันติสมบัติ, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรี คมจักรพันธ์ (2543) เกี่ยวกับประสบการณ์ การใช้บริการสุขภาพทางเลือกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผลที่ได้รับจากการบริการทางเลือก ด้านจิตใจ เพื่อการสร้างความหวังและกำลังใจ การศรัทธาในศาสนา ขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้รู้สึกดีขึ้น มีกำลังใจมากขึ้น จากการรักษาด้วยแรงศรัทธา มีหลักการพื้นฐานอยู่ที่ความเชื่อในด้านบวก ซึ่งจะมีผลทำให้อาการดีขึ้น หรือ หายได้ (อารยา เข้มชื่น และคณะ, 2546)

2.5 การปรับลดบทบาทในครอบครัวและสังคม

จากผลการศึกษาพบว่า การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเป็นโรคพาร์กินสันเป็นโรคที่รักษาไม่หาย มีอาการกำเริบรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ประกอบกับการเสื่อมถอยของร่างกายในวัยสูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับลดบทบาทหน้าที่ในครอบครัว เช่น ผู้สูงอายุที่เคยเป็นผู้นำหาเลี้ยงครอบครัว ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ต้องปรับลดบทบาทจากผู้นำครอบครัวมาเป็นผู้ตาม ผู้สูงอายุบางราย กลัวมีอาการกำเริบ จึงลดหรืองดการเข้าสังคม หรือนัดเฉพาะเพื่อนที่สนิท มาพบที่บ้านของตนเอง แทนที่การออกไปพบกันนอกบ้าน เพื่อที่ตนจะได้พักผ่อน และไม่เหนื่อยกับอาการของเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น การที่ผู้สูงอายุเคยเข้าสังคมมีเพื่อนฝูง เคยพูดคุยสนุกสนาน แต่การเจ็บป่วยครั้งนี้ ทำให้ตนพูด สื่อสาร ได้ไม่เหมือนเดิมจึงเลือกออกสังคมเฉพาะเท่าที่จำเป็นเท่านั้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางราย ที่มีคนรู้จัก นับถือเคยเป็นผู้นำชุมชน แล้วเมื่อมีอาการเจ็บป่วยก็ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมสังคมได้ดังเดิมต้อง ลาออกจากตำแหน่ง ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ วิชชุตา ดีชัย (2548) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับ ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ที่พบว่าผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หลายโรคทำให้ต้องหยุดทำงานประจำ และยังปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง/ไม่ได้ และพบว่ายังมี ผู้สูงอายุบางส่วนที่ทำบุญทำทานอยู่กับบ้านเพิ่มมากขึ้น แต่ลดการไปทำกิจกรรมทางศาสนาที่วัดลง เพื่อลดการใช้พลังงาน เนื่องจากภาวะสุขภาพที่งานทรุดถอยลงไป ส่วนการทำงานที่ต้องใช้พลังงาน มากก็จะลดลง หันมาทำงานที่เบา ๆ เป็นงานบ้าน เล็ก ๆ น้อย ๆ และสอดคล้องกับ การศึกษาของ

ชลดกร ภูสกุลสุข (2547) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยเรื้อรังที่ใช้พลังจักรวาลในการดูแลสุขภาพ พบว่า การเจ็บป่วยทำให้กระทบต่อการทำงาน ต้องเปลี่ยนอาชีพ เพื่อบรรเทาอาการของโรค และ บางรายต้องหยุดงาน ออกจากงาน และการเจ็บป่วยเป็นอุปสรรค ทำให้ไม่สามารถ ทำงานได้ตาม ความหวังที่ตั้งไว้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณช ธรรมสอน (2544) ศึกษาเกี่ยวกับ แบบแผน ชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย พบว่าปัญหาสุขภาพ กับ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน พื้นฐาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ สามารถปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานได้เอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่รุนแรง เช่น ปวดหลัง ปวดตามข้อ เป็นต้น

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่ ปฏิสัมพันธ์กับบุคคล และ สิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลใน ทางดี และไม่ดีแก่ผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลง ด้านหน้าที่การงาน โดยเฉพาะในช่วงเกษียณอายุงาน ภาระหน้าที่ครอบครัว เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงบทบาทจาก พ่อแม่เป็นปู่ย่า จากหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้อยู่อาศัย และกิจกรรมสังคมลดน้อยลง จึงเป็นภาวะวิกฤตสำหรับผู้สูงอายุ ในรายที่ปรับตัวไม่ได้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) การเผชิญกับปัญหาทางจิตสังคมดังกล่าวหลายอย่าง ทำให้เข้าสู่ภาวะหมดหวัง และฆ่าตัวตายได้ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2534; Miller, 1992) ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุต้องประสบกับ ผลกระทบดังกล่าว ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตตามปกติสูญเสียไป ต้องพึ่งพาผู้อื่น กลายเป็นบุคคลที่สูญเสียพลังอำนาจ (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2545)

3. การอยู่ด้วยการหาวิถีดูแลสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุต้องเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ต้องรักษาด้วยยาตลอดชีวิต มีอาการกำเริบที่ไม่แน่นอน ผู้สูงอายุจึงรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากอาการที่กำเริบและทรุดลงตามระยะเวลาการเจ็บป่วย ถ้าไม่ดูแลตนเองให้ดีจะมีอาการแทรกซ้อนรุนแรงต่าง ๆ ตามมา ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องเอาใจใส่ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น เพื่อป้องกันและชะลออาการของโรคไม่ให้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องตามทฤษฎี การดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995) ที่กล่าวว่าการดูแลตนเองมีความสำคัญต่อภาวะการเจ็บป่วย การดูแลตนเองที่เหมาะสมจะทำให้ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้ป่วยมีการดำเนินไปสู่การเกิดโรคช้าลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การที่จะดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ แม้ในยามเจ็บป่วยต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม การดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเชื่อว่าบุคคลมีแรงจูงใจใน ความต้องการที่ดูแลตนเอง โดยถ้าความสามารถในการดูแลตนเองและความจำเป็นในการดูแลตนเอง

มีความสมดุลบุคคลจะสามารถดำรงภาวะสุขภาพที่ดีไว้ได้ โดยทั่วไปภาวะที่เจ็บป่วย มีความจำเป็นในการดูแลตนเองจะเพิ่มขึ้น สามารถดำเนินชีวิตและปรับตัวอยู่กับโรคพาร์กินสันซึ่งเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย อีกทั้งทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันซึ่งเป็นโรคเรื้อรังมานานเมื่อมีอายุมากขึ้น จะมีการเรียนรู้ถึงการดำเนินของโรค และอาการของโรคที่เป็นเรื้อรังมานาน จึงมีการปรับตัวอยู่กับโรคได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า และผู้สูงอายุเพิ่งเริ่มเป็นโรค ระยะเวลาประสบการณ์การเรียนรู้ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถทำใจปรับตัวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรหมทิพา เวชรังษี (2549) เรื่องประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า พบว่า การแสวงหาวิธีรักษาและดูแลตนเอง ด้วยการบรรเทาอาการด้วยตนเอง ใช้วิธีการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน และได้รับข้อมูลการรักษาจากแหล่งต่างๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bramley และ คณะ (2005) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดย 1) ตั้งจุดมุ่งหมายในการรักษาความเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มแรก 2) เรียนรู้วิธีในการจัดการและพัฒนาการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 3) ยอมรับข้อจำกัดที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย 4) แสวงหาความรู้ที่อยู่ตลอดเวลา 5) ค้นหาความหมายที่มีคุณค่าและประสบการณ์ของชีวิต และ 6) การมีชีวิตอยู่กับปัจจุบัน ซึ่งการอยู่ด้วยการหาวิธีดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยประเด็นย่อย 8 ประเด็น ได้แก่

3.1 การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

การศึกษาค้นคว้าพบว่าการศึกษาที่ผู้สูงอายุมิ มีความเชื่อในการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อใช้รักษาให้อาการทุเลาและหายจากความทุกข์ทรมาน โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การมีบริหารร่างกาย และการรับประทานยาอย่างมีวินัย การที่ผู้สูงอายุต้องปรับตัวในการเรียนรู้วิธีที่จะรับประทานยาให้ถูกวิธีตามแพทย์ผู้รักษาสั่ง สร้างวินัยในการรับประทานยาให้ ตรงเวลา รอบครอบ ไม่ลดยาเอง ไม่ขาดยา แม้ว่ายาจะมีจำนวนมาก ก็ต้องปรับวิธีการรับประทานยาให้เหมาะสม ต้องปรับใจยอมรับการรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีสุตา แซ่ฮึ้ง (2542) พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุดูแลตนเองโดยปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยการรับประทานยาสม่ำเสมอ อีกทั้งยังไปตรวจตามนัด และออกกำลังกายเพราะรับรู้ถึงความดันโลหิตสูงปวดข้อปวดเข่า เบาหวาน เป็นโรคเรื้อรัง ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง รักษาไม่หายขาด แต่สามารถควบคุมได้ และ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิดา ยศหลวงฝัน (2546) เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เมื่อรับรู้ที่ตนเองติดเชื้อ เอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์แล้ว จะแสวงหาวิธีการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยการปรึกษาแพทย์และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด การแสวงหาสิ่งบำรุงสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่มีคุณค่า การ

รับประทานอาหารเสริม การออกกำลังกาย และ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพวรรณ เรืองพุด (2543) เรื่องประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ไม่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง จากการรักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ให้ข้อมูลพยายามเรียนรู้จากตำรา และยังได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพ การเรียนรู้ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ เพื่อให้ตนจะได้ระมัดระวัง ในส่วนนั้นมากขึ้นกว่าเดิม

3.2 การหลีกเลี่ยงความเครียด/โกรธ/ความรู้สึกตื่นเต้น

จากผลการวิจัยพบว่า การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นอาการ ได้แก่ หลีกเลี่ยงไม่ให้เครียด ไม่โกรธ ไม่ตื่นเต้น เนื่องจากผู้สูงอายุรับรู้ถึงความเครียด ความโกรธหรือเรื่องตื่นเต้น เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงยิ่งขึ้นได้ จึงหลีกเลี่ยง หรือหยุดกระทำสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้น การที่ผู้สูงอายุเคยมีประสบการณ์รับรู้ทั้งอาการกำเริบรุนแรงและอยู่กับความเจ็บป่วยมานาน จึงทำให้ผู้สูงอายุมุ่งมั่น และเคร่งครัดในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยไม่ให้เกิดกำเริบ และพยายามควบคุม การปฏิบัติของตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นวิธีการปฏิบัติตนอย่างหนึ่งที่ส่งผลในเชิงการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชชุดา ดีชัย (2547) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่าผู้ให้ข้อมูลได้ผ่านการเรียนรู้การปรับตัวมาเป็นระยะเวลาอันยาวนานทำให้สามารถยอมรับและโดยมีการปรับตัวกิจกรรมสุขภาพ ดังนี้ 1) ระวังการกินอาหาร/ควบคุมอาหาร 2) ระวังอย่าให้ท้องผูก 3) หลีกเลี่ยงอาหารแสลง 4) ปรับลดปัจจัยเสี่ยง 5) ลดน้ำหนัก 6) หลีกเลี่ยงไม่ให้เครียด 7) ปฏิบัติตามแผนการรักษา 8) รีบไปโรงพยาบาลตั้งแต่อาการไม่รุนแรง และ 9) แสวงหาการรักษาเสริมอื่น ๆ

3.3 การคิดวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

การที่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันเป็นผู้แสวงหาความรู้เรื่องเกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษา โดยการแสวงหาความรู้ กระทำอยู่ตลอดเวลาของการเจ็บป่วย การแสวงหาความรู้ นั้นมักจะมาจากข้อมูลที่เผยแพร่ เช่น หนังสือพิมพ์ วารสารสุขภาพ รายการโทรทัศน์ หนังสือเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เอกสารแผ่นพับ จากอินเทอร์เน็ต จากตำราและจากการแสวงหาความรู้จากบุคลากรทางแพทย์และพยาบาล จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุคิดหาวิธีดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยการคิดประดิษฐ์เครื่องทำความร้อนสำหรับใช้ประคบแขนขาที่เคลื่อนไหวได้ไม่ดี ทำให้ลุกจากที่นอนไม่ได้ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุคิดหาวิธีดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ และเพื่อให้ดำรงชีวิตได้ตามปกติ ส่วนการดูแลตนเองโดยการแสวงหาการรักษาเสริมอื่น ๆ เช่น

การบำบัดด้วยสมุนไพร การนวด การฝังเข็ม ใช้หลักศาสนา และกระทำโดยการขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อเป็นกำลังใจและการปฏิบัติ ศาสนกิจ ซึ่งการกระทำและการปฏิบัติดังกล่าว เป็นการพยายามในการปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งสิ้น เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละคน และเพื่อลดความรุนแรงของโรค หรือเป็นการป้องกันความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ชีวิตรอดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีความสุข

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้ว่าตนเองมีการเจ็บป่วยจากโรคพาร์กินสัน มีอาการสั่น ปวดเกร็ง เคลื่อนไหวร่างกายยากลำบาก ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและการทำกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งกายและใจ จึงคิดวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรหมทิพา เวชรังสี (2549) พบว่า ผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุทุกข์ทรมาน ผู้สูงอายุจึงใช้ การฝังเข็ม การนวด พยายามหาวิธีการรักษาและดูแลตนเองโดยวิธีต่าง ๆ เช่น การรับประทานยาสมุนไพร การออกกำลังกาย การใช้สมาธิบำบัด เป็นต้น เพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าให้ทุเลาลง และจัดการกับผลกระทบที่ได้รับจากการเจ็บปวด

3.4 การดูแลตนเองไม่ให้ล้ม

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสิ่งหนึ่งที่ต้องเผชิญคือความมั่นคงในการทรงตัวลดลง และความเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละปี ร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป หกล้มอย่างน้อย หนึ่งครั้งและประมาณครึ่งหนึ่งจะหกล้มหลายครั้ง ผู้สูงอายุที่มีการเดินผิดปกติและการทรงตัวบกพร่องมีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มและเกิดการบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น กระดูกหักเคลื่อนที่ไม่ได้ จะทำให้เกิดผลกระทบต่อสภาวะทางร่างกาย และความสามารถในการทำหน้าที่ ผู้สูงอายุมักจะเกิดภาวะซึมเศร้า ขาดสารอาหารและเกิดการติดเชื้อและอาจเสียชีวิตได้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

การหกล้มเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ การศึกษาระดับชาติเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุไทย พบ ร้อยละ 18.7 ของผู้สูงอายุมีการหกล้มเกิดขึ้นในระยะ 6 เดือนก่อนการสำรวจ โดยที่เพศหญิงมีอัตราการหกล้มสูงเป็น 1.5 เท่าของเพศชาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) ประมาณร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่หกล้มเกิดการบาดเจ็บขึ้นโดยร้อยละ 10 เป็นการบาดเจ็บที่ร้ายแรง เช่น กระดูกหัก

โดยเฉพาะกระดูกสะโพกหักพบได้ถึงร้อยละ 90 ที่มีสาเหตุมาจากการหกล้ม ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงและเป็นภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากผลทางสุขภาพร่างกายยังมีผลต่อภาวะจิตใจด้วย หากผู้สูงอายุ รู้สึกกังวลว่าจะหกล้ม ก็จะทำให้ขาดความมั่นใจในตนเอง ทำให้ไม่ยอมทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือ ออกนอกร้าน บางรายรู้สึกว่ตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและลูกหลาน สิ่งเหล่านี้อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งสาเหตุของการหกล้ม ในผู้สูงอายุนั้นมีสาเหตุทั้งภายนอกและภายใน สาเหตุภายนอกจะเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม เช่น แสงไฟสว่างไม่เพียงพอ พื้นลื่น ขรุขระ หรือมีสิ่งกีดขวาง ขาดราวยึดหรือที่จับเกาะบริเวณบรรไดหรือภายในห้องน้ำ การใช้ยาที่มีผลทำให้วังงซึม สาเหตุภายในจะเกี่ยวกับความเสื่อมของการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่มีผลต่อการทรงตัว อันได้แก่ การเสื่อมของระบบการมองเห็น ระบบเวสติบูลาร์ ระบบกายสัมผัสและการรับรู้การเคลื่อนไหวของข้อต่อ ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่ลดลง การหกล้มมักเกิดในขณะที่เดินหรือเปลี่ยนท่าทาง หากร่างกายไม่สามารถรักษาจุดศูนย์กลางมวลของร่างกายได้ (center of mass) ให้อยู่ในฐานรองรับหรือควบคุมการเคลื่อนไหวตำแหน่งของจุดศูนย์กลางมวลให้ราบเรียบขณะเคลื่อนไหว จะทำให้ร่างกายสูญเสียภาวะสมดุลและเกิดการหกล้มขึ้น

จากศึกษาของ Balash และ คณะ (2005) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสัน คือ การทรงตัวที่ผิดปกติ ผู้ป่วยจะล้มได้ง่ายและบ่อย ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเดิน หรือทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองลดลง ผู้ป่วยที่การดำเนินของโรคที่รุนแรงจะมีโอกาสหกล้มบ่อยกว่าผู้ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคในระยะเริ่มแรกเฉลี่ยร้อยละ 38-68 และมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน หกล้มอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยมีการบาดเจ็บกระดูกหัก และเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง ซึ่งเป็นผลจากการหกล้ม นอกจากนี้ Jellinger (2005) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคพาร์กินสันส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ซึมเศร้า นอนไม่หลับ สับสนประสาทหลอนทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ เมื่อเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ภาวะแทรกซ้อนทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น และยังพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคพาร์กินสันมีอัตราการตายเพิ่มมากขึ้นด้วย ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้อาจส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

จากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่เป็นโรคพาร์กินสัน จะมีปัญหาเรื่องการเดิน และการทรงตัวที่ไม่ดี เขาจะแข็งก้ำวลำบาก จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดการล้มได้ง่าย และผู้สูงอายุรับรู้ถึงผลกระทบที่ร้ายแรงจากอุบัติเหตุการล้ม จึงทำให้ ผู้สูงอายุต้องหาวิธีป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตนเอง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เกศินี วุฒินวงศ์ (2546) เรื่องประสบการณ์การดูแลที่บ้านในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับผลกระทบของการหกล้มเป็นปัจจัยสนับสนุนเพราะการรับรู้ภาวะสุขภาพทำให้บุคคลแสวงหาแนวทางการดูแลรักษาตนเอง

3.5 การดูแลตนเองไม่ให้ท้องผูก

การดูแลตนเองการที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้นั้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลจำเป็นต้องยอมรับและดำเนินชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีการดูแลรักษาตัวเอง โดยการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค เพื่อบรรเทาอาการของโรคให้ทุเลาเบาบางลง ต้องการหายจากโรคหรือแม้แต่หวังเป็นกำลังใจ ซึ่งได้มีการปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ดังนี้คือ ดูแลตนเองไม่ให้ท้องผูก เนื่องจากภาวะท้องผูกเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุไทย โดยเฉพาะในผู้หญิงและผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ คณะ, 2544) และปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันพบความบกพร่องของการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้ภาวะท้องผูกทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นโดยเฉพาะในระยะท้ายที่โรคมีอาการทรุดหนัก (Weiner, et al., 2002)

จากการศึกษาพบว่า การที่ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกหรือถ่ายยากซึ่งเป็นอาการสำคัญที่พบบ่อยมากในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จากอาการของโรคหรือผลข้างเคียงจากยาที่ใช้ในการรักษาโรค ทำให้ผู้สูงอายุต้องหาวิธีแก้ไขอาการดังกล่าวด้วยวิธีต่าง ๆ นอกจากการ ใช้ยาระบายแผนปัจจุบัน เช่น การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร ที่มีกากใยสูงโดยรับประทานผักผลไม้มากขึ้น ดื่มน้ำมากขึ้น การดื่มนม การคิดค้นสูตรอาหารที่ช่วยระบายท้อง การสวนล้างลำไส้(ดีท็อก)แก้อาการท้องผูก การใช้ยาสมุนไพร และการออกกำลังกายซึ่งสนับสนุนการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ คณะ (2544) เรื่องภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. ความหมายและอัตราความชุก พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการท้องผูกเพิ่มมากขึ้น และพบว่าการแก้ปัญหาท้องผูกส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชนไม่ใช้ยา โดยใช้การเปลี่ยนนิสัยในการขับถ่าย การออกกำลังกาย การดื่มน้ำมาก ๆ และการรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผักอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชชุตา ดีชัย (2548) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า จากสาเหตุต่าง ๆ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีการดูแลรักษาตนเอง โดยการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม

กับโรค เพื่อบรรเทาอาการให้ทุเลาเบาบางลง โดยการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนี้ คือ ระวังการกิน/ควบคุมอาหาร ระวังอย่าให้ท้องผูก และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพวรรณ เรืองวุธ (2543) เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ไม่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่ามีการระมัดระวังการกิน ดังนี้คือ งดอาหารที่ซอบ งดอาหารแสลง กินอย่าให้ท้องผูก เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง และสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างคนปกติ

3.6 การรักษาด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

เมื่อผู้สูงอายุพยายามใช้วิธีการบรรเทาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ด้วยตนเอง แต่การบรรเทาอาการต่าง ๆ ก็ช่วยได้เป็นครั้งคราวเท่านั้น ผู้สูงอายุยังคงมีอาการดำเนินของโรคไปตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น การรักษาด้วยแพทย์ที่เฉพาะทางระบบประสาททำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการรักษามากยิ่งขึ้นซึ่งลักษณะของการดูแลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย บุคคลตระหนักและประเมินเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตลอดจนตัดสินใจกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความผิดปกตินั้น (มัลลิกา มติโก, 2530)

จากการศึกษาพบว่า การที่ผู้สูงอายุต้องการรักษาด้วยแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะโรคเพื่อให้ได้รับการรักษาที่ดีที่สุด จึงตระเวน รักษาไปทั่ว ทั้งใน และต่างประเทศที่ใดที่ตนเชื่อถือ เลือกการรักษาที่เชื่อว่าดี เนื่องจากโรคพาร์กินสันเป็นโรคที่เรื้อรัง สามารถมีอาการที่รุนแรงขึ้นตามระยะของการเป็นโรค ผู้สูงอายุที่มีความรู้และความเชื่อที่แตกต่างกัน ก็จะแสวงหารักษาที่เชื่อว่าดีสำหรับตน อีกทั้งญาติ พี่น้อง บุคคลใกล้ชิดก็ยังมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรับการรักษาของผู้สูงอายุ การเลือกสถานที่รักษา ผู้สูงอายุหลายคนเปลี่ยนสถานที่รักษา โดยเชื่อว่าจะได้สถานที่รักษาตามที่คาดหวังทั้งของผู้ป่วยและญาติ เลือกแพทย์รักษา เปลี่ยนที่รักษาเพราะไม่มีแพทย์เพราะทาง เช่นแพทย์ที่รักษาเดิมย้ายหรือลาออกไป เนื่องจากการรักษาด้วยแพทย์ทั่วไปทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jellinger (2005) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคพาร์กินสันส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ซึมเศร้า นอนไม่หลับ สับสนประสาทหลอนทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ เมื่อเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น จากภาวะแทรกซ้อนทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น และยังพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคพาร์กินสันมีอัตราการตายเพิ่มมากขึ้นด้วย ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้จึงส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

3.7 การหาวิธีบำบัดอาการด้วยการแพทย์ทางเลือก

การที่ผู้สูงอายุเลือกการรักษาเสริมอื่น ๆ ด้วยการบำบัดด้วยแพทย์ทางเลือก โดยการใช้สมุนไพร ทั้งนี้เนื่องจากสมุนไพรมีการใช้รักษาในเมืองไทยมานาน สมุนไพรมีบทบาทสำคัญเนื่องจากยาไม่สามารถรักษาอาการต่าง ๆ ของโรคให้หายขาดได้ ผู้สูงอายุจึงเลือกการรักษาเสริมอื่น ๆ ด้วยการบำบัดด้วยสมุนไพร ซึ่งวิธีนี้จัดเป็นศาสตร์ทางเลือกในกลุ่มพืชสมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์ จากพืชสมุนไพรที่เป็นยา (Cassileth, 1999) ผู้ป่วยได้นำสมุนไพรมาใช้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น กิน อบ ประคบ และอาบ ทั้งนี้เนื่องมาจากการใช้สมุนไพรรักษาในเมืองไทยนั้นมีมาช้านาน แต่จากการเผยแพร่หลักการแพทย์แผนปัจจุบันที่เริ่มเข้ามาในช่วงปลายรัชกาลที่ 5 ผลการใช้สมุนไพรเสื่อมความนิยมลง แต่ในระยะหลังในสองทศวรรษที่ผ่านมา สมุนไพรได้เข้ามามีบทบาทสำคัญอีกครั้ง เนื่องจากได้เกิดโรคขึ้นมาใหม่หลายโรค และยาจากสารเคมีไม่สามารถรักษาได้ ทำให้เกิดความคิดขึ้นมาว่า เดิมเคยได้ยารักษาโรคมาจากสมุนไพรทั้งสิ้น ดังนั้นเมื่อหายาจากสารเคมีไม่ได้ จึงพากลับไปค้นหารวมชาติอีกครั้ง (พร้อมจิต ศรลัมภ์, 2542)

จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ให้ข้อมูลบางรายได้ใช้สมุนไพรรักษาไปพร้อมกับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันด้วย ทั้งนี้เนื่องจากคิดว่าการรักษาด้วยแผนปัจจุบันมีอาการคงเดิม การนำสมุนไพรมาใช้ในครั้งนี้เนื่องจากได้ยินได้ฟังสรรพคุณสมุนไพรจากเพื่อนญาติคนใกล้ชิดโฆษณา และสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับสมุนไพร จึงหันมาใช้สมุนไพรร่วมด้วย เพื่ออาการทุเลาดีขึ้น หรืออาจจะหายได้ และส่วนใหญ่จะใช้เวลาไปกับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน หรือบางรายก็หยุดใช้เมื่อรับรู้ว่ามีดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นาดยา วงศ์ยะรา (2547) ในการรับข้อมูลของผู้สูงอายุเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาอาการปวดเข่า โดยได้รับจากแหล่งข้อมูล คือ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน คนรู้จักและสื่อวิทยุ โดยรับรองวิธีการรักษานั้น ๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจในวิธีการดังกล่าว ซึ่งโดยทั่วไปบุคคลจะมีขั้นตอนการรักษา จากง่ายไปยาก รูปแบบการรักษาไล่ตัวไปไกลตัวก่อน คือ รักษาตนเองปรึกษาคนใกล้ชิด เพื่อนบ้านรักษาแบบพื้นบ้าน หมอผี หมอพระ หมอแผนโบราณ รักษาตามคลินิกและสุดท้ายเข้ารับบริการทางการแพทย์ต่าง ๆ และสนับสนุนการศึกษาของ ชวนพิศ ทำนอง (2541) พบว่า เมื่อผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีโรคที่เป็นอยู่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ด้วยวิธีทางการแพทย์แผนปัจจุบัน จึงหาวิธีดูแลตนเองด้วยการแสวงหารักษาเสริม เพื่อหวังที่จะหายจากโรคและควบคุมอาการกำเริบ และ มณี สหพันธ์ (2544) กล่าวถึงการแพทย์แผนไทยกับผู้ป่วยโรคเบาหวานว่า การกินสมุนไพรควบคู่กับยาแผนปัจจุบันเป็นการช่วยเสริมให้เรามีชีวิตยืนยาวได้และมีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่มีโรคแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ พัชรี คมจักรพันธ์ (2543) เกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพทางเลือกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ารูปแบบการให้บริการสุขภาพทางเลือกรูปแบบหนึ่ง คือ สมุนไพร ผลการใช้สมุนไพรพบว่า มีทั้ง อาการยังคงเหมือนเดิม ดีขึ้นเรื่อย ๆ เป็นมากกว่าเดิม และพบว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งใช้บริการทางเลือกควบคู่ไปกับการรักษาแผนปัจจุบัน เพื่อเป็นการเสริมการรักษา ต่อมาเมื่อมีประสบการณ์ต่อการรักษาชนิดนั้น ๆ แล้วจะเกิดการเรียนรู้ และการตัดสินใจที่จะใช้การรักษาในแบบแผนอื่นต่อไป โดยการกลับมาใช้แผนปัจจุบัน หรือใช้บริการสุขภาพ ทางเลือกเพียงอย่างเดียว หรือใช้ควบคู่กันไปทั้งสองอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของวิชชุดา ดีชัย (2548) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคพบว่าผู้สูงอายุทุกรายใช้สมุนไพรรักษาไปพร้อมกับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ด้วยเนื่องจากคิดว่าการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันยังมีอาการคงเดิม และพบผู้ให้ข้อมูลที่นับถือศาสนาอิสลามจำนวน 1 ราย ได้ใช้วิธีทางไสยศาสตร์ เพื่อรักษาโรคที่เป็นรักษาตามสาเหตุที่เกิดจากโรคดังกล่าว โดยการบัตเป่ารังควาน พร้อมทั้งใช้ยาผีบอก ซึ่งประกอบไปด้วยสมุนไพรผ่านการปลุกเสกตามวิธีการทางไสยศาสตร์มาแล้ว มาช่วยบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นซึ่งส่วนใหญ่ก็ได้ผลดี

การเลือกใช้บริการบัตเป่ารังควาน ถือเป็นการรักษาเยียวยาชนิดหนึ่ง เพื่อทำให้อาการเจ็บป่วยหายไป (คริสติน, 1991 อ้างในชวพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และคณะ, 2545) การนวดจัดอยู่ในกลุ่มของ ศาสตร์ที่ใช้การสัมผัส (Cassileth, 1999) โดยการนวดนั้นมีผลโดยตรงกับกล้ามเนื้อผลดีประการหนึ่งคือทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายลง ทำให้สารพิษที่คั่งในกล้ามเนื้อไหลเวียนออกไปได้ ขณะเดียวกันทำให้ระบบไหลเวียนดีขึ้น ลดอาการบวมที่เกิดขึ้น จากการมีเลือดคั่งจากการไม่ได้เคลื่อนไหวนาน ๆ (มานพ ประภาชานนท์, 2543) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเมื่อผู้สูงอายุมิการรับรู้ว่าคุณเองมีการเจ็บป่วยจากโรคพาร์กินสัน มีอาการสั่น ปวดเกร็ง เคลื่อนไหวร่างกายยากลำบาก ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและการทำกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งกายและใจ จึงต้องใช้บริการนวดมาช่วยบรรเทาอาการดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณทิพา เวชรังสี (2549) พบว่า ผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุทุกข์ทรมาน ผู้สูงอายุจึงใช้ การฝังเข็ม การนวด พยายามหาวิธีการรักษา และดูแลตนเองโดยวิธีต่าง ๆ เช่น การรับประทานยาสมุนไพร การออกกำลังกาย การใช้สมุนไพรบำบัด เป็นต้น เพื่อบรรเทาอาการปวดเข้าให้ทุเลาลง และจัดการกับผลกระทบที่ได้รับจากการเจ็บปวดและ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชชุดา ดีชัย (2548) เรื่องประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

หลายโรค พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตเท่านั้นเพื่อหวังที่จะเดินได้ หรือหายจากโรคนั้น ซึ่งการเลือกการบีบนิ้วถือเป็นพฤติกรรมรักษาเยียวยาวิธีหนึ่ง เพื่อให้อาการเจ็บปวดหายไป

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุบางรายเลือกใช้วิธีการฝังเข็ม เพื่อลดอาการต่าง ๆ ของโรคพาร์กินสัน จากการแนะนำของเพื่อน หรือญาติ เนื่องจากการฝังเข็ม ยังเป็นวิธีที่ไม่แพร่หลายนักในเมืองไทย ซึ่งเป็นศาสตร์สุขภาพทางเลือก ที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ และมีผู้เชี่ยวชาญในการรักษา น้อย จัดเป็นศาสตร์แห่งสุขภาพพื้นบ้าน ในระดับการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และการบำบัดรักษาที่เป็นระบบสืบทอดกันมา (Cassileth, 1999) ผู้สูงอายุบางรายจึงเดินทางไปรักษาในประเทศที่มีผู้เชี่ยวชาญ สอดคล้องกับการศึกษาของ มนัสวี อุดุลยรัตน์ (2542) พบว่าการฝังเข็มเป็นหนึ่งในสามของการปฏิบัติดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพาร์คินสันเรื้อรัง

3.8 การปรับกิจกรรมชีวิตตามช่วงการออกฤทธิ์ของยา หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นที่สัมพันธ์กับการออกฤทธิ์ของยา รับรู้ว่าการเวลายาออกฤทธิ์ว่าตนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ และเมื่อยามหมดฤทธิ์ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ต้องหยุดพัก จึงเรียนรู้เลือกเวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้สัมพันธ์กับช่วงการออกฤทธิ์ของยา

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันได้รับการรักษาด้วยยาในระยะเวลานาน มีการเรียนรู้เพื่อปรับตัวอยู่กับช่วงการออกฤทธิ์ของยาโดยเลือกทำกิจกรรมต่าง ๆ ช่วงยาออกฤทธิ์และรับรู้ว่าการช่วงยามหมดฤทธิ์ว่าตนเองจะไม่มีแรง ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ จึงหยุดทำกิจกรรมต่าง ๆ ในช่วงที่ยาหมดฤทธิ์ ผู้สูงอายุปรับกิจกรรมชีวิตตามช่วงการฤทธิ์ของยาเพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ จากการศึกษาของ Mott และคณะ (2005) ศึกษาเรื่องข้อจำกัดในเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสันพบว่าผู้เป็นโรคพาร์กินสันมีข้อจำกัดในเรื่องเพศสัมพันธ์ร้อยละ 73.5 และจากการศึกษาของ Aderson และ Bury (1988) ได้ศึกษาเรื่องความไม่สมดุลที่เกิดขึ้นกับการมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน พบว่าผลกระทบที่สำคัญ คือ 1) ผู้ป่วยยอมรับว่าการป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน ทำให้ตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ อาการของโรคจะรุนแรงขึ้นเป็นช่วงๆ ตลอดวันทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดทำกิจกรรมจนกว่าอาการของโรคจะสงบลง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุสามารถเลือกทำกิจกรรมตามที่ตนต้องการได้ในช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์ดี เช่น การขับรถ การทำกิจวัตรประจำวัน การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร และการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ที่สามารถมีชีวิตอยู่กับโรค เรียนรู้วิธีการดูแลตนเองโดยเลือกทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนปกติโดยไม่ต้องเป็นภาระแก่ผู้ดูแลตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Whiney (2004) ศึกษา

พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดย 1) ตั้งจุดมุ่งหมายในการรักษาความเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มแรก 2) เรียนรู้วิถีในการจัดการและพัฒนาการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 3) ยอมรับข้อจำกัดที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย 4) แสวงหาความรู้ อยู่ตลอดเวลา 5) ค้นหาความหมายที่มีคุณค่าและประสบการณ์ของชีวิต และ 6) การมีชีวิตอยู่กับปัจจุบัน (Wressle, E. et al., 2006)

4. การอยู่ด้วยความหวังและกำลังใจในการมีชีวิต หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความหวังว่าจะมีการรักษาที่ดีขึ้นสามารถทำให้หายจากโรคได้ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาที่ทันสมัยเพิ่มขึ้น หรือมีการทดลองเกี่ยวกับการรักษาใหม่ ๆ ผู้สูงอายุบางรายยินดีที่จะทดลอง และผู้สูงอายุยังต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นจาก ผู้ดูแลที่เข้าใจเข้าใจและมีความรู้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุต้องการให้มีการจัดชมรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนาตนเองและผู้ดูแลในการดูแล ทั้งนี้ ความต้องการทั้งหมดที่กล่าวข้างต้นก็เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในอนาคต

สำหรับผู้สูงอายุนั้นความเสื่อมของร่างกายส่งผลต่อการเกิดโรคและความเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น การสูญเสียความสามารถทางด้านร่างกาย และแบบแผนการดำเนินชีวิตนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงบทบาทจากสถานะที่สามารถดูแลและพึ่งตนเองได้ ไปสู่ต้องพึ่งพาคู่คนอื่น ๆ และเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องการผู้ดูแลเข้ามาช่วยเหลือ การที่สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล หรือรับผิดชอบในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่มีความเจ็บป่วย มีการส่งเสริมสุขภาพทำให้ครอบครัวเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้ ในด้านการกระตุ้น การให้กำลังใจ โดยการที่สมาชิกในครอบครัวได้ให้การดูแลทางด้านจิตใจ การพูดคุยทำให้เกิดการดูแลการรับรู้ถึงความหวังและเกิดกำลังใจในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา (Burke and Larane, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวไทย พบว่าบุตรที่โตแล้ว อยู่ร่วมบ้านกับผู้สูงอายุ และเกื้อหนุนนับเป็นการตอบสนองของความต้องการของผู้สูงอายุที่คาดหวังให้ลูกหลานดูแลตนเอง (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2535)

การมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวเป็นบทบาทที่สำคัญในการดูแล ผู้สูงอายุและมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตน ในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ต้องเผชิญทั้งกับโรคที่เป็น ผลกระทบของโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรคช่วยในการลดอัตราการเข้ารับการรักษา

ในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลตนเองโดยการได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากคนใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนในครอบครัว เพื่อน และ ทีมสุขภาพ ส่งผลต่อการมีความหวัง กำลังใจ และใช้ชีวิตต่อไป ไม่ท้อแท้ และอยากมีชีวิตอยู่ต่อไปเพื่อลูกหลาน สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น เครือญาติ ครอบครัว เพื่อน และ ทีมสุขภาพ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพของตนเองดีขึ้น (พิมพวรรณ เรื่องพุทธ, 2543; มนัสวี อุดลยรัตน์, 2542) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีความสุขความอบอุ่นในครอบครัว จะมีความสนใจที่จะดูแลตนเองเพื่อที่จะได้อยู่กับครอบครัวไปนาน ๆ นอกจากนี้การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุดคือ ลูกหลาน คู่สมรส บุคคลเหล่านี้มีบทบาทสำคัญ ต่อการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุมากที่สุด จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลเหล่านี้ ทั้งในยามเจ็บป่วยและยามปกติ นับว่าเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลพึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรนุช ธรรมสอน (2544) เกี่ยวกับแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลจากบุตรหลาน ทั้งยามเจ็บป่วยและยามปกติ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุ รับรู้ว่าตนเองไม่ถูกทอดทิ้ง ต้องการให้บุตรหลาน ดูแลในเรื่องการพาไปวัด พาไปพบปะเพื่อนฝูง เป็นต้น โดยปกติคนไทยเราจะเชื่อและให้คุณค่าในเรื่องความกตัญญู ต่อผู้มีพระคุณ การเคารพนับถือต่อบิดามารดา หรือผู้สูงวัย โดยเฉพาะวัยสูงอายุ ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขท่ามกลางการดูแลของคนในครอบครัวที่มีลูกหลาน และคู่สมรสคอยดูแลตลอดเวลาทุก ๆ ด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชา อุปโยคิน และคณะ (2541) เกี่ยวกับสถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุคิดว่าความเจ็บป่วยมีโรคประจำตัวเป็นอุปสรรค บั่นทอนสถานภาพและบทบาทโดยตรงต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา ต้องให้บุตรหลานเป็นผู้ดูแล ทั้งทางด้านการเงิน การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความต้องการและความหวังในการดูแลรักษา คือ การที่ผู้สูงอายุมีความหวังว่าจะมีการรักษาที่ดีขึ้นสามารถทำให้หายจากโรคได้ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาที่ทันสมัยเพิ่มขึ้น หรือมีการทดลองเกี่ยวกับการรักษาใหม่ ๆ ผู้สูงอายุบางรายยินดีที่จะทดลอง และผู้สูงอายุยังต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นจาก ผู้ดูแลที่รู้ใจเข้าใจและมีความรู้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุต้องการให้มีการจัดชมรมเพื่อ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนาตนเองและผู้ดูแลในการดูแล ทั้งนี้ ความต้องการทั้งหมดที่กล่าวข้างต้นก็เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในอนาคตความต้องการ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Bell, et al., 2004) หากได้รับการตอบสนอง จะหายจากการเจ็บป่วยเร็วขึ้นความต้องการช่วยเหลือตนเองได้ให้สามารถเข้าสังคมได้อย่างปกติสุข ความต้องการได้รับการยอมรับจากกลุ่ม หรือสังคมในเรื่องความเจ็บป่วยหรือพิการความต้องการรักษาพยาบาลที่ดี เพื่อให้หายจากโรคโดยเร็วและกลับไปปฏิบัติงานได้ตามปกติ ความต้องการบรรลุจุดหมายในชีวิต ต้องการหายจากโรคและเป็นที่ยอมรับของสังคมรอบข้างความต้องการกำลังใจ และความเข้าใจจากคนรอบข้างความต้องการ การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว เมื่อเกิดปัญหาในยามเจ็บป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งการอยู่ด้วยความหวังและกำลังใจในการมีชีวิต ประกอบด้วย ประเด็นย่อย 3 ประเด็น ได้แก่

4.1 หวังมีชีวิตที่ดีขึ้นหลังรักษาและหวังที่จะหายจากโรค

ความหวังเป็นสิ่งสำคัญที่สุดของการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย และความหวังก่อให้เกิดการปรับตัว ด้านสรีรภาพและจิตใจ การตั้งความหวัง ในการปฏิบัติดูแลตนเองจึงจะประสบความสำเร็จ (Miller and Power, 1988) ความหวังเป็นประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุซึ่งต้องการหายจากโรค โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าสิ่งเหนือธรรมชาติ หรือสิ่งลี้ลับมีอำนาจสามารถดลบันดาลให้ตนเองหายจากโรคได้ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าตนเองเป็นโรคที่รักษาไม่หาย การดำเนินของโรคจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพทรุดโทรมลงเรื่อย ๆ แต่กระนั้นความเชื่อในเรื่องอำนาจ ลี้ลับ ก็เป็นความหวังที่จุดประกายให้ชีวิตของผู้สูงอายุมีความสว่างในทางเดินไปข้างหน้า ถึงแม้ว่าจะเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ไม่ได้ก็ตาม สะท้อนให้เห็นว่าประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเป็นโรคพาร์กินสัน ทำให้ชีวิตของผู้สูงอายุไม่มีความสุข จากสถานการณ์ของโรคคุกคามชีวิตของผู้สูงอายุทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล การมีความหวังจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากความหวัง เปรียบเหมือนพลังการต่อสู้ ความหวังนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุหายจากโรคจึงถือเป็นความปรารถนาของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันทุกราย ถึงแม้ว่าจะทราบดีอยู่

แล้วว่าไม่มีโอกาสก็ตาม แต่อย่างไรก็หวังว่าจะมีสิ่งมหัศจรรย์เกิดขึ้นโดยอยากให้เกิดปฏิหารย์ และเฝ้า
รอว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบางในทางที่ดีขึ้นเพื่อสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันหวังมีชีวิตที่ดีขึ้นหลังรักษาและ
หวังที่จะหายจากโรค การที่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันต้องรับประทานยาเป็นระยะ
เวลานานและมีอาการของโรคที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ระยะเวลาแสดงอาการของโรคมากขึ้น มีการตอบสนอง
ของยาลดลง จึงต้องปรับการรักษาด้วยการรับประทานที่ถี่ขึ้นมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง จากอาการ
กำเริบของโรคมากขึ้นทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีความหวังว่าการรักษาจะทำให้
ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และหวังว่าจะมีวิธีการรักษาโรคนี้นี้ให้หายได้ในอนาคต ไม่ว่าจะเป็นการ
รักษาที่ทันสมัยเพิ่มขึ้น หรือมีการทดลองเกี่ยวกับการรักษาใหม่ ๆ ผู้สูงอายุบางรายยินดีที่จะทดลอง
เพราะอยากหายจากโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิน พริกบุญจันทร์ (2547) เรื่อง ประสพการณ์
ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการหายจากโรค
และการศึกษาของ สุทธิดา ยศหลวงฝัน (2546) ประสพการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์ พบว่า
ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายแต่ก็ยังคงมีความหวังว่าจะมีวัคซีน หรือยามารักษาให้
หายได้ และ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชชุดา ดีชัย (2548) เกี่ยวกับประสพการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็น
โรคเรื้อรังหลายโรค ที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วย 3 ใน 11 รายไม่ยอมรับสถานการณ์
ที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้ ผู้สูงอายุเหล่านี้ยังคงมีความหวังต่อการรักษา ซึ่งความหวังที่คิดว่าจะสามารถ
รักษาให้หายได้ เป็นความหวังที่อยู่ในส่วนลึกของจิตวิญญาณ ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเป็นไปได้และมีเพียง
ปฏิหารเท่านั้น ที่ทำให้ความหวังนี้เป็นความจริง อย่างไรก็ตามความหวังในปฏิหารย์ ก็ช่วยให้ผู้สูงอายุ
รู้สึกว่าคุณชีวิตยังมีหนทาง เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ต่อไป

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลตนเองโดย
การได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากคนใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนในครอบครัว เพื่อน และทีม
สุขภาพ ส่งผลต่อการมีความหวัง กำลังใจ และใช้ชีวิตต่อไป ไม่ท้อแท้ และอยากมีชีวิตอยู่ต่อไปเพื่อ
ลูกหลาน สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าการมีแหล่ง
สนับสนุนทางสังคม เช่น เครือญาติ ครอบครัว เพื่อน และทีมสุขภาพ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแล
สุขภาพของตนเองดีขึ้น (พิมพวรรณ เรื่องพุทธ, 2543; สุชัยัญญา วงษ์เพ็ง, 2542; สมบัติ ไชยวัฒน์ และ
คณะ, 2543; มนัสวี อดุลย์รัตน์, 2542) และจากการศึกษาของวรณี ดำรงรัตน์ และคณะ (2545) เกี่ยว

กับสัมพันธภาพในครอบครัวการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน แอ๊ดแห่งหนึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีพฤติกรรมการดูแล

ตนเองดีด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีความสุขความอบอุ่นในครอบครัวจะมีความสนใจที่จะดูแลตนเองเพื่อที่จะได้อยู่กับครอบครัวไปนาน ๆ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้แพทย์ พยาบาลเป็นผู้ให้กำลังใจ และให้การดูแลรักษาที่ดีที่สุด จากการสำรวจความต้องการของญาติและผู้ป่วยวิกฤตพบว่า ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าคุณค่าที่สามารถตอบสนองความต้องการของตนได้มากที่สุด คือ พยาบาล รองลงมาคือแพทย์ (สุภารัตน์ ไวยชีตาและคณะ, 2542) จากประสบการณ์ ของผู้วิจัยจะเห็นได้ว่าแพทย์ พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้น การดูแลรักษาผู้ป่วย จะต้องดูแลด้วยใจที่เปี่ยมไปด้วยความเอื้ออาทร ดังที่ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2542) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยด้วยความเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ สัมผัสด้วยความอ่อนโยน และอยู่เคียงข้างยามคับขัน เป็นสื่อแสดงความเอื้ออาทร ซึ่งจะเกิดความหวังทันที สอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมา ปิยะศิริภักดิ์ (2545) เกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลเอื้ออาทรของพยาบาลตามการรับรู้ ของผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากการพยาบาลแบบองค์รวมโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สร้างความรู้สึกประทับใจ และพึงพอใจแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้การดูแลอย่างใกล้ชิดเกือบตลอดเวลา อีกทั้งเอาใจใส่ และเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ

4.2 หวังให้ครอบครัวข้างเข้าใจ และดูแลเพิ่มขึ้น

ทั้งนี้เพราะในวัยสูงอายุมีความเสื่อมถอยโดยเฉพาะด้านภาวะสุขภาพทั่วไปผู้สูงอายุ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นร่วมด้วย ซึ่งวัฒนธรรมไทยถือว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลสำคัญในครอบครัว ครอบครัวไทยดั้งเดิมเป็นครอบครัวขยายมีขนาดใหญ่ ประกอบด้วย ปู่ ย่าหรือ ตา ยาย และพ่อ แม่ ลูก มีผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครอบครัวคอยดูแลทุกข์สุขเป็นที่ปรึกษาของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งบุตรหลานจะต้องเอาใจใส่ และดูแลผู้สูงอายุ ให้ได้รับความอบอุ่น และมีชีวิตอย่างสงบสุข (จิตตินันท์ เดชะคุปต์, 2539) ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุและเคารพ นับถือ เชื่อฟัง จึงเป็นหน้าที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว จากการที่สังคมไทยเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม จนเป็นสังคมยุคเทคโนโลยีสารสนเทศ มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านสังคม

เศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว การทำงานนอกบ้านของสมาชิกในครอบครัวมีมากขึ้น การย้ายถิ่นเพื่อการทำงานของสมาชิกเป็นผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพัง สัมพันธภาพในครอบครัวน้อยลง (ทวี ธารโร, 2539)

นอกจากนี้ยังพบว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งร่างกายจิตใจสังคมที่ดีที่สุด ค่านิยมและวัฒนธรรมไทยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เป็นค่านิยมที่เปรียบผู้สูงอายุเป็นผู้ให้ เป็นผู้มีความรู้ในครอบครัวและสังคม เป็นผู้ควรได้รับการตอบสนองอย่างยกย่องเชิดชู กล่าวคือเป็นผู้ที่ทำประโยชน์ ทางเศรษฐกิจให้กับครอบครัว และสังคมในครั้งที่อยู่ในวัยทำงาน เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ก็จะเปลี่ยนฐานะจากผู้ให้มาเป็นผู้รับมากขึ้น กล่าวคือต้องการการดูแลเอาใจใส่ จากสมาชิกในครอบครัวและสังคมมากขึ้น โดยปรากฏชัดเจนเมื่ออยู่ในสภาพช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และต้องการความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังคัดค้านการดูแลทางด้านจิตใจและสังคม โดยต้องการอยู่ร่วมกับบุตรหลาน และได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้วยความรัก ได้รับการยกย่องนับถือจากบุตรหลาน และจากบุคคลในสังคม ในฐานะผู้อาวุโสที่มีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม จากการศึกษาของ ปรีชา อุปโยคินและคณะ (2541) เกี่ยวกับสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุ ที่เคยเป็นบุคคลที่รับผิดชอบในครอบครัว เป็นเสาหลักของครอบครัวมาอย่างยาวนาน ลูกหลานให้ความเคารพยกย่อง ประกอบกับในสังคมไทยความกตัญญูรู้คุณบิดามารดา เป็นสิ่งที่สังคมยึดถือปฏิบัติสืบต่อกันมาอย่างยาวนาน จนกลายเป็นบรรทัดฐานในสังคม จึงแสดงออกด้วยการที่ลูกหลานต้องเลี้ยงดูพ่อแม่เมื่อยามแก่เฒ่าหรือเจ็บป่วย

การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ในระยะเวลาอันยาวนานมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นตามระยะเวลา ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงตามลำดับ ประกอบกับตนเองอยู่ในวัยสูงอายุสภาพร่างกายมีการเสื่อมถอย มีภาวะพึ่งพาสูงกว่าคนอื่น ผู้สูงอายุจึงต้องได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงทำให้มีความต้องการการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ดูแลควรเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคและการรักษาเพื่อการช่วยดูแลที่มีประสิทธิภาพ เป็นที่ประจักษ์ว่าการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายมีเพิ่มขึ้นตามวัยที่เพิ่มขึ้น และปรากฏให้เห็นชัดเจนเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทำให้มีข้อจำกัดต่อการมีกิจกรรมในสังคม มีเวลาและอยู่กับตนเองมากขึ้น ประกอบกับ

การเกษียณอายุการทำงาน และการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เป็นเหตุชักนำให้ ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล ว้าเหว่ และซึมเศร้าได้ สภาพจิตใจอารมณ์เหล่านี้ จะย้อนกลับไปทำให้ ภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายเลวลงอีก ฉะนั้นผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแลทั้งสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอกระบวนการเสื่อมถอยของร่างกาย ตลอดจน ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าการที่ผู้สูงอายุรับรู้โรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถ รักษาหายได้ ผู้เจ็บป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ตลอดเวลาที่มีชีวิตอยู่กับโรค ความสามารถในการ ช่วยเหลือตนเองลดลงหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยในเวลาที่เมื่ออาการกำเริบ ประกอบกับ สภาพร่างกายที่เสื่อมถอยในวัยสูงอายุทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในยามเจ็บป่วยมากกว่าวัยอื่น ผู้สูงอายุจึง ต้องการได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการได้รับการดูแลเอาใจใส่ ประณินบัติจาก คนในครอบครัว ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ความต้องการให้คนรอบข้างเข้าใจและต้องการการดูแล เพิ่มขึ้นจาก ผู้ดูแลที่เข้าใจและมีความรู้ วัยสูงอายุเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมาอย่างยาวนาน เป็นวัยที่ถูกหลานต่างให้การเคารพ ในฐานะผู้ที่เคยเลี้ยงดูในครอบครัวเป็นเสาหลักของครอบครัวมา ก่อนถูกหลานต่างก็ให้ความเคารพยกย่อง การที่ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัวและ สังคม ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นคุณค่า ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง(Self-esteem) หมายถึง การ ที่บุคคลเชื่อว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ มีความสามารถ การที่ตนเองได้รับความรัก ได้รับการ ยอมรับจากบุคคลอื่น (Ebersole and Hess,1998) สุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ที่สภาพจิตใจ การดูแล เอาใจใส่ ความห่วงหาอาทรและการรับรู้ว่าคุณค่า ในความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุทุกคน ที่มี คนปฏิบัติต่อเขาอย่างดี อย่างกตัญญูรู้คุณ แม้ร่างกายของผู้สูงอายุจะทรุดโทรม หมดสภาพ ถดถอย และดูเหมือนต่ำต้อยด้อยค่า วัฒนธรรมไทยยกย่องคุณค่าผู้สูงอายุ สอดคล้องกับศึกษาของ สุนุตตรา ตะนนพงศ์ และ คณะ (2547) เรื่องความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวใน 5 จังหวัดชายแดน ภาคใต้ต่อบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวเห็น พ้องกันว่าครอบครัวควรมีความรู้ และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการทำกายภาพบำบัดให้ ผู้สูงอายุซึ่งแสดงถึงการมีบทบาทสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับศึกษาของ Caap-Ahlgren และคณะ (2002) เรื่องประสบการณ์ของหญิงสูงอายุที่ดำเนินชีวิตอยู่กับการมีอาการ

ของโรคพาร์กินสันผลการศึกษาพบประเด็นหลัก 4 ประเด็น คือ 1) มีความหวังที่จะมีภาพลักษณ์ที่เป็นปกติ 2) มีความปรารถนาที่จะทำหน้าที่ภรรยาที่ดี 3) ต้องการที่จะให้ผู้อื่นเข้าใจความรู้สึกของตนเอง 4) รับรู้ว่าเป็นตราบาป (Perceived stigmatization)

4.3 หวังให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

โดยปกติ ผู้สูงอายุ มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ อีกทั้งยังต้องเผชิญกับระยะการดำเนินของโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่ ปฏิสัมพันธ์กับบุคคล และ สิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจจะส่งผลในทางดี และไม่ดีแก่ผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลง ด้านหน้าที่การงาน โดยเฉพาะในช่วงเกษียณอายุ งาน ภาระหน้าที่ครอบครัว เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงบทบาทจาก พ่อแม่เป็นปู่ย่า จากหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้อยู่อาศัย และกิจกรรมสังคมลดน้อยลง จึงเป็นภาวะวิกฤตสำหรับผู้สูงอายุ ในรายที่ปรับตัวไม่ได้ (วิไลวรรณทองเจริญ, 2545) และ อาจจะต้องเผชิญ กับภาวะจิตสังคมดังกล่าวหลายภาวะ ทำให้เข้าสู่ภาวะหมดหวัง และฆ่าตัวตายได้ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2534; Miller, 1992) จากการอธิบายของทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory หรือ Development task theory) เชื่อว่า ผู้สูงอายุยังคง ต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เพื่อเป็นผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์โดยกิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลและมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง (Positive self concept) (Havighurst, 1972 อ้างถึงใน จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2549) ดังนั้นถึงแม้ว่าบุคคลจะมีอายุเพิ่มมากขึ้นอาจจะเจ็บป่วย แต่ผู้สูงอายุสามารถเลือกได้ในการที่จะดำรงชีวิตให้มีความตื่นตัวไม่หยุดนิ่งและมีความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลรอบ ๆ ตัวและสังคม นับว่าเป็นสิ่งที่มี ความสำคัญต่อผู้สูงอายุอย่างยิ่งซึ่งการมีกิจกรรมและสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นนอกครอบครัว เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพราะเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสังคม และการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณยังสามารถทำกิจกรรมได้อย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมองตนเองอย่าง มีคุณค่า มีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม รวมทั้งรู้สึกว่าคุณชีวิตตนเองมีคุณค่าและมีความหมายต่อ บุคคลอื่น

การช่วยเหลือด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีผลดี คือการเข้ากลุ่มร่วมกับผู้ป่วยโรคเดียวกัน ที่ได้ผ่านการตรวจและรักษาไปแล้ว ผู้ป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดและประสบการณ์กับผู้ที่เคยอยู่ใน สภาพเดียวกับตนมาก่อน การปลอบใจและการให้กำลังใจเป็นที่ยอมรับโดยผู้ป่วยได้ง่ายกว่า ในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตใจ และพฤติกรรมผิดปกติมาก อาจมีความจำเป็นต้องส่งปรึกษาจิตแพทย์ เพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไปด้วยจิตบำบัด พฤติกรรมบำบัดหรือวิธีอื่น ๆ ที่เหมาะสม การจัดตั้งชมรมเป็นรูปแบบหนึ่งของระบบบริการทางสังคมด้วยการสร้างเสริมสุขภาพของสูงอายุ ช่วยทำให้ สมาชิกชมรมได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้รับการตรวจสุขภาพและ การเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนกำหนดเป้าหมายและทิศทางการทำงานของชมรม ผู้สูงอายุให้เกิดประโยชน์ร่วมกันเกิดกระบวนการเรียนรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุจะต้องได้รับการกระตุ้นจากทีมสุขภาพ ทำให้เกิดการเรียนรู้แบบแผนสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าชีวิตเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นคิดถึงอนาคตของตนเองชีวิตยังมีค่ามีประโยชน์ต่อสังคมและรู้สึกพอใจกับความเป็นอยู่ในปัจจุบันทำให้ตนรู้สึกมีประโยชน์ต่อคนในกลุ่ม ได้รับการยกยอมรับ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การที่ผู้สูงอายุคิดว่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้ป่วยและญาติ เป็นการส่งเสริมพัฒนาตนเองและผู้ดูแล ในการดูแลรักษาสุขภาพ และเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นให้กับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในอนาคต ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันหวังให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยมีการจัดตั้งชมรมสำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ข้อมูลบางรายยังคงปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมอยู่บ้าง ยังไปเข้าร่วมกลุ่มเพื่อฟังคำบรรยาย ที่เกี่ยวกับโรคที่ตนเป็นอยู่ เพื่อเป็นการดูแลรักษาตนเอง ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น และสามารถนำเอาความรู้ที่ได้เหล่านั้นมาดูแลตนเองซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมของผู้สูงอายุ ที่ว่ากิจกรรมใดเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นๆ และรู้สึกพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น ๆ ได้แต่จากการศึกษาของศรีสุดา แซ่ฮึ้ง (2542) พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ พบว่าไม่เข้าร่วมกิจกรรมสังคมร้อยละ 95 และมีการเข้าร่วมสังคมน้อยละ 5 ซึ่งจากผลการวิจัยนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีอาการรุนแรงจะพยายามปรับลดการเข้าร่วมกิจกรรมสังคมเนื่องจากกลัวอาการของโรคกำเริบ

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้เข้าใจถึงประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทยอย่างลึกซึ้ง ซึ่งข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในงานทางการแพทย์ของผู้สูงอายุได้เป็นประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้สูงอายุได้ความหมายที่สะท้อนถึงประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันว่าเป็นโรคที่มีอาการไม่แน่นอน จากอาการของโรคและผลการรักษาด้วยยาส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องมีชีวิตอยู่กับข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจในเชิงลบ ตั้งแต่เริ่มรับรู้ว่าตนต้องตกเป็นผู้ป่วยผู้สูงอายุจะตกใจไม่เชื่อและไม่ยอมรับว่าตนเองป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน การเจ็บป่วยที่มีระยะยาวนานเรื้อรัง มีอาการทรุดลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่เจ็บป่วย ประกอบกับความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายและจิตใจในวัยสูงอายุ ทำให้มีอาการของโรคกำเริบรุนแรงและทรุดลงอย่างรวดเร็วไม่สามารถควบคุมอาการได้ ผู้สูงอายุจึงรู้สึกยากที่จะทำใจยอมรับกับสภาพการเจ็บป่วยได้ ดังนั้นบทบาทสำคัญของพยาบาลผู้สูงอายุ คือ การช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและเรียนรู้ปรับตัวอยู่กับโรคได้ ด้วยวิธีต่าง ๆ ดังนี้

1.1 พยาบาลผู้สูงอายุควรจัดให้มีคู่มือการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันอย่างมีความสุข เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้การปรับตัวได้อย่างรวดเร็ว มีการดำเนินชีวิตอย่างมีแบบแผน โดยมีเป้าหมาย คือสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ สามารถสรรหาสิ่งดัดแปลงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ และการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

1.2 พยาบาลผู้สูงอายุควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยการจัดกลุ่มสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยหายจากความรู้สึกอาย ว่าเหว ท้อแท้ ความรู้สึกไร้ค่า ก่อให้เกิดความหวัง เพราะมองเห็นว่าผู้ป่วยอื่นก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกันกับตนและเกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์การจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วย และควรนำผู้ป่วยที่สามารถปรับตัวได้ดีเป็นแกนนำกลุ่ม

1.3 พยาบาลผู้สูงอายุควรจัดให้มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยการจัดอบรมบุคคลในครอบครัวและญาติเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสมและวิธีส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสานความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการปรับตัวยอมรับสภาพ

การเจ็บป่วย สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยไม่พึ่งญาติหรือผู้ดูแลจนเกินไป และช่วยบรรเทาความรู้สึกทุกข์ของครอบครัวและญาติของผู้ป่วยด้วย

1.4 จากการศึกษาที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะแสวงหาที่พึ่งทางใจตามความเชื่อทางวัฒนธรรมและความศรัทธาทางศาสนา ดังนั้นพยาบาลผู้สูงอายุควรส่งเสริมการจัดการกับความเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ ตามความเชื่อความต้องการการปฏิบัติตามวัฒนธรรม และ ศรัทธาในศาสนา นั้น ๆ โดยส่งเสริมให้การทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น ถ้าผู้สูงอายุนับถือศาสนาพุทธ ควรแนะนำ การทำสมาธิ การฝึกสมาธิ (วิปัสสนากรรมฐาน) การสวดมนต์ภาวนา การทำบุญ การบริจาคทาน พร้อมทั้งแนะนำครอบครัวของผู้สูงอายุให้สนับสนุนผู้สูงอายุให้มีการปฏิบัติต่อเนื่อง การที่ผู้สูงอายุมีหลักยึดเหนี่ยวทางใจทำให้เกิดพลังใจที่จะมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยและช่วยให้ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น

2. จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันได้ให้ความหมายการมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันว่าเป็นโรคที่ทำให้ชีวิตไร้ค่า สะท้อนถึงมุมมองของผู้สูงอายุต่อการเจ็บป่วยที่ทำให้ตนเองรู้สึกไร้คุณค่า ประเด็นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงถือเป็นประเด็นที่มีความสำคัญมากในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน ดังนั้นบทบาทสำคัญของพยาบาลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักในคุณค่าของตนเองมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองซึ่งก่อให้เกิดแรงจูงใจในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีต่อไป นอกจากนี้พยาบาลผู้สูงอายุควรนำกิจกรรมต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับผู้สูงอายุเพื่อช่วยในการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่น การใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self help group) หรือ การใช้กิจกรรมนันทนาการที่เหมาะสมให้ผู้สูงอายุเช่นการเต้นรำ ร้องเพลงหรือจัดกิจกรรมตามแนวคิดนีโอฮิวแมนนิสต์ด้วยวิธีโยคะ และการนั่งสมาธิ ทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะกับบุคคลอื่นเป็นวิธีช่วยส่งเสริมให้ชีวิตของผู้สูงอายุมีความหมายยิ่งขึ้น และส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น และพยาบาลผู้สูงอายุควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม เมื่อผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ กับครอบครัว ญาติ และเพื่อนในทางที่ดี มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน รักใคร่สามัคคี มีการพบปะพูดคุยกันเสมอ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าชีวิตของตนมีความหมาย มีความสุข และมีความรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองสูง

3. จากการศึกษาครั้งนี้เป็นการให้ความหมายและประสบการณ์การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันที่สะท้อนถึงความรู้สึกนึกคิดของการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ในเชิง

ลบ ดังนั้น บทบาทของพยาบาลควรให้ความสำคัญการดูแลด้านจิตใจ เพราะเมื่อผู้สูงอายุและครอบครัวรับรู้การวินิจฉัยโรค มักจะตกใจ เสียใจ พยาบาลผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยพ้นความยากลำบากนั้นไปด้วยการอยู่เป็นเพื่อนสอบถามความรู้สึก ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ ออกมาเมื่อผู้ป่วยคลายความตกใจโศกเศร้า พยาบาลควรให้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคและการรักษาและร่วมกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับญาติ นอกจากนี้พยาบาลผู้สูงอายุผู้ให้คำปรึกษาควรประเมินการรับรู้ และสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุทุกครั้งที่มารับการรักษา เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความทุกข์ภายในใจและบอกเล่าปัญหาสุขภาพต่าง ๆ โดยการรับฟังแสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจและให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และพยาบาลผู้สูงอายุควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรู้สึกที่ตนเองยังมีคุณค่า มีชีวิตอยู่ด้วยความภาคภูมิใจ รับรู้การเปลี่ยนแปลงในชีวิต ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยอมรับและปรับตัวอยู่กับโรค

4. พยาบาลผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ที่จากการศึกษาประสบการณ์การดำเนินชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน ทั้งในด้านการรับรู้และการจัดการกับความเจ็บป่วย ไปใช้ในการเข้าใจเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ และการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เป็นการรับรู้ตามประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

5. พยาบาลผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวหรือสังคม โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้องในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากบุคคลในครอบครัวหรือสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการให้คำปรึกษาและเป็นบุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โดยการจัดกลุ่มการสัมมนาระหว่างผู้สูงอายุ ญาติ ผู้ดูแล ผู้สนใจและทีมสุขภาพ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถ่ายทอดประสบการณ์อันเป็นประโยชน์สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ หรือจัดการประชุมวิชาการในด้านการดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เพื่อขยายองค์ความรู้สู่คนในสังคมเป็นประโยชน์ให้คนในสังคมรับรู้และให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง

6. จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยการนำวิธีแพทย์ทางเลือกมาบำบัดอาการเจ็บป่วยร่วมกับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ดังนั้น พยาบาลผู้สูงอายุควรศึกษาข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพด้วยวิธีแพทย์ทางเลือก และให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาแบบทางเลือก รวมทั้งมีการจัดทำเอกสารความรู้ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้พยาบาลผู้สูงอายุ

ควรนำการพยาบาลแบบองค์รวม มาประยุกต์ใช้ร่วมกับวิธีแพทย์ทางเลือกเพื่อเป็นการฟื้นฟูสภาพจิตใจ โดยการนำการบำบัดทางการพยาบาลต่าง ๆ มาใช้ร่วมด้วย เช่น สมาธิบำบัด ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด การส่งเสริมกิจกรรมด้านศิลปะ เช่นการวาดรูปช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกอาจทำให้ผู้ป่วยมีความสบายใจเพิ่มขึ้น และยอมรับในการเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น

7. จากการศึกษาครั้งนี้พบประเด็นปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน คือปัญหาท้องผูกที่มีอาการเรื้อรังรุนแรง และปัญหาจากการเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่าย ดังนั้น บทบาทของพยาบาลผู้สูง คือ การให้คำแนะนำการแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาอาการท้องผูก และการป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดจากการหกล้มให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดย พยาบาลผู้สูงอายุควรมีการประเมินอาการท้องผูก ด้วยการใช้แบบประเมินอาการท้องผูก การตรวจร่างกาย การซักประวัติ และแนะนำกิจกรรมที่ควรปฏิบัติในการป้องกัน และแก้ไขอาการท้องผูก เช่น การกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระในผู้สูงอายุที่มีอาการท้องผูก โดยมีการกำหนดโปรแกรมอาหาร โปรแกรมการดื่มน้ำ การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง กระบังลม โดยการบริหารการหายใจ และบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน

สำหรับการป้องกันการหกล้มนั้นพยาบาลผู้สูงอายุควรแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวและการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และควรเตือนให้ระวังอุบัติเหตุ โดยเฉพาะในบริเวณห้องน้ำที่มีพื้นเปียก ควรทำที่จับยึดให้ผู้สูงอายุในห้องน้ำ และควรจัดให้ผู้สูงอายุนอนชั้นล่างไม่ควรขึ้นลงบันได ให้ผู้ดูแลคอยช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโดยสังเกตอาการขณะหมดฤทธิ์ของยาเนื่องจากผู้สูงอายุจะหมดกำลังช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงและอาจทำให้ล้มได้ง่าย เมื่อเดินทางออกนอกบ้านในรายที่มีการทรงตัวไม่ดีควรมีอุปกรณ์ช่วยค้ำยันขณะเดิน เช่น ไม้เท้า หรือใช้วิธีนั่งรถเข็น

8. จากการศึกษาพบประเด็นสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน คือ การที่ผู้สูงอายุต้องปรับกิจกรรมชีวิตตามช่วงการออกฤทธิ์ของยา ดังนั้นพยาบาลผู้สูงอายุควรแนะนำญาติและผู้ดูแล ให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลช่วยเหลือ เนื่องจากในขณะที่ยาหมดฤทธิ์ผู้สูงอายุจะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และผู้ดูแลต้องดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุเป็นพิเศษ ไม่ให้ขาดยา โดยช่วยจัดยาให้คอยเตือนเวลารับประทานยา จดบันทึกอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นที่สัมพันธ์กับการออกฤทธิ์ของยา และรายงานแพทย์ผู้รักษาเพื่อการปรับยาให้เหมาะสมกับอาการที่เกิดขึ้น

9. ผลการศึกษาที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการอบรมพยาบาลทางการพยาบาลผู้สูงอายุให้เป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน เพื่อเป็นการตอบสนองต่อการบริการทั้งในสถานบริการและในชุมชน หรือ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันที่สอดคล้องตามความต้องการของผู้สูงอายุไทย

10. พยาบาลผู้สูงอายุมิมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การส่งเสริมช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและอยู่กับการรักษาในระยะยาว ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแล ดังนั้น พยาบาลต้องแนะนำญาติในเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคการดำเนินของโรคการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่ถูกวิธีและควรจัดให้มีระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านในผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการรุนแรงระยะสุดท้ายเพื่อให้มีความต่อเนื่องของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโดยการแนะนำคนในครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วยในการช่วยเหลือดูแล ในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยมีพยาบาลผู้สูงอายุเป็นผู้ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

ด้านวิจัยทางการพยาบาล

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยในอนาคตเกี่ยวกับ

1. การวิจัยครั้งนี้เลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่ได้รับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล ที่ได้รับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ดังนั้นควรมีการศึกษาลักษณะเดียวกันนี้ จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในชุมชนที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้เข้าใจถึงวิธีการดูแลรักษาตนเอง การจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ในมุมมองที่นอกเหนือจากการวิจัยในครั้งนี้

2. การศึกษาด้วยวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด DBS (Deep Brain Stimulation) ในแต่ละระยะของการผ่าตัด เช่น ระยะก่อนผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้เห็นประสบการณ์ในแต่ละช่วงของการเจ็บป่วย

3. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน

4. การศึกษาด้วยวิจัยเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมกับผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคพาร์กินสัน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2541). ประสบการณ์ของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญา
ดุขฎิบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ
ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรารกร และคณะ. (2549). ภาวะแทรกซ้อนทางการเคลื่อนไหวที่เกิดจากยา
ลิโวโดปา ในผู้ป่วยไทยที่เป็นโรคพาร์กินสัน. จดหมายเหตุทางการแพทย์ 89(5): 637.
- กาญจนา สังข์สิงห์. (2549). ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการใช้สมมติเยี่ยวยาตนเอง. สงขลานครินทร์
เวชสาร 25 (1): 39-48.
- เกษตะวัน นาคดี และ คณะ. (2544). ผลการปฏิบัติธรรมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณของผู้
ติดเชื้และผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดสุรินทร์. เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์
ครั้งที่ 8 ณ ศูนย์ประชุมอิมแพค คอนเวนชั่นเซ็นเตอร์เมืองทองธานี.
- เกศินี วุฒิวงศ์. (2546). ประสบการณ์ผู้ดูแลที่บ้านในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีโรคความ
ดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 1(1): 4-10.
- จอนณะจง เพ็งจาด. (2546). ระเบียบวิธีการวิจัย: การวิจัยปรากฏการณ์เชิงพรรณนา. วารสาร
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 15: 1-9.
- จันทร์เพ็ญ ชูประชาวรรณ. (2540). การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไปในประเทศไทย ปี
พ.ศ. 2538. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซน์.
- จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. (2547). ธรรมะกับชีวิต: ข้อคิดจากผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข
13(4): 660-971.
- จารุวรรณ มานะสุรการ. (2544). ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล. สงขลา:
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิตตินันท์ เดชะคุปต์. (2539). วิกฤตการณ์ครอบครัวในบริบทของสังคม-วัฒนธรรมไทย.
วารสารคหเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย 39(3): 27-36.
- จิตตินันท์ พงศ์สุวรรณ และคณะ. (2542). ประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย
เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 19(3): 66-81.

- จิตตินันท์ พงศ์สุวรรณ. (2541). ประสบการณ์การควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิตถนอม สุวรรณเตมีย์ และคณะ. (2547). การศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยา พิริดีล ในการใช้ร่วมกับเลโวโดปาระยะต้นของโรคพาร์กินสัน: การศึกษาแบบเปิดในเวลา 6 เดือน. จดหมายเหตุทางการแพทย์ 87 (11): 10-14.
- จิตถนอม สุวรรณเตมีย์. (2547). การศึกษาแบบสุ่ม ปกปิดทั้งสองฝ่าย แบบกลุ่มคู่ขนาน หลายประเทศ เปรียบเทียบผลต่อคุณภาพชีวิตของยา สดาลีโว กับยาลีโวโดปา/ครีปีโดปา ในผู้ป่วยพาร์กินสันที่ไม่มี หรือมีการแปรปรวนของการเคลื่อนไหวน้อยและไม่รุนแรง. กรุงเทพมหานคร: งานวิจัยกองอายุรกรรม รพ.ศิริราช.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2543). "กัตัญญกตเวที" และการให้การดูแลต่อบิดามารดาที่สูงอายุของครอบครัวชาวไทย: ในเขตกรุงเทพมหานคร. จามจุรี 5(3): 46-50.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา จันทรเพ็ญ แสงเทียนฉาย และยุพิน อังสุโรจน์. (2543). ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารพุดตาวินิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1(3): 21-27.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2549). ทฤษฎีการสูงอายุ. ใน เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง 1. หน้า 1-12. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬารัตน์ ศรีลิขิตตานนท์. (2537). การศึกษาความรู้ เจตคติ และการจัดการทางการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนืองที่บ้านของพยาบาลผู้บริหารหรือผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬารัตน์ มิตรทองแท้. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉลาด รมิตานนท์ และ อานันท์ กาญจนพันธ์. (2534). มานุษยวิทยาการแพทย์กับระบบความเชื่อและพิธีกรรมกับการรักษาพยาบาลในล้านนา (ตอนที่ 1). ในสายสมร ส้อยอินดีะ (บรรณาธิการ). เอกสารรวมบทความจากการประชุมสัมมนาทางวิชาการล้านนาคดีศึกษา: โลกทัศน์ล้านนา. เชียงใหม่: วิทยาลัยครูเชียงใหม่สหวิทยาลัยล้านนา.

- ชลกร ภูสกุลสุข. (2547). ประสบการณ์ของผู้ป่วยเรื้อรังที่ใช้พลังจิตในการดูแลสุขภาพ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชนพิศ ทำนอง. (2541). ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ
ศัลยกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และคณะ. (2545). ศึกษาเรื่องพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการรักษาของ
ผู้สูงอายุ. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2549). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง
แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2550). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง
แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- ชินโอสถ หักบำเรอ. (2545). พุทธวิธีทำใจเมื่อเผชิญปัญหาชีวิต. กรุงเทพมหานคร:
สำนักงานนิเทศสารโลกทิพย์ โลกอีคลับ.
- ณัฐไชย ตันติสุข. (2528). อิทธิพลทางสังคมของความเจ็บป่วย. ใน นิติ พูนไชยศรี(บรรณาธิการ). สังคม
วิทยาการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ดำรง แวอารี และหม่อมตาดำโอะ. (2546). การสร้างเสริมสุขภาพะจิตวิญญาณในผู้ป่วยมุสลิม. ใน
อาภรณ์ และคณะ. สุขภาพะจิตวิญญาณผ่านรู้. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ทวี ดาวโร. (2539). ผลกระทบของความเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัวต่อผู้สูงอายุในชนบท
อีสาน. มหาสารคาม: สถาบันวิจัยศิลปะและวัฒนธรรมอีสาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. (2533). ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. ใน ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวี
ทองหงส์วิวัฒน์ (บรรณาธิการ). ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. นครปฐม: ศูนย์
นโยบายสาธารณสุข.
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, และจรรยา สุทธิสุนทร. (2537). ชะตาชีวิตผู้ป่วยโรค
เอดส์ชาย. กรุงเทพมหานคร: อักษรสมัย.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2545). การสร้างเสริมสุขภาพะจิตวิญญาณ. วารสารสภาการพยาบาล
17(3):12-14.

- ธัญพร ชื่นกลิ่น. (2543). ประสบการณ์การมีชีวิตรอยู่อย่างอัมพาตท่อนล่าง. วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นงลักษณ์ บุญไทย. (2539). ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัย
อื่นๆ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นาตยา วงศ์ยะรา. (2547). กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในจังหวัด
ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นุสรา วรรักษ์พร. (2547). ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- นิศากร แก้วพิลา. (2545). ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วม
ของโรงพยาบาลสวนปรุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา ภาสุนันท์. (2545). มนต์ศนีในการพยาบาลผู้สูงอายุ. หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ.
กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- นิตยา สออารีย์, อารี นุ้ยบ้านด่าน และไข่มพัตร์ มณีวัต. (2545). ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและ
ผลกระทบจากการเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารสภาการพยาบาล 17(1): 45-61.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2536). โรคพาร์กินสัน. กรุงเทพมหานคร: แก้วการพิมพ์.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2539). การศึกษาเปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อมในคนไทยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองและ
โรคพาร์กินสัน. สารศิริราช 48 (4): 291-301.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ. (2539). ภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยไทยที่เป็นโรคพาร์กินสัน: วิเคราะห์ผู้ป่วย 132
ราย. จดหมายเหตุทางการแพทย์ 79 (5): 18-20.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ. (2539). การศึกษาแบบเปิดของการใช้ยา Pergolide ในการรักษาผู้ป่วยไทยที่เป็น
โรคพาร์กินสัน. จดหมายเหตุทางการแพทย์ 79 (4): 14-16.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2546). An update on the management of Parkinson's disease. กรุงเทพมหานคร:
สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2548). พาร์กินสันป้องกันได้. กรุงเทพมหานคร: มติชน.

- นิตยา ชูโต. (2545). การวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พีเอ็นการพิมพ์.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2548). การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ. ในคู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. นนทบุรี: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. (2548). คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- บุษบา วงศ์ชัยชนะภัย. (2550). โปรแกรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยพาร์กินสัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2540). วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยติดเชื้อเอช. ไอ. วี. และเอดส์: การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2534). การดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: วิศิฏ์สิน.
- ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ. (2543). การรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดความตึงการดูแลและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 20(3): 185-208.
- ประณีต ส่งวัฒนา. (2541). เอดส์และการดูแล: ความหมายและความสำคัญตามการรับรู้ของประชาชนภาคใต้. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 18(4): 48-69.
- ปนิดา อินทรารักษ์. (2549). ประสบการณ์การจัดการกับการรับรู้ทางลบของสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีชา อุปโยคิน. (2533). มานุษยวิทยากับระบบการแพทย์และสาธารณสุข. สังคมศาสตร์การแพทย์ 6(1): 16-32.
- พรรณทิพา เชาว์รังษี. (2549). ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พร้อมจิต ศรีลัมภ. (2542). หลักการใช้สมุนไพร. ในรุ่งระวี เต็มศิริฤกษ์กุล และคณะ (บรรณาธิการ), สมุนไพรไทยที่ควรรู้, หน้า 9-25. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์ พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.

- พระมหาจรรยา สุทธิญาโน. (2543). พระพุทธศาสนากับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พระไพศาล วิสาโล. (2536). องค์รวมแห่งสุขภาพ: ทศนะใหม่เพื่อคุณภาพแห่งชีวิตและบำบัดรักษา. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมล คีมทอง.
- พระมหาสิงห์หน คำขาว. (2544). ความตายตามทัศนะพุทธศาสนา. ในหนังสือความตายที่ท่านยังไม่รู้. หน้า17-40. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). (2544). พุทธธรรม(ฉบับเดิม) พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ธรรมสภา.
- พระเทพวิสุทธิเมธี(ปัญญานันทภิกขุ). (2536). มรณานุสติ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ธรรมสภา.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. (2530). แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง. ใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, และอรัญ บุรณัน (บรรณาธิการ). การดูแลสุขภาพตนเอง: ทัศนะทางสังคมและวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แสงแดด.
- พิมพ์วรรณ เรื่องพุทธ. (2543). เรื่องประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ไม่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง จากการรักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พิเชฐ แสงทอง. (2542). พิธีกรรมรักษาโรค: ศาสตร์และศิลป์ของภูมิปัญญาชาวบ้าน. วัฒนธรรมไทย 36(9): 23 -26.
- พีไลรัตน์ ทองอุไร. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พินิตนันท์ โชติกเจริญกุล. (2545). กิจกรรมทางกายกับความผาสุทางใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2537). เกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอดส์ : กรณีศึกษาเชิงคุณภาพ. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชรี คมจักรพันธ์. (2543). ประสบการณ์การให้บริการสุขภาพทางเลือกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2550). หลักและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- เพ็ญแข ชีวยะพันธ์. (2545). คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา : กรณีศึกษาในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญภา ททรัพย์เจริญ. (2540). การแพทย์แผนไทยสายใยแห่งชีวิตและวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ. (2530). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในประเทศไทย. ใน พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, และอรัญญา บุรณัน (บรรณาธิการ). การดูแลสุขภาพตนเอง: ทิศทางสังคมและวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แสงแดด.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมูข. (2542). ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- พาริดา อิบราฮิม. (2539). ปฏิบัติการประเมินสุขภาพอนามัย. กรุงเทพมหานคร: สามัญพานิชย์.
- มณฑกรณ์ สุธีรวุฒนันท์. (2539). หลักการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน. วารสารการกายบำบัด 18 (2): 45-53.
- มานพ ประภาษานนท์. (2543). นวดไทย สัมผัสบำบัดเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดีการพิมพ์.
- มนัสวี อุดลยรัตน์. (2542). ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มณี สหกันท์. (2544). แพทย์แผนไทยกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ 22(12), 49-52.
- มัลลิกา มัติโก. (2530). แนวความคิดและการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง. ใน พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, และอรัญญา บุรณัน (บรรณาธิการ). การดูแลสุขภาพตนเอง: ทิศทางสังคมและวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แสงแดด.
- ยศ สันติสมบัติ. (2544). มนุษย์กับวัฒนธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ และคณะ. (2537). ศักยภาพของภูมิปัญญาพื้นบ้าน ด้านการดูแลรักษาสุขภาพ. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 2(2): 135 -142.

- ยุบล สุขสะอาด. (2541). ประสบการณ์การมีอาการ ผลจากอาการ และวิธีจัดการกับอาการจับ
หืดของผู้ป่วยโรคหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวลักษณ์ จิตตะโคตร และ นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ. (2546). ผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อ
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารพญามาติยาและเวชศาสตร์
ผู้สูงอายุ 4(4): 5-6.
- รวินันท์ ศิริกนกวิไล. (2542). สุขภาพแบบพึ่งตนเอง. หมออนามัย 8(6): 54 – 56.
- รุ่งทิวา วัจฉลະฐิติ. (2548). ผลของการฝึกกล้ามเนื้อหายใจเข้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน: ความสัมพันธ์
ระหว่างความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจและการทำกิจกรรม. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต,
สาขาวิชาการเคลื่อนไหวประยุกต์ คณะกายภาพบำบัดและวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ. (2548). โรคพาร์กินสัน. Medical Progress (October 2005).
- รุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ และคณะ. (2549). โรคพาร์กินสันรักษาได้. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- รุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ และคณะ. (2549). หนังสือประกอบการบรรยายเรื่องโรคพาร์กินสัน เนื่องในวันพาร์กิน
สันโลก 10 เมษายน 2549. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหว
ผิดปกติแบบครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- รุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ. (2549). สมุดพาร์กินสัน(Parkison Handbook). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์รักษาโรค
พาร์กินสัน และกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติแบบครอบครัว สาขาประสาทวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- รุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ. (2550). พาร์กินซินซีม. วารสาร คลินิก 21 (3): 1-9.
- รุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ และ กัมมันต์ พันธุ์จินดา. (2550). Practical movement disorder. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์
รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติแบบครอบครัว สาขาประสาทวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- ระวีวรรณ ถวายทรัพย์. (2545). ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ
ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลดารัตน์ สาภินันท์. (2546). เกี่ยวกับภาวะธรรมชาติในวัยสูงอายุและการเตรียมตัวเกี่ยวกับความ
ตายของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วงรัตน์ ไสสุข. (2544). ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วรรณภา ชัยชนะรุ่งเรือง. (2546). ศึกษาเรื่องประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และผลจากอาการตามการรับรู้การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรรณีย์ ชัชวาลทิพากร, มาลินี ชลาพันธ์, อรพิน สุวานกุลศักดิ์ และดารุณี ภูสุวรรณศรี. (2543). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและจังหวัดชัยนาท. วารสาร พฤติวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 3(1): 4-13.
- วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และ คณะ. (2548). การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหวิชาชีพ. สถาบันเวชศาสตร์ ทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: ชุมชุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- วราลักษณ์ ทองใบประสาท และ คณะ. (2550). เรื่องประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาศัยในตำบลแสนตอ อำเภอขานูวรลักษบุรี จังหวัด กำแพงเพชร. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 1(1):87-99.
- วรวิมล เจริญศิริ. (2549). บทความโรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา www.healthtoday.info [20 เมษายน 2552]
- วรรณิ์ ดำรงรัตน์ และคณะ. (2545). เกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้สมรรถนะ ในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน แอ๊ด เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาล 51 (4): 207-218.
- วิษชุดา ดีชัย. (2548). ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2545). การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สรีระวิทยา จิตสังคม และจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ. หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- วิรัชรอง นาทองคำ. (2543). ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วิทย์ เทียงบุญธรรม. (2548). โรคพาร์กินสัน. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา www.healthnet.info [10 กุมภาพันธ์ 2552]
- วันดี โภคะกุล และ สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. (2548). ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ(การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุสำหรับแพทย์). กรุงเทพมหานคร: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). ครอบครัวและผู้สูงอายุ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้ และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์. (2538). การรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีสุดา แซ่อึ้ง. (2542). พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพันธ์ คงสวัสดิ์ และ ธนัทพล ศรีแสง. (2545). การจัดทำสื่อวีดิทัศน์และคู่มือการฝึกเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน. วิจัยคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2535). ข้อเท็จจริงและทัศนคติในการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. วารสาร สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 196(35): 16-19.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ และ ปัทมา อมรสิริสมบุญ. (2544). ผู้สูงอายุไทย: "อยู่ทน" หรือ "อยู่นาน". วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 3(1): 4-13.
- ศุภางค์ มณีศรี. (2540). โครงสร้างระดับกลังจลทรรศน์อิเล็กตรอนของกรดเกลือในโรคไมเกรน โรคไมเกรนร่วมกับภาวะซึมเศร้าโรคพาร์กินสัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีัญญา คริ่งมี. (2544). การรับรู้และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินติ้ง.
- สมพร รัตนพันธ์. (2541). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2539). สังคมวิทยาภาวะผู้สูงอายุ: ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สกาวรัตน์ ศุภสาร และ คณะ. (2550). ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ 1(1): 72-99.
- สอ เสถบุตร. (2545). พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพมหานคร: วัฒนาพานิช.
- สนิท สมัครการ. (2521). สังคมและวัฒนธรรมของภาคเหนือ ประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์.
- สุดาทิพย์ ศิริชนะ. (2544). การศึกษาลักษณะของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. งานวิจัยกองอายุรกรรม รพ.พระมงกุฎเกล้า.
- สุพิน พริกบุญจันทร์. (2547). ประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิดา ยศหลวงผืน. (2546). ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ คณะ. (2544). ภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน: ความหมายและอัตราความชุก. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2(1): 15-16.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2549). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2548. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพ และพิทักษ์เด็ก และเยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สุภาวงศ์ จันทร์วานิช. (2549). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุภาวงศ์ จันทร์วานิช. (2549). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภัตตรา สุภาพ. (2545). สังคมและวัฒนธรรมไทย: ค่านิยม ครอบครัวยุคใหม่ ศาสนาประเพณี. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุนุตตรา ตะบูนพงส์ และ คณะ. (2547). เรื่องความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารพหุฒวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 5(1):9-14.
- สุริยา สุนทราศี และคณะ. (2541). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตเมือง: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารการสาธารณสุข 7(1): 106-111.
- อมรา พงศาพิชญ์. (2537ก). มนุษย์กับวัฒนธรรม. ในคณาจารย์ภาคสังคมวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย (บรรณานุกรม), สังคมและวัฒนธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 23-26 . กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อมรา พงศาพิชญ์. (2537ข). วัฒนธรรม ศาสนา และชาติพันธุ์: วิเคราะห์สังคมไทยแนวมานุษยวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อมรรัตน์ รัตนศิริ. (2541). ตำรามานุษยวิทยาทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. ชอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- อรุณ ธรรมสอน. (2544). แบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และ ความต้องการการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อัจฉรา ตันศรีรัตน์วงศ์. (2541). การเยี่ยมเยียนด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยติดเตียงที่นับถือศาสนาพุทธ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อมรา มลิลดา (2552). ป่วยแต่กายใจสบาย. นครปฐม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏวิทยา.
- อารยา เข้มชื่น และคณะ. (2546). การบำบัดโรคด้วยการแพทย์ทางเลือก. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร: ริดเดอร์ส ไทเวิลด์ประเทศไทย.
- อุมา จันทวิเศษ. (2539). การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Ackley, B.J. and Ladwig, G.B. (1999). Nursing Diagnosis Hand Book:A guid to Planning care. 4th ed. USA: St Louis: Mosby.
- Amaducci and Inzitari, D. (2003). Life style-related risk factor Parkinson's disease: a population - based. Acta Neurologica Scandinavica 108 (4): 239 -244.
- Aminoff, M.J. et al. (2006). Speed and communication plomblem in Parkinson's disease. California: Parkinson's disease clinic and Reseach center.
- Anderson, R. and Bury, M. (1988). Striking Balances: Living with Pakinson's Disease. Living with chronic illness: the experience of patients and their families. London: Allen & Unwin .
- Andersson, I. and Sidenvall, B. (2001). Case studies of food shopping, cooking and eating habits in older women with Parkinson's disease. Journal of Advance Nursing 35 (1): 69 – 78.
- Balash M., et al. (2005). Fall in out patients with Parkinson's disease. Journal of Neurology, 252(11): 1310-1315.
- Bell, I. et al. (2004). Making a difference: Nurse and Parkinson's disease. Primary health care 14 (3): 16–19.
- Behari. M, et al. (2005). Quality of life in the patients with Parkinson's disease. Parkinsonism Relative Disorder 11(4) : 221-226.
- Berg, B. L. (2004). Qualitative Research Methods For The Social Sciences. 5th ed. New York: Pearson Education.
- Bhidayasiri, R. et al. (2009). Parkinson's Disease Registry In Thailand Launched: THE FIRST PILOT PROJECT. MDS Visiting Professorship Lecture Program in treatment of Parkinson's disease. Bangkok: Chulalongkron Comprehensive Movement Disorder Center. 1(1): 78.
- Bowman, C. (2005). Enhancing Practice Caring for people with Parkinson's disease. Nursing & Residential Care 7(2) : 66.
- Bramley, et al. (2005). The experience of living with Parkinson's disease: An interpretative Phenomenological analysis case. Psychology and Health 20 (2): 223 -235.

- Brain, H., et al. (2004). Scientific evaluation of community-based Parkinson's disease nurse specialists on patient outcomes and health care costs. Journal of Evaluation in Clinical Practice 11 (2): 97-110.
- Brandstaedter, D., et al. (2005). Development and evaluation of the Parkinson Psychosis Questionnaire: A souenting-instrument for the early diagnosis of drug-induced psychosis in Parkinson's disease. Journal Neurology 252: 1060-1066.
- Brooke, V. (1987). The spiritual well-being of elderly. Geriatric Nursing 8. 194-195.
- Burckhardt, C.S. (1987). Coping strategies of the chronically ill. Nursing clinic of North America 22(3): 544-550.
- Burke, M. M. and Larane, J. A. (2004). Primary care of the older adult: a multidisiplinary approach. 2nd ed. St. Louis: Mosby.
- Cassileth, B.R. (1999). Complementary therapies: overview and state of art. Cancer Nursing. 22 (1): 85-90.
- Chrisman, N. J. (1990). Expanding nursing practice with cultural-sensitive care. Unpublished Manuscript.
- Chrisman, N. J. (1991). Culture-sensitive nursing care. In Patrick M. L. et al. Medical-Surgical nursing: pathophysiologic concepts 2nd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Caap-Ahlgren, M., et al. (2002). Older Swedish women's experiences of living with symptoms related to Parkinson's disease. Journal of Advance Nursing 39(1): 87-95.
- Charlton, G. S. and Barrow, C.J. (2002). Coping and self-help group membership in Parkinson's disease: an exploratory qualitative study. Health & Social Care in the Community 10 (6): 472-478.
- Cockerham, W.C. (1995). Medical sociology. 5th ed. Englewood Cliff: Prentice Hall.
- Clark, M. (1994). Phenomenological research methods. Thousand Oaks: Sage Publication.
- Charlton, G.S. and Barrow, C.J. (2004). Coping and self-help group membership in Parkinson's disease: an exploratory qualitative study. London: Bolton Institute.
- Cassel, C. K., et al. (2003). Geriatric Medicine An Evidence-Based Approach. 4th.ed. New York: Springer : 1144 -1150.

- Calne, M.S. (2005). Late-stage Parkinson's Disease for the Rehabilitation Specialist : A Nursing Perspective. Topics in Geriatric Rehabilitation. 21(3): 233-246.
- Cram, L. D. The Importance of exercise in Parkinson's disease. [Online] (2006). Available from: www.agenet.com/category-pages/document_display.asp.1257. [2006 September 13]
- Creswell, J. W. (2007). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. 2nd ed. London: Sage publication.
- Crumbie,A. & Lorence,J. (2002). Living with a Chronic Condition: a practioner's guide to providing care. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Diamond, S. G., et al., (1989). Effect of age at onset on progression and mortality Parkinson's disease. Neurology 39 : 1187-1190.
- Davis, et. al. (2003). Variability of experiences for individuals living with Parkinson's disease. USA: SAGE publication.
- DeVivo, M.G., et al., (1999). Suicide following spinal cord injury. Paraplegia. 29 (10): 620-627.
- Ebersole, P., Hess, P. and Luggen, A. S. (2004). Toward healthy aging: Human needs and nursing response. 6th.ed. St. Louis: Mosby.
- Ewa W.,Birgitta B., Ann-Kathrine G. (2006). Quality of life in Parkinson's disease at geriatric outpatient department in Sweden. International Journal of therapy and rehabilitation, 13, 8 (August): 20-25.
- Elipoulos, C. (2005). Gerontological Nursing. 6thed. New York: Lippincott.
- Ellis, T. et. al. (2005). Efficacy of a physical therapy program in patients with Parkinson disease: a Randomized controlled trail. Achieve Physical Medicine Rehabilitation, 86(4): 626-632.
- Ellen, B. (1999). Neuroscience Nursing: Decade of the Brain 1990 -2000. New York: Mosby.
- Ebersole, P. et al. (2005). Gerontological Nursing: Healthy Aging. 2nd ed. New York: Mosby.
- Edward, and Nancy, E. (2002). Predictors burden for caregiver of patients with Parkinson's disease. Journal of Neurocience Nursing (01-Aug-02).
- Evans, J. G. et. al. (2000). Oxford Textbook of Geriatric Medicine. London: Oxford University Press.

- Fraleigh, A. M. (1992). Nursing and the disabled: across the life span. New York: Jones and Bartlett publishers.
- Ford-Martin, P. (2001). Gale Encyclopedia of alternative Medicine. [Online]. Retrieved, [cite 20 March 2006]. Available from: <http://www.Parkinsonsdisease.com>.
- Ford, B. et al. (2007). Parkinson's Disease. New York: Parkinson's Disease Foundation.
- Grosset, K. A. et al. (2005). Medicine-Taking Behavior Implications of Suboptimal Compliance in Parkinson's Disease. Movement Disorders 20 (11): 1397-1404.
- Ghandi, L. S. (2007). Good communication is essential. Nursing older people 19(6): 3.
- Germain, C. P. (1982). Cultural concepts in critical care. Critical Care Quarterly 6(12): 61-78.
- Germain, C. P. (1992). Cultural care: a bridge between sickness, illness, and disease. Holistic Nursing Practice 6(3): 1-9.
- Heisters, D. (2007). Care Planning for Parkinson's disease. Nursing & Residential Care. 9 (4): 164-166.
- Heisters, Daiga. (2007). Caring for a Resident with Parkinson's disease. Nursing & Residential Care 9 (3) : 116-118.
- Hickey, J. V. (1992). Neurological and neurosurgical nursing. Philadelphia: Lippincott.
- Hoehn, M.M. (1990). Nature History of the untreated per-levodopa disease. London :Chapman and Hall media.
- Hoehn, M.M. and Yahr, M.D. (1967). Parkinsonism onset progression and mortality. Neurology. 17: 427.
- Hodgson, J. et al. (2004). Parkinson's disease and the couple relationship: a qualitative analysis. New York: Families, systems & Health.
- Hodgson, et al. (2004). Parkinson's disease and the couple relationship: a qualitative analysis. Families, System & Health (22 mar 04)
- Hobson, P. et al. (1999). Measuring the impact of Parkinson's disease with the Parkinson's Disease Quality of life questionnaire. London: British Geriatrics Society.
- Holloway, I., and Wheeler, S. (1996). Qualitative Research for Nurse. Malden, MA: Blackwell Science.

- Hodges, H.F., Keelry, A.C., and Grier, E.C. (2001). Master Works of art and chronic illness experiences in the elderly. Journal of Advanced Nursing 36 (3): 369-398.
- Hudson, P. I., et al. (2006). Would people with Parkinson's disease benefit from palliative care. Palliative medicine 20(2): 87-94.
- Hoehn, M. M. And Yahr, M. D. (1967). Parkinsonism onset progression and mortality. Neurology 17: 427.
- Huurre, T.M., & Aro, H.M. (2002). Long Term psychosocial effects of persistent chronic illness. A follow-up study of finish adolescents aged 16 to 32 years. European Child Adolescent Psychiatry 11(2): 85-91.
- Hodges, H.P., Keeley, A.C. & Grier, E.C. (2001). Masterworks of art and chronic illness experiences in elderly. Journal of Advanced Nursing 36(3):389-398.
- Hwu, Y.J. (1995). The impact of chronic illness on patient. Rehabilitation Nursing 20(4): 221-225.
- Jellinger, A. K. (2005). Mortality in Parkinson's disease. Acta Neurologica Scandinavica. 111(1): 71.
- Jankovic, J. (1993). Parkinson's disease and movement disorder. Philadelphia: Lippincott.
- Kubler-Ross, E. (1969). Death and dying. New York: Macmillan.
- Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research : The Influence of Husserl and Heidegger. Journal of Advance Nursing 21: 827-836.
- Kamata, N. et al. (2007). Overestimation of stability limits lead to a high frequency of fall in patients with Parkinson's disease. Clinical Rehabilitation 21: 357-361.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. and Good, B. (1978). Culture illness and disease. Annals of Internal Medicine 88: 2538.
- Keegan, L. (2001). Healing with complementary and alternative therapies. United States of America: a division Fhomas Learning, Inc.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. Social Science & Medical 12(2): 85-95.

- Kleinman, A. (1980). Patient and healers in the context of culture. London: University of California
- Kleinman, A. (1988). The illness narratives. New York: Basic books.
- Kleinman, A. (2006). Why does culture matter in health care and what can we do about it? London: Oxford University.
- Lincoln, Y. S., and Guba, E. G. (1985). Naturalistic Inquiry. Newburg Park CA: Sage Publication.
- Lubkin, I. M. and Larsen, P. D. (2006). Chronic illness Impact and Intervention. New York: Jones and Bartlett Publisher.
- Larson, P.J., et al. (1994). A model for symptom management. Image: Journal of Nursing Scholarships 26(4): 272-276.
- Low, J. (2004). Managing Safety and Risk: the Experiences of People with Parkinson's disease who Use Alternative and Complementary Therapies. Canada: University of New Brunswick.
- Lassey, W. R. and Lassey, M. L. (2001). Quality of life for older people : an international perspective. New York: Prentice Hall.
- Lonneke, M. et al. (2005). Pronosis of Parkinson's disease. Archieve Neurology 62:1265-1269.
- Lueckenotte, A. G. (2000). Gerontologic nursing. 2nd. New York: Mosby.
- Lyons, R. F. et al. (1995). Relationship in chronic illness and disability. USA: Sage publication.
- Lea, A. (1994). Nursing in today's multicultural society: a transcultural perspective. Journal of Advance Nursing 20(2): 307-313.
- Leininger, M. (1981). Transcultural nursing: in progress and its future. Nursing and Healthcare 8 (sep): 365-371.
- Macht, M. et al. (2002). Informations needs in older persons with Parkinson's disease in Germany: Qualitative study. Forum qualitative social research 4(1): 25-34 .
- Morris, J. et al. (1997). Quality care in the nursing home. New York: Mosby.
- McVan, B. F. (1992). Teaching patients with chronic condition. New York : Spring Cooperation.
- Maitra, K. K. (2007). Enhance of reaching performance via self-speech in people with Parkinson's disease. New York: The University of Toledo Health Science Campus.

- Moor, K. A. and Seeney, I. (2007). Depressive Mood and Parkinson's. Behavioral Medicine. 33: 29–39.
- Molong, S. L. et al. (1999). Gerontological Nursing an advance Practice Approach. New York: Appieton & Lage.
- Mott, S. et al. (2005). Sexual limitations in people living with Parkinson's disease. Australasian Journal on Aging 24 (4): 196-201.
- Morse, J. M. and Richards, L. (2002). Readme first for a user's guide to qualitative methods. California: Sage publication.
- Miller, j. F. and Power, M. (1988). Development of instrument to measure hope. Nursing Research 37(1): 6-10.
- Miller, J.F. (1992). Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness(2nd ed.). Philadelphia: F.A. David Company.
- Miller, N. et al. (2006). Life with communication changes in Parkinson's disease. Age and Ageing 35: 235-239.
- Miller, N. et al. (2006). Hard to swallow: dysphagia in Parkinson's disease. Age and Ageing 35(6): 614-618.
- Minichiello, V. et. al. (1990). In-depth interviewing: researching people. 1st ed. Australia: Longman Cheshire Pty.
- McSweeney, J. C., Allan, J. D. and Mayo, K. (1997). Exploring the use of explanatory model in nursing research and practice. IMAG: Journal of Nursing Scholarship 29(3): 243-248.
- Mauksch, L. B. and Roesler, T. (1990). Expanding the context of the patient's explanatory model using circular questioning. Family Systems Medicine 8(1):3-13.
- Markowitz, E.F. (2001). Modeling process in recovery from mental illness: Relationships between systems, Life satisfaction, and self-concept. Journal of Health and Social Behavior 42(1): 64-79.
- Matlerson, M.A. McConnell, E.S. and Linton, A.D. (1997). Gerontology Nursing concepts and Practice. 2nd ed. Philadelphia: W.B.saundus.
- Moreau D. (2003). Elder Care Strategies:Expret Care Plan for Older Adult. New York:Lippicott Williams&Wilkins.

- Needham, J. F. (1995). Gerontological Nursing. New York: Delmar Publishers.
- Normank, D. and Lincoln, Y. (2003). Strategies of Qualitative Inquiry. 2nd ed. London: Sage Publication.
- Newell, R. (2000). Rout ledge essentials for nurses: body image and disfigurement care. Great Britain: Clays.
- Nijhof, G. (1996). Uncertainty and lack of trust with Parkinson's disease. European Journal of Public Health 6(1):58-63.
- Orem, D. (1995). Nursing: Concept of practice. Missouri: Mosby-year Book, Inc.
- O'maley, K. (2006). Neuroscience Nurse making a difference in the lives of people living with Parkinson's disease. Australasian Journal of Neuroscience. 17(2): 29-30.
- Parry, K. K. (1984). Concepts from medical anthropology for clinicians. Physical Therapy 64(6):929-933.
- Poirrier, G.P. and Oberleitner, M.G. (1999). Clinical pathway in nursing a guide to managing care from hospital to home. New York: Spring house.
- Parkinson's Disease Society. (1993). Parkinson's Disease and the Nurse: Information Pack. London: Parkinson's Disease Society.
- Parkinson's Disease Society. (2005). Living with Parkinson's Disease. London: Parkinson's Disease Society.
- Pechavis, et al. (2005). Effects of dyskinesias in Parkinson's disease on quality of life and health-related costs: a prospective European study. European Journal of Neurology 12 (12): 956.
- Phipps, W. J. (1999). Chronic illness and rehabilitation. Medical-surgical nursing: Concept and clinical practice 16th ed, 1(1): 129-162. St. Louis: Mosby, Inc.
- Roach, S. S. (2001). Introductory GERONTOLOGICAL NURSING. Philadelphia: Lippincott.
- Rai, G. et al. (2006). Shared Care of Older People. London: Elsevier Churchill living stone.
- Reed, P. G. (1991). Spirituality and mental health in older adult: Extant knowledge for nursing. Family Community Health. 14(2): 14-15.
- Rice, P. L. and Ezzy, D. (1999). Qualitative research methods: a health focus. New York: Oxford university press.

- Royer, A. (1998). Life with chronic illness: social and psychological dimension. London: Westort.
- Rubin, H. J. and Rubik I. S. (2005). Qualitative interviewing: art of hearing data . 2nd ed. London: Sage.
- Sirapo-ngam, Y. (1994). Stress, caregiving demands, and coping of spousal caregivers of Parkinson's patients. A dissertation of science in nursing. University of Alabama at Birmingham.
- Sirapo-ngam, Y. et al. (2001). Caregiving demands of patients with Parkinson's disease, self-efficacy and stress of family caregivers. Thai Journal Nurse Research 1(5): 12.
- Sancier, B. (2006). Parkinson's Network Forum. New York: The Wisconsin Parkinson Association.
- Salimbene, S. (1999). Cultural competence: A priority for performance improvement action. Journal of Nursing Care Quality 13(3): 23 -35.
- Sarafino, E. P. (1990). Health psychology: biopsychosocial interactions. New York: John Wiley & Sons.
- Schaie, K. W. et al. (2002). Effective health behavior in older adults. New York: Sheridan books.
- Schrag, A., et al. (2006). Caregiver-burden in Parkinson's disease is closely associated with psychiatric symptoms, fall, and disability. Parkinsonism Relation Disorder 12(1), 35-41.
- Schaie, K. W. et al. (2002). Effective health behavior in older adults. New York: Sheridan book.
- Smeltzers, S.C & Bare,B.G. (1996). Brunner and Saddarth's textbook of medical surgical nursing (18th ed.). Clinic of North America 22(3),603-611.
- Simmons, A. D. and Tarsy, D. (2006). Parkinson's disease in Later life. Fall: 57-69.
- Simson, J. et al. (2006). Social support and psychological outcome in people with Parkinson's disease: Evidence for a specific pattern of associations. British Journal of Clinical psychology 45: 585-590.
- Smith. L. P. (2003). Steady the course of Parkinson's disease. Nursing Management April: 35 - 40.
- Stern, G. M. (1990). Parkinson's disease. Philadelphia: Lippincott.
- Stern. G. and Lees. A. (1990). Parkinson's disease: The Facts. London: Oxford University Press.
- Streubert , H. J. and Carpenter, D. R. (2007). Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. 4rd ed. New York: Lippincott.
- Sunvisson, S., et al. (2001). Environmental influences on the experiences of people with Parkinson's disease. Nursing Inquiry 8 (1): 41-50.
- Sunvisson, H. and Ekman, S. (2001). Environmental influences on the experiences of people with Parkinson's disease. Nursing Inquiry 8 (1): 41-50.

- Sunvisson, H. et al. (2001). An education Programme for individuals with Parkinson' disease. Scandinavian Journal of Caring Sciences 15 (4): 311-317.
- Snyder, M. and Lindquist, R. (1998). Complementary/alternative therapies in nursing. 3rd ed. New York: Springer.
- Taylor, S. E. (2003). Health psychology. 5th. Los Angeles: The McGraw-Hill companies.
- Walker, D. (2002). Art Therapics and Progressive illness Nameless dread. New York: Sheridan book.
- Ward, T. (2005). The work and learning of Parkinson's nurse specialist. New York: Radcliffe Publishing .pp.180-183.
- Weiner, W. J. et al. (2002). Parkinson' Disease: A Complete guide for patients & families. New York: The Johns Hopkins University Press.
- Willis, G.B. (2005). Cognitive Interviewing: A tool for Improving Questionnaire Design. London: Sage Publication.
- Wilkinsobn, D. and Birmirmingham, P. (2003). Using research instruments a guide For researchers. New York: Routledge Falmer.
- Wressle, E. et al. (2006). Quality of life in Parkinson's disease at a geriatric out patient department in Sweden. International Journal of Therapyand Rehabilitation 13(6): 365 - 369.
- Wressle, E. et al. (2007). Living with Parkinson's disease : Elderly patients' and relatives' perspective on daily Living. Australian Occupational Therapy 54 (2) : 131-139.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

1. เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
2. ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
4. คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์สำหรับผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย
5. คำชี้แจงและการคุ้มครองสิทธิ์สำหรับสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

COA No. 281/2008
IRB No. 083/51

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ประสิทธิภาพการมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย
เลขที่โครงการวิจัย : -
ผู้วิจัยหลัก : พ.ศ.หญิง ชลดา ดิษฐ์รังกิจ
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รายงานความก้าวหน้า : ผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

ลงนาม *ดร. อภิรักษ์*
(ศาสตราจารย์กิตติคุณนายแพทย์เอก อารีพรรค)

ลงนาม *ดร. สุพัทธ์*
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอารีรัตน์ สุพัทธ์ธาดา)

ประธาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 17 เมษายน 2551

วันหมดอายุ : 17 เมษายน 2552

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ศูนย์วิจัยทรัพย์สินทางปัญญา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



The Ethics Committee, Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University
Protocol No. 83,51

17 ใส.อ. 2551

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อการวิจัย ประสิทธิภาพการมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย

เลขที่ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้เข้าร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ พ.ต.ท. หญิง ชลดา ดิษฐภักดิ์ ที่อยู่ 83/212 หมู่ 6 ต.ท่าแร่ อ.วังน้อย จ. กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ และแนวทางการศึกษาวิจัย ซึ่งประกอบด้วย การสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลใช้เวลาประมาณ 5 นาที การประเมินด้วยแบบทดสอบ MMSE ของเมืองต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที และแบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที นอกจากนี้เป็นการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน อีก ประมาณ 20 - 35 นาที ซึ่งในการสัมภาษณ์เชิงลึก มีการบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ ในเรื่อง ประสิทธิภาพการมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย.

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลใดๆ ต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้รับแล้วในข้างต้น

ลงนาม

(.....)

ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ลงนาม

(.....)

ญาติผู้ดูแล/พยาน

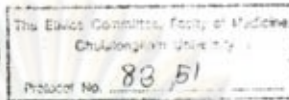
ลงนาม

(พ.ต.ท. หญิง ชลดา ดิษฐภักดิ์)

ผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่/วันที่

ศูนย์วิจัยทางการแพทย์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



17 มี.ค. 2551

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Participant information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ประสพการณ์การมีชีวิตรอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย

1. ชื่อผู้วิจัย พ.ศ.ท.หญิง ธลดา ดิษฐ์ชกิจ นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
2. สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ ต. ปทุมวัน อ. ปทุมวัน จ. กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 022676437 เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0819305561
E-mail : hann_dit@hotmail.com
3. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้
 1. โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษา เรื่อง ประสพการณ์การมีชีวิตรอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย
 2. วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลคุณภาพเชิงลึกเกี่ยวกับประสพการณ์การมีชีวิตรอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย
 3. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยคือ ผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสันเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
 4. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบการสัมภาษณ์ โดยผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ ประสพการณ์การมีชีวิตรอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่ยินดีเข้าร่วมการสนทนาแสดงความคิดเห็น ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้จะไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกทางลบหรือทำให้ผู้สูงอายุ เกิดความเขินอายใด ๆ ทั้งนี้ การสัมภาษณ์ได้เปิดโอกาสให้ ผู้สูงอายุ ในฐานะ ผู้มีประสพการณ์ชีวิตได้แสดงความรู้สึกความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่
 5. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการวิจัย และญาติผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำ ความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพโรคพาร์กินสัน ทั้งในเรื่องโรค การรักษา การดูแลผู้ป่วยรวมทั้งผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยสามารถสอบถามปัญหาในด้านการดูแลสุขภาพในเรื่องต่าง ๆ ส่วนข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์สามารถนำไปปรับใช้ในเรื่อง การวางแผนการดูแลและการพยาบาลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันไทยต่อไป
 6. ผู้วิจัยจะรับผิดชอบอันตรายทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการสัมภาษณ์
 7. การเข้าร่วมการสัมภาษณ์นี้ไม่มีค่าใช้จ่ายค่าตอบแทนใดๆ นอกจากของที่ระลึกสำหรับขอบคุณผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยที่ผู้วิจัยเตรียมมา รวมทั้งของฝากในการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง
 8. การเข้าร่วมการสัมภาษณ์นี้ไม่มีการเสียค่าใช้จ่ายใดๆ



The Ethics Committee, Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University
Protocol No. 82,51

17 มิ.ย. 2551

7. การเข้าร่วมการสัมภาษณ์นี้ได้ระบอบอย่างชัดเจนเกี่ยวกับ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย สามารถแสดงความคิดเห็นด้วยความอิสระโดยไม่มีการบังคับ และได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการเข้าร่วมการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย มีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมการสัมภาษณ์ มีอิสระเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นในการสัมภาษณ์ตามความเป็นจริง ซึ่งผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย จะไม่ได้รับอันตราย ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ โดยกำหนดไว้ในมาตรการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย มีการเซ็นใบยินยอมของ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย และญาติหรือผู้ดูแล
8. ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมจะไม่มีชื่อของผู้สูงอายุและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ
9. บุคคลที่ได้รับการติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยได้กำหนดมาตรการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย
10. ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที - 1 ชั่วโมงซึ่ง ประกอบด้วย การสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลใช้เวลาประมาณ 5 นาที การประเมินด้วยแบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย(TGDS)ใช้เวลาประมาณ 10 นาที นอกจากนี้เป็นการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน อีกประมาณ 20 - 35 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการตอบคำถามของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย สำหรับสถานที่ในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้เลือก ซึ่งอาจจะเป็นที่แผนผู้ป่วยนอกของแผนกการตรวจ หรือบ้านของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยจะต้องขออนุญาตผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยก่อนทุกครั้ง ก่อนการเดินทางไปสัมภาษณ์ด้วยตนเอง หรือในสถานที่และเวลาที่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยมีความสะดวกในการให้ข้อมูล
11. ถ้ามีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลาที่ผู้วิจัย พ.ศ.หญิง ชลดา ดิษรัชกิจ เบอร์โทรศัพท์ 081 9305561

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เบอร์โทรศัพท์ 0-2256-4455 ต่อ 14,15

ศูนย์วิจัยทางการแพทย์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิสำหรับผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย

ดิฉัน ชื่อ ชลดา ดิษฐ์ชกิจ เป็นพยาบาลทำงานอยู่ที่โรงพยาบาลตำรวจ กำลังศึกษาปริญญาโท อยู่ที่คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขณะนี้ทำวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน จึงขอเวลาคุณเล็กน้อยเพื่ออธิบายรายละเอียดของการวิจัย เผื่อว่าคุณสนใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสัน ของผู้สูงอายุไทย ว่ามีความคิดเห็นและความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการจัดการต่อการเจ็บป่วยอย่างไร โดยการสัมภาษณ์ ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยยินดีตอบคำถาม ข้อเสนอแนะ ให้ความรู้ และคำแนะนำที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

ถ้าคุณยินดีร่วมการวิจัย ก่อนเข้าโครงการดิฉันจะขอสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวใช้เวลาประมาณ 5 นาที มีการประเมินโดยแบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที รวมทั้งแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย) TGDS (แบบประเมินใช้เวลาประมาณ 10 นาที) และสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย และการจัดการต่ออาการเจ็บป่วย ผู้วิจัยขอตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านถ้าผู้ป่วยอนุญาต (เพื่อสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพิ่มเติม หรืออาจนัดเวลาได้ตามความต้องการของคุณ เวลาที่ใช้ในการสนทนาครั้งละประมาณ 20-35 นาทีรวมเวลาทั้งหมดประมาณ 45 นาที - 1 ชั่วโมง อาจจะขอสัมภาษณ์ 3-2 ครั้ง ระหว่างการสนทนาจะขอบันทึกเสียง และจดบันทึก ข้อมูลที่ได้จากคุณจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมไม่เปิดเผยชื่อจริง

หากคุณมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ดิฉันยินดีตอบให้คุณเข้าใจ ไม่ว่าจะเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ก็ตาม คุณยังได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลปกติ คุณมีสิทธิที่จะตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และหากคุณเข้าร่วมในการวิจัยแล้วภายหลังเกิดเปลี่ยนใจคุณมีสิทธิที่จะขอยกเลิกได้ตลอดเวลาโดยไม่มีข้อจำกัดใดๆ ในระหว่างเข้าร่วมวิจัย ถ้ามีข้อสงสัยใดๆ ดิฉันขอตอบข้อสงสัย คุณสามารถติดต่อโดยตรงมายังดิฉัน ชลดา ดิษฐ์ชกิจ โรงพยาบาลตำรวจ จังหวัด กรุงเทพมหานคร 10330 หรือหมายเลข โทรศัพท์ 022676437

ลงชื่อผู้ดำเนินการวิจัย

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายตามรายละเอียดข้างบน มีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย

ลงชื่อ.....

วัน..... เดือน.....พ.ศ.....

คำชี้แจงและการคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

สวัสดิ์ ค่ะ ดิฉันชื่อ ชลดา ดิษฐ์ชกิจ เป็นนิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขณะนี้กำลังทำวิจัย เรื่อง ประสบการณ์การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสัน เป็นการศึกษาถึงความหมายของการเจ็บป่วยประสบการณ์การดำเนินชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุไทย

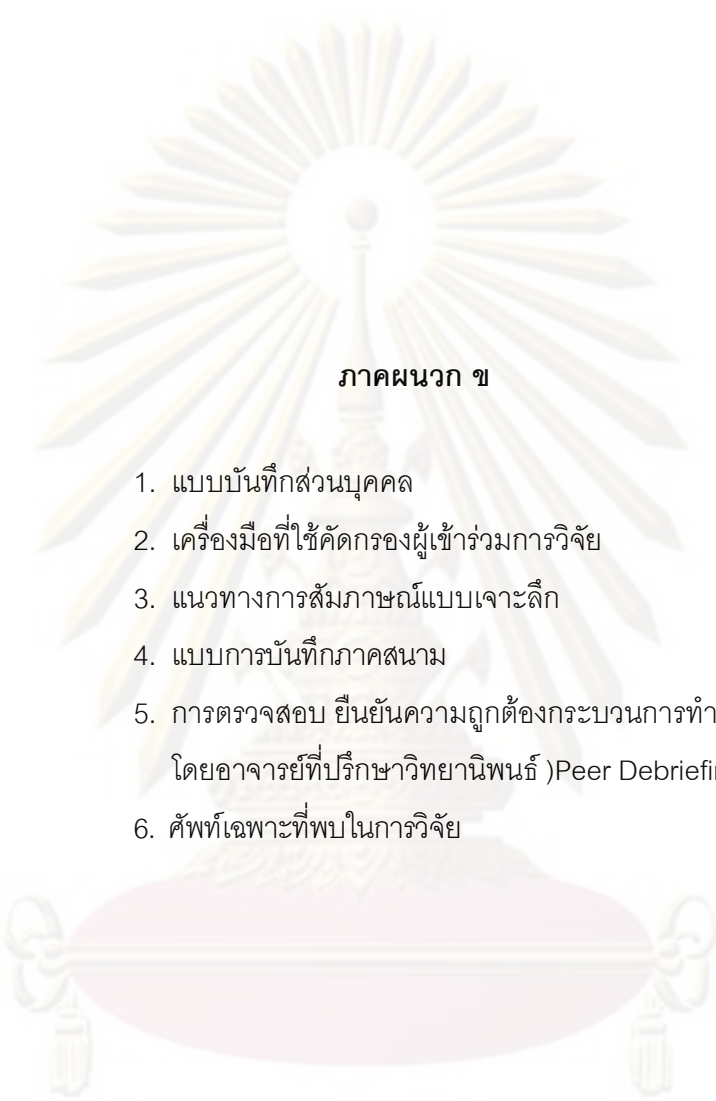
ท่านผู้สูงอายุในที่นี่เป็นบุคคลที่สามารถแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ถ้าท่านยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ ดิฉันขอให้ท่านเข้าร่วมการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความหมายของการเจ็บป่วยประสบการณ์การดำเนินชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุไทย

ในระหว่างการสนทนาดิฉันต้องขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียงและจดบันทึกการสนทนา เพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์ของเนื้อหา ข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำมาวิเคราะห์และเสนอผลโดยไม่ทำความเสียหายใด ทั้งท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้องโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาแต่อย่างใด เทปการสัมภาษณ์จะเก็บไว้เป็นความลับและจะทำลายเมื่อการศึกษาครั้งนี้สิ้นสุดลง

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ดิฉันมีความยินดีที่จะตอบให้เข้าใจ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และถึงแม้ว่าท่านจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านยังมีสิทธิยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ท่านต้องการได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ขอบพระคุณในความร่วมมือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

1. แบบบันทึกส่วนบุคคล
2. เครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
4. แบบการบันทึกภาคสนาม
5. การตรวจสอบ ยืนยันความถูกต้องกระบวนการทำวิจัย
โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)Peer Debriefing(
6. ศัพท์เฉพาะที่พบในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกส่วนบุคคล

ผู้ป่วยรายที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

- 1) สถานภาพสมรส () โสด () คู่
() หม้าย () หย่า, แยก
- 2) นับถือศาสนา () พุทธ () คริสต์
() อิสลาม () อื่น ๆ
- 3) ระดับการศึกษา () ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา () ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา
()ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
- 4) อาชีพ () รับจ้าง () ค้าขาย
() เกษตรกรรม () รับราชการ/พนักงานวิสาหกิจ
() แม่บ้าน () ไม่ได้ประกอบอาชีพ
() อื่น ๆ ระบุ.....
- 5) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....
- 6) การเปรียบเทียบรายรับรายจ่าย () ไม่เพียงพอ () เพียงพอ
() เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บ
- 7) การจ่ายค่ารักษาพยาบาล () ชำระค่ารักษาเอง () เบิกค่ารักษาได้
() ประกันสังคม () สังคมสงเคราะห์
- 8) ลักษณะครอบครัว/ ชุมชนที่อาศัย.....
(ครอบครัวเดี่ยว/ครอบครัวขยาย/ชุมชนเมือง/ ชุมชนชนบท)
- 9) ระดับความรุนแรงของโรค () ระดับที่ 1 () ระดับที่ 2 () ระดับที่ 3
- 10) ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....
- 11) การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน.....
- 12) โรคประจำตัวอื่น.....

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง(ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)

คะแนน

1. Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร _____
- 1.2 วันนี้วันอะไร _____
- 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร _____
- 1.4 ปีนี้ ปีอะไร _____
- 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร _____

2. Orientation for place (5 คะแนน) ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีที่อยู่สถานพยาบาล

- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และชื่อว่าเป็นอะไร _____
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นอะไรของตัวอาคาร _____
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร-เขตอะไร _____
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร _____
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร _____

2.2 กรณีที่อยู่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร _____
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร _____
- 2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร _____
- 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร _____
- 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร _____

3. Registration (3คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นกาทดสอบความจำ ผม(ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย....) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อผล(ดิฉัน) พูดจบให้คุณ (ตา, ยาย....) พูดทบทวน ตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีเดี๋ยวดิฉันจะถาม

การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณ 1 วินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ _____

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์ _____

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา, ยาย....) คิดเลขในใจเป็นไหม ? ถ้าตอบว่าคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรออกมา”

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ(ตา, ยาย...) ฟังแล้วให้คุณ(ตา, ยาย....)

สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม่่า-สระอา-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ(ตา, ยาย...) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ”

5. Recall (3 คะแนน)

“เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ _____

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์ _____

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดู และถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” _____

6.2 ชี้ที่นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดู และถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” _____

7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย....) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว”

“ใครใคร่ขายไก่ไข่” _____

8. Verbal command (3 คะแนน)

“ฟังดี ๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) รับด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่.....” (ฟัน, โต๊ะ, เที่ยง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

○ รับด้วยมือขวา ○ พับครึ่ง ○ วางไว้ที่ (ฟัน, โต๊ะ, เที่ยง) __

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย...) อ่าน แล้วทำตาม คุณ(ตา, ยาย...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนคำว่า “หลับตา” ○ หลับตาได้ _____

หลับตา

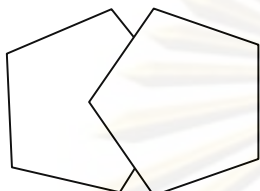
10. Written (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ(ตา, ยาย...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมาย มา 1 ประโยค”

○ ประโยคมีความหมาย

11. Visuaconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” □



คะแนนรวม _____

ผู้ถูกประเมิน (นาย, นาง, นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
 ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จุดตัด (cut-off piont) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ทำข้อ 4, 9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)

ชื่อ-สกุล _____ เพศ _____ อายุ _____ WARD _____ HN _____
 วันที่ _____ ที่อยู่ _____ AN _____

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

- ให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน
- ให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้	_____	_____	_____
2. คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำ เป็นประจำ	_____	_____	_____
3. คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร	_____	_____	_____
4. คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ	_____	_____	_____
5. คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า	_____	_____	_____
6. คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้	_____	_____	_____
7. ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี	_____	_____	_____
8. คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ	_____	_____	_____
9. ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข	_____	_____	_____
10. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง	_____	_____	_____
11. คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ	_____	_____	_____
12. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน	_____	_____	_____
13. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า	_____	_____	_____
14. คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น	_____	_____	_____
15. การมีชีวิตถึงปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องที่น่ายินดีหรือไม่	_____	_____	_____
16. คุณรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ	_____	_____	_____
17. คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณค่อนข้างไม่มีคุณค่า	_____	_____	_____

	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
18. คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา	_____	_____	_____
19. คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก	_____	_____	_____
20. คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ	_____	_____	_____
21. คุณรู้สึกกระตือรือร้น	_____	_____	_____
22. คุณรู้สึกสิ้นหวัง	_____	_____	_____
23. คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ	_____	_____	_____
24. คุณอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ อยู่เสมอ	_____	_____	_____
25. คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ	_____	_____	_____
26. คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน	_____	_____	_____
27. คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า	_____	_____	_____
28. คุณไม่ชอบพบปะพูดคุยกับคนอื่น	_____	_____	_____
29. คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว	_____	_____	_____
30. คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน	_____	_____	_____
		รวม	_____
		ผู้ตรวจ	_____

หมายเหตุ

1. การคิดคะแนนข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือ ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

2. การแปลผล คนสูงอายุปกติ คะแนน 0-12 คะแนน

- ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (mild depression) คะแนน 13-18 คะแนน
- ผู้มีความเศร้าปานกลาง (moderate depression) คะแนน 19-24 คะแนน
- ผู้มีความเศร้ารุนแรง (severe depression) คะแนน 25-30 คะแนน

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

แนวคำถามต่อไปนี้เป็นแนวคำถามที่สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์และฐานแนวคิดของการวิจัยที่ต้องการทราบถึงประสบการณ์ การเจ็บป่วยของผู้ให้ข้อมูล กับแนวคำถามปลายเปิดที่สามารถยืดหยุ่นและปรับคำถามได้ตามบริบทของการสัมภาษณ์ (Kvale, 1996 อ้างใน ชาย โพธิสิตา, 2549) เพื่อให้เอื้อต่อการติดตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยมีแนวคำถามดังนี้

1. คำถามเปิดการสนทนา

- แนะนำตัวผู้วิจัย วัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับและ ขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

2. คำถามเกริ่น ใช้คำถามเกริ่น เพื่อเปิดประเด็นกว้าง ๆ ในเรื่องที่ใกล้เคียงกับประเด็นที่สนใจสัมภาษณ์ เช่น คำถามดังต่อไปนี้

1) วันนี้(ตอนนี้)คุณรู้สึกอย่างไรบ้างคะ

2) คุณมาหาหมอ(มาโรงพยาบาล)บ่อยไหม...วันนี้มาตรวจเกี่ยวกับอะไรบ้างคะ

3) คุณไม่สบายเป็นโรคอะไรบ้างคะเมื่อผู้ป่วยตอบว่าเป็นโรคพาร์กินสัน ก็ถามต่อว่า แล้วเป็นมากี่ปีแล้วคะ

3. คำถามเข้าสู่ประเด็น

เป็นคำถามที่นำเข้าสู่ประเด็นที่จะศึกษา

ตัวอย่างคำถาม

1) วันนี้จะขอคุยเกี่ยวกับเรื่องประสบการณ์การเจ็บป่วยเกี่ยวกับการเป็นโรคพาร์กินสันของคุณนะคะ ว่าเป็นอย่างไรบ้างนะคะ

2) วันนี้เราจะมาคุยเรื่องราวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันของคุณ ว่าเป็นอย่างไรบ้างนะคะ

4. คำถามหลัก

4.1. ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ตามความรู้สึก นึกคิด และความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน

ตัวอย่างคำถาม

1) การเจ็บป่วยครั้งนี้คุณมีอาการครั้งแรกเป็นอย่างไร ครั้งแรกที่ทราบคุณมีความรู้สึกอย่างไรบ้าง

2) คุณคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้/คุณคิดว่าคุณเป็นโรคนี้เพราะเหตุใด

3) คุณรู้สึกหรือคิดอย่างไรต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในครั้งนี้

4) คุณช่วยเล่าความรู้สึกเมื่อรู้ว่า เป็นโรคพาร์กินสัน ว่าเป็นอย่างไรบ้าง

5) คุณช่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการเป็นโรคพาร์กินสันให้ฟังหน่อยค่ะ ว่าเป็นอย่างไรบ้าง

4.2. การดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับ ผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิต ในด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ

ตัวอย่างคำถาม

1) เมื่อเป็นโรคนี้แล้วทำให้ชีวิตของคุณเปลี่ยนแปลงหรือไม่อย่างไรช่วยเล่าให้ฟังหน่อยค่ะ (อาจจะต้องเกริ่นตัวอย่างบ้างเพื่อให้ผู้ป่วย เข้าใจว่าจะเล่าอย่างไร เช่นผลกระทบในด้านกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การเดินทาง การทำกิจกรรมต่าง ๆ การเข้าสังคม การไปวัด ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านเศรษฐกิจของตนเอง – ครอบครัว รายรับ-รายจ่าย) อย่างไรแล้วคุณทำอะไรเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต..... แล้วผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

2) คุณช่วยเปรียบเทียบว่าความเป็นอยู่(การดำเนินชีวิต) ของคุณก่อนเจ็บป่วยเป็นโรคนี้ กับ ขณะที่เป็นโรคนี้ ว่าเป็นอย่างไรบ้างช่วยเล่าให้ฟังหน่อยค่ะ

3) การเจ็บป่วยจากโรคพาร์กินสันมีผลต่อการดำเนินชีวิตของคุณอย่างไรบ้าง

4) มีใครบ้างที่คอยให้การช่วยเหลือเมื่อคุณเจ็บป่วย/คุณได้รับการช่วยเหลือจากใครบ้างเมื่อเจ็บป่วย

5) คุณคิดหรือรู้สึกว่าคุณรอบข้างมองคุณว่าเป็นอย่างไรเมื่อเป็นโรคนี้

6) คุณมีหลักในการดำเนินชีวิตอย่างไรขณะที่เจ็บป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน

7) คุณจะแนะนำเรื่องใดบ้างในการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน

8) คุณคิดว่าชีวิตต่อไปจะเป็นอย่างไร.....คุณ มีแผนการสำหรับการดำเนินชีวิตในอนาคตข้างหน้าอย่างไรบ้าง

4.3 การจัดการต่ออาการเจ็บป่วย

1) คุณช่วยเล่าถึงอาการที่เกิดขึ้นแล้วคุณใช้วิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างไร

2) คุณจัดการกับการเปลี่ยนแปลงนั้นอย่างไรบ้าง มีอะไรเป็นอุปสรรคหรือไม่

3) เมื่อเป็นโรคนี้แล้วคุณเคยใช้วิธีการรักษาอย่างไรบ้างช่วยเล่าให้ฟังหน่อยค่ะ

4) ขณะนี้คุณมีวิธีการแก้ไขอาการเจ็บป่วยอย่างไรบ้างผลของการแก้ไขเป็นอย่างไรบ้าง

5) คุณมีความคิดเห็นต่อการรักษาที่ได้รับอย่างไรบ้างนอกจากการรักษาแผนปัจจุบันทางยาแล้วมีการรักษาด้วยวิธีอื่นหรือไม่อย่างไร ช่วยเล่าให้ฟังด้วยค่ะ

7) อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในครั้งแรกจนถึงปัจจุบันมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือไม่อย่างไร

มีวิธีจัดการแก้ไขอย่างไรบ้าง เพราะเหตุใดจึงเลือกจัดการแก้ไขด้วยวิธีดังกล่าว

6) คุณคิดว่าสิ่งใดเป็นสาเหตุที่ทำให้อาการเปลี่ยนแปลง / มีสาเหตุใดบ้างที่ทำให้อาการของโรคมากขึ้นหรือน้อยลง แล้วคุณรู้สึกอย่างไรต่ออาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

5. คำถามเจาะลึก

- 1) ที่คุณคิดหรือรู้สึก เช่นนั้นเพราะอะไร.....ช่วยอธิบายด้วยค่ะ
- 2) ที่คุณกล่าวถึง.....เป็นอย่างไร...หมายความว่าอย่างไร
- 3) ที่คุณพูดถึงมีอะไรบ้าง....กรุณาช่วยยกตัวอย่างให้ชัดเจนด้วยค่ะ

6. คำถามสุดท้ายปิดการสนทนา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถาม หรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม

- 1) คุณ มีอะไรที่ยังไม่ได้เล่า และอยากเล่าเพิ่มเติมหรือต้องการซักถามอะไรเพิ่มเติมไหมค่ะ
(เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดแล้ว ผู้วิจัยกล่าวปิดการสนทนาด้วยการขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย)
- 2) ถ้าต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจะขอนัดพบคุณอีก.....
ขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ค่ะ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การบันทึกภาคสนาม

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../.....เวลา.....น.ถึง.....น.

1. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่ม.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ประเด็นที่ต้องการคำอธิบาย.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. อื่น ๆ.....

.....

.....

.....

.....

.....

ความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ ปัญหา และการแก้ไข

.....

.....

.....

.....

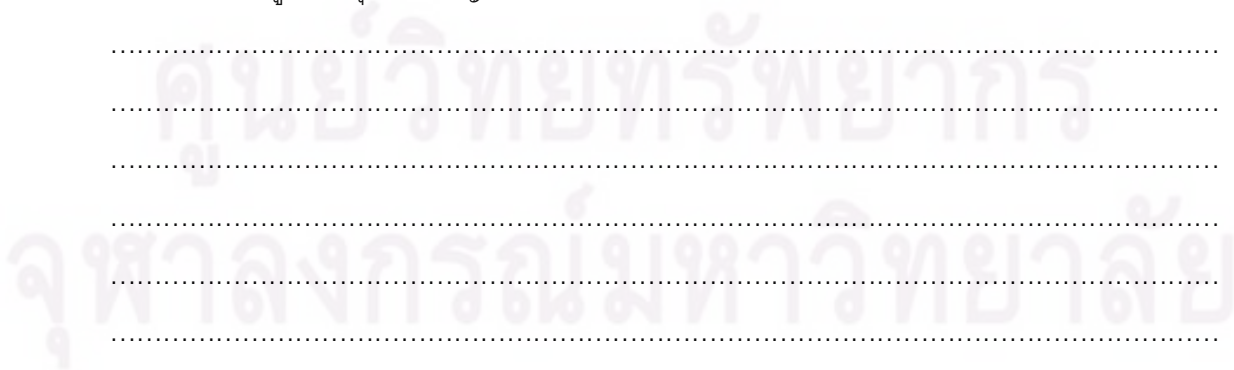
.....

.....

.....

.....

.....



ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้การตรวจสอบ ยืนยันความถูกต้องกระบวนการทำวิจัย โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (Peer Debriefing)	
9 เมษายน 2551	ส่งบทสนทนา(Transcript)ผู้ให้ข้อมูล 4 ราย
19 เมษายน 2551	พบอาจารย์ที่ปรึกษา แก้ไขแนวทางการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 กลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม และผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป
1 พฤษภาคม 2551	ส่งบทสนทนา(Transcript)ผู้ให้ข้อมูล 6 ราย พบอาจารย์ที่ปรึกษา แก้ไขแนวทางการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 กลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม และผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป
14 พฤษภาคม 2551	ส่งบทสนทนา(Transcript)ผู้ให้ข้อมูล 9 ราย กลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม และผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป
29 พฤษภาคม 2551	ส่งบทสนทนา(Transcript)พร้อมการถอดรหัส(coding)จัดประเภทข้อมูล (category) ผู้ให้ข้อมูล 9 ราย
4 มิถุนายน 2551	พบอาจารย์ที่ปรึกษา แก้ไขแนวทางการสัมภาษณ์ครั้งที่ 3 กลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม และผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป
15 กรกฎาคม 2551	พบอาจารย์ที่ปรึกษา ส่งบทสนทนา(Transcript)ผู้ให้ข้อมูล 9 ราย กลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม และผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป
30 สิงหาคม 2551	พบอาจารย์ที่ปรึกษา ส่งบทสนทนา(Transcript)ผู้ให้ข้อมูล 16 ราย กลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม และผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป
10 กันยายน 2551	พบอาจารย์ที่ปรึกษา ส่งบทสนทนา(Transcript)ผู้ให้ข้อมูล 20 ราย กลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม และผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป
20 มกราคม 2552	พบอาจารย์ที่ปรึกษา ส่งบทสนทนา(Transcript)ผู้ให้ข้อมูล 23 ราย
29 กุมภาพันธ์ 2552	กลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม
7 มีนาคม 2552	พบอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์เสนอแนะการตั้งประเด็น(theme)
4 เมษายน 2552	ส่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล 23 ราย พบว่าประเด็นยังไม่สอดคล้องต้องปรับแก้ไข
6 เมษายน 2553	ส่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล 23 ราย พบว่าประเด็นเริ่มชัดเจนขึ้น ปรับแก้เพิ่มเติม
10 เมษายน 2553	ส่งผลการปรับแก้การวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานบทที่ 1,2,3,4
11 เมษายน 2553	พบอาจารย์ที่ปรึกษาปรึกษาการแก้ไขที่ 4 นำข้อมูลกลับมาวิเคราะห์บทที่ 5
25 เมษายน 2553	ส่งผลการปรับแก้การวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานบทที่ 1,2,3,4,5

คำศัพท์เฉพาะที่พบในการวิจัย

คำศัพท์	ความหมาย
จูเลียบ	ชื่อยาที่ใช้รักษาโรคพาร์กินสัน
ดุงก้า	เครื่องนวดของเกาหลีเป็นเตียงมีพวกแร่ธาตุพวกหินหยกภูมริน
อาเทน	ชื่อยาที่ใช้รักษาโรคพาร์กินสัน
Active	ชอบทำกิจกรรม
Control	การควบคุมตนเอง
Check	การตรวจสอบการทำงานของพนักงาน
Capsule	ยาชนิดเม็ด
Clinical	ทางการแพทย์
Comtan	ชื่อยาที่ใช้ในการรักษา
Down	อาการแย่ลง
Develop	การพัฒนาของโรค
Depress	อาการซึมเศร้า
Dose	ระดับยา

คำศัพท์	ความหมาย
Encourage	การกระตุ้นโดยการให้กำลังใจ
Excite	ตื่นเต้น
Hyper activity	ซนมากเกินไป
Jogging	การออกกำลังกายโดยการวิ่งเหยาะๆ
Jerk	การตอบสนองของข้อต่อ
Maximum	อย่างมากที่สุด
Madopar HBS 125	ชื่อยาที่ใช้ในการรักษา
Normal	คนปกติ หรือ คนที่ไม่ป่วย
Over active	ทำกิจกรรมมาก ไม่หยุดนิ่ง เช่น เดินมาก
Off	ช่วงที่ยาหมดฤทธิ์
On	ช่วงที่ยาออกฤทธิ์
Personality	บุคลิกภาพ
Paralyzed	เป็นอัมพาต (แขนขาอ่อนแรง)
Positive	คิดบวก

คำศัพท์	ความหมาย
Retire	เกษียณ (หยุดทำงาน)
Semester	ภาคเรียนครึ่งปีการศึกษา
Sensitive	รับความรู้สึกได้ง่าย
Sex	การมีเพศสัมพันธ์
Seroquel	ชื่อยาที่ใช้ในการรักษา
Side effect	ผลข้างเคียงของยา
Sifrol	ชื่อยาที่ใช้ในการรักษา
Stem cell	การรักษาโดยการปลูกถ่ายเซลล์
Switch on	การเปิดเครื่องกระตุ้นสมอง
Test	การตรวจ

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

พันตำรวจโทหญิง ชลดา ดิษฐ์ชกิจ เกิดเมื่อวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2509 ที่จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สถาบันสมทบ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2532 สำเร็จการศึกษานิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิเทศศาสตรพัฒนการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2541 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2549 ประสบการณ์การฝึกอบรมและศึกษาดูงานห้องผ่าตัดเฉพาะทางศัลยกรรมทั่วไประบบทางเดินอาหาร ณ โรงพยาบาล St. Antoine กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส เป็นระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2539 ถึงมกราคม พ.ศ. 2540 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาล (สบ3) สังกัดกลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ ปฏิบัติงานประจำแผนกห้องผ่าตัดหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย