

ผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกัน
การหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF EXPERIENTIAL HEALTH EDUCATION ON FALL PREVENTION
BEHAVIORS IN OLDER PEOPLE WITH PARKINSON'S DISEASE

Miss Saisamorn Phumphid



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อ
	พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน
โดย	นางสาวสายสมร พุ่มพิศ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สິนเดชารักษ์)

สายสมร พุ่มพิศ : ผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน (THE EFFECT OF EXPERIENTIAL HEALTH EDUCATION ON FALL PREVENTION BEHAVIORS IN OLDER PEOPLE WITH PARKINSON'S DISEASE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 134 หน้า.

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคพาร์กินสัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลือกกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 44 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน โดยจับคู่ให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน (matched pair) ในด้าน อายุ เพศ และการได้รับยา Levodopa กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยประสบการณ์ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของคลินิกโรคพาร์กินสัน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสอนสุขภาพโดยการใช้ประสบการณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กิน และหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ด้านการป้องกันจากผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและด้านการป้องกันจากปรับสภาพแวดล้อม เท่ากับ .73 และ.76 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบค่าทีโดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่เข้าร่วมโปรแกรมการสอนโดยใช้ประสบการณ์มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มดีกว่าก่อนได้เข้าร่วมการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่เข้าร่วมโปรแกรมการสอนโดยใช้ประสบการณ์มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่สามารถสรุปได้ เนื่องจากมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มตั้งแต่ก่อนการทดลอง

5777197836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: PARKINSON'S DISEASE / OLDER PERSON / PREVENTION BRHAVIOR

SAISAMORN PHUMPHID: THE EFFECT OF EXPERIENTIAL HEALTH EDUCATION ON FALL PREVENTION BEHAVIORS IN OLDER PEOPLE WITH PARKINSON'S DISEASE.

ADVISOR: ASSOC. PROF. CAPT. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 134 pp.

The quasi experimental research with two group pretest-posttest design aimed to study the effect of experiential health education on fall prevention behaviors in older people with Parkinson's disease. The participants consisted of both male and female older persons Parkinson's disease who received medical services at the Parkinson's disease clinic of King Chulalongkorn Memorial Hospital. The purposive sampling consisted of 44 older persons and random assignment to control and experiment group with similar characteristics in terms of age, gender, and usage levodopa drug. The experimental group underwent program of experiential health education and the control group received conventional care. Perceived program of experiential health education was performed once a week for 8 weeks. The instruments was program of experiential health education. Data were collected using demographic questionnaire, Fall prevention behavior questionnaire in older Parkinson's disease. The reliability of Fall prevention behavior questionnaire in older Parkinson's disease; prevention from older Parkinson's disease and prevention from home environment were .73 and .76. The data were analyzed using mean, percentage, standard deviation, and t-test. The significant difference was set at the .05 level.

The research results were summarized as follows

1. Older persons with Parkinson's disease after participating in program of experiential health education had statistically significant fall prevention behavior better than before participating the program of experiential health education at the level of .05
2. Older persons with Parkinson's disease who participated in program of experiential health education had statistically significant fall prevention behavior better than the control groups who received conventional care, but unable to conclude hypothesis, because there were differences since before trial.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีของ รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาสละเวลา ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเมตตา เอาใจใส่และคอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง ในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธีระ สนิเดชาวัักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ความเมตตา คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไข ปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าการพยาบาล แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่คลินิกโรคพาร์กินสันและกลุ่มการเคลื่อนไหวผิดปกติ ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยรวมถึงการดำเนินการทดลอง ตลอดจนผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่กรุณาให้ความรู้และประสบการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดเวลาที่ศึกษาอยู่ ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัยและอำนวยความสะดวก ช่วยเหลือทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องตลอดระยะเวลาศึกษา

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาและครอบครัว ด้วยความรักและเคารพ เป็นที่สุดที่ได้ให้โอกาส กำลังใจและสิ่งดีงามทั้งปวงกันเสมอมา ตลอดจนกัลยาณมิตรที่คอยให้กำลังใจจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแต่บิดา มารดา คณาจารย์ ผู้มีพระคุณและผู้ป่วยทุกท่านให้มีสุขภาพกายและใจที่สมบูรณ์แข็งแรงตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญแผนภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมติฐาน	7
สมมติฐานงานวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย.....	9
ตัวแปรที่ศึกษา.....	9
คำจำกัดความของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
1. โรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ	13
2. การหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสัน	23
3. พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน	27
4. แนวคิดการเรียนรู้.....	33
5. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน.....	40

6. แนวคิดการใช้โทรศัพท์ติดตาม.....	45
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
8. แนวคิดในการพัฒนาการสอนสุขภาพโดยใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์	50
9. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	52
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	53
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย	55
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	59
การดำเนินการทดลอง	60
จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	75
สรุปผลการวิจัย.....	81
อภิปรายผลการวิจัย.....	82
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	86
ข้อเสนอแนะ.....	86
รายการอ้างอิง	88
ภาคผนวก.....	97
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	98
ภาคผนวก ข จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	100
ภาคผนวก ค เอกสารจริยธรรม.....	107
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	118

ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูล	130
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	134



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว อาการทางการเคลื่อนไหว ปัญหาการมองเห็น ระยะเวลาที่เป็นโรคพาร์กินสัน ระยะความรุนแรงของโรค อายุที่เริ่มป่วย ปัญหาเรื่องการตอบสนองของยาที่ไม่สม่ำเสมอ การออกกำลังกายเป็นประจำ การได้รับการฝึกเดิน เคยหกล้มในรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมา สาเหตุการหกล้ม และยารักษาโรคพาร์กินสันที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน	68
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	73
ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	74
ตารางที่ 4 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (Matched pair) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้านอายุ เพศ ระยะความรุนแรงของโรค และการใช้ยา Levodopa	131
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ก่อน(Pre-test) และหลังการทดลอง(Post-test)ในกลุ่มควบคุม จำแนกรายเป็นรายคู่..	132
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ก่อน(Pre-test) และหลังการทดลอง(Post-test)ในกลุ่มทดลอง จำแนกรายเป็นรายคู่..	133

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 วงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984).....	36
แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย	52
แผนภาพที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	66



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคพาร์กินสัน เป็นภาวะผิดปกติที่เกิดจากการเสื่อมของเซลล์สมองในบริเวณส่วนกลาง (Midbrain) ที่เรียกว่า Substantia nigra ทำให้การผลิตสารสื่อประสาท ที่เรียกว่า Dopamine ลดลง Dopamine ทำหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการสั่น แข็งเกร็ง เคลื่อนไหวช้าและสูญเสียการทรงตัว (Moran, 2007) ส่งผลทำให้เกิดการทกล้มได้ (Jankovic and Tolosa, 2002)

ในประเทศอังกฤษและทวีปยุโรป พบอุบัติการณ์การเกิดโรคพาร์กินสัน จำนวน 9.5 ราย ต่อประชากรจำนวน 1,000 ราย (Lo and Tanner, 2013) สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาในโครงการการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในประเทศไทย พบว่า ในเขตเมืองมีความชุกของโรคพาร์กินสัน จำนวน 1.27 ราย ต่อ ประชากร 1,000 คน และในเขตชนบทพบ จำนวน 0.91 ราย ต่อ ประชากร 1,000 คน (นงลักษณ์ บุญรอดและคณะ, 2559) โดยทั่วไปในคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบได้ร้อยละ 1-2 (Bower et al., 1999) และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 5 ในประชากรที่มีอายุมากกว่า 70 ปี โดยจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น พบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง (นงลักษณ์ บุญรอดและคณะ, 2559) Hoehn and Yahr (1967) แบ่งระยะความรุนแรงของโรคออกเป็น 5 ระยะคือ ระยะที่ 1 มีการบกพร่องการทำงานของร่างกายด้านใดด้านหนึ่ง ระยะที่ 2 มีการบกพร่องการทำงานของร่างกาย ทั้ง 2 ด้าน ระยะที่ 3 การทรงตัวเริ่มเสียไป ระยะที่ 4 ไม่สามารถเดินได้เองและระยะที่ 5 นอนติดเตียง การรักษาแพทย์จะให้ยาเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (นิพนธ์ พงวารินทร์, 2536) ปัจจุบันมีการทำผ่าตัด แต่ยังไม่สามารถรักษาผู้ป่วยทุกรายได้ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของพยาธิสภาพ ดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษาและแพทย์ทาง ศัลยกรรมประสาท (รุ่งโรจน์ พิทยศิริและคณะ, 2550)

การรักษาโรคพาร์กินสันในประเทศไทย สำหรับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปไม่สามารถให้การรักษาได้ เนื่องจากแพทย์ที่ให้การรักษามีความเชี่ยวชาญ ได้รับการฝึกฝนเฉพาะทางเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับอาการของโรค รวมทั้งต้องใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล ได้แก่ แพทย์สาขาอายุรกรรมประสาท แพทย์สาขาศัลยกรรมประสาท จิตเวช ศาสตร์ พยาบาลที่มีเชี่ยวชาญเฉพาะทาง รังสีวิทยา นักเวชศาสตร์ฟื้นฟูและนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม การรักษาจึงมีเฉพาะระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะทางและโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย สำหรับโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลสถาบันประสาท เป็นต้น เป็นโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค มีการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกกระทำในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ด้วยเหตุที่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีศูนย์คลินิกโรคพาร์กินสันโดยเฉพาะ เปิดให้บริการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยนอกและเปิดเป็นแหล่งการเรียนรู้สำหรับการศึกษาวิจัยโรคพาร์กินสันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์

ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน คือ ปัญหาการทรงตัว มักเกิด 2-5 ปีเริ่มมีอาการของโรค โดยจะทรงตัวไม่ดี การเดินที่เฉพาะเป็นลักษณะการเดินชอยเท้าร่วมกับการโน้มตัวไปข้างหน้า เวลาผู้ป่วยกลับตัวขณะเดินมักจะเดินชอยเท้าไปพร้อมๆกัน หรือย่อเท้าอยู่กับที่เหมือนเท้าติดอยู่กับพื้น เป็นสาเหตุที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยพาร์กินสันหกล้มได้ง่าย (นงลักษณ์ บุญรอดและคณะ, 2559) จากการศึกษาของ Allen et al. (2012) พบว่า การหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เนื่องจาก พบอัตราการหกล้มในแต่ละปีที่สูง จำนวน 577 ครั้ง ภายในระยะเวลา 20 สัปดาห์ และประมาณ 1,500 ครั้งใน 1 ปี และยังพบว่าจำนวนร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจะมีปัญหาในการดำเนินชีวิต เนื่องจากการเคลื่อนไหวที่ลดลง ทำให้เกิดอุบัติเหตุเกิดการหกล้มได้ง่าย (Hardy, 2008; McLaughlin et al., 2011)

การหกล้มในผู้สูงอายุ หมายถึง การที่เกิดการเปลี่ยนท่าโดยไม่ตั้งใจและเป็นผลให้ร่างกายทรุดหรือลงนอนกับพื้นหรือปะทะสิ่งของต่างๆ เช่น โตะ ไม่นับรวมการหกล้มที่เกิดจากอุบัติเหตุ เช่น อุกรถชน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) เป็นพฤติกรรมที่มีการทรุดตัวลงไปอยู่กับพื้น หรือระดับที่ต่ำกว่า โดยไม่ได้ตั้งใจเนื่องจากสูญเสียการทรงตัว มีการบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บก็ได้ (Rubenstein et al., 1994) การหกล้มเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุและในทุกๆ ปี จะเกิดการหกล้มภายในบ้าน (Kane, 2013) จำนวนร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่หกล้มมักเกิดขึ้นภายในบ้าน และรอบๆ บ้าน และจำนวนร้อยละ 20 เกิดการบาดเจ็บ (Carpenter, 2014) จากการศึกษาของ Bloem et al. (2007) พบว่าผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่แข็งแรงถึง 9 เท่าและมีความเสี่ยงที่จะหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ร้อยละ 38-68 (Wood et al., 2002) ผู้ป่วยพาร์กินสันมักมีการเคลื่อนไหวของร่างกายบกพร่อง (Miller et al., 2006) การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อผิดปกติ ทำให้เคลื่อนไหวได้ช้า เดินกระตุกๆ ทำให้เกิดการสูญเสียการทรงตัว ส่งผลให้เสี่ยงต่อการหกล้มสูง (Kamata et al., 2007) การสูญเสียการทรงตัวและอาการก้าวขาไม่ออก เดินย่ำอยู่กับที่เหมือนเท้าติดอยู่กับพื้นเป็นปัญหาที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุที่สำคัญต่อการหกล้ม (Voss et al., 2012)

ดังนั้นการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน จึงหมายถึง การรับรู้ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ที่ส่งผลให้ส่วนของร่างกาย ลงไปสู่พื้นผิวอื่นที่ต่ำกว่า หรือมีการปะทะกับสิ่ง

ต่างๆ ก่อนที่จะลงสู่พื้น อาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ได้ (ปวันรัตน์ ศรีคำ, 2557) การหกล้มส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจต่อผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน (Wood, 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในประเทศออสเตรเลีย มีผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ร้อยละ 70 มีการหกล้มซ้ำและบ่อย จำนวน 4.7 - 67.6 ครั้ง ต่อปี (Allen et al., 2013) การหกล้มซ้ำมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บสูงกว่าการหกล้มเพียงครั้งเดียว (Mak and Pang, 2010) ในประเทศ Serbia พบว่า ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเกิดการหกล้มภายในบ้านมากกว่านอกบ้าน คิดเป็นร้อยละ 54.5 เกิดการพหุซ้ำ ร้อยละ 71.8 ในจำนวนนี้พบอวัยวะของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดคือ ไหล่ ร้อยละ 33 และศีรษะ ร้อยละ 25 (Gazibara et al., 2014) สำหรับอาการบาดเจ็บ พบว่า รักษาตัวในสถานพยาบาล ร้อยละ 75 และรับการผ่าตัดจากกระดูกหักร้อยละ 40.6 (Wielinski et al., 2005) ผู้ป่วยพาร์กินสันที่หกล้มและมีกระดูกหักมักจะมีความสามารถในการฟื้นฟูจะช้ากว่าในผู้ป่วยทั่วไป (Tinetti et al., 1994) และนำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพ นอนติดเตียง มีภาวะพึงพาสูง (Das and Joseph, 2006) ภาวะแทรกซ้อนจากการหกล้ม ได้แก่ ภาวะขาดน้ำ อุณหภูมิร่างกายต่ำ เกิดแผลกดทับ ภาวะปอดอักเสบและนำไปสู่การเสียชีวิตได้ (Doom et al., 2003) ผลกระทบทางด้านจิตใจ คือ ความกลัวที่จะหกล้มซ้ำ เสียความมั่นใจที่จะเดินตามลำพัง แยกตัวและซึมเศร้า (เฉลิมชาติ วรรณพฤษ, 2548) ทำให้ผู้ป่วยลดการเข้าสังคม จำกัดกิจกรรมและลดการเคลื่อนไหว (Durmus et al., 2009) ในด้านสังคมพบว่าบทบาททางสังคมลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นและผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจคือ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์และปัจจัยทำนายการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน คือ อายุที่เพิ่มขึ้น (Contreras and Grandas, 2012) โดยการหกล้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า เมื่ออายุมากขึ้น (Pickering et al., 2007) และประวัติการเคยหกล้มและการหมุนตัวกลับลำบาก (Amar et al., 2015) สามารถทำนายการหกล้มและนำไปสู่การหกล้มได้ (Allcock et al., 2009) มีการติดขัดในการเดินสูง ทำให้ไม่สามารถยกเท้าสูงจากพื้น เกิดการสะดุดหกล้มได้ง่าย (Rudzinska et al., 2013) ความรุนแรงของโรคและระยะการดำเนินของโรคสัมพันธ์กับการหกล้ม (Allen et al., 2013) ทำให้ผู้ป่วยพาร์กินสันเกิดการสูญเสียการทรงตัวเพิ่มมากขึ้นหกล้มได้ง่าย (Bloem et al., 2001) การเคลื่อนไหวบกพร่องเพิ่มมากขึ้น การมีกิจกรรมลดลงและการจำกัดกิจกรรม ลดการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสะโพกและข้อเข่าลดลง และการกลัวการหกล้มทำให้จำกัดกิจกรรม ลดบทบาทการเข้าสังคมและลดการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงจึงหกล้มได้ง่าย (Durmus et al., 2010; Allen et al., 2013) การรักษาด้วยยาต้าน Dopamine โดยการเพิ่มขนาดของยา Levodopa เมื่อหมดฤทธิ์ยา ทำให้กล้ามเนื้อแข็งเกร็งและเคลื่อนไหวลำบากมากขึ้น (Allen et al., 2013) การคิดรู้บกพร่อง ภาวะทุพพลภาพ ส่งผลให้

ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง (Allen et al., 2013) ขาดสมาธิในการตัดสินใจและความระมัดระวังลดลง (Mak and Pang, 2010) การมองเห็นบกพร่อง ส่งผลให้เดินชนหรือเดินสะดุดและทำให้เกิดการหกล้มได้ (Morris et al., 2008) จากการศึกษาของ Mak and Pang (2010) พบว่า ร้อยละ 36 ของผู้ป่วยพาร์กินสันหกล้มจากเดินเร็วและร้อยละ 18 หกล้มจากการลื่น ลักษณะของพื้นที่ชุมชนไม่เรียบ มีสิ่งที่ทำให้สะดุดหรือพื้นที่ต่างระดับไม่สม่ำเสมอ พื้นที่ลื่นมีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสัน (Rudzinska et al., 2013) มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยพาร์กินสันเกิดการหกล้มภายในบ้าน (Ahburn et al., 2008) และพบว่า ผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีการหกล้มส่วนใหญ่อยู่ในระยะความรุนแรงโรค ระดับ 2.5 ขึ้นไป คือ มีการพร่องการทำงานของร่างกายทั้ง 2 ด้าน ร่วมกับแกนกลางร่างกาย มีข้อเสนอแนะว่า ในการทำโปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ควรคำนึงถึง เรื่อง ปัจจัยทางกายภาพ การประเมินการใช้ยา การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมด้วย (Morris, 2008) การปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยพาร์กินสัน จะช่วยป้องกันการหกล้มและเพิ่มคุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย (Roongroj Bhidayasiri et al., 2015)

ในประเทศไทย ร้อยละ 80 ของการหกล้มเกิดจากสภาพแวดล้อมภายในบ้านไม่เหมาะสมกับระยะความรุนแรงของโรค (Roongroj Bhidayasiri et al., 2015) จากการศึกษาของ ปวันรัตน์ ศรีคำ (2557) พบว่า การหกล้มของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่เป็นการหกล้มภายในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 92.30 สถานที่หกล้ม ได้แก่ ห้องนั่งเล่น ร้อยละ 40 รองลงมา คือ ห้องนอน ร้อยละ 30 และห้องน้ำ ร้อยละ 13.34 ลักษณะการหกล้ม ได้แก่ สะดุดล้มเอง ร้อยละ 24.62 รองลงมา คือ ลื่นไถลและสะดุดสิ่งกีดขวาง ร้อยละ 23.08 ท่าทางการหกล้ม ได้แก่ ล้มไปด้านหน้า/หน้าทิ่มลงพื้น ร้อยละ 33.85 รองลงมาคือ หายหลัง/ล้มไปด้านหลัง ร้อยละ 27.69 ลักษณะการบาดเจ็บ ได้แก่ รอยถลอก มีบาดแผล ร้อยละ 27.69 รองลงมาคือ ฟกช้ำ ร้อยละ 26.15 และกล้ามเนื้อ เอ็นอักเสบ ร้อยละ 10.77

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีโปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้แก่ ผลของโปรแกรมการลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่บ้าน ของ ชูลี ภูทอง (2545) ผลของระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ของ กมลทิพย์ ภูมิศรี (2547) ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยลีลาต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ของ พรศิริ พลฤกษ์ศรี (2549) ผลของโปรแกรมกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ของ อธิรุช ห้านิรติศัย (2552) ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ ของ ศินาท แขนอก (2553) ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการการเรียนรู้ที่เน้นกระบวนการสร้างนิสัยต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ของ พรทิพย์ จุลบุตร (2553) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม

การป้องกันการหกล้มต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติและ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในชุมชน ของ วลัยภรณ์ อารี รัช (2554) ผลของโปรแกรมป้องกันการผลัดตกหกล้มต่อการผลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ของภาวดี วิมลพันธ์ (2556) และผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ ของ วิลาวรรณ สมตน (2556)

อย่างไรก็ตาม พบว่า ทั้งหมดเป็นโปรแกรมป้องกันการหกล้มที่จัดกระทำในผู้สูงอายุทั่วไปที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยให้ความรู้ การออกกำลังกายซึ่งกึ่งและลีลาศเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ส่วนการศึกษาที่เกี่ยวกับผู้ป่วยพาร์กินสัน พบว่ามีการศึกษา ด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ได้แก่ ผลของการฝึกเดิน ขึ้น-ลงบันไดในผู้ป่วยพาร์กินสัน ของ อัญชลี เจริญสันติอุไร (2551) การศึกษาผลของไม้เท้าเลเซอร์ช่วยเดินในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีปัญหาการเดินติดขัดของ วรณภักศ บัวเทศ (2551) ผลของการออกกำลังกายแบบรำไทยที่มีต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยพาร์กินสัน ของ สุรสา โค้งประเสริฐ (2554) และปัจจัยทำนายการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ของ ปวันรัตน์ ศรีคำ (2557) ที่พบว่า การสูญเสียการทรงตัว ความกลัวการหกล้ม สิ่งแวดล้อมภายในบ้านและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สามารถทำนายโอกาสเกิดการหกล้มได้ร้อยละ 56.7 และพบว่า ความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมภายในบ้านสูงจะทำให้เกิดโอกาสเกิดการหกล้มเพิ่มขึ้น 1.4 เท่า

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่หมายถึง การปฏิบัติของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม โดยหลีกเลี่ยงปัจจัยของการหกล้ม ทั้งปัจจัยเสี่ยงภายในและปัจจัยเสี่ยงภายนอก (Phuangprapha Siriprapha, 2007) และการออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัว การให้ความรู้เพื่อประเมินภาวะความดันโลหิตต่ำและระวังเมื่อเปลี่ยนท่า การประเมินความผิดปกติของรูปเท้า การทดสอบการมองเห็น การประเมินอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับและการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยพาร์กินสัน ช่วยเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสันได้ (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2558) และจากการศึกษาของ อรวรรณ กุลจีรัง (2555) พบว่า ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจะปรับพฤติกรรมตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มได้ โดยการให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตน การออกกำลังกาย การเลือกอุปกรณ์ช่วยเดินและการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน

จากการศึกษาของ ชุติ ภูทอง (2545) ได้จัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) โดยจัดกิจกรรมต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ๆ ละครั้ง ๆ 90 นาที ให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์การป้องกันการหกล้ม การสะท้อนความคิดและอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติการ ป้องกันการหกล้มเพื่อให้

ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติ เสริมสร้างความรู้สึที่ดีในการปฏิบัติและสร้างความคิดรวบยอดกำหนดแนวทางในการปฏิบัติ การป้องกันการหกล้มทั้งปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุเองและปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการทดลองปฏิบัติ การป้องกันการหกล้ม รวมทั้งการฝึกเรื่องการทรงตัวและการบริหารกล้ามเนื้อ ใช้ระยะเวลาการศึกษานาน 7 สัปดาห์ พบว่า ผู้หลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นและจากการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มในบริเวณบ้านผู้สูงอายุ ของ ดุษฎี ปาลฤทธิ์ (2544) พบว่า ได้รับโปรแกรม ฯ นาน 4 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดโปรแกรมพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มในบริเวณบ้านได้ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ยังไม่พบว่ามีการศึกษาการป้องกันการหกล้มจากปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมากที่สุด เพื่อเป็นการป้องกันและลดผลกระทบที่จะเกิดจากการหกล้ม เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยนำแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) จัดกระทำโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มแตกต่างกันหรือไม่
2. ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning) ของ Kolb (1984) เป็นกระบวนการที่เกิดในตัวผู้เรียนเป็นวงจรแห่งการเรียนรู้ โดยผู้สอนเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้เรียนได้นำประสบการณ์ของตนเองในอดีต (learning experience) มาร่วมอภิปรายในกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการสะท้อนกลับ ไตร่ตรองประสบการณ์ที่ได้รับ (observe and reflect) เพื่อนำมาใช้พิจารณาว่าสิ่งใดเป็นประโยชน์ แล้วลงความเห็นเกิดเป็นความคิดรวบยอด นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดของตนเอง (generalize and conceptualize) และได้นำมาตรวจสอบแนวคิดเพื่อค้นหาความจริงในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ด้วยการทดลองปฏิบัติจริง (experiment and integrate) จึงเกิดการเรียนรู้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเป็นพฤติกรรมต่อไป จากการศึกษาของ ชูลี ภูทอง (2545) ใช้แนวคิดกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ในผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการลดความเสี่ยงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการลดความเสี่ยง และจากการศึกษาของ อุษา โพนทอง (2553) ได้นำแนวคิดนี้ไปใช้ศึกษาในผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะพดุมพลัง (active aging) ของข้าราชการกองทัพไทยหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาภาวะพดุมพลังมีการพัฒนามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสามารถป้องกันได้โดยการสอนสุขภาพให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามกระบวนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ โดยจัดกิจกรรมการเรียนการสอนตามกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Kolb, 1984) เรื่องการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากภายในตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและปัจจัยที่เกิดจากสภาพแวดล้อม ได้แก่ การสะดุด การลื่น การเดินบนพื้นผิวไม่สม่ำเสมอ ไฟแสงสว่างไม่เพียงพอ เป็นต้น (Rudzinska et al., 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องปัจจัยทำนายการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ของ ปวันรัตน์ ศรีคำ (2557) พบว่า ความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมภายในบ้านมีผลในการทำนายการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมากที่สุด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยนำประสบการณ์ของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มมาเป็นแหล่งการเรียนรู้ร่วมกับสะท้อนความคิดเห็นและอภิปราย มีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง โดยการจัดกิจกรรมต่อเนื่องกันเป็นเวลา 3 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 30 นาที รวม 3 ครั้งและให้ผู้สูงอายุปฏิบัติเองที่บ้านในสัปดาห์ต่อมา โดยผู้วิจัยจะติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ 4 ถึงสัปดาห์ที่ 7 และติดตามประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมมาแล้ว 4 สัปดาห์ รวมระยะเวลาของโปรแกรมนาน 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของการป้องกันการหกล้ม โดยให้ผู้สูงอายุได้นำประสบการณ์ของการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมาเสนอร่วมกันในกลุ่มและการเสนอแนะแนวทางการป้องกันการหกล้มจากปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและปัจจัยจากสภาพแวดล้อม

2. การสะท้อนความคิดและอภิปราย โดยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มและหาแนวทางในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม

3. การสร้างความคิดรวบยอดและกำหนดแนวทางการปฏิบัติ โดยการชี้แนะแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องและให้ผู้สูงอายุร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของตน

4. การทดลองปฏิบัติ คือ การให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม โดยการทดลองให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้ฝึกปฏิบัติตนเกี่ยวกับการจัดสภาพบ้านให้เหมาะสม การออกกำลังกายและการฝึกเดิน

ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้นำผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันและระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมมาแล้ว 4 สัปดาห์ แล้วพบว่ายังคงมีการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มนั้นอยู่ น่าจะทำให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

สมมุติฐานงานวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

ประชากรของการศึกษา คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคพาร์กินสัน ของโรงพยาบาลรัฐบาลในระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร ต้น คือ โปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์

ตัวแปร ตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

คำจำกัดความของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

การหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หมายถึง การเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกายของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจากการล้มหรือตกลงสู่พื้นผิวที่อยู่ต่ำกว่าร่างกายหรือปะทะสิ่งของต่างๆ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้ประเมนได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สอบถามการหกล้มในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภาวะผิดปกติที่เกิดจากการเสื่อมของเซลล์สมองในบริเวณสมองส่วนกลาง ที่ทำหน้าที่ผลิตสารโดปามีน ส่งผลให้การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ มีอาการสั่น แข็งเกร็ง เคลื่อนไหวช้าและสูญเสียการทรงตัว ประเมินได้จากการวินิจฉัยของแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อไม่ให้เกิดการหกล้ม โดยการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและจากสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ประกอบด้วย การปรับสภาพบ้านให้เหมาะสม การออกกำลังกายและการฝึกเดิน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยผู้วิจัยได้สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการศึกษา งานวิจัยของ ชูลี ภูทอง (2545) รวมข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วยแบบสอบถามการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและจากสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ลักษณะคำถามเป็นข้อความทั้งทางด้านบวกและด้านลบ เกณฑ์การให้คะแนนมีตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน การแปลผลมีตั้งแต่ มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มระดับควรปรับปรุงจนถึงมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มระดับสูง

โปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ หมายถึง รูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ที่ช่วยเสริมสร้างการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในการป้องกันการหกล้มโดยผู้วิจัยได้พัฒนา มาจากแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ ของ Kolb (1984) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนความคิดและอภิปราย การสร้างความคิดรวบยอดและกำหนด แนวทางการปฏิบัติ และการทดลองปฏิบัติ ที่มีการกระทำอย่างต่อเนื่อง โดยให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ทบทวนความรู้จากประสบการณ์เดิมผนวกกับประสบการณ์เรียนรู้ใหม่ คิดและร่วมกันอภิปรายแล้ว วิเคราะห์ จนได้รับความรู้ใหม่และนำไปปฏิบัติทดลองใช้จริง มีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง โดยการจัดกิจกรรมต่อเนื่องกันเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที รวม 3 ครั้งและให้ ปฏิบัติเองที่บ้านในสัปดาห์ 4 ถึงสัปดาห์ที่ 7 โดยผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์และประเมินผลในสัปดาห์ ที่ 8 รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของการป้องกันการหกล้ม โดยให้ผู้สูงอายุได้นำ ประสบการณ์ของการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมาเสนอร่วมกันในกลุ่มและการเสนอแนะแนว ทางการป้องกันการหกล้มจากปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและปัจจัยจาก สภาพแวดล้อม
2. การสะท้อนความคิดและอภิปราย โดยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติป้องกันการหกล้มและหาแนวทาง ในการปฏิบัติป้องกันการหกล้ม
3. การสร้างความคิดรวบยอดและกำหนดแนวทางการปฏิบัติ โดยการชี้แนะแนว ทางการปฏิบัติป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องและให้ผู้สูงอายุร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแนวทางการ ปฏิบัติป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของตน
4. การทดลองปฏิบัติ คือ การให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการ ปฏิบัติป้องกันการหกล้ม โดยการทดลองให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้ฝึกปฏิบัติตนเกี่ยวกับการจัด สภาพบ้านให้เหมาะสม การออกกำลังกายและการฝึกเดิน

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่คลินิกโรคพาร์กินสัน ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จัดให้แก่ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายทั่วไป การให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการรักษา โดยพยาบาลประจำคลินิก การให้คำแนะนำในการใช้ยาและการบันทึกตารางการใช้ยาโดยเภสัชกร ทุกวันอังคาร ในช่วงเวลา 13.00 – 13.30 น. ก่อนได้รับการตรวจจากแพทย์ และสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนเป็นประจำ แพทย์จะส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฝึกเรื่องการทรงตัว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้วิธีการป้องกันการกลืนในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีความเหมาะสม มีประสิทธิภาพ เพื่อใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล
2. เป็นพื้นฐานสำหรับการวิจัยเกี่ยวกับป้องกันการกลืนในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันต่อไป



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัยโดยครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. โรคพาร์กินสัน
 - 1.1 ความหมายของโรคพาร์กินสัน
 - 1.2 พยาธิสภาพของโรค
 - 1.3 สาเหตุของโรค
 - 1.4 การวินิจฉัยโรค
 - 1.5 อาการสำคัญของโรคพาร์กินสัน
 - 1.6 การรักษาโรคพาร์กินสัน
 - 1.7 ปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน
2. การหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสัน
 - 2.1 ความหมายของหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสัน
 - 2.2 อุบัติการณ์การหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสัน
 - 2.3 ปัจจัยเสี่ยงการหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสัน
 - 2.4 ผลกระทบจากการหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสัน
3. พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสัน
4. แนวคิดการเรียนรู้
 - 4.1 แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์
 - 4.2 แนวคิดการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ
 - 4.3 แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ในผู้สูงอายุ
5. แนวทางการให้การพยาบาลและบทบาทด้านการพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสัน
 - 5.1 การพยาบาลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน
 - 5.2 การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน
 - 5.3 การพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
6. แนวคิดการใช้โทรศัพท์ติดตาม
7. แนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. โรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ

โรคพาร์กินสัน มาจากชื่อผู้ค้นพบโรคนี้ คือ นายแพทย์เจมส์ พาร์กินสัน (Dr. James Parkinson) แพทย์ชาวอังกฤษ ที่เขียนอธิบายอาการของผู้ป่วยพาร์กินสันเป็นครั้งแรก ได้แก่ อาการสั่นของมือและมีการเคลื่อนไหวได้น้อย ลงพิมพ์ในบทความที่เรียกว่า “An Eassy on The Shaking Palsy” หรือ อัมพาตชนิดสั่น ในปี ค.ศ. 1817 (รุ่งโรจน์ พิทยศิริและคณะ, 2550)

โรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังเกิดจากการเสื่อมของระบบประสาท อัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น (Driver et al, 2009) โดยทั่วไปที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบได้ร้อยละ 1-2 จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น พบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง (Bower et al., 1999) อัตราความชุกของโรคต่อประชากร 1,000 คน พบค่อนข้างสูงในประเทศแถบยุโรปและลาตินอเมริกา ในประเทศสเปนพบ 15 ราย ต่อประชากร 1,000 ราย ประเทศอิตาลี พบ 15 ราย ต่อประชากร 1,000 ราย ประเทศบราซิล พบ 33 ราย ต่อประชากร 1,000 ราย (Chou and Lee, 2013) และในประเทศอังกฤษ พบ 9.5 ราย ต่อ ประชากรจำนวน 1,000 ราย (Lo and Tanner, 2013) ส่วนในประเทศแถบเอเชียพบได้สูงในประเทศอินเดีย พบ 5.88 ราย ต่อประชากร 1,000 ราย (Chou and Lee, 2013) ในประเทศไต้หวัน พบจำนวน 1.47 ราย ต่อ ประชากร 1,000 ราย (Liu et al., 2015) ในประเทศสิงคโปร์ พบจำนวน 0.32 ราย ต่อ ประชากรจำนวน 1,000 ราย (Tan et al , 2007)

สำหรับในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2554 พบจำนวน 3.97 ราย ต่อ ประชากร 1,000 ราย (Roongroj Bhidayasiri et al., 2011) โดยพบว่า เพศชายมีโอกาสเป็นมากกว่าเพศหญิง พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และยังไม่พบรายงานสถิติของผู้ป่วยที่แน่นอน แต่คาดการณ์ว่ามีประมาณ 80,000 - 120,000 ราย (รุ่งโรจน์ พิทยศิริและคณะ, 2550) และจากการลงทะเบียนของผู้ป่วยพาร์กินสันในประเทศไทยไตรมาสแรกสิ้นสุดเดือนมีนาคม พ.ศ. 2552 ของศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มความเคลื่อนไหวผิดปกติครบวงจร พบว่า มีผู้ป่วยลงทะเบียนทั้งสิ้น จำนวน 15,557 ราย ในจำนวนนี้ พบว่า ร้อยละ 24.9 มีอายุระหว่าง 61-70 ปี และร้อยละ 40.2 มีอายุมากกว่า 70 ปี ทั้งนี้อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ 67.7 ปี (ปวันรัตน์ ศรีคำ, 2557)

1.1 ความหมายของโรคพาร์กินสัน

โรคพาร์กินสัน หมายถึง โรคทางระบบประสาทชนิดหนึ่งที่เกิดจากการเสื่อมของเซลล์สมองส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยมีจำนวนเซลล์ลดลง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยแสดงอาการสั่น เคลื่อนไหวช้า ตัวแข็งเกร็งและทรงตัวลำบาก (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2548)

โรคพาร์กินสันเป็นโรคการเสื่อมของระบบประสาท ผู้ป่วยจะมีอาการสั่นที่มือและขาขณะอยู่เฉยๆ และยังมีอาการเคลื่อนไหวช้า แขนขาแข็งเกร็ง อาการเดินทรงตัวลำบาก มักเกิดในคนอายุค่อนข้างมาก (รุ่งโรจน์ พิทยศิริและคณะ, 2550)

โรคพาร์กินสันเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท และเป็นโรคที่สำคัญในกลุ่มการเคลื่อนไหวผิดปกติ (ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร, 2553)

โรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทเนื่องจากการขาดสารโดปามีนในสมอง พบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง โรคนี้เกิดขึ้นจากการเสื่อมและตายไปของเซลล์สมองในตำแหน่งที่สร้างสารโดปามีน จนไม่สามารถสร้างสารโดปามีนได้เพียงพอ สารโดปามีนมีความสำคัญต่อการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย (วรวิมล เจริญศิริ, 2558)

สรุป โรคพาร์กินสัน หมายถึง โรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาทในสมองส่วนที่สร้างสารโดปามีน ที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทำให้การผลิตสารโดปามีนลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงอาการสั่น เคลื่อนไหวช้า ตัวแข็งเกร็งและทรงตัวลำบาก

1.2 พยาธิสภาพของโรค

เกิดจากการเสื่อมของเซลล์สมองส่วนหนึ่งในสมองส่วนหน้าที่เรียกว่า Basal ganglia มีหน้าที่ควบคุมเพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมและสอดคล้องกัน Basal ganglia ประกอบด้วยกลุ่มเซลล์ศูนย์กลางหลายๆ กลุ่มเซลล์ที่อยู่ใกล้เคียงกัน ได้แก่ Caudate , Putamen, Globus Pallidus, Substantia Nigra และ Subthalamic นอกจากนี้ ยังมีใยประสาทเชื่อมต่อกับเซลล์ประสาทแต่ละส่วน เช่น ในสมองส่วน Substantia Nigra จะมีใยประสาทที่สำคัญ หรือ เรียกย่อ ๆ ว่า SN เชื่อมไปยัง Putamen ความเสื่อมของระบบประสาทในโรคพาร์กินสันเริ่มจาก สมองตำแหน่งบริเวณ Substantia Nigra pars compacta (SNpc) บริเวณดังกล่าวเป็นที่อยู่ของกลุ่มเซลล์ที่การควบคุมการเคลื่อนไหว มีหน้าที่ผลิตสารสื่อประสาท Dopamine ซึ่งทำหน้าที่ในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการทรงตัว สาร Dopamine ทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมไปยังสมองส่วนที่เรียกว่า Corpus striatum ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อมีกำลังและประสานกันได้อย่างดีหากเซลล์สมองส่วนนี้ไม่สามารถสร้างสารดังกล่าวได้อย่างเพียงพอการทำงานของกล้ามเนื้อจะไม่ประสานงานกัน มือจะกระตุก ไม่สามารถทำงานที่ต้องประสานงานของกล้ามเนื้อได้ โดยปกติเซลล์ในส่วนของ Substantia Nigra ที่ผลิตสารโดปามีนจะมีสีดำเป็นลักษณะพิเศษ หากสีดำในสมองนั้นจางลง ย่อมแสดงว่าเซลล์นั้นเสื่อมลง (รุ่งโรจน์ พิทยศิริและคณะ, 2550)

สรุป สาเหตุของการเกิดโรคพาร์กินสัน เกิดจากการเสื่อมของเซลล์สมองส่วนกลาง (Midbrain) ที่เรียกว่า Substantia nigra ทำให้การผลิตสารสื่อประสาท ที่เรียกว่า Dopamine ลดลง Dopamine ทำหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการสั่น แข็งเกร็ง เคลื่อนไหวช้าและสูญเสียการทรงตัว

1.3 สาเหตุของโรค

1.3.1. อายุ อุบัติการณ์ของโรคพาร์กินสันเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น คนที่อายุ 60 ปี จะมีอัตราการเกิดร้อยละ 1 เมื่ออายุ 70 ปี อัตราการเป็นโรคร้อยละ 10 และเมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป อัตราการเป็นโรคเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2548)

1.3.2. เพศ เพศชายมีโอกาสเป็นโรคมกกว่าเพศหญิงในอัตรา 3:2 (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2548) แต่จากการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น พบความชุกของการเกิดโรคในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุเพศหญิงมีอายุที่ยืนยาวกว่าเพศชาย (Yamawaki et al., 2009)

1.3.3. เชื้อชาติ พบมากในผู้ที่อยู่ทางด้านเหนือของยุโรปและอเมริกา (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2548) พบในคนผิวดำน้อยกว่าคนผิวขาว (Ashok et al. 1986; Mayeux et al. 1995) ยังพบว่าอัตราการโรคพาร์กินสันสูงที่สุดในชายแอฟริกันอเมริกัน (Morens et al. 1996; Chen et al. 2001)

1.3.4. พันธุกรรม โดยพบว่าผู้ป่วยโรคพาร์กินสันร้อยละ 15-20 มีประวัติครอบครัวเป็นโรคพาร์กินสัน ผู้ที่มีญาติสายตรงคนหนึ่งเป็นจะมีความเสี่ยงเพิ่ม 3 เท่า (ปราณี ทุไพบเราะ, 2537) ดังผลการศึกษาโครโมโซมของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในหลายครอบครัว พบว่า มีความผิดปกติที่โครโมโซมคู่ที่ 4 (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2553)

1.3.5 สิ่งแวดล้อม อาจมาจากสารเคมีซึ่งเป็นพิษต่อเซลล์ประสาทที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อมหรือจากการติดเชื้อ (ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร, 2553) ในปี ค.ศ.1980 ได้เริ่มให้ความสนใจกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคพาร์กินสันโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสารพิวรีนซึ่งเป็นพิษต่อระบบประสาท เช่น 1-methyl-4-phenyl-1, 2, 3, 6-tetrahydropyridine (MPTP) สารประกอบพิวรีน ทำให้เกิดโรคพาร์กินสันในมนุษย์ได้ (Langston et al., 1983)

1.3.6 ความเครียด เป็นสาเหตุของการเพิ่มการเปลี่ยนแปลงของสารโดปามีน ส่งผลให้เพิ่มกระบวนการปฏิกิริยาการใช้ออกซิเจนของเซลล์ประสาท (Oxidative) ทำให้เกิดการเสื่อมสภาพและถูกทำลายมากขึ้น (Snyder et al., 1985; Spinal and Cohen, 1989)

1.3.7 การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบาดเจ็บทางศีรษะและโรคพาร์กินสัน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกและมีความเสี่ยงสูงในรายที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นประจำ (Goldman and Tanner, 2015) การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัจจัยการกระตุ้นทำให้เกิดการสูญเสีย ของเซลล์ประสาท (neural neurons) จากกระบวนการอักเสบหรือการปรับของเยื่อกั้นระหว่างระบบไหลเวียนกับระบบประสาท (blood brain barrier) ทำให้เกิดอันตรายต่อระบบการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) และเป็นสาเหตุที่หนึ่งที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคพาร์กินสัน

1.4. การวินิจฉัยโรค

1.4.1 ขั้นตอนการวินิจฉัย เกณฑ์ในการวินิจฉัยของ United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank (UKPDSBB) ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การตรวจหาอาการพาร์กินสันซึ่งผู้ป่วยต้องมีอาการดังนี้

1) อาการเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) และการเคลื่อนไหวที่น้อยลง (Hypokinesia) เช่น การขยับนิ้วที่น้อยลงหรือช้าลง

2) อาการสั่นขณะอยู่เฉย (Rest tremor) มักเกิดที่มือมากกว่าขา

3) อาการแข็งเกร็ง (Rigidity)

4) ปัญหาในเรื่องการทรงตัว อาการอาจไม่เด่นชัดในช่วง 2-3 ปีแรก

ขั้นตอนที่ 2 การซักประวัติเพื่อแยกโรคพาร์กินสันออกจากกลุ่มอาการอื่นๆ

1) การได้รับยาทางจิตเวชหรือยาต้านโดปามีน

2) อาการหลอดเลือดสมองผิดปกติหลายครั้งและการดำเนินโรคเป็นขั้นบันได

3) อุบัติเหตุที่สมองหลายครั้ง

4) เป็นโรคสมองอักเสบ

5)ญาติในครอบครัวมีอาการมากกว่า 1 คน

6) ไม่ตอบสนองต่อยาลีโดปา

ขั้นตอนที่ 3 การหาข้อมูลสนับสนุนโรคพาร์กินสัน ลักษณะอาการควรมีอย่างน้อย 3 ข้อ จากอาการดังต่อไปนี้

1) เริ่มต้นจากข้างใดข้างหนึ่ง

2) แสดงอาการสั่นขณะอยู่เฉย

3) อาการของโรคดำเนินมากขึ้นเรื่อยๆ

4) ส่วนใหญ่อาการจะคงความไม่สมมาตรกัน

5) ตอบสนองต่อยาลีโดปาดีมาก (ร้อยละ 70-100)

6) มีอาการยุกยิกรุนแรงที่ผลจากยา ลีโดปา

7) มีการตอบสนองต่อยาลีโดปานานเกิน 5 ปี

8) การดำเนินโรคตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป

1.4.2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1) Transcranial sonography เป็นการใช้นิยามคลื่นเสียงความถี่สูง ตรวจความผิดปกติทางกายภาพของสมอง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 90 จะมีการสะท้อนของเสียงในบริเวณ midbrain มากกว่าคนปกติ (hyperechogenicity) ใช้เป็นการคัดกรองหรือตัวชี้วัดของธาตุเหล็กที่

สะสมบริเวณนั้น เนื่องจากการตรวจวิธีนี้ทำได้ง่ายมีราคาถูก เชื่อถือได้และมีความไวสูง จึงสามารถใช้แยกโรคพาร์กินสันออกจากโรคอื่นๆ ได้

2) การตรวจด้วยเอ็มอาร์ไอแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging : MRI) ที่แสดงส่วนต่างๆ ของสมองได้ละเอียดขึ้น จึงเห็นพยาธิสภาพในบริเวณ substantia nigra ชัดขึ้น ซึ่งต่างจากคนปกติ

3) การตรวจด้วยเครื่องเพทสแกน โดยการใช้สารเภสัชรังสี (Positron Emission Tomography : PET) และ Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) เพื่อประเมินการทำงานของระบบสารสื่อประสาทโดปามีน

1.4.3. การตรวจประเมินผู้ป่วย พาร์กินสัน Parkinson's disease

1) **แบบประเมินทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยพาร์กินสัน The United Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) (Sarwar et al, 2008) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่**

1.1) การทดสอบด้านอารมณ์และพฤติกรรม

1.2) การทดสอบด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การพูด การเขียน การแต่งตัว

1.3) การทดสอบด้านการเคลื่อนไหว เช่น การสั้น การทรงตัว การเดิน

1.4) การตรวจสอบด้านอื่นๆ ที่เกิดปัญหาแทรกซ้อนจากการบำบัดรักษา เช่น ภาวะ Dyskinesia อาการของการตอบสนองต่อยาที่ไม่สม่ำเสมอ (Motor fluctuations)

2) **การประเมินความรุนแรงของโรคพาร์กินสัน แบ่งตาม Modified Hoehn and Yahr Staging of Parkinson's disease (1976) (รุ่งโรจน์ พิทยศิริและคณะ, 2550)**

2.1 การประเมินความรุนแรงของโรค

ระยะเริ่มแรก ยังไม่มีอาการแสดงของโรค

ระยะที่ 1 มีอาการด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย

ระยะที่ 1.5 มีอาการด้านใดด้านหนึ่งร่วมกับแกนกลางของร่างกาย

ระยะที่ 2 มีอาการทั้งสองด้านของร่างกายโดยที่ไม่มีปัญหาการทรงตัว

ระยะที่ 2.5 มีอาการทั้งสองด้านร่วมด้วยร่วมกับแกนกลางของร่างกายมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับเล็กน้อย

ระยะที่ 3 มีอาการทั้งสองด้านร่วมกับปัญหาเรื่องการทรงตัวยังช่วยเหลือตัวเองได้ มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

ระยะที่ 4 มีอาการของโรคทั้งสองด้านและมีภาวะทุพพลภาพในระดับสูง แต่ยังสามารถยืนและเดินได้เองโดยอาศัยบุคคลช่วยเหลือ

ระยะที่ 5 มีอาการรุนแรง ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง ต้องนั่งอยู่บนรถเข็นหรือนอนอยู่บนเตียง

2.2 การประเมินความรุนแรงของโรค แบ่งตาม Hoehn and Yah (1990) ได้จำแนกโรคพาร์กินสันตามระยะเป็น 5 ระยะ ตามความรุนแรงของโรคดังนี้

ระยะที่ 1 มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวเพียงเล็กน้อยที่แขนหรือขาเพียงซีกใดซีกหนึ่ง (Unilateral disease only) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการเริ่มต้นที่แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งก่อน ระยะเวลาโดยเฉลี่ยของโรคในระยะที่ 1 พบว่านานถึง 3 ปี

ระยะที่ 2 มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวเพียงเล็กน้อยที่แขนหรือขาทั้งสองข้างของร่างกาย (Bilateral mild disease) ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีอาการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมที่ช้าลง การดำเนินโรคเข้าสู่ระยะที่ 2 ภายในระยะเวลา 6 เดือนถึง 4 ปี ผู้ป่วยจะมีเสียงพูดราบเรียบ เดินไม่แกว่งแขน เคลื่อนไหวช้า เดินลำบากเล็กน้อย มือสั่นเกร็ง ใบหน้าไม่แสดงอารมณ์ มีอาการเหนื่อยง่าย

ระยะที่ 3 มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวทั้งสองข้างร่วมกับความผิดปกติในการทรงตัว (Bilateral mild disease with early impairment of postural stability) ผู้ป่วยจะมีลักษณะเด่นแยกจากระยะที่ 2 คือ เสียการทรงตัวในขณะที่เดินหรือเคลื่อนไหว โดยเฉพาะในขณะที่หมุนตัว มักเกิดการหกล้มบ่อย ลังเลในการก้าวเดิน (hesitation) ก้าวเดินไม่ออก (freezing) เดินชอยเท้า แบบถี่ ๆ (festination) เดินตัวเอียง (pulsion) เกิดขึ้นได้ในระยะที่ 3 นาน 7 ปี

ระยะที่ 4 มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวอย่างมาก ต้องได้รับการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิต (Severe disease requiring considerable assistance) ผู้ป่วยอยู่ในระยะนี้นาน 9 ปี

ระยะที่ 5 มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวอย่างมากและอยู่กับเตียงหรือรถเข็น (Confinement to bed or wheel chair unless aided) เป็นระยะสุดท้ายของโรค คือ ผู้ป่วยมักจะขาดสารอาหารและน้ำ เกิดแผลกดทับและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะปอดอักเสบและสามารถอยู่ในระยะนี้นานถึง 14 ปี

1.5. อาการสำคัญของโรคพาร์กินสัน มีดังนี้

อาการที่พบบ่อยที่สำคัญของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน มีดังต่อไปนี้

1.5.1. อาการสั่น (Rest tremor) ในระยะแรกๆ ผู้ป่วยมักมีอาการสั่นที่มือหรือเท้าเมื่ออยู่นิ่งๆ หากผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว อาการสั่นจะลดลงหรือหายไป ในกรณีของผู้ป่วยในระยะท้ายๆ อาจเกิดอาการสั่นตลอดเวลา

1.5.2. อาการเกร็ง (Rigidity) เกิดจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อ มีอาการเกร็งที่แขนขาหรือลำตัว จะมีอาการมากขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยยืนหรือพยายามจะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด แต่อาการจะลดลงเมื่อล้มตัวลงนอน หรือในภาวะที่มีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

1.5.3. อาการเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) มีได้หลายรูปแบบ ผู้ป่วยจะมีอาการไม่แสดงอารมณ์คล้ายกับการสวมหน้ากาก พูดเสียงเบาและราบเรียบเป็นระดับเดียวกัน พูดไม่ชัด เดินไม่แกว่งแขนขาคล้ายกับการก้าวของขา จึงมีลักษณะการเดินคล้ายกับหุ่นยนต์

1.5.4. การเสียการทรงตัว (Postural instability) กล้ามเนื้อที่ใช้ในการเดินมีการเคลื่อนไหวน้อยลง เนื่องจากเสียการทรงตัวทำให้หกล้มง่าย ต่อมาจะมีอาการมากขึ้นต้องอยู่บนเตียงตลอดเวลา

1.5.5. อาการผิดปกติอื่นๆ ที่อาจพบได้ในผู้ป่วยพาร์กินสัน ดังนี้

1) อาการผิดปกติของลูกนัยน์ตา ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการมองใกล้ จะมองเห็นเป็นภาพซ้อนในขณะที่มองระยะไกล อาการพบได้บ่อยในระยะเริ่มแรกของโรค ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการมองสิ่งของที่อยู่ที่สูง แต่จะมองสิ่งของที่อยู่ต่ำได้ดี และตาจะเปิดโพรงกว้างกว่าของคนปกติ จึงทำให้ดูเหมือนว่าผู้ป่วยอยู่ในท่าจ้องมองตลอดเวลา

2) อาการยุกยิก (Dyskinesia) เป็นอาการเคลื่อนไหวผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้ มีอาการแขนขาขยับเพียงเล็กน้อย หรือยุกยิกมาก จนคล้ายคนกำลังรำละครและมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อาการยุกยิกมักเกิดจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับยาลีโดปามาเป็นเวลานานและสูงเกินระดับ

3) อาการปวดเมื่อย (Ache, Pain) ผู้ป่วยมักจะมีอาการชาและอาการปวดแสบร้อนได้ สาเหตุเกิดจากการเกร็งและตึงตัวของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะที่เท้าและขา หรือเกิดอาการปวดที่เกิดขึ้นในช่วงยาหมดฤทธิ์ (Off period) และอีกสาเหตุหนึ่งเป็นอาการปวดที่รุนแรงที่เกิดขึ้นขณะกล้ามเนื้อหดเกร็งมาก ที่เรียกว่า Dystonia จำเป็นต้องได้รับการรักษา เพื่อบรรเทาอาการปวด

4) การกลืนลำบาก (Dysphagia) สังเกตได้จากการรับประทานอาหารช้าลง มีน้ำลายไหลมากขึ้น มีความรู้สึกวาก่อนอาหารมาจุกอยู่ที่ลำคอและลำบากมากที่จะกลืนลง เป็นสาเหตุที่ทำให้สำลักอาหารเข้าสู่ปอดได้ ทำให้เกิดปอดอักเสบ (Pneumonia) ได้

5) อาการท้องผูก (Constipation) เกิดจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ทำงานลดลงจากความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ช้ากว่าปกติ ทำให้มีอาการท้องอืดและอุจจาระของผู้ป่วยค้างในลำไส้ ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ง่าย

6) ความดันโลหิตต่ำ (Postural Hypotension) ผู้ป่วยจะมีความดันโลหิตต่ำเวลาลุกนั่งหรือยืน เกิดจากผลการใช้ยารักษาโรคนี้ และความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับระบบประสาทส่วนปลาย

1.6 การรักษาโรคพาร์กินสัน

1.6.1 การรักษาโดยการใช้ยา ยาที่ใช้เป็นกลุ่มที่เสริมการทำงานของ Dopamine (Trail et al., 2008) อาจมีผลข้างเคียงระยะยาวต้องอยู่ในการดูแลของแพทย์อย่างต่อเนื่อง สาร Dopamine จะผ่านจากกระแสเลือดเข้าไปในสมอง โดยผ่านเยื่อกั้นระหว่างระบบไหลเวียนกับระบบประสาท ที่เรียกว่า Blood brain barrier อาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ, 2550) ยาที่ใช้รักษา ได้แก่

1) ยา Levodopa (3, 4-dihydroxy-L-phenylalanine) เป็นกรดอะมิโนที่เป็นต้นกำเนิดของการสร้าง Dopamine มีผลข้างเคียงค่อนข้างสูง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน รุนแรง จึงมีการใช้ยา Levodopa ร่วมกับ dopadecarboxylase inhibitor (Lewitt, 2008) จะออกฤทธิ์ได้ยาวนาน ค่าครึ่งชีวิตราว 1-3 ชั่วโมง อาการข้างเคียงที่พบบ่อย คือ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถ ผื่นร้าย ประสาทหลอนได้ พบในผู้สูงอายุที่ได้รับยาในขนาดสูง (ก้องเกียรติ ภูณภัทน์ทรการ, 2553) และปัญหาที่สำคัญคือการตอบสนองของยาไม่สม่ำเสมอซึ่งเกิดประมาณ ร้อยละ 10

2) ยาเสริม Dopamine agonist เพื่อลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา Levodopa และเพื่อบรรเทาอาการเคลื่อนไหวมากที่ควบคุมไม่ได้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคือ Ergot derivative ผลระยะยาวไม่ต่างจาก Levodopa จึงได้รับความนิยมลดลง และผลข้างเคียงทำให้เกิดโรคคลื่นหัวใจ กลุ่มสองคือ Non-ergot derivative เป็นยาที่จับกับตัวรับ Dopamine ได้หลายชนิด กระตุ้นตัวรับสารสื่อประสาท D2 and D3-like receptors ผลข้างเคียง คือ คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม ประสาทหลอน นอนไม่หลับ

3) ยายับยั้ง Catechol-O-Methyltransferase (COMT) ยายับยั้ง COMT เป็นเอนไซม์ที่ทำลาย Levodopa ทั้งในและนอกสมอง ทำให้การดูดซึมยาดียขึ้น ค่าครึ่งชีวิตของยา Levodopa จะยาวนานและออกฤทธิ์ได้นานขึ้น ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ ท้องเสีย การเคลื่อนไหวมากที่ควบคุมไม่ได้และผู้ป่วยจะมีปัสสาวะเปลี่ยนสีเป็นสีเข้ม

4) ยา Monoamine oxidase isoenzyme type B (MAO-B) เป็นยาออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ monoamine oxidase (MAO-B) จะทำให้ปริมาณของ Dopamine เหลืออยู่ในร่างกายมากขึ้น ยานี้ใช้รักษาเรื่องชะลออาการของโรคพาร์กินสัน ผลข้างเคียงของยา คือ อาการสับสน นอนไม่หลับ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ หรือความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถ

5) ยา Anticholinergic drug เป็นยาที่ออกฤทธิ์ต้านตัวรับ Acetylcholine ลดอาการสั่นได้ดี ไม่ช่วยในเรื่องการเคลื่อนไหวช้า ผลข้างเคียงเกิดขึ้นได้บ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาในเรื่องความจำ หลงลืม ปัสสาวะลำบาก ตาพร่ามัวและปากแห้งคอแห้ง

1.6.2. การรักษาโดยการผ่าตัด

การผ่าตัดเพื่อการรักษาโรคพาร์กินสัน เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2493 ซึ่งเป็นการผ่าตัดโดยใช้ความร้อนจี้สมองส่วนใน Globus pallidus interna (GPI) เรียกการผ่าตัดแบบนี้ว่า Pallidotomy และการใช้ความร้อนจี้สมองในส่วน Thalamus เรียกว่า Thalamotomy การผ่าตัดทั้ง 2 วิธีสามารถลดอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติรวมถึงอาการสั่นได้ แต่เป็นการทำลายตำแหน่งรอยโรคอย่างถาวรและมักพบผลข้างเคียง เช่น ปัญหาเรื่องความจำ ปัญหาเรื่องการพูดและการกลืน ต่อมาในปี พ.ศ. 2530 ได้มีการผ่าตัดฝังเครื่องกระตุ้นสมองส่วนหลังด้วยกระแสไฟฟ้า เป็นการผ่าตัดชนิดที่สำคัญและเป็นที่ยอมรับ (นงลักษณ์ บุญรอดและคณะ, 2559)

1) Deep brain stimulation (DBS) เป็นการผ่าตัดโดยใช้ไมโครอิเล็กโทรดหาตำแหน่งที่เหมาะสมและฝังอิเล็กโทรด โดยวิธี stereotaxis แล้วใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นด้วยความถี่สูง โดยตำแหน่งที่นิยมทำคือ subthalamic nucleus (STN) รองลงไปคือ globus pallidus interna (GPI) ทั้ง 2 ข้าง และตำแหน่ง thalamus (รุ่งโรจน์ พิทยศิริและคณะ, 2550)

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาสำหรับการผ่าตัดแบบการกระตุ้นสมองส่วนลึก มีดังนี้

- 1.1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน ไม่ใช่กลุ่มโรคพาร์กินสันเทียม
- 1.2) มีปัญหาหลัก คือ การตอบสนองต่อยาไม่สม่ำเสมอ เช่น มีช่วงที่ยาออกฤทธิ์ (On time) สั้นลงระยะเวลาที่ยาหมดฤทธิ์ (Off time) นานขึ้น ร่วมกับช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์และหมดฤทธิ์สลับกันไปมาหลายครั้งตลอดวัน โดยไม่สามารถคาดคะเนได้
- 1.3) ไม่มีอาการดังต่อไปนี้ ได้แก่ อาการร่วมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว (Nonmotor symptoms) เช่น ภาวะหลงลืม ภาวะสับสนทางจิตเวชอย่างรุนแรง ปัญหาในการควบคุมการขับถ่าย เป็นต้น ปัญหาในเรื่องของการกลืนและปัญหาในเรื่องของการเดินติดขัด หรือการทรงตัวที่ไม่ดีขึ้นจากการปรับยาพาร์กินสันที่รับประทานอยู่
- 1.4) มีสุขภาพโดยทั่วไปที่แข็งแรง สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้
- 1.5) มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันของตนเอง และการผ่าตัดรักษาแบบ

DBS อย่างถูกต้อง และให้ความร่วมมือกับแพทย์ผู้รักษาอย่างเต็มที่

ลักษณะอาการตอบสนองต่อยาในการรักษาโรคพาร์กินสัน

On time หมายถึง ช่วงที่มีการตอบสนองที่ดีต่อยาในช่วง on time ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะมีอาการสั่นน้อยลง แข็งเกร็งน้อยลงและเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น

Off time หมายถึง ช่วงที่ไม่ตอบสนองต่อยาหรือยาหมดฤทธิ์ ในช่วง off time ผู้ป่วยจะมีอาการสั่น แข็งเกร็งและเคลื่อนไหวช้า

Delay on หมายถึง ใช้เวลานานกว่าปกติก่อนที่จะมีการเกิด on time

Dose failure หมายถึง การไม่มีช่วง หลังจากได้รับประทานยาในกลุ่ม Dopa minergics

1.7 ปัญหาที่พบในผู้ป่วยพาร์กินสัน

1.7.1. ปัญหาการสื่อสาร จะมีอาการพูดลำบาก พูดเบาเสียง พูดเร็ว น้ำเสียงมีระดับเดียวไม่มีเสียงสูงเสียงต่ำ พูดออกมาเป็นชุดๆสั้นๆ ถัดๆ ทำให้ผู้ฟังไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด

1.7.2. ปัญหาการนอน เช่น อาการนอนไม่หลับ หลับไม่สนิท นอนหลับไปแล้วตื่นขึ้นมา ตอนกลางดึกแล้วไม่สามารถนอนหลับต่อได้ หรือนอนหลับทั้งวัน มีอาการหลับแบบทันทีทันใด (Sleep Attacks) บางครั้งอาจตื่นขึ้นมาอะอะโวยวายกลางดึกโดยที่ไม่รู้ตัว การฝันร้าย

1.7.3 ปัญหาด้านจิตใจ อาการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล (Depression and Anxiety) อาการซึมเศร้าพบได้ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยพาร์กินสัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเศร้าและไม่อยากทำกิจกรรมใดๆตลอดวัน ผู้ป่วยจะรู้สึกดีขึ้นเมื่อได้รับการรักษา อาการประสาทหลอน (Hallucination) หมายถึงการที่ผู้ป่วยมองเห็นคนหรือสิ่งของซึ่งไม่มีอยู่จริงที่นั่น ยาที่ใช้รักษาอาการพาร์กินสันบางชนิด จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นได้

1.7.4 ปัญหาทางสังคม เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกลำบากใจที่จะบอกบุคคลรอบตัวหรือผู้ร่วมงาน ว่าตนเองเป็นโรคพาร์กินสัน ผู้ป่วยจะมีอาการสั้นๆ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว มักขาดความมั่นใจในการออกไปอยู่ในที่สาธารณะ

1.7.5. ปัญหาการหกล้ม ในช่วง 5 ปีแรกของระยะดำเนินโรคนั้น ผู้ป่วยพาร์กินสันจะมีความผิดปกติของการเดินในอัตราสูง ร้อยละ 55-60 ผู้ป่วยพาร์กินสันการเดินจะมีลักษณะเฉพาะ คือ จะเดินแบบแขนไม่แกว่งข้างใดข้างหนึ่ง ในระยะแรก จะเดินช้าลง ก้าวสั้นลงกว่าเดิมและเดินมักยกเท้าขึ้นไม่สูงจากพื้น เดินแบบซอยเท้าถี่ๆและก้าวสั้นๆ ลำตัวมักโน้มไปข้างหน้า ทำให้ผู้ป่วยพาร์กินสัน หกล้มได้ง่าย (รุ่งโรจน์ พิทยศิริและคณะ, 2550) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวการหกล้มอย่างมาก เมื่อพบเห็นสิ่งของอยู่บนพื้น เช่น ขอบพรม เชือก หรือท่อนไม้ขวาง จะหยุดนิ่งไม่ยอมขยับเท้าก้าวเดิน การลุกนั่งเก้าอี้เดี่ยวๆอาจมีการล้มหงายหลังได้ เนื่องจากมีความลำบากในการเปลี่ยนอิริยาบถ สาเหตุจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อสะโพกและกล้ามเนื้อต้นขา ระยะโรคปานกลาง ผู้ป่วยจะมีปัญหาการเดินมากขึ้น คือ เดินหน้าพุ่งไปข้างหน้า จนเป็นแบบวิ่งเหยาะๆและเป็นวิ่งในที่สุด เมื่อต้องการจะหยุดจะมีความยากลำบากมาก เดินถอยหลัง คือ เดินไปข้างหน้าหนึ่งก้าวแล้วจะมีเดินถอยหลังกลับสองถึงสามก้าว เดินเอียงข้างจะเซไปข้างใดข้างหนึ่ง ระยะท้ายของโรค การดำเนินการของโรคที่เลวลงเรื่อยๆในการทรงตัวและการเดิน แม้จะได้รับการรักษาด้วยยาและการผ่าตัด ภายหลัง 10- 15 ปี จะมีปัญหาการหกล้มได้บ่อยๆและมีปัญหากระดูกหักตามมาเสมอ

2. การหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสัน

ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจะมีอาการทรงตัวลำบาก เดินติดขัด ก้าวขาไม่ค่อยออก เวลาเดินมักจะลากเท้าหรือยกไม่สูงจากพื้น อาการดังกล่าวส่งผลให้เกิดการหกล้มได้ง่าย

2.1. ความหมายของการหกล้ม

การหกล้ม หมายถึง บุคคลที่สูญเสียการทรงตัวโดยไม่ตั้งใจและไม่ได้เกิดจากการกระทำภายนอก โดยทำให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ได้แก่ มือ แขน เข่า ก้น หรือร่างกายทั้งตัวสัมผัสกับพื้นและต้องเกิดเหตุการณ์ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป (ลัดดา เกียมวงศ์, 2544)

การหกล้ม หมายถึง การที่เกิดการเปลี่ยนท่าโดยไม่ตั้งใจและเป็นผลให้ร่างกาย ทรวดหรือลงนอนกับพื้นหรือปะทะสิ่งของต่างๆ เช่น เติง โตะ การเปลี่ยนท่าโดยไม่ตั้งใจเหล่านี้อาจเกิดจากอาการหน้ามืดเป็นลม ขาอ่อนแรงละจากการสะดุด เกี่ยวตึง ลื่นไหล โดยไม่รวมการถูกชกหรือตี ทำร้าย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

การหกล้ม หมายถึง การเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกายจากการลื่นถลาหรือตกลงไปสู่พื้นผิวอื่นที่ต่ำกว่าร่างกาย เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจและไม่สามารถควบคุมได้ อาจส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บก็ได้ (บุปผา จันทจรรัส, 2546)

การหกล้มในผู้สูงอายุ หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุล้มลงไปสู่พื้นหรือพบว่านอนอยู่บนพื้นหรือเป็นภาวะที่ล้มไปกระแทกกับวัสดุ อุปกรณ์ที่อยู่ในบริเวณนั้น เช่น เก้าอี้ เคาน์เตอร์ แล้วต้องพยายามดึงตัวกลับมาเพื่อการทรงตัว (อารี ปรมัตถาวรและคณะ, 2553)

การหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หมายถึง การรับรู้ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ที่ส่งผลให้ร่างกาย ลงไปสู่พื้นอื่นที่อยู่ต่ำกว่า หรือมีการปะทะกับสิ่งต่างๆ ก่อนที่จะลงสู่พื้น อาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บก็ได้ (ปวันรัตน์ ศรีคำ, 2557)

สรุป การหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หมายถึง การเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกายของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจากการลื่นถลาหรือตกลงสู่พื้นผิวที่อยู่ต่ำกว่าร่างกายหรือปะทะสิ่งของต่างๆ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือไม่ก็ได้

2.2. อุบัติการณ์การหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะมีอาการทรงตัวลำบาก เดินติดขัด ก้าวขาไม่ค่อยออก เวลาเดินมักจะลากเท้าหรือยกไม่สูงจากพื้น จึงทำให้หกล้มได้ง่าย (Huse et al., 2006) โดยอาการเหล่านี้ มักพบในช่วงเวลา 5 ปี ของอาการป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน (นิพนธ์ พงวารินทร์, 2548) ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะมีความเสี่ยงในการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่แข็งแรงถึง 9 เท่า มากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปถึงร้อยละ 38-68 (Wood et al., 2002) ในประเทศออสเตรเลีย มีผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ร้อยละ 70 มีการหกล้มซ้ำและบ่อย จำนวน 4.7-67.6 ครั้ง ต่อปี (Allen et al., 2013) พบว่า ร้อยละ 57 ของผู้ป่วยโรค

พาร์กินสันมีการหกล้ม (Pickering et al., 2007) และการหกล้มเกิดขึ้นภายในบ้านคิดเป็นร้อยละ 47.8 สาเหตุจากปัจจัยภายในที่เกิดจากผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ได้แก่ การทรงตัวบกพร่อง แขนขาอ่อนแรง และการสูญเสียความสมดุลของร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 57.2 ปัจจัยภายนอกที่เกิดจากสภาพแวดล้อมคิด เป็นร้อยละ 14.3 เกิดการลื่นล้มจากการสะดุดพรมและขอบประตู มักเกิดในห้องครัว ห้องน้ำ และบ้านพื้นไม้ การหกล้มภายนอกบ้านคิดเป็นร้อยละ 57.2 สาเหตุทั้งจากปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วยและจากสภาพแวดล้อมต่างๆ กัน (Gazibara T. et al., 2014) จากการศึกษาของ Contreras A. et al (2012) พบว่า ภายใน 6 เดือน ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเกิดการหกล้ม ร้อยละ 59.7 เกิดในผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 60-80 ปี ระยะการดำเนินของโรค 6-7 ปี ร้อยละ 32.2 เกิดการบาดเจ็บกระดูกหัก ร้อยละ 25.8 เกิดการฟกช้ำและผิวหนังถลอก

2.3. ปัจจัยเสี่ยงการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

2.3.1 อายุที่เพิ่มขึ้น จากการศึกษาของ Contreras and Grandas (2012) พบว่า ความเสี่ยงของการหกล้มจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยเฉพาะอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป พบว่ามีประสบการณ์ในการหกล้มมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการหกล้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า เมื่ออายุมากขึ้น (Pickering et al., 2007)

2.3.2 ประวัติการหกล้ม สามารถทำนายการหกล้มและนำไปสู่การหกล้มได้ (Allcock et al., 2009) และผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการหกล้มในระยะเวลา 1-2 ปี จะมีโอกาสเกิดการหกล้มสูงขึ้นไปถึง 4 ปี เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการหกล้มมาก่อน

2.3.3 ความรุนแรงของโรค ที่มากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น (Mak and Pang, 2010; Mantinoli et al., 2011; Allen et al., 2013) และสามารถทำนายการหกล้มได้ (Pickering et al., 2007)

2.3.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วยผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ระยะเวลาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยพาร์กินสันที่มากขึ้น มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม (Cole et al, 2010)

2.3.5 การเสียการทรงตัว ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในระยะแรกจะเดินช้าลง ลักษณะการเดินสั้นลงกว่าเดิมและยกเท้าขึ้นไม่สูงจากพื้น ทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย ในระยะกลาง จะมีความผิดปกติในการทรงตัวและการเดินมากขึ้น ลักษณะการเดินที่โน้มตัวมาด้านหน้า (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2548) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะการเดินติดขัด คือ Freezing of gait เกิดขึ้นหลังจากที่ลุกขึ้นยืนขณะที่ก้าวเดินจะเดินชอยเท้าอยู่กับที่และก้าวสั้นๆ (Shuffle and Hesitation) มีความรู้สึกเหมือนก้าวเท้าไม่ออกและจะเดินเร็วในอัตราที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นวิ่งเหยาะๆ ทำให้เสียการทรงตัวและหกล้มไปทางด้านหน้า ทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย (รุ่งโรจน์ พิทยศิริและคณะ, 2550)

2.3.6 ความกลัวการหกล้ม การมีประวัติการหกล้มนำไปสู่ความกลัวการหกล้ม ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์หกล้มซ้ำ ผู้ป่วยจะจำกัดกิจกรรมของตนเอง คุณภาพชีวิตแย่ลง (Allen et al., 2013) ความกลัวการหกล้มทำให้ผู้ป่วยลดบทบาทหน้าที่ของตน ลดกิจกรรมการเข้าสังคม จำกัดกิจกรรมและลดการเคลื่อนไหว (Cumming et al., 2000) ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อเอวและสะโพก ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม (Durmus et al., 2009)

2.3.7 ขนาดการใช้ยา กลุ่ม Dopamine agonists ปริมาณการได้รับยา Levodopa ในปริมาณที่มากขึ้นเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Mementinoli et al., 2011)

2.3.8 ภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันขาดสมาธิในการตัดสินใจและความระมัดระวัง ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม (Mak and Pang, 2010) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีการหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ภาวะซึมเศร้า (Gribbin et al, 2011) ทำให้เกิดการยับยั้งกระบวนการปรับตัวเพื่อป้องกันการหกล้ม (Allcock, 2009)

2.3.9 การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ร้อยละ 31 ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่เกิดการหกล้มซ้ำ สาเหตุจากการใช้เครื่องช่วยเดิน (Mak and Pang, 2010) ที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย

2.3.10 แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับข้อมูลจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน (ปวันรัตน์ ศรีคำ, 2557) และการศึกษาของ รวีวรรณ ปัจมนัส (2547) พบว่า ผู้สูงอายุที่หกล้มได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่หกล้ม

2.3.11 สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน พบร้อยละ 80 ของการหกล้มเกิดขึ้นที่บ้านและมีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมภายในบ้านไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย (Roongroj Bhidayasiri, 2015; Allen et al. (2010) พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสามารถทำนายการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้ร้อยละ 12 เกิดการหกล้มภายในบ้านมากกว่านอกบ้าน โดยผู้ป่วยมักจะมีปัญหาการเดินและการทรงตัวในที่แคบมากกว่าที่กว้าง และ Rudzinska et al. (2013) พบว่า ร้อยละ 29 ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันหกล้มที่บ้าน มีสาเหตุมาจากพื้นที่ขรุขระ ไม่เรียบ มีสิ่งที่ทำให้สะดุดหรือลื่น

2.3.12 ชนิดของโรคพาร์กินสัน กลุ่มที่มีอาการเคลื่อนไหวช้าและเดินลำบากเป็นอาการหลักจะมีโอกาสเดินหกล้มมากกว่ากลุ่มที่มีอาการสั่นเป็นหลัก และผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเทียมจะมีโอกาสหกล้มมากกว่าผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทั่วไป (ประวีณ โล่ห์เลขา, 2558)

2.3.13 การออกฤทธิ์ของยาที่ไม่สม่ำเสมอ ในขณะที่ยาใกล้หมดฤทธิ์หรือในช่วงที่ยาไม่ออกฤทธิ์จะทำให้เกิดการทรงตัวไม่ดี มีการเดินติดขัด ยกเท้าไม่สูง เดินลากเท้า เพิ่มโอกาสเกิดการหกล้มมากกว่าในระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์ดี หรือ ช่วงที่ยุกยิก (ประวีณ โล่ห์เลขา, 2558)

2.3.14 ผู้ป่วยพาร์กินสัน ที่มีปัญหาการเรื่องการมองเห็น ทำให้โอกาสการเดินสะดุด เดินชน และหกล้มได้ง่าย หากแสงสว่างในบ้านไม่เพียงพอ

2.3.15 การแกว่งแขนลดลงข้างใดข้างหนึ่งขณะเดิน ผู้ป่วยมักจะเดินแกว่งแขนน้อย หรือไม่แกว่งแขน ซึ่งมักจะเป็นด้านใดด้านหนึ่งที่มีอาการสั่น หรือแข็งเกร็ง ถ้าเป็นมากขึ้นการก้าวเดินไปข้างหน้าจะเร็วขึ้นเรื่อยๆ และบางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถหยุดได้ ในขณะเวลาต้องการกลับตัวเวลาเดิน จะกลับทั้งลำตัวเหมือนกับท่อนไม้ ที่เรียกว่า En Bloc (รุ่งโรจน์ พิทยศิริและคณะ, 2550) เป็นสาเหตุให้หกล้มได้ง่ายและการแกว่งแขนลดลงทำให้เกิดโอกาสหกล้มได้มากกว่าปกติถึง 4.3 เท่า

2.4 ผลกระทบจากการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

2.4.1 การหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ทำให้เกิดการพกซ้ำ ร้อยละ 71.8 ในจำนวนนี้พบมากที่สุดที่ไหล่ ร้อยละ 33 และที่ศีรษะร้อยละ 25 (Gazibara et al., 2014) กระดูกโขนแตก กระดูกข้อมือแตก กระดูกต้นขาหัก โดยเฉพาะกระดูกสะโพกและอุ้งเชิงกรานพบบ่อยที่สุด ร้อยละ 25 ในอาการบาดเจ็บ พบว่า รักษาตัวในสถานพยาบาล ร้อยละ 75 และรับการผ่าตัดจากกระดูกหักร้อยละ 40.6 (Wielinski et al., 2005) และยังพบว่ามีการบาดเจ็บที่ศีรษะ (Pickering et al., 2007)

2.4.2 การหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (Pickering et al., 2007) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยพาร์กินสันแย่ลง

2.4.3 ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง นำไปสู่ภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ขาดความเป็นอิสระ (Bloem, 2004)

2.4.4 เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาตัวในโรงพยาบาลแลเกิดอันตรายจากการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน (Pickering et al., 2007)

2.4.5 การหกล้มเป็นสาเหตุให้เสียชีวิต พบได้ถึงร้อยละ 57 (Jones et al., 2012)

2.4.6 เกิดภาวะกลัวการหกล้ม

2.4.7 มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล

2.4.8 สูญเสียเงินในค่ารักษาพยาบาล หากได้รับการบาดเจ็บรุนแรง

สรุป การหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เกิดจากการสูญเสียการทรงตัวและการเดินที่ผิดปกติ ส่งผลกระทบต่อได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ได้ หรืออาจร้ายแรงถึงเสียชีวิตได้ ดังนั้น การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจะช่วยให้การดำเนินชีวิตที่มีความสุขและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

3.1 ความหมาย

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตประจำวันมิให้เกิดการหกล้ม โดยหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม ทั้งปัจจัยภายในที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุและปัจจัยภายนอกที่เกิดจากสภาพแวดล้อม (ชูลี ภูทอง, 2545)

Phuangprapha Siriprapha (2007) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เป็นการกระทำของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม โดยหลีกเลี่ยงปัจจัยของการหกล้มทั้งปัจจัยเสี่ยงภายในและปัจจัยเสี่ยงภายนอก

สรุป พฤติกรรมการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในการป้องกันการหกล้ม ทั้งที่เกิดจากภายในตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรมการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน พบว่า สาเหตุของการหกล้มมาจากอาการของโรคพาร์กินสัน ได้แก่ อาการสั่น กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง การเคลื่อนไหวช้า เดินลากเท้า การเดินติดขัด และการสูญเสียการทรงตัว เป็นต้น และจากการจัดสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมกับระยะความรุนแรงของโรค ได้แก่ การเดินสะดุดขอบประตูหรือตกบันไดบ้าน เนื่องจากผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะเดินติดขัดและยกเท้าไม่สูงจากพื้น มักเดินชนสิ่งของภายในบ้าน เนื่องจากการสูญเสียการทรงตัวและการหมุนตัวกลับที่ลำบาก เป็นต้น (Rudzinska et al., 2013) จากการศึกษาพบว่า มากกว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน มีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากอาการของโรค การเคลื่อนไหวที่น้อยลง ทำให้เกิดอุบัติเหตุ หกล้มได้ง่าย ซึ่งการเกิดอุบัติเหตุส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มขึ้น (Hardy, 2008; McLaughlin et al., 2011) จากการศึกษาของ อรรวรรณ กุลจิริง (2555) พบว่า ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจะปรับพฤติกรรมตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม โดยการหาความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน การออกกำลังกาย การเลือกอุปกรณ์ช่วยเดินและการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันการหกล้ม และจากการศึกษาของฉัตรกมล ประจวบลาภ (2558) พบว่า การออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัว การให้ความรู้เพื่อประเมินภาวะความดันต่ำและระวังเมื่อเปลี่ยนท่า การประเมินรูปเท้าว่าผิดปกติหรือไม่ การทดสอบการมองเห็น การประเมินอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับและการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ช่วยเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสันได้

จากการหาความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยความระมัดระวัง การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว เมื่อรับรู้ประโยชน์จากปฏิบัติจนกระทำอย่างอ่อนโยนเนื่องปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มต่อไป การที่ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจะ

สามารถป้องกันการหกล้มได้นั้น ผู้สูงอายุควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากปัจจัยภายใน หรือปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้แก่ การสูญเสียการทรงตัว การเดินติดขัด เป็นต้นและป้องกันการหกล้มจากภาวะดังกล่าว ด้วยการออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว จัดหาอุปกรณ์ช่วยเดินเมื่อเคลื่อนไหวลำบากมากขึ้น ส่วนปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยที่เกิดจากสภาพแวดล้อมได้แก่ การสะดุด การลื่น การเดินบนพื้นผิวไม่สม่ำเสมอ ไฟแสงสว่างไม่เพียงพอ เป็นต้น (Rudzinska et al., 2013) การป้องกันการหกล้มจากสภาพแวดล้อมนั้นควรจัดสภาพบ้านให้เหมาะสมกับระยะความรุนแรงของโรค ติดตั้งราวจับภายในห้องน้ำ ไม่วางสิ่งของขวางทางเดิน งดใช้พรม จัดแสงสว่างภายในบ้านให้มีแสงสว่างเพียงพอ เป็นต้น (นงลักษณ์ บุณอรอด และคณะ, 2559)

สรุป พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ควรให้ความรู้การป้องกันการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและจากสภาพแวดล้อม เมื่อรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติจะกระทำอย่างต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมต่อไป

3.2 การป้องกันการหกล้มเกิดจากผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ประกอบด้วย

1) การออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันระยะต่างๆตาม Hoehn and Yahr Scale (1976: 427) มีดังนี้

ระยะที่ 1 ในระยะนี้ผู้ป่วยจะยังไม่แสดงอาการ และมีการทำกิจกรรมได้ปกติเน้นการทำกิจกรรม เพื่อรักษาความสามารถในการทำกิจกรรม เดินอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 40 นาที บนพื้นผิวต่างๆ เน้นฝึกก้าวยาวๆ การยกเท้าให้สูง การมีกิจกรรมสนทนา การช่วยพัฒนาการมีกิจกรรมทางกาย

ระยะที่ 2 ในระยะนี้ยังไม่พบปัญหาเรื่องการทรงตัวยังไม่สังเกตเห็นในระยะนี้ควรเน้นการฝึกเขียนตัวหนังสือให้มีขนาดใหญ่ การฝึกลุกนั่งจากเก้าอี้ การหมุนตัว การลุกจากเตียง

ระยะที่ 3 ในระยะนี้จะเริ่มมีปัญหาเรื่องการทรงตัว แนะนำให้เดินอย่างน้อย 100 เมตรต่อวัน ยกเท้าสูงจากพื้นอย่างน้อย 1.5 นิ้ว ฝึกให้ยาว หรือการฝึกเดินบนเครื่องช่วยเดิน

ระยะที่ 4 ในระยะนี้จะเริ่มมีปัญหาเรื่องการทรงตัวและการเดินอย่างมาก ต้องการผู้ช่วยพยุงเดิน ในระยะนี้ผู้ดูแลต้องให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย การถูกจำกัดกิจกรรมในบางเวลา การเรียนรู้การขึ้นจากเก้าอี้ การหมุนตัวบนเตียง

ระยะที่ 5 ในระยะนี้ผู้ป่วยไม่สามารถทรงตัวได้เอง ต้องนั่งรถเข็นหรือนอนติดเตียง ผู้ป่วยต้องการผู้เชี่ยวชาญในการทำกายภาพบำบัด ออกกำลังกายส่วนปลายแขนขาอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

2) แนวทางการทำกายภาพบำบัดและการออกกำลังกายของผู้ป่วยพาร์กินสัน

- 2.1) ฝึกเทคนิคป้องกันการหกล้ม (fall prevention technique)
- 2.2) พัฒนาการทรงตัว (Balance) และการตอบสนองต่อการทรงท่า (Postural reaction) เมื่อมีสิ่งกระตุ้นภายนอกและการเปลี่ยนแปลงของแรงโน้มถ่วง
- 2.3) พัฒนาและเพิ่มความมั่นคงในการทรงท่า (Postural stabilization) และพัฒนาความมั่นคงของข้อต่อ

- 2.4) พัฒนาความสามารถในการเดิน (Gait training)
- 2.5) ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Strengthening exercise)
- 2.6) พัฒนาความสามารถในการประสานงานกันในการเคลื่อนไหว
- 2.7) พัฒนาการใช้งานของแขนและมือ (Upper extremity functions)
- 2.8) พัฒนาคุณภาพชีวิตโดยฝึกให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง

3) วิธีการป้องกันการหกล้มและการทรงตัวในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

สุรสา โคงประเสริฐ (2558) ได้แนะนำวิธีการป้องกันการหกล้มและการทรงตัวในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันดังนี้

- 3.1) พยายามเดินแกว่งแขน และยกเท้าให้สูงทั้งสองข้างขณะก้าวเดิน การนับจังหวะ “ซ้าย-ขวา-ซ้าย” ในใจจะช่วยให้ก้าวเดินดีขึ้น
- 3.2) หลีกเลี่ยงทำกิจกรรมหลายๆ อย่าง พร้อมกันในขณะเดิน ไม่ชวนพูดคุยหรือให้คำชวนในขณะเดิน ฝึกสมาธิให้จดจ่อกับการก้าวเดิน จังหวะการเดิน ทางเดินหลีกเลี่ยงการหมุนหรือการกลับหลังหันอย่างรวดเร็ว ควรใช้วิธีการเดิน อ้อมในการเปลี่ยนทิศทางด้านตรงข้าม
- 3.3) หากผู้ป่วยมีอาการก้าวเท้าไม่ออก ให้ผู้ป่วยจินตนาการว่ามีสิ่งของที่ต้อง ก้าวข้ามหรือให้ผู้ดูแลวางเท้ากันไว้ตรงหน้าแล้วให้ผู้ป่วยก้าวข้ามอย่าใช้วิธีลากจูง
- 3.4) ในทำยีนให้ยีนกางเท้าให้กว้างโดยอยู่ระดับไหล่ ช่วยให้การทรงตัวดีขึ้น
- 3.5) หากต้องเดินทางไกล ยืนนานหรือออกนอกบ้านควรมีเครื่องช่วยพยุงเดินค้ำยัน เช่น ไม้เท้า คอกเดิน เพื่อป้องกันการหกล้มโดยเฉพาะในสถานที่ที่มีผู้คนแออัด
- 3.6) หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนท่าทางหรือลุกขึ้นอย่างรวดเร็ว หลีกเลี่ยงการลุกขึ้นยืนจากท่านอนทันที ควรนั่งพักก่อนแล้วค่อยลุกขึ้นยืนเพื่อป้องกันอาการหน้ามืดและหกล้ม
- 3.7) ควรจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้โปร่ง ไม่มีสิ่งกีดขวางและมีแสงเพียงพอ
- 3.8) รับประทานยาให้สม่ำเสมอให้ตรงเวลาและมาตรวจตามที่แพทย์นัดสม่ำเสมอ เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาการออกฤทธิ์ของยาไม่สม่ำเสมอ
- 3.9) ออกกำลังกายให้สม่ำเสมอและดื่มน้ำให้เพียงพอ

3.10) เลือกรองเท้าให้เหมาะสมโดยเลือกรองเท้าที่ประคองเท้าหุ้มส้นเท้าเพื่อความมั่นคงในการเดิน พื้นไม่ลื่นนุ่มลดแรงกระแทก มีสายปรับระดับได้ มีความยาวที่เหมาะสมกับเท้า

3.11) ใช้ไม้เท้าในการเดินที่เหมาะสมและแข็งแรง ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันบางคนไม่ยอมใช้ไม้เท้าเพราะส่งผลต่อภาพลักษณ์

3.3 การป้องกันการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อม

1) การปรับสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติการหกล้มบ่อย สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองสะดวกมากขึ้น และยังช่วยป้องกัน ลดความเสี่ยงของการหกล้มได้ ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะทำกิจกรรมภายในบ้านเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมภายในบ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญ (วารสาร วุฒิวิถีสรี, 2557 อ้างถึงใน ปวันรัตน์ ศรีคำ, 2557) การปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีดังนี้

1.1) ติดตั้งหลอดไฟภายในบ้าน เพื่อให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะมีความบกพร่องการมองเห็นและมีลานสายตาที่แคบลง

1.2) ติดตั้งราวจับบันไดทั้งสองข้าง

1.3) เปลี่ยนลูกบิดประตูและก๊อกน้ำ ให้เป็นแบบปัดหรือแบบโยก เนื่องจากผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมาสามารถหมุน เปิด-ปิด ลูกบิดประตูและก๊อกน้ำได้ถนัด

1.4) ใช้สบู์เหลวแบบขวดกดแทนการใช้สบู์แบบก้อน

1.5) ใช้แปรงสีฟัน เครื่องโกนหนวดไฟฟ้า หากผู้ป่วยมีอาการสั่น จนไม่สามารถโกนหนวดหรือแปรงฟันได้ถนัด

1.6) ปรับพื้นทางเดินไม่ให้พื้นผิวลื่นและวางแผ่นป้องกันลื่นในห้องน้ำ

1.7) ทำราวจับทางเดิน ห้องน้ำและข้างชักโครก

1.8) ใช้ประตูบานเลื่อนเพื่อความสะดวกในการเปิด-ปิด

1.9) แยกห้องอาบน้ำและห้องส้วม แยกพื้นที่เปียก/แห้งเพื่อป้องกันการลื่นล้ม

1.10) เตรียมเก้าอี้สำหรับผู้ป่วยในการแปรงฟัน

1.11) ไม่วางพรมหรือเฟอร์นิเจอร์กะทางเดิน

1.12) เลือกเก้าอี้ที่เหมาะสมโดยเลือกที่ความคงทนแข็งแรงและมีพนักวางแขนทั้งสองข้างเพื่อให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันใช้ในการแต่งตัวหรืออาบน้ำ

1.13) หากภายในบ้านมีพื้นที่ต่างระดับควรทาสีหรือทำสัญลักษณ์ไว้ให้ชัดเจน เพื่อผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเกิดความระมัดระวังในการเดิน

สรุป การลดปัจจัยภายนอกที่เกิดจากสภาพแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน คือ การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยสรุปได้ดังนี้ คือ การจัดแสงสว่างภายในบ้านให้เพียงพอ การใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันการหกล้ม การกำจัดอุปสรรคในการเดินที่ทำให้เกิดการหกล้ม การจัดสิ่งของให้เหมาะสมกับกิจวัตรประจำวันและการเลือกใช้สิ่งของให้เหมาะสมกับโรคพาร์กินสัน เพื่อความสะดวก ความปลอดภัยในการใช้กิจวัตรประจำวันและรู้สึกอบอุ่นใจ สิ่งแวดล้อมที่สวยงามและน่าสนใจจะทำให้บุคคลมีความต้องการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

3.4 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

จากการทบทวนวรรณกรรมแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในต่างประเทศ พบดังนี้

The falls behavioural (FaB) scale for the older person ของ Clemson L. and Cumming R. G., (2003) แบบประเมินพฤติกรรมการหกล้มในผู้สูงอายุ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องพฤติกรรมตามคำจำกัดความของ Gochman (1998) คำว่า “ทำ หรือ ไม่ทำ บางครั้ง หรือ ประจำ” ตามแบบแผนกิจวัตรประจำวันและการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ภายในบ้าน เพื่อประเมินการตระหนักรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยของการหกล้ม 10 ด้าน ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของการคิดรู้ การป้องกันการเคลื่อนไหว การหลีกเลี่ยง การก้าว การตระหนักรู้ การกลยุทธเชิงปฏิบัติ ความสามารถในการเคลื่อนที่ ความเป็นอยู่ การเปลี่ยนระดับและการรับโทรศัพท์ ข้อคำถาม จำนวน 30 ข้อ ใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 5-10 นาที คำตอบเป็นระดับการปฏิบัติ ตั้งแต่ ไม่เคยปฏิบัติ จนถึงปฏิบัติเป็นประจำ ตัวอย่างข้อคำถาม ฉันจะก้าวเท้าซ้ำๆ เมื่อต้องกระทำการใดๆ ฉันทำอะไรอย่างรีบเร่ง ฉันหมุนตัวกลับอย่างรวดเร็ว ฉันจะบอกคนอื่นเมื่อมีอะไรหกบนพื้นและ ฉันจะปรับแสงสว่างภายในบ้านให้เหมาะสมกับการมองเห็นของฉัน เป็นต้น การหาความเที่ยง โดยนำไปทดลองกับผู้สูงอายุ จำนวน 418 คน แล้วนำมาหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

Modified falls behavioral scale for Indian community dwelling older adults ของ Guruprasad et al., (2012) แบบประเมินพฤติกรรมการหกล้มในผู้สูงอายุประเทศอินเดีย ดัดแปลงจาก The falls behavioural (FaB) scale for the older person ของ Clemson L. และ Cumming R. G., (2003) โดยเพิ่มข้อคำถามจากจำนวน 30 ข้อเป็น 34 ข้อ ตามความเหมาะสมกับผู้สูงอายุประเทศอินเดีย การหาความเที่ยง โดยนำไปทดลองกับผู้สูงอายุ จำนวน 193 คน

จากการทบทวนวรรณกรรมแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในประเทศไทย พบมีการใช้แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ดังนี้

แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม สร้างขึ้นโดย ชูลี ภูทอง (2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 34 ข้อ สร้างเครื่องมือโดยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม จากปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุเองเกี่ยวกับการระมัดระวังการหกล้มอันเนื่องมาจากสายตามองเห็นไม่ชัดเจน การยึดเกาะหรือจับราวเมื่อมีการลุกนั่งลำบาก การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในขณะเคลื่อนไหวหรือเดิน การระมัดระวังในการเปลี่ยนอิริยาบถที่ไม่ถูกต้อง การฝึกการทรงตัว การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาและข้อเท้า และการป้องกันการหกล้มในการลดปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการระมัดระวังการเดินบนพื้นที่สูง ไม่เรียบหรือมีทางเดินต่างระดับ การทำความสะอาดพื้นที่เปียก การจัดสิ่งของเครื่องใช้ให้เรียบร้อย การสวมเสื้อผ้าที่ไม่รุ่มร่าม การสวมรองเท้าพื้นยางที่ทำด้วยวัสดุที่ไม่ลื่น การจัดแสงสว่างภายในบ้านให้เพียงพอและการดูแลพื้นห้องน้ำห้องส้วมให้แห้งปราศจากคราบสบู่ ลักษณะคำตอบเป็นการตอบตามการปฏิบัติจริงของผู้สูงอายุ เกณฑ์การให้คะแนนมีตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน การแปลผลมีตั้งแต่ มีพฤติกรรมการป้องกันระดับควรปรับปรุงจนถึงมีพฤติกรรมการป้องกันระดับสูง การหาความเที่ยง โดยนำไปทดลองกับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79

แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ สร้างขึ้นโดย คินาธา แชนอก (2553) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 28 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการแต่งกาย ด้านกิจกรรมและการเคลื่อนไหว ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อม ด้านการดูแลสุขภาพและด้านการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้ม ลักษณะคำตอบเป็นการตอบตามการปฏิบัติจริงของผู้สูงอายุ เกณฑ์การให้คะแนนมีตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน การแปลผลมีตั้งแต่ มีพฤติกรรมการป้องกันระดับควรปรับปรุงจนถึงมีพฤติกรรมการป้องกันระดับสูง การหาความเที่ยง โดยนำไปทดลองกับผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน แล้วนำมาหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามพฤติกรรมการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมา จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการศึกษาผลการวิจัยของ ชูลี ภูทอง (2545) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด คำถามเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ประกอบด้วย การระมัดระวังการหกล้มจากการมองเห็น การป้องกันการหกล้มและการทรงตัว การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการฝึกเดิน ส่วนคำถามเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ประกอบด้วย การจัดแสงสว่างให้เพียงพอ การใช้อุปกรณ์ป้องกันการหกล้ม การจัดวางสิ่งของเครื่องใช้ให้เหมาะสม การเลือกใช้สิ่งของให้เหมาะสมกับโรคพาร์กินสันและการกำจัดอุปสรรคในทางเดิน ลักษณะคำตอบเป็นการตอบ

ตามการปฏิบัติจริงของผู้สูงอายุ เกณฑ์การให้คะแนนมีตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน การแปลผลมีตั้งแต่ มี พฤติกรรมการป้องกันระดับควรปรับปรุงจนถึงมีพฤติกรรมการป้องกันระดับสูง

4. แนวคิดการเรียนรู้

4.1 แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential learning)

ความหมายของการเรียนรู้จากประสบการณ์

ซูลี ภูทอง (2545) ได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร เป็นผลมาจากการได้รับประสบการณ์และการ ฝึกฝน เมื่อบุคคลได้รับความรู้ ข้อมูลหรือประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง จะกระตุ้นให้บุคคลนั้นเกิด การไตร่ตรอง เมื่อเห็นว่าเกิดผลดีจะเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตามความรู้ ใหม่

สวัสดี ภูทอง (2546) ได้ให้ความหมายว่า กระบวนการเรียนรู้ที่เป็นการเรียนรู้ที่เน้นจาก การปฏิบัติจริง โดยใช้ประสบการณ์เดิมของแต่ละคนเป็นพื้นฐานในการพิจารณาทบทวน ไตร่ตรอง อย่างมีเหตุผลและผู้เรียนพยายามตีความและสรุปเป็นความรู้ใหม่สำหรับตนเอง เกิดประสบการณ์ใหม่ ของตนเอง เป็นรูปแบบหนึ่งที่สามารถสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้และสร้างความท้าทาย

นิศมา แสนดี (2557) เป็นลักษณะของการเรียนรู้ตลอดชีวิตของบุคคล เมื่อใดที่ต้องการ การเรียนรู้ จะเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมที่มีอยู่แล้วเป็นประเด็นสำคัญมาก การสร้างกิจกรรมการ เรียนรู้ที่สอดคล้องกับประสบการณ์ในอดีตจะสร้างประโยชน์สูงสุดสำหรับการเรียนรู้

Dewey (1938) ได้ให้ความหมายว่าเป็นวงจรของการลงกระทำ เป็นการเรียนรู้ที่เกิด จากการกระทำจริง ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้ใหม่และปรับเปลี่ยนตนเองในกรปฏิบัติตามความรู้ใหม่

Juch (1983) ได้ให้ความหมายว่าเป็นวงจรการเรียนรู้ การเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวัน เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมไปยังประสบการณ์อื่นๆ

Kolb (1984) ได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นลักษณะแบบองค์รวม และมีความหลากหลาย จะเน้นบทบาทสำคัญของการปฏิบัติจริงในกระบวนการเรียนรู้

สรุป การเรียนรู้จากประสบการณ์ เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และนำไปสู่การปฏิบัติ อย่างต่อเนื่องจนเป็นพฤติกรรม เป็นผลจากการได้รับประสบการณ์หรือการ ฝึกฝน เมื่อพบว่าเกิดผลดีกับตนเองจะเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะและการปฏิบัติความรู้ใหม่

แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์

สวัสดี ภูทอง (2546) ได้เสนอหลักการที่สำคัญของการเรียนรู้จากประสบการณ์ รายละเอียด ดังนี้

- 1) การเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นเรื่องที่ต้องพึงระลึกอยู่เสมอว่าบุคคลจะเรียนรู้ได้ดีที่สุดจากประสบการณ์ของตนเองและนำมาทบทวนอย่างมีวิจารณญาณ
- 2) การเรียนรู้จากประสบการณ์จะได้ผลดีจากการปฏิบัติมากกว่า
- 3) การเรียนรู้จากประสบการณ์จะเป็นการแสดงพฤติกรรมและทัศนคติ เกิดเป็นความรู้และความสามารถ
- 4) การเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นการสร้างความรู้ที่เป็นรูปธรรม ให้การปฏิบัติจริงเห็นจริง สามารถพิสูจน์ได้
- 5) การเรียนรู้จากประสบการณ์ สามารถบูรณาการจากประสบการณ์เป็นการเพิ่มประสบการณ์และเพิ่มทักษะได้
- 6) การเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นการยึดติดกับลักษณะสำคัญของการฝึกและผลสำเร็จ โดยการเปลี่ยนพฤติกรรมและทัศนคติ
- 7) การเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นการเข้าใจและจดจำในระยะยาว

Dewey (1938) ได้เสนอแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ ว่าเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากผู้เรียนเป็นผู้ลงมือกระทำให้เกิดการเรียนรู้ (learning by doing) โดยเป็นผู้สร้างความรู้ใหม่ปรับเปลี่ยนตนเองตามกระบวนการเรียนรู้ให้สามารถปฏิบัติตนในสถานการณ์ใหม่ได้ การเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นวงจรของการลงกระทำ หรือ การเรียนรู้จากประสบการณ์เริ่มจากผู้เรียนรับรู้ปัญหาแล้วคิดหาแนวทางแก้ไข จากนั้นลงกระทำจนผู้เรียนเกิดประสบการณ์จากผลของการกระทำ และในที่สุดได้สร้างความรู้ของตนเองโดยการในความรู้เดิมมาใช้สถานการณ์ใหม่หรือปรับเปลี่ยนความรู้เดิมเป็นความรู้ใหม่ (ชัยฤทธิ์ โพธิ์สุวรรณ, 2544)

กระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์นี้ ทำให้การสร้างความรู้ในรูปการปรับเปลี่ยนความรู้ของผู้เรียนผู้สูงอายุกลายเป็นการเรียนรู้ที่มีความหมายและใช้ประโยชน์ได้ในชีวิตประจำวัน ประโยชน์สูงสุดของวงจรการกระทำ คือ ทำให้ผู้เรียนผู้สูงอายุมีประสบการณ์คิดและการกระทำไตร่ตรองจนเกิดความหมายครั้งแล้ว ครั้งเล่า จนก่อให้เกิดการเรียนรู้วิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (ชัยฤทธิ์ โพธิ์สุวรรณ, 2544)

Saljo (1979) ได้เสนอแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ ว่าเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นระบบและขั้นตอนของการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ เป็นการจดจำ เพื่อเพิ่มทักษะและวิธีการได้รับข้อเท็จจริงและสามารถใช้ได้ตามความจำเป็น เป็นการสื่อสารให้ความหมายและเกี่ยวข้องกับการสื่อสารตลอดทุกวันของชีวิต นำมาซึ่งความเข้าใจในโลกและแปลเป็นความรู้

Junch (1983) ได้เสนอทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ เป็นวงจรการเรียนรู้ที่เกิดจากประสบการณ์โดยผู้เรียนเริ่มปฏิบัติกิจกรรมจนเกิดการรับรู้และสังเกต นำมาคิดทบทวนแล้วนำมาเตรียมการหรือการวางแผนต่อไป (นภา ทองกิจและคณะ) การเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นเรื่องปกติ

ของกระบวนการในชีวิตประจำวัน เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมไปยังประสบการณ์อื่นๆ (อุษา โพนทอง, 2553)

Pfeiffer and Jones (1983) ได้เสนอทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ว่า เป็นกระบวนการปฏิบัติการเรียนรู้ที่เป็นลักษณะของวงจรแห่งการเรียนรู้ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) การค้นหาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Experiencing) โดยผู้เรียนจะเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการเรียนรู้ โดยการค้นหาและแลกเปลี่ยนในกลุ่มเพื่อน และมีผู้สอนกิจกรรม

2) การนำเสนอประสบการณ์ (Publicing) โดยผู้เรียนจะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการนำเสนอ ประสบการณ์ในอดีต การสังเกต การร่วมปฏิสัมพันธ์ต่อกันในระหว่างปฏิบัติการ

3) การเข้าร่วมอภิปราย (Processing) ผู้เรียนมีโอกาสตรวจสอบและเข้าร่วมอภิปรายรูปแบบและการเข้าร่วมกิจกรรม

4) การสรุปสร้างความรู้ใหม่ (Generalizing) ผู้เรียนจะนำประสบการณ์ที่ได้รับมาผสมผสานและกำหนดสร้างเป็นความรู้ใหม่

5) การประยุกต์ใช้ (Applying) ผู้เรียนนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและสร้างเป็นความรู้ใหม่

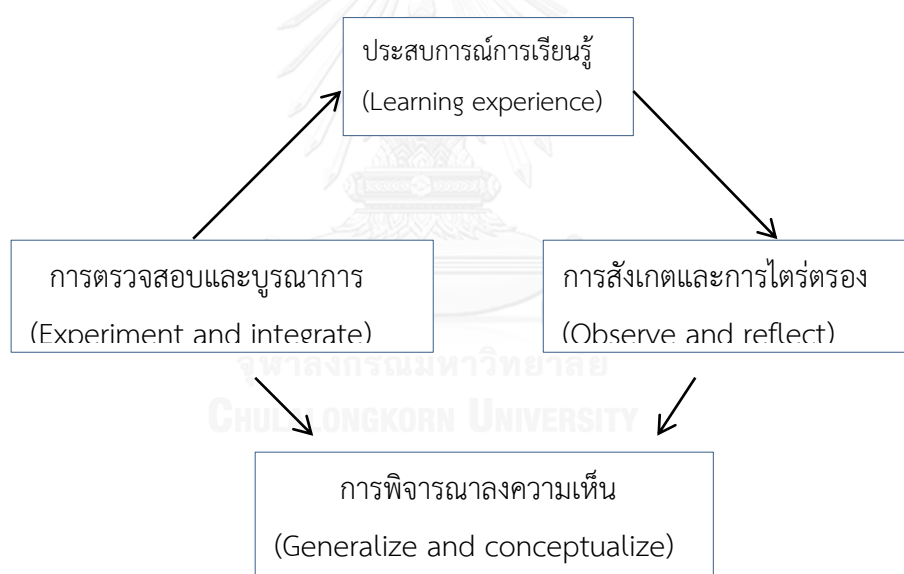
Kolb (1984) ได้เสนอทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ว่าเป็นกระบวนการที่เกิดในตัวผู้เรียนเป็นวงจรแห่งการเรียนรู้ โดยการเรียนรู้อาจเริ่มจากจุดใดจุดหนึ่งของวงจรแห่งการเรียนรู้ก็ได้ แต่ต้องดำเนินการให้ครบวงจรแห่งการเรียนรู้ ซึ่งรูปแบบการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง มีรายละเอียดดังนี้ (นภา ทองกิจและคณะ, 2550; อุษา โพนทอง, 2553)

1) ประสบการณ์การเรียนรู้ (Learning experience) เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อผู้เรียน เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เป็นส่วนประกอบของชีวิต ประสบการณ์จะนำไปสู่การรวบรวมความสามารถในการจัดการที่ยิ่งใหญ่ เป็นความสัมพันธ์ที่มีค่า ซึ่งประสบการณ์อาจจะมีผลกระทบต่อการเรียนรู้ ทั้งการยอมรับและการปฏิเสธ (นภา ทองกิจและคณะ, 2550; อุษา โพนทอง, 2553) ผู้เรียนจะเรียนรู้ได้อย่างมีคุณภาพ ต้องเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (ธีรพล เวียงวลัย, 2547)

2) การสังเกตและการไตร่ตรอง (Observe and reflect) การเรียนรู้ที่ดีที่สุดโดยการทำให้ผู้เรียนได้มีการสะท้อนกลับ มีการไตร่ตรองประสบการณ์ที่ได้รับ เพื่อนำมาใช้ในการพิจารณาว่าสิ่งใดเป็นประโยชน์ หรือไม่เป็นประโยชน์ (นภา ทองกิจและคณะ, 2550; อุษา โพนทอง, 2553) โดยผู้เรียนเป็นผู้เสนอแนวคิดต่างๆ ที่ได้จากการสังเกต นำมาคิดวิเคราะห์ แลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน (ธีรพล เวียงวลัย, 2547) ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้นและผลของการสะท้อนความคิดเห็นจะทำให้ได้ข้อสรุปที่มีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น ช่วยให้ผู้เรียนได้พัฒนาทั้งด้านความรู้และเจตคติในเรื่องที่จะอภิปราย (ชูลี ภูทอง, 2545)

3) การพิจารณาถึงความเห็นและการสร้างแนวคิด (Generalize and conceptualize) เป็นการรวบรวมความรู้เพื่อสร้างกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดอื่นๆที่ได้จากประสบการณ์ในอดีตและความรู้ที่ได้จากการกระทำ หรือได้รับความรู้จากการได้รับข้อมูลจากผู้สอน การสนทนาพูดคุยแล้วนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดของตนเอง (นภา ทองกิจและคณะ, 2550; อุษา โพนทอง, 2553) มาสร้างเป็นทฤษฎีหรือกฎเกณฑ์ โดยผู้สอนอาจจะสรุปแนวคิดให้จากการอภิปรายและการนำเสนอของผู้เรียนทำให้ผู้เรียนเข้าใจมากยิ่งขึ้น ซึ่งแนวคิดนี้จะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ หรือความเข้าใจเนื้อหาขั้นตอนของการฝึกทักษะ ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนปฏิบัติได้ง่ายขึ้น (ชูลี ภูทอง, 2545)

4) การตรวจสอบและการบูรณาการ (Experiment and integrate) เป็นสิ่งที่ทำยากที่สุด คือ การฝึกปฏิบัติจริง เป็นการทดลองฝึกปฏิบัติและตรวจสอบ เพื่อการลองผิดลองถูกเป็นการตรวจสอบแนวคิดหาความจริงในสถานที่แตกต่างกันและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง (นภา ทองกิจและคณะ, 2550; อุษา โพนทอง, 2553)



แผนภาพที่ 1 วงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984)

ที่มา : อุษา โพนทอง, 2553 : 99

ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ เป็นทฤษฎีที่เป็นลักษณะบูรณาการเป็นองค์รวมที่มีแนวคิดในเรื่องประสบการณ์การรับรู้ ความรู้และพฤติกรรม ดังนั้นการเรียนรู้จากประสบการณ์จึงเป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง ซึ่งรวมทั้งความรู้และทักษะที่ได้รับนอกจากเอกสารหรือจากการฟังบรรยาย ได้จากการปฏิบัติจากประสบการณ์จริงในชีวิตและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทฤษฎีการเรียนการ

ประสบการณ์จะประกอบด้วย สาระและประเด็นที่เกี่ยวข้องที่มีความสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ ประกอบด้วย (Kolb, 1984 ; นภา ทองกิจและคณะ, 2550; อุษา โพนทอง, 2553)

- 1) นโยบายทางสังคมและการปฏิบัติกิจกรรม
- 2) พื้นฐานความสามารถทางการศึกษา
- 3) การเรียนรู้ตลอดชีวิตและการพัฒนาอาชีพ
- 4) การศึกษาประสบการณ์
- 5) การพัฒนาหลักสูตร

นอกจากนี้ Kolb (1984) ยังกล่าวถึงคุณลักษณะที่สำคัญของการเรียนรู้จากประสบการณ์จะมีคุณลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากการเรียนรู้โดยทั่วไป ซึ่งประกอบไปด้วย

- 1) การเรียนรู้เป็นกระบวนการมิใช่ผลผลิต
- 2) การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องบนพื้นฐานของประสบการณ์
- 3) กระบวนการเรียนรู้เป็นการปรับเปลี่ยนความรู้เดิมที่ขัดแย้งกับประสบการณ์ใหม่
- 4) การเรียนรู้เป็นกระบวนการโดยรวมของการปรับเปลี่ยนให้เข้ากับโลกปัจจุบัน
- 5) การเรียนรู้เป็นกระบวนการกระทำซึ่งกันและกัน
- 6) การเรียนรู้เป็นกระบวนการสร้างความรู้

จากแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ ชูลี ภูทอง (2545) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่บ้าน โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Kolb, 1984) จัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มสูงขึ้น

สรุป การเรียนรู้จากประสบการณ์ เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติและนำไปสู่การปฏิบัติ อย่างต่อเนื่องจนเป็นพฤติกรรม เป็นผลจากการได้รับประสบการณ์หรือการฝึกฝนเมื่อพบว่าเกิดผลดีกับตนเองจะเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะและการปฏิบัติความรู้ใหม่ ดังนั้น การเรียนรู้จากประสบการณ์จึงเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เพื่อเรียนรู้วิธีการป้องกันการหกล้มและนำไปปฏิบัติเพื่อเป็นพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องต่อไป ผู้วิจัยได้ใช้พัฒนาแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) มาใช้ในการสร้างโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

4.2. แนวคิดการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ

อาชัญญา รัตนอุบล (2559) กล่าวว่า การเรียนรู้ คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร เป็นผลมาจากประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติ การลงมือกระทำจริง ด้วยวิธีการที่ตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถแยกเป็น 3 ด้าน คือ พฤติกรรมทางความรู้

เปลี่ยนแปลงจากไม่รู้เป็นรู้ พฤติกรรมทางด้านทักษะ เปลี่ยนแปลงจากไม่เป็นให้ทำเป็น พฤติกรรมทางด้านทัศนคติ เปลี่ยนแปลงจากความรู้สึกไม่ชอบให้ชอบ หรือจากชอบเป็นไม่ชอบ

ลักษณะการเรียนรู้ของผู้สูงอายุจะมีลักษณะสอดคล้องกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ อาทิ การเรียนบนพื้นฐานความต้องการ การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ชีวิตประจำวัน การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาในด้านต่างๆ เป็นต้น แต่ในทางปฏิบัติจะพบว่าผู้สูงอายุมิชอบจำกัดในการเรียนรู้ ดังต่อไปนี้ (อาชัญญา รัตนอุบล, 2559)

1. ความสูงอายุ (Aging) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงชีวิต มีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามอายุ (ศิริรงค์ ทับสายทอง, 2553 : อาชัญญา รัตนอุบล, 2559) ทำให้ความสามารถทางร่างกายลดลง ความสามารถในการปรับตัวกับสภาพแวดล้อมต่างๆลดลง ความสูงอายุหรือความชราภาพ สามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะด้วยกัน คือ (สุรกุล เจนอบรม, 2534 ; อาชัญญา รัตนอุบล, 2559)

1) ความชราภาพแบบปฐมภูมิ (Primary aging) เป็นความชราที่เกิดขึ้นกับทุกคนตามธรรมชาติ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เมื่ออวัยวะต่างๆ เซลล์ต่างๆในร่างกายถูกใช้งานมากก็ย่อมเกิดความเสื่อมโทรมไปตามอายุการใช้งาน เช่น ผิวหนังเริ่มเหี่ยวเหิน สายตายาว ความจำ เป็นต้น

2) ความชราภาพแบบทุติยภูมิ (Secondary aging) เกิดจากการเจ็บป่วย การไม่รักษาสุขภาพ ดื่มสุรา สูบบุหรี่ พักผ่อนไม่เพียงพอ หรือการใช้ร่างกายทำงานหนักเกินกำลัง ในบางกรณีเกิดจากโรคร้ายมาเบียดเบียน

2. กระบวนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ (Physiological) ทางอารมณ์ (Emotional) การเรียนรู้ สติปัญญา (Cognitive) เศรษฐกิจ (Economic) และทางส่วนตัว (Interpersonal) จากการศึกษาของปิยพงศ์ ไสยโสภณและคณะ (2551) กล่าวถึงการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ว่า ควรจัดรูปแบบการเรียนการสอนให้แก่ผู้เรียนวัยสูงอายุ โดยมีแนวคิดว่าการเรียนของบุคคลสามารถปรับตัวและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ สำหรับเป้าหมายของการจัดการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1) เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจในกระบวนการชราภาพตามธรรมชาติและกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆที่เกิดขึ้นตามขั้นตอน

2) เพื่อการป้องกันแก้ไขดูแลตัวเองและการเตรียมตัวก่อนวัยสูงอายุ

3) เพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและศักยภาพ สามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้เป็นอย่างดี

3. รูปแบบการเรียนรู้ สำหรับรูปแบบการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ เพ็ญแข ประจันปัจฉินี (2550) กล่าวว่า ผู้สูงอายุควรได้รับการศึกษาและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบ ดังนี้

1) การฝึกอบรมและการให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ

2) การศึกษานอกระบบหลังวัยเกษียณ เพื่อเป็นการพัฒนาตนเอง เช่น การเรียนหลักสูตรระยะสั้นๆตามที่ตนเองสนใจ เป็นต้น

3) การเรียนรู้ด้วยตนเองด้วยสื่อต่างๆ เป็นการเรียนรู้ตามอัธยาศัย

สรุป การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันมาจากประสบการณ์ในอดีต แล้วนำมาฝึกปฏิบัติ ลงมือกระทำจริงด้วยตนเองและมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืน สำหรับรูปแบบการจัดการเรียนรู้ในผู้สูงอายุนั้น จำเป็นต้องเลือกวิธีให้เหมาะสม ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และนำมาทดลองปฏิบัติ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมต่อไป

4.3 การเรียนรู้จากประสบการณ์ในผู้สูงอายุ

การเรียนรู้ในผู้สูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาจากการประสบการณ์ในอดีต แล้วนำมาปฏิบัติจนเป็นพฤติกรรมที่ถาวร แหล่งทรัพยากรการเรียนรู้ที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ คือ ประสบการณ์ของผู้สูงอายุนั้นเอง (ชัยฤทธิ์ โพธิ์สุวรรณ, 2544) และหลักการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ ที่สามารถนำมาประยุกต์ได้ดี คือ ประสบการณ์จากการเรียนรู้จริงที่ประสบอยู่ (อาชัญญา รัตนอุบล, 2559) จากการศึกษาของ ซูลี ภูทอง (2545) ใช้แนวความคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) มาจัดกิจกรรมเพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยประกอบกิจกรรมตามกระบวนการเรียนรู้ ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนความคิดและการอภิปราย การสร้างความคิดรวบยอดและกำหนดแนวทางการปฏิบัติและการทดลองปฏิบัติ พบว่าพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุสูงขึ้น และจากการศึกษาของ อุษา โพนทอง (2553) ใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์ในการศึกษาการพัฒนาภาวะพหุพลังในผู้สูงอายุข้าราชการกองทัพไทย พบว่ามีการพัฒนาภาวะพหุพลัง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวความคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) มาใช้ในโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เพื่อปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอย่างถาวรต่อไป

5. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน

5.1 การพยาบาลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน พยาบาลควรประเมินเพื่อหาปัญหาของผู้ป่วยและวางแผนปฏิบัติการกรรมการพยาบาล และแผนการสอนแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาล ตามปัญหาดังนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554: 214-221; นางลักษณ์ บุญรอด, 2559)

5.1.1 ประเมินภาวะสุขภาพ สอบถามข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้องจากการซักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการดังนี้ การซักประวัติการเจ็บป่วย และอาการแสดง การตรวจร่างกาย ประเมินการขับถ่ายปัสสาวะ ความถี่ จำนวน ลักษณะ กลิ่นปัสสาวะ ตรวจดูยาที่มีผลต่อการขับถ่ายปัสสาวะ ประเมินปริมาณน้ำเข้า-ออก จากร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวัด จำนวนทองแดง (Copper) ที่ขับออกมาทางปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง และผล CT Scan และ MRI

5.1.2 ประเมินปัญหาข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการเคลื่อนไหวบกพร่อง พยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้น โดยให้ทำกิจกรรมออกกำลังกาย ยืดเส้นในแต่ละวัน ทำโปรแกรม Passive และ Active stretching exercise กระตุ้นให้ยกเท้าและก้าวเท้าเดินให้กว้างขึ้น เดินลงส้น และแกว่งแขนขณะเดิน เพื่อให้มีการทรงตัวดีขึ้น ป้องกันการหกล้ม และปรึกษานักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

5.1.3 ประเมินปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารบกพร่อง จากอาการสั่นหรือหดเกร็งของกล้ามเนื้อริมฝีปากหรือลิ้น พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวใบหน้าและลิ้นเพื่อลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยอ่านออกเสียงดังเพื่อช่วยในการพูด ควรสบตาผู้ป่วยขณะสื่อสาร ตั้งใจฟังและพูด ช้าๆ ชัดเจน หลีกเลี่ยงการตะโกนดัง ยกเว้นผู้ป่วยมีอาการหูตึงและให้เวลากับผู้ป่วยไม่เร่งรีบ หรือวาง ออกเรียกเมื่อต้องการการช่วยเหลือหรือวางสิ่งของที่จำเป็นไว้ใกล้ๆมือ และปรึกษานักการบำบัด กรณีที่มีปัญหาในการสื่อสารมากๆหรือมีปัญหาในการกลืน

5.1.4 ประเมินปัญหาสารอาหารไม่เพียงพอ จากกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืนอ่อนแรง สั่นหรือหดเกร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและไม่เกิดภาวะขาดสารอาหาร พยาบาลควรประเมินและวางแผนการรักษา ควรดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยให้การรับประทานอาหาร ได้อย่างสะดวกและอย่างมีประสิทธิภาพ ควรปฏิบัติดังนี้

1) ให้นอนศีรษะสูงหรือท่านั่งขณะรับประทานอาหารและน้ำ เพื่อป้องกันการสำลัก

2) ดูแลให้รับประทานยา Levodopa อย่างน้อย 30 นาที ก่อนมื้ออาหารและควรจำกัดอาหารประเภทโปรตีน เช่น นม เนื้อ ปลา ไข่ ถั่วและเมล็ดพืชต่างๆ เวลากลางวัน แต่สามารถรับประทานได้ช่วงเย็นๆ เนื่องจากปริมาณของโปรตีนจากอาหารจะมีผลการดูดซึมและต่อระดับของยาในกระแสเลือด (Gulannick, 1994: 280 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ุ์ สาสัตย์, 2554)

3) หลีกเลี่ยงการรับประทานวิตามิน B6 เพื่อป้องกัน Drug interaction

4) ในรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาทอัตโนมัติ ควรมีการปรับรูปแบบการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารน้อยๆ แต่บ่อยครั้งขึ้น

5) ให้ความช่วยเหลือผู้รับประทานยา ไม่เร่งรีบ เนื่องจากมักจะเคลื่อนไหวแขนขาๆ การจับช้อนส้อมไม่ถนัด อาจทำให้การตักอาหารเข้าปากหกเลอะเทอะได้ และควรให้อาหารที่มีแคลอรีสูงๆมากกว่าปริมาณมากในระหว่างมื้อเพื่อให้ได้จำนวนแคลอรีเพิ่มขึ้น

6) ดูแลให้รับประทานอาหารชั้นๆ หลีกเลี่ยงให้รับประทานอาหารชั้นใหญ่ เพราะผู้ป่วยมีปัญหาในการกลืนอาจมีอาการไอเกิดการสำลักได้ง่าย

7) ปรึกษานักโภชนาการบำบัดเพื่อประเมินการกลืน และปรึกษานักโภชนาการเมื่อต้องการเปลี่ยนความข้นของอาหารหรือสำหรับการคำนวณแคลอรี

5.1.5 ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ จากภาวะ Neurogenic bladder, Stress incontinence, Urges incontinence หรือ Overflow incontinence พยาบาลดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ ในเรื่องการวาง bed pan urinal หรือ bed side commode ไว้ใกล้มือสอบถาม เวลาที่ผู้ป่วยเข้าห้องน้ำหรือพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำเป็นเวลาและให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม ลด การดื่มน้ำหลัง 6 โมงเย็น เพื่อลดความต้องการปัสสาวะในตอนกลางคืน หรือใส่สายสวนปัสสาวะตาม แผนการรักษา

5.1.6 ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการท้องผูก จากการเคลื่อนไหวบกพร่อง พยาบาลกระตุ้นให้ดื่มน้ำ 6-8 แก้วต่อวัน หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นก้อน เนื่องจากผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหาร กระตุ้นให้ออกกำลังกายทั้ง Active and passive exercise เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของกระเพาะและลำไส้ ให้ดื่มน้ำส้ม น้ำลูกพรุน เพื่อช่วยการขับถ่ายถ้าจำเป็น

5.1.7 ประเมินปัญหาการนอนหลับ พยาบาลต้องประเมินสาเหตุของการนอนไม่หลับว่ามาจากการเปลี่ยนแปลงเมื่อสูงอายุ หรือจากยารักษาโรคพาร์กินสัน หรือจากโรค และแก้ปัญหาตามสาเหตุให้คำแนะนำในการจัดเวลานอนตอนกลางคืนโดยไม่นอนกลางวัน เพิ่มการออกกำลังกายในเวลากลางวัน ใช้เทคนิคการผ่อนคลายในการช่วยให้นอนหลับ เช่น การนวด ฟังเพลง ดื่มน้ำหรือนมอุ่นๆ ก่อนนอน และจัดสิ่งแวดล้อมเงียบสงบสร้างบรรยากาศที่ดีในการนอนตอนกลางคืน

5.1.8 ประเมินปัญหาความจำไม่ดี สับสน ประสาทหลอน ภาวะสมองเสื่อม พยาบาลต้องประเมินปัญหาอาการต่างๆ ที่มีผลจากยาที่ใช้ในการรักษา แนะนำครอบครัวผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือมีอาการสับสน หรือประสาทหลอน และ ประเมินความต้องการการคำปรึกษาของครอบครัว ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลและให้ข้อมูลในเรื่องแหล่งสนับสนุน

5.1.9 ประเมินปัญหาซึมเศร้า พยาบาลต้องประเมินระดับอาการของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ประเมินปัญหาอาการซึมเศร้า ที่มีผลจากยาที่ใช้ในการรักษา แนะนำให้ผู้ป่วยหากิจกรรมที่ชอบทำ เช่น ปลูกต้นไม้ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ อย่าแยกตัวอยู่คนเดียว พุดคุยระบายความรู้สึกกับคนที่ไว้วางใจ ให้กำลังใจตนเอง ถ้ามีภาวะซึมเศร้าระดับสูง แนะนำปรึกษาจิตแพทย์เพื่อรักษาอาการให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการใช้ยา จัดบันทึกอาการและประเมินความเปลี่ยนแปลงอาการที่เกิดขึ้น และให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนต่างๆ ทั้งในชุมชน สถาบันหรือองค์กรที่ให้การดูแลช่วยเหลือ

5.1.10 ประเมินปัญหาความภาคภูมิใจในตนเองลดลง เนื่องจากมีระดับการช่วยเหลือตัวเองลดลง พยาบาลประเมินการยอมรับสภาพลักษณะและการรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง ประเมินการได้รับความรักและเคารพจากผู้อื่น และประเมินระบบการสนับสนุน การพยาบาลโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกในสิ่งที่กลัวหรือตระหนักถึง สอบถามเรื่องอาการที่เป็นอยู่ และผลกระทบต่อระดับความภาคภูมิใจในตนเอง ให้ความรู้ถึงผลเสียจากการมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อตนเอง ช่วยค้นหาจุดแข็งและแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการปกป้องผู้ป่วยมากเกินไป แต่ควรส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมตามความเหมาะสม ให้ความเป็นส่วนตัวและส่งเสริมการช่วยเหลือตนเอง

5.1.11 ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา เนื่องจากโรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรัง จึงมักพบปัญหาการดูแลที่บ้านมากกว่าในสถานพยาบาล การมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องโรค ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาดีจะทำให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยและญาติควรมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค ยาและฤทธิ์ข้างเคียง เพื่อจะได้ปฏิบัติได้ถูกต้อง โดยการหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยมากเกินไปแต่ส่งเสริมความเป็นอิสระและให้คำแนะนำผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1) ช่วยเหลืออธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค เพื่อลดความวิตกกังวล และภาวะเครียดในผู้ป่วย ส่งเสริมความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระหว่างเจ็บป่วย (Miller, 2002 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2554)

2) สอบถามอาการหิวแหว่หรือฝันร้ายจากผู้ป่วยเป็นระยะๆ

3) วัด BP อย่างสม่ำเสมอทั้งท่านอนหงาย ท่านั่งและท่านอน

4) สังเกตลักษณะการนอนหลับและสิ่งที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย เช่น neurogenic bladder หรือการรับประทานยา Levodopa หลัง 19.00 น.

5) ให้ความรู้ผู้ป่วยถึงความสำคัญในการจัดเวลาในการออกกำลังกายและทำกิจกรรม

6) ให้ความรู้ผู้ป่วยถึงความสำคัญถึงเรื่องภาวะความเครียดที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติ ในการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรมีกิจกรรมมีที่เพียงพอ

7) อธิบายให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าใจว่า เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถแสดงอารมณ์ทางสีหน้า จึงไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยไม่ให้ความสนใจหรือขาดความตอบสนองต่อผู้ดูแล แต่ภาวะนี้ทำให้เกิดการ เข้าใจผิดและการสื่อสารไม่ถูกต้องได้

5.12 ประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแล เนื่องจากภาวะในการดูแล พยาบาลควรประเมินภาวะเครียด ประเมินภาวะในการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล โดยขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค การติดต่อขอคำปรึกษาหรือขอรับบริการจากนักการบำบัด นักกายภาพบำบัด แนะนำให้เข้ากลุ่มสนับสนุนญาติ เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การดูแล แนะนำแหล่งประโยชน์ที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ในชุมชน สถานที่ให้คำปรึกษาทางด้านกฎหมาย และการส่งต่อ แนะนำให้หาคนมาดูแลเป็นบางเวลาเพื่อผู้ดูแลจะได้มีเวลาส่วนตัวสามารถออกไปผ่อนคลายความเครียดได้ หรือหางานอดิเรกทำ เป็นต้น

5.2 การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

การหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุโดยทั่วไป เนื่องจากผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีลักษณะการเดินที่ผิดปกติ คือ การเดินซอยเท้า ยกเท้าไม่สูงจากพื้น ก้าวเดินติดขัด และปัญหาเรื่องการทรงตัวที่เสียไป (รุ่งโรจน์ พิทยศิริและคณะ, 2550) จึงมีความเสี่ยงในการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไปถึง 9 เท่า (Wood et al., 2002) และส่วนใหญ่การหกล้มมักเกิดขึ้นภายในร้อยละ 80 เนื่องจากการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านไม่เหมาะสม (Ahburn et al., 2008) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในด้านการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันการพยาบาลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน พยาบาลควรประเมินเพื่อหาปัญหาที่เสี่ยงต่อการหกล้ม และวางแผนปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาล และแผนการสอนแบบองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามปัญหาของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

5.2.1 ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มเนื่องจากมีปัญหากล้ามเนื้อเคลื่อนไหว ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมักมาด้วยปัญหาของการเคลื่อนไหว ได้แก่ สั่น เคลื่อนไหวช้า แข็งเกร็งและสูญเสียการทรงตัว

- 1) พยาบาลควรผู้ป่วยว่ามีอาการทางการเคลื่อนไหวหรือไม่
- 2) แนะนำผู้ป่วยปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับระยะความรุนแรงของโรค เช่น ควรมีแสงสว่างที่เพียงพอ พื้นบ้านเป็นทางราบ ไม่มัน ไม่ลื่น ไม่มีสิ่งกีดขวาง
- 3) แนะนำให้ผู้ป่วยติดตั้งราวจับในแนวตั้ง หรือแนวนอน ในห้องน้ำ ในระดับที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

4) ในกรณีที่ผู้ป่วยเดินชอยเท้าถี่ๆ เดินโน้มตัวไปทางด้านหน้า เพื่อป้องกันการหกล้ม ควรแนะนำผู้ป่วยต้องสวมรองเท้าที่มีสายรัด พื้นยาง ควรจัดหาอุปกรณ์ช่วยการเคลื่อนไหว เช่นไม้เท้า การเดิน การหมุน ควรทำซ้ำๆ ด้วยความระมัดระวัง

5) แนะนำเตียงนอน ควรสูงในระดับที่เท้าของผู้ป่วยอยู่ติดพื้นได้ ก่อนนอนให้ผู้ป่วยนั่งกลางเตียงก่อน ล้มตัวลงนอนตะแคงแล้วจึงยกเท้าขึ้น สำหรับท่าลุกจากเตียงให้ผู้ป่วยตะแคงตัวใช้มือยันเตียงให้อยู่ในระดับที่น้ำหนักห้อยเท้าแล้วจึงลุกจากเตียงนอน

5.2.2 ประเมินภาวะเสี่ยงจากการหกล้มเนื่องจากภาวะข้อยึดติด เนื่องจากผู้ป่วยพาร์กินสันมักมีอาการเดินลำบากจากภาวะข้อยึดติด พยาบาลควรประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว กำลังของกล้ามเนื้อ ประเมินภาวะข้อยึดติด การหมุนตัว การพลิกตะแคงตัว และการเคลื่อนไหวของร่างกาย ประเมินความสามารถในการออกกำลังกายและแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกการใช้สายตาและสมาธิในการเดิน โดยการมองหาสิ่งกระตุ้นให้ก้าวขาออกไป แนะนำการฝึกก้าวเดิน โดยการขีดเส้นตรงพื้นห่างกันเส้นละ 40-50 เซนติเมตร ในแนวนอน ฝึกให้ใช้สายตามองเส้นตั้งสมาธิก่อนที่จะเริ่มก้าวขาข้ามเส้นที่ขีดขวาง บนพื้นพยายามให้เส้นเท้าถึงพื้นก่อนฝ่าเท้าและก้าวต่อไปโดยไม่ให้เหยียบเส้น

5.2.3 ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มเนื่องจากการเดินติดขัด อาการเดินติดขัดเป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยพาร์กินสัน

1) พยาบาลควรประเมินอาการเดินติดขัดว่าสัมพันธ์กับมีอียาหรือไม่ เพราะการเดินติดสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงเวลาที่ยามหมดฤทธิ์

2) แนะนำการจัดสภาพแวดล้อมในบ้าน ให้มีแสงสว่างเพียงพอและไม่มีสิ่งกีดขวาง

3) แนะนำให้เตรียมสิ่งอำนวยความสะดวก สิ่งของจำเป็นสำหรับผู้ป่วยให้อยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถหยิบใช้ได้ง่ายและปลอดภัย

4) แนะนำให้มีผู้ดูแลใกล้ชิด หากผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ

5) แนะนำควรปูพื้นกันลื่น ติดตั้งราวจับบริเวณที่นั่งถ่ายหรือที่อาบน้ำ แนะนำใช้เก้าอี้อาบน้ำแทนการยืนอาบ

6) แนะนำเสื้อผ้าเครื่องแต่งกายควรมีขนาดพอดีกับร่างกายไม่รุงรังเพราะอาจเกิดสะดุดและหกล้มได้

7) แนะนำการเลือกรองเท้า ควรมีขนาดและรูปทรงเหมาะกับเท้า มีหุ้มข้อ ควรใส่รองเท้านี่ไม่มีส้นสูง

8) ในกรณีที่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ควรเลือกวัสดุที่แข็งแรง สามารถรับน้ำหนักได้ดีและควรฝึกการใช้ให้คุ้นเคยก่อนใช้จริง

9) แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง เพิ่มการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ และช่วยให้กล้ามเนื้อทำงานประสานกันได้ดีขึ้น

5.3 การพยาบาลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

โรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุชนิดหนึ่ง ที่รักษาไม่หายขาด แต่สามารถชะลอระยะความรุนแรงของโรคได้ ด้วยการรักษาด้วยยาและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลรักษาต้องอาศัยแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเฉพาะโรคพาร์กินสัน ซึ่งจะมีเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ส่วนการรักษาพยาบาลโรคพาร์กินสันในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิจะมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิ ตามลำดับ เพื่อได้รับการวินิจฉัยและรักษาต่อไป การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในคลินิกโรคพาร์กินสัน ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ สำหรับคลินิกโรคพาร์กินสันเปิดบริการทุกวัน ทั้งมารับการตรวจรักษาตามนัดในวันอังคารและวันพุธทั้งช่วงเช้าและช่วงบ่าย มารับการฉีดยาลดเกร็งในวันจันทร์ พฤหัสบดี และวันศุกร์ มีแพทย์ที่จบเฉพาะทางให้การรักษาและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญคอยให้การพยาบาลและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอดเวลา กิจกรรมการพยาบาลที่คลินิกโรคพาร์กินสัน จัดให้แก่ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายทั่วไป การให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการรักษา โดยพยาบาลประจำคลินิก การให้คำแนะนำในการใช้ยาและการบันทึกตารางการใช้ยาโดยเภสัชกร ทุกวันอังคาร ในช่วงเวลา 13.00 – 13.30 น. ก่อนได้รับการตรวจจากแพทย์ และสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการหกล้มเป็นประจำแพทย์จะส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฝึกเรื่องการทรงตัว

6. แนวคิดการใช้โทรศัพท์ติดตาม

การติดต่อสื่อสารในปัจจุบัน การใช้โทรศัพท์เป็นเครื่องมือสื่อสารที่สำคัญและมีประสิทธิภาพมาก นอกจากจะสื่อสารกันด้วยวาจาแล้ว ยังสามารถสื่อสารด้วยภาพเคลื่อนไหวได้ ทั้งในเวลาและสถานที่ในขณะปัจจุบันได้ นอกจากใช้โทรศัพท์ในชีวิตประจำวันแล้ว การสื่อสารทางการแพทย์และทางการพยาบาลการใช้โทรศัพท์ก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน

6.1 ความสำคัญของแนวคิดการใช้โทรศัพท์ติดตาม

Haas and Androwich (1999) กล่าวว่า การใช้โทรศัพท์ติดตามเป็นการสื่อสารที่ทำให้เกิดความเข้าใจที่เป็นมาตรฐานทั้ง 2 ฝ่าย เป็นแนวคิดใหม่และเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล เป็นกลยุทธ์ทางตลาดสุขภาพที่นำมาใช้แล้วมีประสิทธิภาพทางการรักษา สามารถติดต่อได้สะดวก รวดเร็ว และผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ สามารถลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาได้

The American Academy of Ambulatory Care Nursing; AAACN (1997) ได้กำหนดมาตรฐานการใช้โทรศัพท์ ประกอบด้วย หน่วยงานบริการ พยาบาลที่มีสมรรถนะ การใช้กระบวนการทางการพยาบาล การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงความต้องการและเคารพสิทธิของผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม การทำวิจัย และการจัดการคุณภาพทางการพยาบาล โดยพยาบาลจำเป็นต้องมีความสามารถและหน้าที่ความรับผิดชอบในทักษะการใช้โทรศัพท์

6.2 การใช้โทรศัพท์ติดตามในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ศูนย์คลินิกโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ใช้โทรศัพท์เพื่อติดตามการดูแลรักษา ให้คำแนะนำทางการพยาบาลและการปฏิบัติตนในการรับประทานยา ซึ่งมีประสิทธิภาพและได้รับความพึงพอใจจากผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยใช้คำชักจูง กระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรม เล่าประสบการณ์ในการปฏิบัติและช่วยกันแก้ปัญหา เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอในเรื่อง การจัดสภาพบ้านให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน การออกกำลังกาย และการฝึกเดิน โดยติดตาม ทุกวันพุธในสัปดาห์ที่ 4-7 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ปวันรัตน์ ศรีคำ (2557) ศึกษาปัจจัยทำนายการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เพื่อศึกษาการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคพาร์กินสัน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 152 คน พบว่า ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีอัตราการหกล้มใน 2 สัปดาห์ จำนวนร้อยละ 42.8 และมีประวัติการหกล้มในอดีต ร้อยละ 81.6 การสูญเสียการทรงตัว ภาวะซึมเศร้า ความกลัวการหกล้มและสิ่งแวดล้อมภายในบ้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Wood et al. (2002) ศึกษาอุบัติการณ์และการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 190 ราย เป็นระยะเวลา 1 ปี โดยทีมสหสาขา พบว่า ร้อยละ 68.3 มีการหกล้ม และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Dennison et al. (2007) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่หกล้มซ้ำเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่หกล้ม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่หกล้ม จำนวน 23 ราย และกลุ่มไม่หกล้ม จำนวน 25 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่มีการหกล้มซ้ำจะมีระดับความรุนแรง

ของโรคในระดับสูง มีการบกพร่องการเคลื่อนไหวสูง มีความบกพร่องการทำงานประสานกันระหว่างขา มีความบกพร่องในการลุกนั่งจากเก้าอี้ และมีความกลัวการหกล้ม

Mak and Pang (2009) ศึกษาเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มซ้ำในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จำนวน 70 ราย พบว่า ร้อยละ 23 มีการหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 1 ปีที่ผ่านมา และระยะความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวการหกล้มสามารถทำนายการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F=32.57$)

Mak and Pang (2010) ศึกษาความแตกต่างของลักษณะการหกล้มและองค์ประกอบทางคลินิก ระหว่างผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่หกล้มซ้ำและหกล้มเพียงครั้งเดียว พบว่า ร้อยละ 78 มีการหกล้มภายในบ้าน ร้อยละ 36 จากการเดินเร็ว และร้อยละ 18 หกล้มจากการสูญเสียการทรงตัวจากการลื่นและการสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจและสมาธิ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

Matinolli et al. (2011) ศึกษาเกี่ยวกับการหกล้มซ้ำและอัตราการตายในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เป็นการศึกษาระยะยาวไปข้างหน้า ในระยะเวลา 2 ปี เป็นการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เคยหกล้มหรือหกล้มซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 54 และกลุ่มที่ไม่เคยหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 46 พบว่า ความเร็วของการเดินที่มากขึ้นเพิ่มโอกาสของการหกล้มในกลุ่มที่หกล้มซ้ำเป็น 16.28 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความเร็วของการเดินที่น้อยกว่าและการสูญเสียการทรงตัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

Contreras and Grandas (2012) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 ราย เป็นการศึกษาระยะยาวไปข้างหน้า เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เคยหกล้มและไม่เคยหกล้ม พบว่า ร้อยละ 38.8 ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่เคยหกล้มในระยะแรกของโรคมีการหกล้มซ้ำร้อยละ 68 เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบ คือ Tinetti Balance พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม ได้แก่ อายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 77 ของกลุ่มที่หกล้มมีความรุนแรงของโรคในระยะตั้งแต่ 3 ขึ้นไป และนำไปสู่การบาดเจ็บ คือ ร้อยละ 32.2 มีกระดูกหัก และร้อยละ 25.8 เกิดการฟกช้ำและแผลถลอก

Voss et al. (2012) ศึกษาความถี่ของการหกล้มและการประเมินปัจจัยเสี่ยงการหกล้มของ ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในระยะแรก จำนวน 413 ราย ระยะเวลา 18 เดือน พบว่า ร้อยละ 23 มีการหกล้ม ร้อยละ 11 มีการหกล้มบ่อย

Allen et al. (2013) ศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อต้องการระบุปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มซ้ำ โดยค้นจากฐานข้อมูลงานวิจัยและบทความที่เกี่ยวข้องการหกล้มซ้ำในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทั้งหมด 22 การศึกษา พบว่า มีการหกล้มซ้ำจำนวน 4.7-67.7 ครั้ง ต่อราย ต่อปี และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ได้แก่ ประวัติการหกล้ม ระยะความรุนแรงของโรคและการดำเนินของโรค การสูญเสียการทรงตัว การรักษาด้วย Dopamine agonists

การเพิ่มขนาดของยา Levodopa การบกพร่องการคิดรู้ การกลัวการหกล้ม การเดินติดขัด ภาวะทุพพลภาพ

Rudzinska et al. (2013) ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุและผลจากการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จำนวน 100 ราย จำแนกสาเหตุการหกล้มตามวิธีของ Olanow classification พบว่า เกิดการหกล้ม ร้อยละ 54 ในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน สาเหตุการหกล้ม ร้อยละ 19.6 เกิดจากการเดินติดขัด และขอยเท้าถื่น ร้อยละ 11 เกิดจากการสูญเสียการทรงตัว และร้อยละ 12 เกิดจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (การสวมรองเท้าไม่เหมาะสม การใช้เครื่องช่วยเดินไม่เหมาะสม พื้นทีลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ และบันไดไม่ปลอดภัย) และการจำแนกสาเหตุการหกล้มตามวิธีของ St. Louis พบว่า ร้อยละ 11.8 สาเหตุการหกล้มเกิดจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ การลื่นล้ม สะดุดล้ม เป็นต้น และร้อยละ 43.3 สาเหตุการหกล้มเกิดจากปัจจัยภายใน ได้แก่ การสูญเสียการทรงตัว การเคลื่อนไหวบกพร่อง การบกพร่องการคิดรู้ และประสาทสัมผัสบกพร่อง ผลจากการหกล้ม พบว่า ร้อยละ 34 เกิดการบาดเจ็บ

Rudzinska et al. (2013) ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงจากการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จำนวน 100 ราย พบว่า เกิดการหกล้ม ร้อยละ 54 ในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม ได้แก่ อายุที่เพิ่มมากขึ้น ประวัติการหกล้ม และคะแนนการติดขัดสูง (FOG-Q)

Cheng et al. (2014) ศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับการหกล้มที่สัมพันธ์กับภาวะกระดูกหักในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเกิดการหกล้มจำนวน 56 ราย เกิดกระดูกหักจากการหกล้ม จำนวน 32 ราย และเพศหญิงมีอัตราการหกล้มสูง ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันใช้อุปกรณ์ช่วยเดินเกิดการหกล้ม ร้อยละ 30

Gazibara et al. (2014) ศึกษาการหกล้มและการบาดเจ็บจากการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 300 ราย พบว่า ร้อยละ 60 มีการหกล้มในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา การหกล้มภายในบ้านสาเหตุจากปัจจัยภายในของผู้ป่วย ได้แก่ การสูญเสียการทรงตัว ขาอ่อนแรง เกิดขึ้นร้อยละ 57.2 และสาเหตุจากปัจจัยภายนอกของผู้ป่วย การหกล้มเกิดจากการสะดุดล้ม เกิดขึ้นร้อยละ 14.3 การบาดเจ็บเกิดการฟกช้ำของเนื้อเยื่อ ร้อยละ 71.8 กระดูกแตกหัก ร้อยละ 12.7

Amar et al. (2015) ศึกษาการหกล้ม การทำนายการหกล้มในกลุ่มประชากรเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการหกล้มและทำนายการหกล้มในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 101 คน ศึกษาแบบย้อนหลังระยะเวลา 12 เดือน เพื่อประเมินการหกล้มและความยากลำบากในการกลับตัว พบว่า ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 76 ปี ระยะเวลาการดำเนินของโรค 6 ปี มีประวัติการหกล้มร้อยละ 57 และกลับตัวลำบากร้อยละ 36

สรุป การหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน สาเหตุมาจากโรคพาร์กินสันเอง ได้แก่ การสูญเสียการทรงตัว การเดินติดขัด เดินชอยเท้า เป็นต้น และอีกสาเหตุมาจากสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พื้นลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินไม่เหมาะสม เป็นต้น สำหรับปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น ระยะเวลารุนแรงของโรคที่สูงขึ้น การสูญเสียการทรงตัว การก้าวก้าวการหกล้ม และสภาพแวดล้อมในบ้าน เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการป้องกันการหกล้ม

ชูลี ภูทอง (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 30 ราย ใช้ระยะเวลา 7 สัปดาห์ โปรแกรมใช้แนวคิดตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pander (2002) และกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) เรื่อง การลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุเองและจากสภาพแวดล้อม ฝึกการทรงตัวและการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาและข้อเท้า พบว่า โปรแกรมการลดความเสี่ยงมีผลทำให้คะแนนของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น

ธีรนุช ห่านิรติศัย และคณะ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแนวคิดเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและการควบคุมการทรงตัวเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม ลักษณะของโปรแกรมเป็นการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อและสมดุลของการทรงตัว ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมผู้สูงอายุมีความมั่นใจโดยปราศจากความกลัว มีความสามารถในการปฏิบัติและการทรงตัวเพิ่มมากขึ้น

วลัยภรณ์ อารีรักษ์ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติและพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในชุมชน โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ลักษณะของโปรแกรมคือการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่จึงพบพบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถ ความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติ และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

วิลาวรรณ สมตน (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 ราย ลักษณะของโปรแกรมให้ความรู้ในการดูแลตนเองและแนวทางการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านและรอบๆ บ้าน การฝึกการทรงตัวโดยการลุกนั่งเก้าอี้ พบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมคะแนนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลอง

ภาวดี วิมลพันธุ์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน ลักษณะของโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้ม การออกกำลังกายแบบไทชิ การทบทวนการใช้ยา การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย พบว่า หลังสุดสิ้นโปรแกรมจำนวนการหกล้มของผู้สูงอายุลดลง

Gardner (2001) ศึกษาโปรแกรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม โดยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและความสมดุลของการทรงตัวกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ มีปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มคือกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ความบกพร่องในการทรงตัว ลักษณะของโปรแกรมเป็นการแนะนำผู้สูงอายุถึงลักษณะทางกายภาพและการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว พบว่า ภายหลังจากเริ่มโปรแกรมอย่างช้าๆ และมีความต่อเนื่องของการออกกำลังกายโดยการเดิน ผู้สูงอายุมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสมดุลการทรงตัวดีขึ้น

สรุป โปรแกรมการหกล้มในผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะแนวทางการป้องกันการหกล้มโดยการออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว การดูแลตนเองและแนวทางการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านและรอบๆบ้าน เพื่อให้ปลอดภัย โดยระยะเวลาของโปรแกรม ส่วนใหญ่ 8 สัปดาห์ จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นไม่พบว่ามีจัดโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันโดยเฉพาะ

8. แนวคิดในการพัฒนาการสอนสุขภาพโดยใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์

8.1 การสอนสุขภาพเรื่องการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

การหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเกิดจาก 2 สาเหตุ คือ การหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเอง ได้แก่ การสูญเสียการทรงตัว การเคลื่อนไหวบกพร่อง การเดินติดขัด และการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม ได้แก่ พื้นที่ดิน แสงสว่างไม่เพียงพอ บันไดบ้านไม่ปลอดภัย (Rudziska et al., (2013)

การป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันนั้น ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันควรได้รับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการหกล้ม รวมทั้งการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความเสี่ยงของการหกล้ม ประกอบด้วย การหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเอง ควรส่งเสริมการออกกำลังกายเป็นประจำเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและการทรงตัว การฝึกเดินเพื่อลดการเดินติดขัดและฝึกการยกเท้าสูง และการเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือให้เหมาะสม เช่น ไม้เท้า การเดินจับราวจับทุกครั้ง ส่วนการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม ควรให้ความรู้เรื่องการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับระยะความรุนแรงของโรค ได้แก่ การจัดแสงสว่างให้เพียงพอ การ

เลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันการหกล้ม ได้แก่ ราวจับในบ้าน เก้าอี้อาบน้ำ เป็นต้น การจัดวางสิ่งของเครื่องใช้ให้เหมาะสมกับการใช้งาน การเลือกใช้สิ่งของให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและการกำจัดอุปสรรคในการเดิน

8.2 ลักษณะการเรียนรู้และวิธีการสอนผู้สูงอายุ

ชัยฤทธิ์ โพธิ์สุวรรณ (2544) กล่าวว่า การจัดการเรียนการสอนสำหรับผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงความต้องการความต้องการและความสนใจของผู้สูงอายุ เรียนรู้ในสิ่งที่เป็นประโยชน์กับการดำเนินชีวิต โดยการจัดกิจกรรมการสอนควรใช้สถานการณ์จริงในชีวิตเป็นเนื้อหาของการเรียนรู้ และแหล่งการเรียนรู้ที่ดีที่สุดคือ ประสบการณ์ (อาชัญญา รัตนอุบล, 2559) และ Knowles (1980) ได้เสนอกระบวนการออกแบบกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ว่าควรเป็นการสอนแบบกลุ่มที่เน้นการปฏิบัติการฝึก เป็นโปรแกรมสาธิต โดยกิจกรรมให้มีการวางแผนร่วมกัน ให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้ นำมาอภิปรายและนำไปทดลองปฏิบัติต่อไป วิธีการสอนที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้นั้น คือ การเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning) ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์มาสร้างโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

8.3 ลักษณะของโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์

การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติและนำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเป็นพฤติกรรม เป็นผลจากการได้รับประสบการณ์หรือการฝึกฝน เมื่อพบว่าเกิดผลดีกับตนเองเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะและการปฏิบัติความรู้ใหม่ ดังนั้นการเรียนรู้จากประสบการณ์จึงเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เพื่อเรียนรู้วิธีการป้องกันการหกล้มและนำไปปฏิบัติเพื่อเป็นพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องต่อไป ผู้วิจัยได้ใช้พัฒนาแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) มาใช้ในการสร้างโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของการป้องกันการหกล้ม โดยผู้วิจัยสอนให้ความรู้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเรื่องโรคพาร์กินสัน การหกล้มและการป้องกันการหกล้ม แล้วให้ผู้สูงอายุได้นำประสบการณ์ของการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมาเสนอร่วมกันในกลุ่มและการเสนอแนะแนวทางการป้องกันการหกล้มจากปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและปัจจัยจากสภาพแวดล้อม

2) การสะท้อนความคิดและอภิปราย โดยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มและหาแนวทางในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม

3) การสร้างความคิดรวบยอดและกำหนดแนวทางการปฏิบัติ โดยการชี้แนะแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องและให้ผู้สูงอายุร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของตน

4) การทดลองปฏิบัติ คือ การให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม โดยการทดลองให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้ฝึกปฏิบัติตนเกี่ยวกับการจัดสภาพบ้านให้เหมาะสม การออกกำลังกายและการฝึกเดิน

9. กรอบแนวคิดการวิจัย

การสอนสุขภาพโดยการใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์ต่อพฤติกรรมกรป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) มีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่มด้วยตนเอง โดยการจัดกิจกรรมต่อเนื่องกัน ผ่านสื่อการสอนและวีดิทัศน์ เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที รวม 3 ครั้งและให้ปฏิบัติเองที่บ้านในสัปดาห์ 4 ถึงสัปดาห์ที่ 7 โดยผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์และประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8 รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของการป้องกันการหกล้ม โดยให้ผู้สูงอายุได้นำประสบการณ์ของการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมาเสนอร่วมกันในกลุ่มและการเสนอแนะแนวทางการป้องกันการหกล้มจากปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและปัจจัยจากสภาพแวดล้อม

2. การสะท้อนความคิดและอภิปราย โดยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติกรป้องกันการหกล้มและหาแนวทางในการปฏิบัติกรป้องกันการหกล้ม

3. การสร้างความคิดรวบยอดและกำหนดแนวทางการปฏิบัติ โดยการชี้แนะแนวทางการปฏิบัติกรป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องและให้ผู้สูงอายุร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแนวทางการปฏิบัติกรป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของตน

4. การทดลองปฏิบัติ คือ การให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกรป้องกันการหกล้ม โดยการทดลองให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้ฝึกปฏิบัติตนเกี่ยวกับการจัดสภาพบ้านให้เหมาะสม การออกกำลังกายและการฝึกเดิน

พฤติกรรม
การป้องกัน
การหกล้มใน
ผู้สูงอายุโรค
พาร์กินสัน

แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม การสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดย ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและเปรียบเทียบผลก่อนเข้าร่วมการวิจัยกับหลังเข้าร่วม การวิจัยหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 โดยมีแบบแผนการวิจัยดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	x	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

O₁ หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันก่อนเข้าร่วมการ สอน

X หมายถึง โปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์

O₂ หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันหลังสิ้นสุดการสอน มาแล้ว 4 สัปดาห์

O₃ หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติในสัปดาห์ที่ 8

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคพาร์กินสัน แผนกอายุรกรรม ประสาท ของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและ เพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคพาร์ กินสัน แผนกอายุรกรรมประสาท ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เขตกรุงเทพมหานครและมีระยะความ รุนแรงของโรค ระยะที่ 2-3 โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินได้จากแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (Mini Mental State Examination Thai version: MMSE-Thai 2002) ซึ่งถ้าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ต้องได้ $\geq 14/23$ คะแนน ระดับประถมศึกษา ต้องได้ $\geq 17/30$ คะแนน และระดับสูงกว่าประถมศึกษา ต้องได้ $\geq 22/30$
2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นที่เป็นอันตราย เช่น โรคหัวใจล้มเหลวแบบเฉียบพลัน โรคกล้ามเนื้อในสมองอุดตันแบบเฉียบพลัน
3. ไม่มีข้อห้ามในการเคลื่อนไหว
4. ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมป้องกันการหกล้มจากสหสาขาวิชาชีพ
5. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้วิจัยไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบเวลาที่กำหนด

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 ซึ่งเป็นระดับของขนาดอิทธิพลปานกลาง เปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน (Burns & Grove, 2005) รวมทั้งหมด 44 คน

ขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยสำรวจผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม มีระยะความรุนแรงของโรค ระยะที่ 2-3 จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยตามรายชื่อที่แพทย์นัดตรวจ
2. เมื่อผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมาตรวจตามนัด จึงขอความร่วมมือผู้สูงอายุเข้ากลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด
3. จัดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเข้าเป็นกลุ่มควบคุม และ 22 คนหลังเข้าเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยเก็บและรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบตามจำนวน หลังจากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองโดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุม (Matched pair) ในเรื่อง เพศ อายุ (แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี) และการใช้ยา Levodopa เนื่องจากผู้สูงอายุเพศหญิงพบการหกล้มมากกว่าเพศชาย (นงนุช วรโธสง, 2551) การหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสันจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า เมื่ออายุมากขึ้น (Pickering et al., 2007) และสามารถทำนายการ

หกล้มในอนาคตได้ (Bloem, 2004) และปริมาณการได้รับยา Levodopa เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสัน (Matinoli et al., 2011)

4. ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจหากกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะหากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มจนได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมและระยะความรุนแรงของโรคจากเวชระเบียนผู้ป่วย เนื่องจากแพทย์ในคลินิกโรคพาร์กินสัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จะทำการประเมินภาวะสมองเสื่อมและระยะความรุนแรงของโรคทุกครั้งที่มาตรวจตามที่แพทย์นัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา รายได้ สถานภาพการสมรส อาชีพ โรคประจำตัว อาการทางการเคลื่อนไหวและการมองเห็น ระยะเวลาและระยะความรุนแรงของโรค การออกกำลังกายและการฝึกเดิน ประวัติการหกล้มและสาเหตุ และการรักษาด้วยยา

2.2. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม โดยผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการศึกษางานวิจัยของ ชูลี ภูทอง (2554) โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

2.2.1 ศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมเครื่องมือประเมินพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ การหกล้มและการป้องกันความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันโดยการออกกำลังกาย การฝึกเดินและการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมสำหรับโรคพาร์กินสัน และศึกษาผลงานวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่บ้าน ของ ชูลี ภูทอง (2545) และปัจจัยทำนายการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ของ ปวันรัตน์ ศรีคำ (2557)

2.2.2 สรุปเนื้อหาสำคัญที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นกำหนดข้อคำถามให้สอดคล้องกับเนื้อหาพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ด้าน ดังนี้ ด้านการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การระมัดระวังการหกล้มจากการมองเห็น การป้องกันการหกล้มและการทรงตัว การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการฝึกเดิน และการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การจัดแสงสว่างให้เพียงพอ การใช้อุปกรณ์ป้องกันการหกล้ม การจัดวางสิ่งของเครื่องใช้ให้เหมาะสม การเลือกใช้สิ่งของให้เหมาะสมกับ

โรคพาร์กินสันและการกำจัดอุปสรรคในการเดิน รวมข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ 7 ข้อ และข้อคำถามเชิงบวก 17 ข้อ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับข้อคำถามให้กระชับเข้าใจง่ายสำหรับผู้สูงอายุ ผลการตรวจสอบได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .87 ผู้วิจัยนำข้อคำถามของแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มมาพิจารณาความครอบคลุมของโครงสร้างเนื้อหา กำหนดรูปแบบของการวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้สูงอายุปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้นๆ 5-7 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้นๆ 3-4 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติน้อยที่สุด หมายถึง ผู้สูงอายุปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้นๆ 1-2 วันต่อสัปดาห์

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้สูงอายุไม่ปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้นๆเลย
เกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะคำถามเป็นข้อความทั้งทางด้านบวกและด้านลบโดยมีการให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	3 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติน้อยที่สุด	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	1 คะแนน	4 คะแนน

การประเมินระดับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม จากค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม มีการพิจารณาคะแนนมีเกณฑ์ ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2538)

คะแนนเฉลี่ย 3.5 ขึ้นไป หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 1.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มระดับควรปรับปรุง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการสอน

ผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มต่อการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ผู้วิจัยดำเนินการสร้างโดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาแนวความคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ประกอบด้วย

พฤติกรรมกำรป้องกันกำรหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอำยุโรคพำร်กินสั่นเอง พฤติกรรมกำรป้องกันกำรหกล้มที่เกิดจากสภำพแวดล้อมและโปรแกรมกำรป้องกันกำรหกล้ม

3.2 กำหนดวัตถุประสงค์ในกำรจัดกิจกรรมเน้นกำรเรียนรู้จากประสบกำรณ์ โดยครอบคลุมทั้งควำมรู้ควำมเข้ำใจ ตลอดจนกำรนำไปใช้

3.3 กำหนดเนื้อหาในกิจกรรมให้ครอบคลุมในเรื่อง กำรป้องกันกำรหกล้มในที่เกิดจากตัวผู้สูงอำยุโรคพำร်กินสั่นเองและที่เกิดจากสภำพแวดล้อม

3.4 กำหนดกิจกรรมกลุ่มให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ คือ กิจกรรมกำรเรียนกำรสอนของกำรเรียนรู้จากประสบกำรณ์ที่ประกอบด้วยกำรแลกเปลี่ยนประสบกำรณ์ของกำรป้องกันกำรหกล้ม สะท้อนควำมคิดและอภิปรำย กำรสร้ำงควำมคิดรวบยอดในกำรกำหนดแนวทำงกำรปฏิบัติและกำรทดลองปฏิบัติ

3.5 สร้ำงโปรแกรมกำรสอนสุขภำพโดยใช้ประสบกำรณ์ต่อพฤติกรรมกำรป้องกันกำรหกล้มในผู้สูงอำยุโรคพำร်กินสั่น ประกอบด้วย

1) ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกลุ่ม ให้ผู้สูงอำยุโรคพำร်กินสั่นแลกเปลี่ยนประสบกำรณ์ของกำรป้องกันกำรหกล้มของผู้สูงอำยุโรคพำร်กินสั่นมำนำเสนอร่วมกันในกลุ่มและกำรเสนอแนะแนวทำงกำรป้องกันกำรหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอำยุโรคพำร်กินสั่นเองและสภำพแวดล้อมจากผู้วิจัย โดยกำรขมวีดิทัศน์กำรป้องกันกำรหกล้มโดยกำรจัดสภำพแวดล้อมให้เหมำะสมกับระยะควำมรุนแรงของโรค

2) ผู้วิจัยเป็นผู้นำกำรสะท้อนควำมคิดและกำรอภิปรำยแลกเปลี่ยนควำมคิดเห็นและประสบกำรณ์เกี่ยวกับประโยชน์ของกำรปฏิบัติกำรป้องกันกำรหกล้ม

3) ผู้วิจัยเป็นผู้นำกำรสร้ำงควำมคิดรวบยอดและกำหนดแนวทำงกำรปฏิบัติกำรป้องกันกำรหกล้มที่ถูกต้องและให้ผู้สูงอำยุโรคพำร်กินสั่นร่วมกับการแสดงควำมคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทำงกำรปฏิบัติกำรป้องกันกำรหกล้มที่ถูกต้องเหมำะสมกับสภำพควำมเป็นอยู่ของตน ทั้งแนวทำงกำรปฏิบัติเนื่องมำจากตัวผู้สูงอำยุโรคพำร်กินสั่นเองและสภำพแวดล้อมที่บ้าน

4) ผู้วิจัยเป็นผู้นำให้ผู้สูงอำยุโรคพำร်กินสั่นได้โดยกำรขมวีดิทัศน์เกี่ยวกับกำรออกกำล้งกาย กำรฝึกเดินและทดลองปฏิบัติ

3.6 จัดทำสื่อกำรสอน ประกอบด้วย

1) แผนกำรสอนกำรป้องกันหกล้ม จำนวน 3 แผน ซึ่งผู้วิจัยสร้ำงขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อ ให้ผู้สูงอำยุโรคพำร်กินสั่นมีควำมรู้ในกำรปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกำรหกล้ม ประกอบด้วยกิจกรรมกำรเรียนรู้จากประสบกำรณ์ ที่ประกอบด้วย แผนกำรสอนกำรป้องกันกำรหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอำยุโรคพำร်กินสั่นเอง แผนกำรสอนกำรป้องกันกำรหกล้มในที่เกิดจากสภำพแวดล้อมและแผนกำรสอนกำรป้องกันกำรหกล้มโดยกำรออกกำล้งกายและกำรฝึกเดิน

2) กล้องความรู้เรื่องโรคพาร์กินสันและการป้องกันการหกล้ม จำนวน 44 ชุด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น นำมาประกอบกิจกรรมการเรียนการสอนและเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้นำมาทบทวนหลังได้เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้งและเพื่อความคงทนของโปรแกรม ที่ประกอบด้วย

- 2.1) คู่มือความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน สำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน
- 2.2) วีดิทัศน์เรื่องการจัดสภาพบ้านสำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน
- 2.3) วีดิทัศน์การออกกำลังกายและการฝึกเดิน สำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

4. เครื่องมือวัดความรู้

ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันขึ้นเอง โดยใช้คิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

4.1 ศึกษาแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจากการทบทวนวรรณกรรม

4.2 สรุปเนื้อหาที่สำคัญที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นกำหนดข้อคำถามให้สอดคล้องและครอบคลุมกับเนื้อหาการสอนสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามสั้น ประมาณ 18 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์การปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม เรื่อง การออกกำลังกาย การฝึกเดินและการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับข้อคำถามให้กระชับเข้าใจง่ายสำหรับผู้สูงอายุ ผลการตรวจสอบได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .83 ข้อคำถามใช้มาตรวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ระดับ ปรับให้เป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย (ใช่) ไม่แน่ใจ (ไม่ทราบ) ไม่เห็นด้วย (ไม่ใช่) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ใช่	3 คะแนน	1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่ทราบ	1 คะแนน	3 คะแนน

การประเมินระดับความรู้ จากค่าเฉลี่ยคะแนน มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน (Bloom, 1971) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับดี	หมายถึง	มีคะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ความรู้ระดับปานกลาง	หมายถึง	มีคะแนน ร้อยละ 60-79
ความรู้ระดับต่ำ	หมายถึง	มีคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน แบบประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันขึ้น แผนการสอนเรื่องการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเอง การป้องกันการหกล้มในที่เกิดจากสภาพแวดล้อม การป้องกันการหกล้มโดยการออกกำลังกายและการฝึกเดิน คู่มือความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน วีดิทัศน์เรื่องการจัดสภาพบ้านสำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและเรื่องการออกกำลังกายและการฝึกเดิน สำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หลังจากนั้นส่งไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคพาร์กินสัน อาจารย์พยาบาล พยาบาลผู้ชำนาญการด้านโรคพาร์กินสันและนักกายภาพบำบัดด้านโรคพาร์กินสัน เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในแต่ละเครื่องมือ ผลการตรวจสอบ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน แบบประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันขึ้น ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .87 และ .83 ตามลำดับ

การแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือ

เมื่อได้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

1) แบบสอบถามส่วนบุคคล เพิ่มในส่วนของข้อรายการได้ให้กว้างมากขึ้น ข้อการเคลื่อนไหวเพิ่มรายละเอียดปัญหาการเคลื่อนไหว ได้แก่ สั่น แข็งเกร็ง เดินลำบากและเคลื่อนไหวช้า ข้อการมองเห็นเพิ่มรายละเอียดของปัญหาการมองเห็น ได้แก่ มองระยะใกล้เห็นเป็นภาพซ้อน ตามัว สายตายาวและต้อกระจก ข้อระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันปรับคำถามให้อ่านเข้าใจง่ายแก้ไขเป็นท่านเป็นโรคพาร์กินมาแล้วกี่ปี ข้อปัญหาเรื่องการตอบสนองต่อยาที่ไม่สม่ำเสมอ เพิ่มรายละเอียดของอาการ ได้แก่ ยาหมดฤทธิ์เร็ว ตัวเกร็ง อาการยุกยิกและอาการสลับไปมาระหว่างไม่เคลื่อนไหวกับยุกยิก ข้อการออกกำลังกายเพิ่มความถี่ในการออกกำลังกาย และข้อคำถามการหกล้มปรับระยะเวลาจาก 2 เดือนเป็น 1 เดือน

2) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน แก้ไขข้อคำถามที่ 16 จาก “ท่านดูแลพื้นห้องน้ำ/ห้องส้วม ให้แห้งเสมอไม่ลื่นปราศจากสบู่” เป็น “ท่านดูแลพื้นห้องน้ำ/ห้องส้วม ให้แห้งเสมอไม่ลื่นปราศจากคราบสบู่” ข้อคำถามที่ 18 เพิ่มคำว่า ยาพาร์กินสันน้ำดื่ม ในข้อคำถาม และ แก้ไขข้อคำถามที่ 21 จาก “ท่านเลือกใช้สบู่เหลวแบบขวดแทนสบู่ก้อน” เป็น “ท่านเลือกใช้สบู่เหลวแบบมีหัวกดแทนสบู่ก้อน” เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเข้าใจมากขึ้น

3) แบบประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน แก่ไขข้อคำถามที่ 1 จาก “การออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและข้อต่อต่างๆทำงานได้ดี ช่วยป้องกันการหกล้ม” เป็น “การออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและข้อต่อต่างๆทำงานได้ดี” แก่ไขข้อคำถามที่ 2 จาก “การไม่ออกกำลังกายส่งผลให้เกิดการหกล้มได้ง่าย” เป็น “การออกกำลังกายช่วยป้องกันการหกล้ม” แก่ไขข้อคำถามที่ 4 จาก “อุปสรรคในการออกกำลังกายและการฝึกเดิน คือ ระบายเวลาในการทำกิจกรรมอื่น” เป็น “อุปสรรคในการออกกำลังกายและการฝึกเดิน คือ ระบายเวลาในการทำกิจกรรมอื่น/ต้องมีผู้อื่นให้การช่วยเหลือ” และแก่ไขข้อคำถามที่ 17 จาก “ท่านรู้สึกดีเมื่อได้ปรับพฤติกรรมและการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการหกล้ม” เป็น “ท่านรู้สึกพอใจเมื่อได้ปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของตนเองให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการหกล้ม” เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเข้าใจมากขึ้น

ผู้วิจัยนำโปรแกรมโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ในคลินิกโรคพาร์กินสัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 3 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจด้านภาษาและเนื้อหาและนำส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์มาปรับปรุงโดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ก่อนนำไปใช้ในกลุ่มทดลอง

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน และแบบประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันขึ้น ไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ในคลินิกโรคพาร์กินสัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทดสอบหาความเที่ยงแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่เกิดจากผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและที่เกิดจากสภาพแวดล้อม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงแบบทดสอบ เท่ากับ .73 และ .76 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 ที่ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผล ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

1. การเตรียมสถานที่ในการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมการตามขั้นตอนดังนี้

1.1 ขอนหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและโปรแกรมการป้องกันการหกล้ม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. การเตรียมและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 เข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกพาร์กินสันและเจ้าหน้าที่ประจำแผนกเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษาและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์เจ้าของไข้ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและชี้แจงการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยให้แพทย์เจ้าของไข้รับทราบ

2.3 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการทดสอบสมรรถภาพสมองและระยะความรุนแรงของโรค จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย เนื่องจากแพทย์จะประเมินทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการตรวจตามนัด ได้จำนวนผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน จำนวน 44 คน

2.4 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ จำนวน 44 คน จัดแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 22 คน โดยการจับคู่ (Matched pair) เรื่อง อายุ เพศ และการใช้ยา levodopa ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2.5 ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการ จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มตัวอย่างวันละกลุ่ม ตามใบนัด

2.6 ทำการรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (pre-test) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยผู้สูงอายุตอบตามการปฏิบัติจริง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้และรายละเอียดในการทำวิจัยพร้อมนัดหมายผู้สูงอายุเพื่อพบกันในวันสัปดาห์ที่ 8

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้เข้าร่วมการวิจัย และประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม หลังจากนั้นได้รับการสอนโดยใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์และรับกล่องความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน คนละ 1 กล่อง เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง จำนวน 22 กล่อง

กลุ่มทดลอง

การดำเนินการทดลองในการจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมด้วยตนเองทุกขั้นตอน ตามแผนการสอนที่สร้างขึ้นเป็นเวลา 3 สัปดาห์ๆ ละครั้งๆ ละ 30 นาที รวมทั้งสิ้น 3 ครั้ง และสัปดาห์ที่ 4-7 ให้ผู้สูงอายุปฏิบัติเองที่บ้าน ซึ่งเนื้อหา มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้โดยใช้แผนการสอนที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์แก่ผู้สูงอายุ เรื่อง การป้องกันการหกล้มเกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

1. ให้ผู้สูงอายุแนะนำตนเอง จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคยและแจกกล่องความรู้เรื่องโรคพาร์กินสันให้กับกลุ่มตัวอย่าง นำไปทบทวนกิจกรรมที่บ้าน

2. ซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันพูดถึงประสบการณ์ของการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเอง เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคพาร์กินสันและผลกระทบการหกล้มและการป้องกัน มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกในกลุ่มเดียวกัน

3. ซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้มีการสะท้อนความคิดและอภิปรายแลกเปลี่ยนถึงประโยชน์ของการปฏิบัติป้องกันการหกล้ม โดยให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติป้องกันการหกล้มรวมถึงได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติป้องกันการหกล้มที่เหมาะสม

4. จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้ลองฝึกปฏิบัติการเปลี่ยนอิริยาบถในการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง

5. ซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

6. สรุปและชี้แนะแนวทางการปฏิบัติตนในการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่ถูกต้อง ผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณและแจกใบนัดในการทำกิจกรรมในครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้โดยใช้แผนการสอนที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์แก่ผู้สูงอายุ เรื่อง การป้องกันการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อม

1. กล่าวทักทายและให้ผู้สูงอายุช่วยกันทบทวนความรู้ที่เรียนไปในครั้งแรกเพื่อเชื่อมโยงในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อม พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้

2. นำเข้าสู่กิจกรรมการเรียนการสอนโดยการซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันพูดถึงประสบการณ์ของการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อม มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกในกลุ่มด้วยกันและเปิดเวทีทัศน์การป้องกันการหกล้มจากสภาพแวดล้อมที่บ้านให้กลุ่มตัวอย่างรับชม ระยะเวลา 10 นาที

3. ซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้มีการสะท้อนความคิดและอภิปรายแลกเปลี่ยนถึงประโยชน์ของการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม โดยผู้วิจัยชี้แนะให้รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม รวมทั้งได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องเหมาะสม

4. ซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและแนวทางการปฏิบัติตนของการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของตน

5. ซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อม

6. สรุปและชี้แนะแนวทางการปฏิบัติตนในการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อมที่ถูกต้อง ผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณและแจกใบนัดในการทำกิจกรรมในครั้งที่ 3

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้โดยใช้แผนการสอนที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์แก่ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เรื่อง การป้องกันการหกล้มโดยการออกกำลังกายและการฝึกเดิน

1. กล่าวทักทายและให้ผู้สูงอายุช่วยกันทบทวนความรู้ที่เรียนไปในครั้งที่ 2 เพื่อเชื่อมโยงในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มโดยฝึกการออกกำลังกายและการฝึกเดิน พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้

2. นำเข้าสู่กิจกรรมการเรียนการสอนโดยการซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพูดถึงประสบการณ์ของการป้องกันการหกล้มโดยฝึกการออกกำลังกายและการฝึกเดิน มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกในกลุ่มด้วยกันและเปิดวิธีที่ตนการออกกำลังกายและการฝึกเดินให้กลุ่มตัวอย่างรับชม

3. ซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้มีการสะท้อนความคิดและอภิปรายแลกเปลี่ยนถึงประโยชน์ของการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม โดยผู้วิจัยชี้แนะให้ผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม รวมทั้งให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องเหมาะสม

4. ซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ทดลองโดยฝึกการออกกำลังกาย พร้อมทั้งชี้แนะให้ผู้สูงอายุปฏิบัติอย่างได้อย่างถูกต้อง

5. ซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มโดยฝึกการออกกำลังกาย

6. สรุปและชี้แนะแนวทางการปฏิบัติตนในการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและสภาพแวดล้อมที่ถูกต้อง ผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณและแจกใบนัดในการเก็บ

รวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการสอนสุขภาพและให้ผู้สูงอายุปฏิบัติเองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 4 โดยในระหว่างสัปดาห์ที่ 4-7 ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติตน เพื่อใช้คำชี้แจง กระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรม เล่าประสบการณ์ในการปฏิบัติและช่วยแก้ปัญหา เพื่อส่งเสริมให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 ประเมินผลการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8)

1. เก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมมาแล้ว 4 สัปดาห์ (post-test) โดยผู้วิจัยสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและแบบประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

2. ให้คำแนะนำกับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีการปฏิบัติป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องเหมาะสมและมีการนำไปปฏิบัติที่ยั่งยืนต่อไป

3. ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์มากระทำให้กลุ่มควบคุมหลังจากผู้วิจัยสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเรียบร้อยแล้ว

จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยในครั้งนี้ทำการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการและอนุกรรมการพิจารณาการวิจัยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้รับการอนุมัติจริยธรรม เมื่อวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2560 ซึ่งผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยในการสมัครเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่บังคับ โดยจะดำเนินคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ในครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบกลุ่มตัวอย่าง หรือต่อโรงพยาบาล การบำบัดรักษาของแพทย์และบริการที่ได้รับแต่อย่างใด ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่เปิดเผยชื่อนามสกุลที่แท้จริง การขอข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยจะพยายามให้เป็นการรบกวนกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient / Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Information Consent Form) หากระหว่างดำเนินการวิจัยผู้เข้าร่วมการ

วิจัยเกิดอาการผิดปกติที่ต้องเข้ารับการตรวจหรือรักษาจากแพทย์ ผู้วิจัยจะรีบแจ้งเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้อง และรีบพาผู้ป่วยเข้าพบแพทย์โดยเร็วที่สุด หลังจากผลการวิจัยได้ผลดีเป็นไปตามแผน ผู้วิจัยจะทำกิจกรรมให้กับกลุ่มควบคุมด้วยภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้การแจกแจงความถี่กับข้อมูล เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ส่วนข้อมูล อายุ รายได้เฉลี่ย ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t -test
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มภายหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่รับการรักษาที่คลินิกโรคพาร์กินสัน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 44 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน แสดงในตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์แสดงในตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงในตารางที่ 3

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว อาการทางการเคลื่อนไหว ปัญหาการมองเห็น ระยะเวลาที่เป็นโรคพาร์กินสัน ระยะเวลาความรุนแรงของโรค อายุที่เริ่มป่วย ปัญหาเรื่องการตอบสนองของยาที่ไม่สม่ำเสมอ การออกกำลังกายเป็นประจำ การได้รับการฝึกเดิน เคยหกล้มในรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมา สาเหตุการหกล้ม และยารักษาโรคพาร์กินสันที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n ₁ =22)		กลุ่มควบคุม (n ₂ =22)		รวม (n _{รวม} =44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(X̄ = 67.74 ปี, SD = 6.58)		(X̄ = 70.91 ปี, SD = 7.32)		(X̄ = 69.27 ปี, SD = 7.08)	
อายุ						
60-65 ปี	6	27.36	6	27.36	12	27.36
66-70 ปี	8	36.32	8	36.32	16	36.32
71-75 ปี	3	13.62	3	13.62	6	13.62
76-79 ปี	3	13.62	3	13.62	6	13.62
80-85 ปี	1	4.54	1	4.54	2	4.54
86-90 ปี	1	4.54	1	4.54	2	4.54
เพศ						
ชาย	11	50.00	11	50.00	22	50.00
หญิง	11	50.00	11	50.00	22	50.00
สถานภาพสมรส						
โสด	5	22.70	6	27.30	11	25.00
คู่	13	59.10	10	45.50	23	52.30
ม่าย	4	18.20	6	27.30	10	22.70
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	4	18.20	9	40.90	13	29.50
มัธยมศึกษา	3	13.60	1	4.50	4	9.10
อาชีวศึกษา	1	4.50	2	9.10	3	6.80
ปริญญาตรี	9	40.90	8	36.40	17	38.60
สูงกว่าปริญญาตรี	5	22.70	2	9.10	7	15.90

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n ₁ =22)		(n ₂ =22)		(n _{รวม} =44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ย						
≤10,000 บาท	4	18.2	4	18.20	8	18.20
10,001-15,000 บาท	4	18.2	6	27.30	10	22.70
15,001-20,000 บาท	1	4.5	9	40.90	10	22.70
>20,000 บาท ขึ้นไป	13	59.1	3	13.60	16	36.40
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	40.90	9	40.90	18	40.90
เกษตรกรรวม	0	0.00	2	9.10	2	4.50
เกษียณราชการ	10	45.50	9	40.90	19	43.20
รับจ้าง	1	4.50	1	4.50	2	4.50
ค้าขาย	2	9.10	1	4.50	3	6.80
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรค	10	45.50	6	27.30	16	36.40
มีโรคประจำตัว	12	55.50	16	72.70	28	63.60
ไขมันในเลือดสูง	6	37.50	8	28.60	14	31.80
ความดันโลหิตสูง	5	31.25	8	28.60	13	29.55
ต่อกระຈก	4	25.00	2	7.10	6	13.60
เบาหวาน	0	0.00	6	21.40	6	13.60
หัวใจ	0	0.00	2	7.10	2	4.55
ข้อเข่าเสื่อม	1	6.25	0	0.00	1	2.30
ไต	0	0.00	1	3.60	1	2.30
ไวรัสตับอักเสบ	0	0.00	1	3.60	1	2.30
อาการทางการเคลื่อนไหว						
ไม่มีปัญหา	2	9.10	5	22.70	7	15.90
มีปัญหา	20	90.90	17	77.30	37	84.10
เคลื่อนไหวช้า	16	42.10	12	30.00	28	35.90

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n ₁ =22)		(n ₂ =22)		(n _{รวม} =44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาการทางการเคลื่อนไหว						
ดินล้าบาก	10	26.32	14	35.00	24	30.79
แข็งเกร็ง	8	21.05	5	12.50	13	16.67
สั่น	4	10.53	9	22.50	13	16.67
ปัญหาการมองเห็น						
ไม่มีปัญหา	6	27.30	15	68.20	21	47.70
มีปัญหา	16	72.70	7	31.8	23	52.30
ตามัว	9	39.19	1	14.30	10	33.30
มองระยะใกล้เห็นภาพซ้อน	7	30.43	1	14.30	8	26.70
สายตายาว	4	17.40	4	57.10	8	26.70
ต้อกระจก	3	13.04	1	14.30	4	13.30
เป็นโรคพาร์กินสันมาแล้ว						
1-5 ปี	11	50.00	8	36.30	19	43.10
6-10 ปี	6	27.20	11	49.90	17	38.60
มากกว่า 10 ขึ้นไป	5	27.10	3	13.50	8	18.30
ระยะความรุนแรงของโรค ของ H&Y						
ระยะที่ 2 (การทำงานของร่างกายทั้ง 2 ด้าน บกพร่อง)	11	50.00	10	45.50	21	47.70
ระยะที่ 3 (การเสียทรงตัว)	11	50.00	12	54.50	23	52.39
อายุที่เริ่มวินิจฉัยเป็นพาร์กินสัน						
40-50 ปี	0	0.00	1	4.50	1	2.30
51-60 ปี	13	59.10	6	27.30	19	43.20
61-70 ปี	8	36.30	12	54.30	20	45.50
71-80 ปี	0	0.00	3	13.50	3	6.80
81-90 ปี	1	4.50	0	0.00	1	2.30

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n ₁ =22)		กลุ่มควบคุม (n ₂ =22)		รวม (n _{รวม} =44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การตอบสนองต่อยา						
สม่ำเสมอ	13	59.10	14	63.60	27	61.40
ไม่สม่ำเสมอ	9	40.90	8	36.40	17	38.60
ยาหมดฤทธิ์เร็ว	7	41.20	5	50.00	12	44.40
ตัวเกร็ง	7	41.20	1	10.00	8	29.60
ยุกยิก	2	11.75	3	30.00	5	18.60
อาการสลับไปมาระหว่าง ยุกยิกกับไม่เคลื่อนไหว	1	5.85	1	10.00	2	7.40
ออกกำลังกายเป็นประจำ						
ไม่ใช่	3	13.60	8	36.40	11	25.00
ใช่	19	86.40	14	63.60	33	75.00
ท่านได้รับการฝึกเดิน						
ไม่ใช่	12	48.00	18	81.80	30	68.20
ใช่	10	40.00	4	18.20	14	31.80
ประวัติหกล้มใน 1 เดือนที่ผ่านมา						
ไม่มี	19	86.40	11	50.00	30	68.20
มี	3	13.60	11	50.00	14	31.80
- เดินติดขัด	1	25.00	3	27.27	4	26.74
- ขาอ่อนแรง	3	75.00	3	27.27	6	39.96
- การทรงตัวไม่ดี	0	0.00	5	45.46	5	33.30
ยารักษาพาร์กินสันที่ใช้อยู่						
ยากลุ่ม Levodopa	22	56.32	22	52.36	44	54.49
ยากลุ่มเซริมโดปามีน	10	25.60	9	21.42	19	23.37
ยากลุ่มที่ทำให้โดปามีนอยู่ใน ร่างกายนาน	7	18.08	11	26.22	18	22.14

จากตารางที่ 1 ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 66-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.32 เป็นเพศชายและเพศหญิงเป็นจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 และร้อยละ 50 สถานภาพ คู่ คิดเป็นร้อยละ 52.30 ระดับการศึกษา ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 38.60 รายได้เฉลี่ย มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 36.40 อาชีพ เกษียณราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เอกชน คิดเป็นร้อยละ 43.20 โรคประจำตัว ไชมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 31.80 และมีอาการทางการเคลื่อนไหว คิดเป็นร้อยละ 84.10 อาการคือ เคลื่อนไหวช้า คิดเป็นร้อยละ 35.90 มีปัญหาการมองเห็น คิดเป็นร้อยละ 52.30 เป็นโรคพาร์กินสันมาแล้ว 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.10 ระยะความรุนแรงของโรค ของ H&Y ระยะที่ 3 (การสูญเสียการทรงตัว) คิดเป็นร้อยละ 52.30 การตอบสนองต่อยาสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 61.40 ออกกำลังกายเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 75.00 ไม่ได้รับการฝึกเดิน คิดเป็นร้อยละ 68.20 ในรอบ 1เดือนที่ผ่านมา ไม่เคยหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 68.20 สาเหตุของการหกล้ม คือ ขาอ่อนแรง คิดเป็นร้อยละ 39.96 ยารักษาโรคพาร์กินสันที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ ยากลุ่ม Levodopa คิดเป็นร้อยละ 54.49

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์กับกลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มทดลอง	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	3.06	0.24	พฤติกรรมการป้องกัน ระดับสูง	21	-12.76	.000
หลังการทดลอง	3.58	0.16	พฤติกรรมการป้องกัน ระดับสูงมาก			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	2.84	0.34	พฤติกรรมการป้องกัน ระดับสูง	21	-.72	.479
หลังการทดลอง	2.88	0.34	พฤติกรรมการป้องกัน ระดับสูง			

*p < .05

จากตารางที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ ประสบการณ์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันก่อนการ ทดลองเท่ากับ 3.06 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของ ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเพิ่มขึ้นเป็น 3.58 เมื่อนำค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของ ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมาเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมการ ป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่มีค่า เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.52

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	3.06	0.24	พฤติกรรมการป้องกันระดับสูง	42	-2.70	.01
กลุ่มควบคุม	2.84	0.34	พฤติกรรมการป้องกันระดับสูง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	3.58	0.16	พฤติกรรมการป้องกันระดับสูงมาก	42	-8.84	.000
กลุ่มควบคุม	2.88	0.34	พฤติกรรมการป้องกันระดับสูง			

*p < .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกันพบว่า ไม่สามารถสรุปหลังการทดลองได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีความแตกต่างกันตั้งแต่ก่อนการทดลอง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยใช้รูปแบบการทดลองเป็นการศึกษาในสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

สมมุติฐานงานวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการดูแลสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคพาร์กินสัน แผนกอายุรกรรมประสาท ของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคพาร์กินสัน แผนกอายุรกรรมประสาท ของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร มีระยะความรุนแรงของโรค ระยะที่ 2-3 โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินได้จากแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (Mini Mental State Examination Thai version: MMSE-Thai 2002) ซึ่งถ้าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ต้องได้ $\geq 14/23$ คะแนน ระดับประถมศึกษา ต้องได้ $\geq 17/30$ คะแนนและระดับสูงกว่าประถมศึกษา ต้องได้ $\geq 22/30$
2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นที่เป็นอันตราย เช่น โรคหัวใจล้มเหลวแบบเฉียบพลัน โรคกล้ามเนื้อในสมองอุดตันแบบเฉียบพลัน
3. ไม่มีข้อห้ามในการเคลื่อนไหว
4. ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมป้องกันการหกล้มจากสหสาขาวิชาชีพ
5. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้วิจัยไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบเวลาที่กำหนด

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยเลือกกลุ่มควบคุมก่อนและรอเลือกเข้ากลุ่มทดลองด้วยการจับคู่ (Matched Pair) เพื่อให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่อง เพศ อายุ และการใช้ยา Levodopa

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้นภาษาไทย การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมและระยะความรุนแรงของโรคจากเวชระเบียนผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา รายได้ สถานภาพการสมรส อาชีพ โรคประจำตัว อาการทางการเคลื่อนไหวและการมองเห็น ระยะเวลาและระยะความรุนแรงของโรค การออกกำลังกายและการฝึกเดิน ประวัติการหกล้มและสาเหตุ และการรักษาด้วยยา

2.2. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้ม โดยผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการศึกษาวิจัย ของ ชุติ ภูทอง (2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ด้าน ได้แก่ ด้าน

การป้องกันการหกล้มที่เกิดจากผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน และการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายในบ้าน รวมข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ กำหนดรูปแบบการวัดประมาณค่า (Rating scale) ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติเลย จนถึง ปฏิบัติเป็นประจำ เกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน การประเมินระดับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มตั้งแต่ระดับปรับปรุงจนถึงระดับสูงมาก

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ผู้วิจัยดำเนินการสร้างโดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ประกอบด้วยพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเอง พฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อมและโปรแกรมป้องกันการหกล้ม

3.2 กำหนดวัตถุประสงค์ในการจัดกิจกรรมเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยครอบคลุมทั้งความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนการนำไปใช้

3.3 กำหนดเนื้อหาในกิจกรรมให้ครอบคลุมในเรื่อง การป้องกันการหกล้มในที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเองและที่เกิดจากสภาพแวดล้อม

3.4 กำหนดกิจกรรมกลุ่มให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ คือ กิจกรรมการเรียนการสอนของการเรียนรู้จากประสบการณ์ มีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

3.4.1 ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกลุ่ม ให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของการป้องกันการหกล้มและการชมวีดิทัศน์การจัดสภาพบ้านในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

3.4.2 ผู้วิจัยเป็นผู้นำการสะท้อนความคิดและการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม ร่วมกับอภิปรายแลกเปลี่ยนกันและกัน

3.4.3 ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสร้างความคิดรวบยอดและกำหนดแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องและให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันร่วมกับการแสดงความคิดเห็น ทั้งแนวทางการปฏิบัติเนื่องมาจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเองและสภาพแวดล้อมที่บ้าน

3.4.4 ผู้วิจัยเป็นผู้นำให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้โดยการชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การฝึกเดินและทดลองปฏิบัติ

3.5 จัดทำแผนการสอนการป้องกันหกล้ม จำนวน 3 แผน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ที่ประกอบด้วย

3.5.1 แผนการสอนการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเอง

3.5.2 แผนการสอนการป้องกันการหกล้มในที่เกิดจากสภาพแวดล้อม

3.5.3 แผนการสอนการป้องกันการหกล้มโดยการออกกำลังกายและการฝึกเดิน

3.6 จัดทำกล่องความรู้เรื่องโรคพาร์กินสันและการป้องกันการหกล้ม จำนวน 44 ชุด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น นำมาประกอบกิจกรรมการเรียนรู้การสอน ที่ประกอบด้วย

3.6.1 คู่มือความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน

3.6.1 วิดีทัศน์เรื่องการจัดสภาพบ้านสำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

3.6.2 วิดีทัศน์การออกกำลังกายและการฝึกเดิน สำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

4. เครื่องมือวัดความรู้

ผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันขึ้นเอง จากแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984)

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 ที่ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

2. การเตรียมและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 เข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกพาร์กินสันและเจ้าหน้าที่ประจำแผนกเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษาและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์เจ้าของไข้ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและชี้แจงการเก็บข้อมูลจากแพทย์ประวัติผู้ป่วยให้แพทย์เจ้าของไข้รับทราบ

2.3 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการทดสอบสมรรถภาพสมองและระยะความรุนแรงของโรค จากแพทย์ประวัติผู้ป่วย เนื่องจากแพทย์จะประเมินทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการตรวจตามนัด ได้จำนวนผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน จำนวน 44 คน

2.4 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ จำนวน 44 คน จัดแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 22 คน โดยการจับคู่ (Matched pair) เรื่อง อายุ เพศ และการใช้ยา levodopa ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2.5 ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการ นัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มตัวอย่างวันละกลุ่ม ตามใบนัด

2.6 ทำการรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (pre-test) คือ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้และรายละเอียดในการทำวิจัยพร้อมนัดหมายผู้สูงอายุเพื่อพบกันในสัปดาห์ที่ 8

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้เข้าร่วมการวิจัย และประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม หลังจากนั้นได้รับการสอนโดยใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์และรับกล่องความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน คนละ 1 กล่อง เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง จำนวน 22 กล่อง

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมด้วยตนเองทุกขั้นตอน ตามแผนการสอนที่สร้างขึ้นเป็นเวลา 3 สัปดาห์ๆ ละครั้งๆ ละ 30 นาที รวมทั้งสิ้น 3 ครั้ง และสัปดาห์ที่ 4-7 ให้ผู้สูงอายุปฏิบัติเองที่บ้าน ซึ่งเนื้อหา มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้โดยใช้แผนการสอนที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์แก่ผู้สูงอายุ เรื่อง การป้องกันการหกล้มเกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

1. ให้ผู้สูงอายุแนะนำตนเอง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และแจกกล่องความรู้เรื่องโรคพาร์กินสันให้กับกลุ่มตัวอย่างนำไปทบทวนกิจกรรมที่บ้าน

2. ซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันพูดถึงประสบการณ์ของการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ความรู้เรื่องโรคพาร์กินสันและผลกระทบ การหกล้ม และการป้องกัน มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกในกลุ่มเดียวกัน

3. ซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้มีการสะท้อนความคิดและอภิปรายแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติป้องกันการหกล้มที่เหมาะสม

4. จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้ลองฝึกปฏิบัติการเปลี่ยนอิริยาบถในการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง

5. ซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

6. สรุปและชี้แนะแนวทางการปฏิบัติตนในการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่ถูกต้อง ผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณและแจกใบนัดในการทำกิจกรรมในครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้โดยใช้แผนการสอนที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์แก่ผู้สูงอายุ เรื่อง การป้องกันการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อม

1. กล่าวทักทายและให้ผู้สูงอายุช่วยกันทบทวนความรู้ที่เรียนไปในครั้งแรก

2. นำเข้าสู่กิจกรรมการเรียนการสอนโดยการซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคพาร์

กินสั้นพูดถึงประสบการณ์ของการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อม และเปิดวิทัศน์การป้องกันการหกล้มจากสภาพแวดล้อมที่บ้านให้กลุ่มตัวอย่างรับชม ระยะเวลา 10 นาที

3. ซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้มีการสะท้อนความคิดและอภิปรายแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องเหมาะสม

4. ซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและแนวทางการปฏิบัติตนของการป้องกันการหกล้มให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของตน

5. ซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อม

6. สรุปและชี้แนะแนวทางการปฏิบัติตนในการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อมที่ถูกต้อง ผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณและแจกใบนัดในการทำกิจกรรมในครั้งที่ 3

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้โดยใช้แผนการสอนที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์แก่ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เรื่อง การป้องกันการหกล้มโดยการออกกำลังกายและการฝึกเดิน

1. กล่าวทักทายและให้ผู้สูงอายุช่วยกันทบทวนความรู้ที่เรียนไปในครั้งที่ 2

2. นำเข้าสู่กิจกรรมการเรียนการสอนโดยการซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพูดถึงประสบการณ์ของการป้องกันการหกล้มโดยฝึกการออกกำลังกายและการฝึกเดิน และเปิดวิทัศน์การออกกำลังกายและการฝึกเดินให้กลุ่มตัวอย่างรับชม

3. ซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้มีการสะท้อนความคิดและอภิปรายแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องเหมาะสม

4. ซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ทดลองโดยฝึกการออกกำลังกาย พร้อมทั้งชี้แนะให้ผู้สูงอายุปฏิบัติอย่างได้อย่างถูกต้อง

5. ซักถามและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มโดยฝึกการออกกำลังกาย

6. สรุปและชี้แนะแนวทางการปฏิบัติตนในการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและสภาพแวดล้อมที่ถูกต้อง ผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณและแจกใบนัดในการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรมและให้ผู้สูงอายุปฏิบัติเองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 4 โดยในระหว่างสัปดาห์ที่ 4-7 ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติตนทางโทรศัพท์

ระยะที่ 3 ประเมินผลการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8)

1. เก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมมาแล้ว 4 สัปดาห์ (post-test) โดยผู้วิจัยสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มใน

ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและแบบประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

2. ให้คำแนะนำกับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีการปฏิบัติการป้องกันที่ถูกต้องเหมาะสมและมีการนำไปปฏิบัติที่ยั่งยืนต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ทำการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการและอนุกรรมการพิจารณาการวิจัยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้รับการอนุมัติจริยธรรม เมื่อวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2560 ซึ่งผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการสมัครเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่บังคับ โดยจะดำเนินคัดเลือกรวมตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย หลังจากผลการวิจัยได้ผลดีเป็นไปตามแผน ผู้วิจัยจะทำกิจกรรมให้กับกลุ่มควบคุมด้วย ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (Paired t-test และ Independent t-test)

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยที่สำคัญมีดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

1.1 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันหลังการทดลองเท่ากับ 3.58 เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเท่ากับ 3.06 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

1.2 ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ไม่สามารถสรุปหลังการทดลองได้ว่า

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีความแตกต่างกันตั้งแต่ก่อนการทดลอง

สรุป จากผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ พบว่าพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการดูแลสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ตามแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันการหกล้มจากปัจจัยที่เกิดจากผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและจากปัจจัยที่เกิดจากสภาพแวดล้อม โดยการให้ความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน ผลกระทบและการป้องกัน การจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน การออกกำลังกายและการฝึกเดิน ผลการศึกษาตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการดูแลสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ในช่วง 5 ปีแรกของระยะดำเนินโรคนั้น ผู้ป่วยพาร์กินสันจะมีความผิดปกติของการเดินในอัตราสูง ร้อยละ 55-60 ผู้ป่วยพาร์กินสันการเดินจะมีลักษณะเฉพาะคือ จะเดินแบบแขนไม่แกว่งข้างใดข้างหนึ่ง ในระยะแรก จะเดินช้าลง ก้าวสั้นลงกว่าเดิมและเดินมักยกเท้าขึ้นไม่สูงจากพื้น เดินแบบซอยเท้าถี่ๆและก้าวสั้นๆ ลำตัวมักโน้มไปข้างหน้า ทำให้ผู้ป่วยพาร์กินสันหกล้มได้ง่าย (รุ่งโรจน์ พิทยศิริและคณะ, 2550) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวการหกล้มอย่างมาก เมื่อพบเห็นสิ่งของอยู่บนพื้น เช่น ขอบพรม เชือก หรือท่อนไม้ขวาง จะหยุดนิ่งไม่ยอมขยับเท้าก้าวเดิน การลุกนั่งเก้าอี้เตี้ยๆอาจมีการล้มหายหลังได้ เนื่องจากมีความลำบากในการเปลี่ยนอิริยาบถ สาเหตุจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อสะโพกและกล้ามเนื้อต้นขา ระยะโรคปานกลาง ผู้ป่วยจะมีปัญหาการเดินมากขึ้น คือ เดินหน้าพุ่งไปข้างหน้า จนเป็นแบบวิ่งเหยาะๆและเป็นวิ่งในที่สุด เมื่อต้องการจะหยุดจะมีความยากลำบากมาก เดินถอยหลัง คือ เดินไปข้างหน้าหนึ่งก้าวแล้วจะมีเดินถอยหลังกลับสองถึงสามก้าว เดินเอียงข้างจะเซไปข้างใดข้างหนึ่ง ระยะท้ายของโรค การดำเนินการของโรคที่เลวลงเรื่อยๆ

ในการทรงตัวและการเดิน แม้จะได้รับการรักษาด้วยยาและการผ่าตัด ภายหลัง 10- 15 ปี จะมีปัญหาการหกล้มได้บ่อยๆและมีปัญหากระดูกหักตามมาเสมอ

นอกจากปัจจัยจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเองแล้ว ยังพบว่าสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญทำให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันหกล้มได้ง่าย พบร้อยละ 80 ของการหกล้มเกิดขึ้นที่บ้านและมีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมภายในบ้านไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย (Roongroj Bhidayasiri, 2015) Allen et al. (2010) พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสามารถทำนายการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้ร้อยละ 12 เกิดการหกล้มภายในบ้านมากกว่านอกบ้าน โดยผู้ป่วยมักจะมีปัญหาการเดินและการทรงตัวในที่แคบมากกว่าที่กว้าง และ Rudzinska et al. (2013) พบว่า ร้อยละ 29 ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันหกล้มที่บ้าน มีสาเหตุมาจากพื้นที่ขรุขระ ไม่เรียบ มีสิ่งที่ทำให้สะดุดหรือลื่น

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันโดยนำประสบการณ์ของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มมาเป็นแหล่งการเรียนรู้ร่วมกับสะท้อนความคิดเห็นและอภิปราย ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม ซึ่งผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันรับรู้ประโยชน์ได้จากการทดลองปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม โดยการให้ความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน ผลกระทบและการป้องกันการจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน การออกกำลังกายและการฝึกเดินสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูลี ภูทอง (2545) โดยการให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์การป้องกันการหกล้ม การสะท้อนความคิดและอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติเสริมสร้างความรู้สึกที่ดีในการปฏิบัติและสร้างความคิดรวบยอดกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มทั้งปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุเองและปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน โดยการทดลองปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้น และพบว่า การให้ความรู้เพื่อระวังเมื่อเปลี่ยนท่า การประเมินความผิดปกติของรูปเท้า การทดลองการมองเห็น การประเมินอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับและการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยพาร์กินสัน ช่วยเพิ่มพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสันได้ (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2538) และจากการศึกษาของ อรวรรณ กุลจิริง (2555) พบว่า ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจะปรับพฤติกรรมตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มได้ โดยการให้ความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน การปฏิบัติตน การออกกำลังกาย การเลือกอุปกรณ์ช่วยเดินและการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน

ดังนั้น สรุปได้ว่า กิจกรรมทางการพยาบาลโดยการให้โปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์มีผลเพิ่มพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้

สมมติฐานข้อที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ผลการศึกษาพบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ไม่สามารถสรุปหลังการทดลองได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีความแตกต่างกันตั้งแต่ก่อนการทดลอง

อธิบายได้ว่าโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ โดยให้ความรู้และการอภิปรายร่วมกับผู้สูงอายุเพื่อหาแนวทางร่วมในการปฏิบัติจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning) เมื่อเกิดการเรียนรู้และมีความเข้าใจต่อสิ่งที่ได้เรียนรู้แล้ว เมื่อได้นำไปปฏิบัติรับรู้ความสามารถของตน เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นและนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง และจากการศึกษาของ วลัยภรณ์ อาริรัช (2554) พบว่าหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม โดยการให้ความรู้ในการออกกำลังกาย ร่วมกับการฝึกปฏิบัติตน จนเกิดการรับรู้ประโยชน์และความสามารถของตนในการปฏิบัติ เกิดเป็นพฤติกรรมเพื่อป้องกันการหกล้มในต่อมา ผลการใช้โปรแกรมพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัย ได้ให้ความรู้เรื่องการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ร่วมกับการอภิปรายกับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันหาแนวทางร่วมในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อให้เหมาะสมกับตนเอง โดยใช้สื่อการสอนเป็นวีดิทัศน์การจัดสภาพบ้านให้เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน จากการศึกษาของ Rudzinska et al. (2013) พบว่า ร้อยละ 29 ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันหกล้มที่บ้าน มีสาเหตุมาจากพื้นที่ขรุขระ ไม่เรียบ มีสิ่งที่ทำให้สะดุดหรือลื่น และการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน พบร้อยละ 80 ของการหกล้มที่บ้านเกิดจากสิ่งแวดล้อมภายในบ้านไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย (Roongroj Bhidayasiri, 2015) และการหกล้มภายในบ้านเกิดจากการลื่นล้ม สะดุดพรมและขอบประตู คิดเป็นร้อยละ 14.3 มักเกิดในห้องครัว ห้องน้ำและบ้านพื้นไม้ (Gazibara T. et al., 2014)

การปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเป็นสิ่งที่จำเป็นมากสำหรับผู้ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะทำให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองได้อย่างปลอดภัย (ปวันรัตน์ ศรีคำ, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่บ้าน ของชูลี ภูทอง (2545) การลดปัจจัยความเสี่ยงของการหกล้มจากสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ พบว่าพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของวิลาวรรณ สมตน (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ในการดูแลตนเองและแนวทางการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัยได้ให้ความรู้และร่วมอภิปรายแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม โดยการออกกำลังกายและการฝึกเดิน ในสัปดาห์ที่ 3 โดยใช้สื่อการสอนเป็นวีดิทัศน์ เรื่องการออกกำลังกายและการฝึกเดินสำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน จากการศึกษาของ วลัยรักษ์ อารีรักษ์ (2554) พบว่า การให้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการออกกำลังกายสามารถเพิ่มพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวดี วิมลพันธ์ (2556) พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยการออกกำลังกายและการจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยพบว่าพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การหกล้มในผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัยได้ติดตามการปฏิบัติตนในระหว่างการดำเนินการวิจัยด้วยการโทรศัพท์ติดตามผลสัปดาห์ละครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4-7 ครั้งละ 10-15 นาที เพื่อติดตามเยี่ยมและกระตุ้นติดตามความก้าวหน้า ทั้งเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมและการออกกำลังกาย การโทรศัพท์ติดตามสามารถสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในการทำกิจกรรมทั้งสามารถตอบปัญหาข้อข้องใจ และช่วยเหลือผู้สูงอายุคงความรู้ไว้

สำหรับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พยาบาลประจำคลินิกโรคพาร์กินสันจะให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา ทุกครั้งที่มาตรวจอาการตามนัดและสามารถโทรถามข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการและการรักษาทางโทรศัพท์ได้ ซึ่งสามารถซักถามปัญหา ข้อข้องใจได้ตลอดเวลา ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันพฤติกรรมป้องกันการหกล้มไม่เพิ่มขึ้น

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อาจจะเป็นผลจากโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ อย่างไรก็ตามจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มทางสถิติ ไม่สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจาก

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีความแตกต่างกันตั้งแต่ก่อนการทดลอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้วิจัยทำการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีการศึกษาในระดับสูงและได้รับการสอนเรื่องการปฏิบัติตนจากบุคลากรทางการแพทย์และจากการค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเอง โดยพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลในกลุ่มควบคุมผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.90 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 36.40 ตามลำดับระดับการศึกษาในกลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40.90 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 22.70 ตามลำดับ ดังนั้นระดับการศึกษาน่าจะมีผลทำให้เกิดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตั้งแต่ก่อนการทดลองอยู่แล้ว

ข้อจำกัดในการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ การประเมินก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เกี่ยวข้องกับกรอบการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กำกับตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันไม่พบว่ามีปัจจัยด้านระดับการศึกษา อย่างไรก็ตาม Kolb (1984) ได้กล่าวว่าประเด็นที่เกี่ยวข้องที่มีความสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ คือ พื้นฐานความสามารถทางการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม สามารถเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในกลุ่มทดลองได้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการพยาบาล

ควรนำโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ไปใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมประสาท สำหรับให้ความรู้ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคพาร์กินสันก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการหกล้ม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น แม้วางยังไม่มีหลักฐานยืนยันจากงานวิจัยนี้ ว่าโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มดีกว่าการพยาบาลปกติได้

2. ด้านการบริหาร

ควรมีศูนย์ที่ให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาสำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและญาติในเรื่องการดูแลตนเอง การออกกำลังกาย และการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับระยะความรุนแรงของโรค เพื่อช่วยเหลือในการป้องกันปัญหาการหกล้ม

3. ด้านการศึกษาและการวิจัย

3.1 การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์และประเมินผลทันทีไม่มีการติดตามผล ในการวิจัยครั้งต่อไปอาจเพิ่มระยะเวลาในการติดตามเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงและประเมินความคงทนของโปรแกรมได้

3.2 การวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยควรจับคู่ (Match pair) ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างด้วย



รายการอ้างอิง

- กมลทิพย์ ภูมิศรี. (2547). ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากร. (2553). *ประสาทวิทยาทันยุค*. กรุงเทพฯ: พรวนเพรส.
- ฉัตรกมล ประจวบลาภ. (2558). สมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน. *วารสาร กองทัพบก* 16, 1(2558): 1-7.
- เฉลิมชาติ วรรณพฤษ. (2548). การหกล้มในผู้สูงอายุ. ใน วันดี โภคะกุล. (บรรณาธิการ), *ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ(การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุสำหรับแพทย์)*. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์.
- ชัยฤทธิ์ โพธิสุวรรณ. (2544). *การศึกษาผู้ใหญ่ : ปรัชญาตะวันตกและการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ชูลี ภูทอง. (2545). ผลของโปรแกรมการลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชญานี ปาลฤทธิ. (2544). ผลของโปรแกรมการป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มในบริเวณบ้านสำหรับผู้สูงอายุ อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีรพล เวียงวลัย. (2547). การพัฒนาชุดฝึกอบรมครูผู้สอนโรงเรียนเอกชนระดับประถมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา เรื่อง การเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญตามรูปแบบการเรียนรู้ของ Kolb. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีและสื่อการสอน คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- นภา ทองกิจ มิตรภรณ์ ทิพย์วิชัยและศักดา ไชยวงศ์. (2550). การเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการเรียนรู้จากประสบการณ์กับรูปแบบการเรียนรู้ทวิวิธีการสอนโดยใช้การบรรยายต่อความตั้งใจในการลดอุบัติเหตุของผู้หญิง ตำบลฝายหลวง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นงนุช วรโธสง. (2551). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นงลักษณ์ บุญรอด, กมลวรรณ บุญเพ็งและรุ่งโรจน์ พิทยศิริ. (2559). *หนังสือคู่มือ การพยาบาลโรคพาร์กินสัน*. กรุงเทพฯ ฯ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2536). *โรคพาร์กินสัน*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2548). *โรคพาร์กินสัน ป้องกันได้*. กรุงเทพฯ: มติชน.

นิศมา แสนศรี. (2557). *ผลของการเรียนรู้จากประสบการณ์ต่อประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลแบบมุ่งเป้าของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุปผา จันทจรรัส. (2546). *การพัฒนาแบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยออโรปติกส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปวันรัตน์ ศรีคำ. (2557). *ปัจจัยทำนายการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประวีณ โล่ห์เลขา. *การเดินทางติดขัดและการป้องกันการหกล้ม*. The 10th international symposium of the Asian and Pacific parkinsonism association (APPA), หน้า 101110. 10 พฤษภาคม 2558 ณ โรงแรมทวินทาวเวอร์ กรุงเทพมหานคร.

พรทิพย์ จุลบุตร. (2553). *ผลของโปรแกรมการจัดการการเรียนรู้ที่เน้นกระบวนการสร้างนิสัยต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

พรศิริ พุกษะศรี. (2549). *ผลของการออกกำลังกายด้วยลีลาศต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 26(4): 323-337.

เพ็ญแข ประจันปัจจนิก. *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่องการจัดการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อเตรียมความพร้อมในการพัฒนาภาวะพหุพิสัยของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), 2550.

ภาวดี วิมลพันธ์และชนิษฐา พิศฉลาด. (2556). *ผลของโปรแกรมป้องกันการลัดตกหกล้มต่อการลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ*. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 23(3): 98-109.

รวีวรรณ ปัญจมนัส. (2548). *การประเมินการหกล้มและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของ*

- ผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุณนาค. (2550). โรคพาร์กินสันรักษาได้. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- ลัดดา เถียมวงศ์, วันทนา มณีศรีวงศ์กุลและสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2(2): 46-52.
- วิวรรณ สมตน. (2556). ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 27(3): 58-70.
- วลัยภรณ์ อารีรักษ์. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติและพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรรณภักศ บัวเทศ. (2551). การศึกษาประสิทธิผลของไม้เท้าเลเซอร์ช่วยเดินในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีปัญหาการเดินติดขัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. สาขาวิชาวิศวกรรมชีวเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรวิมล เจริญศิริ. (2005). โรคพาร์กินสัน: ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ[ออนไลน์]. สืบค้นจาก <http://www.bangkokhealth.com/index.php/health/health-system/brain/1818>. [10 มกราคม 2558]
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2553). สุขภาพดีสมใจในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- เสาวลักษณ์ อุณหะม้าย. (2553). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุรสา โด่งประเสริฐ. (2554). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบรำไทยที่มีต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยพาร์กินสัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ศินาท แชนอก. (2553). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุ ที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรรรณ กุลจีรัง. (2555). *ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ในจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อาชญญา รัตน์อุบล. (2559). *การเรียนรู้ของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ ฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารี ปรมัตถากร, พิมพ์รัตน์ กมลธรรม, พูลสุข ปลัดชัย, สุกัญญา วัชรประทีป, นันทิชา แซ่กระโทก และสันธนิ ชโลปถัมภ์. (2553). *ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ*. นครราชสีมา: ศูนย์ศึกษาวิจัย และส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 5.
- อุษา โพนทอง. (2553). *การพัฒนาโปรแกรมพัฒนาภาวะพดพลังของข้าราชการกองทัพไทยตาม แนวคิดวิทยาการผู้สูงอายุ ด้านการศึกษาและการเรียนรู้จากประสบการณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- American academy of ambulatory care nursing (AAACN) & American nurses association (ANA). (1997). *Ambulatory care the future is here*. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Allen, N. E., Schwarzel, A. E. and Canning, G. C.. (2013). Re current fall in parkinson's disease: A systematic review. *Parkinson's Disease*. 2013: 1-16.
- Allocock, L. M., Ronaen, I. N., Wesnes, K., Kenny and Burn, D. J. (2009). Impaired attention predicts falling in Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 15(2): 110-115.
- Amar, K., Stack, E., Fitton, C., Ashburn, A., and Roberts, H. C. (2015). Fall frequency, predicting fall and participating in falls seearch: Similarities among people with parkinson's disease with and without cognitive impairment. *Parkinsonism and Related Disorders*. 21: 55-60.

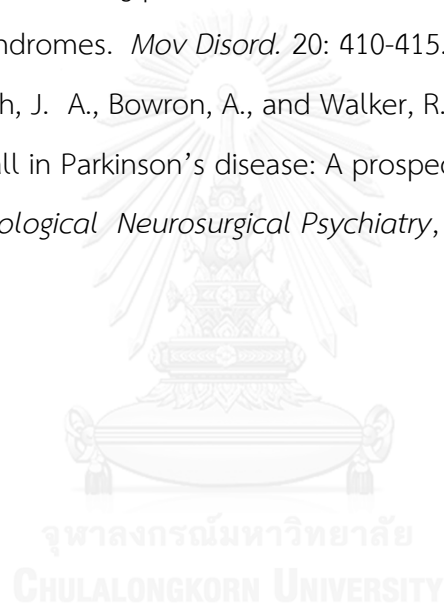
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bhidayasiri, R., Saksornchai, K., Kaewwilai, L. and Phanthumchinda, K. (2011). A census of movement disorders at a Thai university hospital. *Journal of the Neurological Sciences*. pp. 31-34.
- Bhidayasiri, R., Jitkritisadakul, O., Boonrod, N., Sringean, J., Calne, S. M., Hattori, N., et al. (2015). What is the evidence to support home environmental adaptation in Parkinson's disease? A call for multidisciplinary interventions. *Parkinsonism and Related Disorders*. 21: 1127-1132.
- Bloem, B. R., Hausdoff, J. M., Visser, J. E., and Giladi, N. (2004). Fall and freezing of gait in Parkinson's disease: A review of two interconnected, episodic phenomena. *Move Disorder*, 19(1): 871-874.
- Bower, J. H., Maraganore, D. M., McDonnell, S. K., and Rocca, W. A. (1999). Incidence and distribution of Parkinson disease in Olmsted county, Minnesota, 1976 – 1990. *Neurology*. 52: 1214-20.
- Burns, N. , and Susan, K. (2011). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*.(6th ed). USA. Saunders.
- Carpenter, C. (2014). Fall and fall prevention in the elderly. In Joseph H. Kahn, Brenden G. Magauran Jr, and Jonathan S. Olshaker (ed.), *Geriatric emergency medicine*. New York: Cambridge University Press.
- Chou, P. Y., Lee, S. C. (2013). Turning deficits in people with Parkinson's disease. *Tzu chi Journal*, 25 : 200-202.
- Clemson. L., Cumming, R. G., Keng, H., Heard, R., and Taylor, K. (2004). The effectiveness of a community-based program for reduce the incidence of falls in the elderly: a randomized trial. *The American Geriatrics Society*. 52(9), 1487-1494.
- Clemson, L., Cumming, R.G., Heard, R. (2003) *The Development of an Assessment to Evaluate Behavioral Factors Associated with Falling*, AJOT, 57(4): 380-88
- Cole, M. H., Silburn, P. A., Wood, J. M, Worringham, C. J. and Kerr, G. K. (2010). Falls

- in Parkinson's disease: kinematic evidence for impaired head and trunk control. *Movement Disorder*, 25(14): 2369-2378.
- Contreras, A. and Grandas, F. (2012). Risk of fall in parkinson's disease: A cross-sectional study of 160 Patients. *Parkinson's Disease*. 2012: 1-10.
- Diver, J., Logroscino, G., Gaziano, J. and Kurth, T. (2009). Incidence and remaining lifetime risk of Parkinson's disease in advanced age. *Neurology*, 75(5), 423-438.
- Doorn, C. L., Gruber-Baldini, L., Zimmerman, S., Hebel, J. R., Port, C. L., Baumgarten., et al. (2003). Dementia as a risk factor for falls and fall Injuries among nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(9): 1213-1218.
- Durmus, B., Baysal., O., Altinayar, S., Altay, Z., Ersoy, Y. and Ozan, C. (2010). Lower extremity isokinetic muscle strength in patients with Parkinson's disease. *Journal of Clinical Neuroscience*. 17(7): 893-916.
- Gazibara, T, Pekmezovic T., Tepavcevic D. K., Tomic A., Stankovic I., Kostic V. S., et al. (2014). Circumstances of fall and fall-related injuries among patients with Parkinson's disease in an outpatient setting. *Geriatric Nursing*. 35: 364-369.
- Guruprasad, Souza V. D., Banumathe S. A., KR (2012) *Modified Falls Behavioral Scale for Indian Community Dwelling Older Adults. International Journal of Scientific Research*, 1 (2). pp. 152-154.
- Hardy, J. (2008). Multiple system atrophy: pathophysiology, treatment and nursing care. *Nursing standard*, 22(22), 50-56.
- Hass, S.A., & Androwich, I.A. (1999). Telephone consultation. In G.A. Bulechek & J.C. McCloskey . *Nursing interventions effective nursing treatments* (pp. 670-684). Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Hoehn M .M. and Yahr M.D. (1967). Parkinsonism: onset, progression, and mortality. *Neurology*. 17:427-442.
- Huang, T. T., and Action, G. J. (2004). Effectiveness of home visit falls prevention Taiwanese community-dwelling elders: randomized trial. *Public Health Nursing*. 21(3), 247-256.
- Huse, D. M., Schulman, K., Orsini, L., Castelli-Haley, J., Kennedy, S., and Lenhart, G.

- (2005). Burden of illness in Parkinson's disease. *Movement Disorder*, 20(11): 1449-1454.
- Jankovic, J. J., and Tolosa, E. (2002). *Parkinson's disease and movement disorders*. (4th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Jyh-Gong G. and Eugene C.L. (2008). Overview of Parkinson's disease: Clinical features, diagnosis and management. In Rajesh P. A. and Kelly E. Lyons (ed.), *Handbook of Parkinson's Disease* (5th ed). pp. 1-40. Boca Raton: CRC Press.
- 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(4): 357-361.
- Kane, R. L., Ouslander, J. G., Abrass, I. B., Resnick, B. (2013). *Essentials of clinical geriatrics* (7th ed). China: McGraw-Hill Education.
- Kolb, D.A. (1984). *Experiential learning*. New Jersey: A Simon and Schuster company.
- Liu, W., Wu, R., Lin, J., Liu, Y., Chang, C., and Lin, C. (2015). Time trends in the prevalence and incidence of Parkinson's disease in Taiwan: A nationwide, population-based study. *Journal of the Formosan Medical Association*.
- Lo, R. Y. and Tanner, C. M. (2013). Epidemiology. In P. A. Rajesh and E. L. Kelly (ed.), *Handbook of Parkinson's Disease* (5th ed). pp. 24-39. Boca Raton: CRC Press.
- McLaughlin, D., et al. (2011). Living and coping with Parkinson's disease: perceptions of informal carers. *Palliative Medicine*, 25(2), 177-182.
- Miller, N. et al. (2006). Life with communication change in Parkinson's disease. *Age and Ageing*, 35: 235-293.
- Morris, M. E. (2008). Optimizing movement and preventing fall in Parkinson's disease: Strategies for patients and caregivers. In M. Trail, E. J. Protas, and E. C. Lai (ed), *Neurorehabilitation in Parkinson's Disease an evidence-based treatment model*. pp.150-155. USA: SLACK Incorporated.
- Moran, M. (2007). Parkinson's disease. In Kauffman, T. L., Barr, J. O., and Moran, M. (ed.), *Geriatric rehabilitation manual* (2nd ed). pp.199-203. China: Elsevier Ltd.
- Mak, M. K. Y. and Pang, M. Y. C. (2009). Fear of falling is independently associated

- With recurrent fall in patient with Parkinson's disease: a 1-year prospective study. *Journal of Neurology*, 256: 1689-1695.
- Mak, M. K. Y. and Pang, M. Y. C. (2010). Parkinsonian single fallers versus recurrent fallers: Different fall characteristics and clinical features. *Journal of Neurology*, 257(9): 1543-1551.
- Matinoli, M., Korpelainen, J. T., Sotaniemi, K. A., Myllyla, V. V., and Korpelainen, R. (2011). Recurrent fall and mortality in Parkinson's disease: A prospective two-year follow-up study. *Acta Neurologica Scandinavica*, 123(3): 193-200.
- Polit, D. F., and Beck, T. B., (2004). *Nursing research: principles and methods*. (7th ed). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Pickering, R. M., Grimbergen, Y. A. M., Rigney, U., Ashburn, A., Mazibrada, G., Wood, B., et al. (2007). A meta-analysis of six prospective studies of falling in Parkinson's disease. *Movement Disorder*, 22(13): 1892-900.
- Rubenstein, L., Josphson, K., and Robbins, A. (1994). Fall in the nursing home. *Anniversary international medical*, 51(8): 421-422.
- Rudzinska, M., Bukowczan, S., Stozek, J., Zajdel, K., Mirek, E., Chwata, W. et al. (2013). The incidence and risk factors of fall in Parkinson disease: Prospective study. *Neurologia I Neurochirurgia Polska*. 47(5): 431-437.
- Rudzinska, M., Bukowczan, S., Stozek, J., Zajdel, K., Mirek, E., Chwata, W. et al. (2013). Causes and consequences of fall in Parkinson disease patient in a prospective study. *Neurologia Polska*. 47(5): 423-430.
- Sarwar A. I., Trail M., Lai E. C. (2008). Assessments and outcome measures for Parkinson's disease. In M. Trail., E. J. Protas and E. C. Lai (ed.). *Neurorehabilitation in Parkinson's disease*. pp. 57-67. USA: SLACK Incorporated.
- Siriprapa, P. (2007). *Perceived fall risk factors and falls preventive behaviors among the elderly in community, Yala Province*. Degree of Master of Nursing Science. Prince of Songkla University.
- Tan, L. C., Venkketasubramaian, N., Jamora, R. D., Heng, D. (2007). Incidence of Parkinson's disease in Singapore. *Parkinson's Disease Relat Disord*. 13: 40-3.

- Tinetti, M. E., Richman, D., Powell, L. (1990). Falls efficacy as a measure of fear of falling. *Journal of Gerontology*, 45(6): 239-43
- Thomas, A. A., Rogers, J. M., Amick, M. M., Friedman, J. H. (2010). Falls and falls efficacy scale in Parkinson's disease. *J. Neurol.* 257: 1124-1128.
- Voss, T. S., Ele, J. J., Wielinski, C. L., Aminoff, M. J., Bandyopadhyay, D., Chou, K. L., et al. (2012). Fall frequency and risk assessment in early Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 18: 837-841.
- Wielinski, C.L., Erickson-Davis, C., and Wichmann, R. (2005). Falls and injuries resulting from falls among patients with Parkinson's disease and other parkinsonian syndromes. *Mov Disord.* 20: 410-415.
- Wood, B. H., Bilclough, J. A., Bowron, A., and Walker, R. W. (2002). Incidence and prediction of fall in Parkinson's disease: A prospective multidisciplinary study. *Journal of Neurological Neurosurgical Psychiatry*, 72(6): 721-725.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อสกุล	ตำแหน่ง/สังกัด
ศาสตราจารย์ น.พ.รุ่งโรจน์ พิทยศิริ	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
นางสาวนงลักษณ์ บุญรอด	พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
นางสาววราภรณ์ พุทธิวิถิ์	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี
ร้อยตำรวจเอกหญิงปวันรัตน์ ศรีคำ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการประจำรัฐสภาผู้แทนราษฎร
นางสาวฉัตรกมล ประจวบลาภ	อาจารย์พยาบาลภาคการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย

ภาคผนวก ข
จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ



ที่ ศธ 0512.11/2342



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

25 กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสายสมร พุ่มพิศ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการรับรู้การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวฉัตรกมล ประจวบลาภ อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ชนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวฉัตรกมล ประจวบลาภ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-1149

ชื่อนิสิต

นางสาวสายสมร พุ่มพิศ โทร. 09-1810-6262

ที่ ศธ 0512.11/ 2763

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๔ ตุลาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

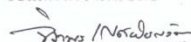
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสายสมร พุ่มพิศ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการรับรู้การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวนงลักษณ์ บุญรอด พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวนงลักษณ์ บุญรอด

ผู้อำนวยการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 02-218-1149

ชื่อนิสิต

นางสาวสายสมร พุ่มพิศ โทร. 09-1810-6262



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/๒๓๖๑ วันที่ ๒๘ กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสายสมร พุ่มพิศ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการรับรู้การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ รุ่งโรจน์ พิทยาศิริ นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

รุ่งพร อนุตวงษ์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร อนุศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ รุ่งโรจน์ พิทยาศิริ
รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-1149
นางสาวสายสมร พุ่มพิศ โทร. 09-1810-6262

ที่ ศธ 0512.11/๒๓๒๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

25 กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสายสมร พุ่มพิศ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการรับรู้การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันทกกลับในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขออนุญาตเรียนเชิญ ร้อยตำรวจเอกหญิง ปวันรัตน์ ศรีคำ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินทร์ ชนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ร้อยตำรวจเอกหญิง ปวันรัตน์ ศรีคำ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-1149

ชื่อนิสิต

นางสาวสายสมร พุ่มพิศ โทร. 09-1810-6262



ที่ ศธ 0512.11/ 2687

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒) กันยายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสายสมร พุ่มพิศ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการรับรู้การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการทกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาววราภรณ์ พุทธิวิถีนักกายภาพบำบัดชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาววราภรณ์ พุทธิวิถีนักกายภาพบำบัด

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 02-218-1149

นางสาวสายสมร พุ่มพิศ โทร. 09-1810-6262



ที่ ศธ 0512.11/ 511 3

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙๐ พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสายสมร พุ่มพิศ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการรับรู้การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคพาร์กินสัน แผนกอายุรกรรมประสาทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร ที่มีระยะความรุนแรงของโรค ระยะที่ 2-3 จำนวน 74 คน โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้นภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai version: MMSE-Thai 2002) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม โปรแกรมการรับรู้การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน และแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและความรู้สึกที่ต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสายสมร พุ่มพิศ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 02-218-1149

นางสาวสายสมร พุ่มพิศ โทร. 09-1810-6262





COA No. 220/2017

IRB No. 708/59

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : THE EFFECT OF PERCEIVED HEALTH BEHAVIORS PROGRAM ON FALLS PREVENTION BEHAVIORS IN OLDER PEOPLE WITH PARKINSON'S DISEASE.

Study Code : -

Principal Investigator : Miss Saisamorn Phumphid

Affiliation of PI : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

Review Method : Full board

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

Document Reviewed :

1. Research Proposal Version 1 Date 9 December 2016
2. Protocol Synopsis Version 2 Date 25 January 2017
3. Information sheet for research participant Version 3 Date 25 March 2017
4. Informed consent for participating volunteers Version 1 Date 26 October 2016
5. Tools used in research Version 1 Date 26 October 2016
6. A Guide to Fall Protection in the Elderly, Parkinson's Disease
7. CURRICULUM VITAE



8. GCP Training

Signature: *Tada Sueblinvong*

(Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD)

Chairperson

The Institutional Review Board

Signature: *Prapapan Rajatapiti*

(Assistant Professor Prapapan Rajatapiti MD, PhD)

Member and Secretary

The Institutional Review Board

Date of Approval : March 30, 2017

Approval Expire Date : March 29, 2018

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในงานวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการสอนสุขภาพโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสายสมร พุ่มพิศ

สถานที่ติดต่อ 18/187 หมู่บ้านโกลเด้น ทาวน์ ถ.บางกรวย-ไทรน้อย อ.บางกรวย

จ.นนทบุรี

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2564343

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 091-8106262

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ

- 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันก่อนและหลังได้รับการสอนสุขภาพโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์
 - 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขภาพโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ
- จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ44.... คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เป็นระยะเวลา 2 เดือน และตอบแบบสอบถามก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคล ใช้เวลา 5 นาที

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ใช้เวลา 5 นาที

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถและความรู้สึกดีในการปฏิบัติป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ใช้เวลา 5 นาที

โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือ 2 เดือน และมาพบผู้วิจัยดังนี้

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยให้แบบสอบถามส่วนที่ 1 และ 2 แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม และหลังจากนั้น ให้ความรู้ เรื่อง โรคพาร์กินสันและการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยใช้สื่อการสอนเป็น power point รวมระยะเวลาในครั้งที่ 1 20 นาที

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย เรื่อง การป้องกันการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อม โดยใช้สื่อการสอนเป็น power point รวมระยะเวลาในครั้งที่ 2 15 นาที

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย เรื่อง การป้องกันการหกล้มโดยการออกกำลังกายและการฝึกเดิน โดยใช้สื่อการสอนเป็น power point รวมระยะเวลาในครั้งที่ 3 15 นาที และได้รับกล่องความรู้เรื่องโรคพาร์กินสันพร้อมวีดิทัศน์การจัดสภาพบ้านให้เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน การออกกำลังกายและการฝึกเดิน คนละ 1 ชุด เพื่อไปปฏิบัติเองที่บ้าน โดยระหว่างสัปดาห์ที่ 4 ถึง 7 ผู้วิจัยจะติดต่อทางโทรศัพท์สอบถามการปฏิบัติตนของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อสอบถามปัญหาและให้คำปรึกษาเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการหกล้ม

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งสุดท้าย เพื่อประเมินแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 และกล่าวขอบคุณที่เข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มควบคุม จะพบผู้วิจัย จำนวน 2 ครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เพื่อตอบแบบสอบถามส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 8 เพื่อตอบแบบสอบถามส่วนที่ 2 และได้รับการสอนเรื่องโรคพาร์กินสันและการป้องกันการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อม การออกกำลังกายและการฝึกเดิน และได้รับกล่องความรู้เรื่องโรคพาร์กินสันพร้อมวีดิทัศน์การจัดสภาพบ้านให้เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน การออกกำลังกายและการฝึกเดิน คนละ 1 ชุด

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถโทรศัพท์ติดต่อกับผู้วิจัยโดยตรง คือ นางสาวสายสมร พุ่มพิศ เบอร์โทรศัพท์ 091-8106262 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

มีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่มากกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน หรือ minimal risks เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา หากท่านพบอาการดังกล่าวข้างต้นหรืออาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลาหากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไปหรือจะขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

การพบแพทย์นอกตารางนัดหมายในกรณีที่เกิดอาการข้างเคียง

หากมีอาการข้างเคียงใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านรีบมาพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที ถึงแม้ว่าจะอยู่นอกตารางการนัดหมาย เพื่อแพทย์จะได้ประเมินอาการข้างเคียงของท่าน และให้การรักษาที่เหมาะสมทันที หากอาการดังกล่าวเป็นผลจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะไม่เสียค่าใช้จ่าย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

“ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการ คือ ได้วิธีการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีความเหมาะสม มีประสิทธิภาพเพื่อใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล และเป็นพื้นฐานสำหรับการวิจัยเกี่ยวกับป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันต่อไป”

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่น ๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามโดยใช้โทรศัพท์ติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางสาวสายสมร พุ่มพิศ เบอร์โทรศัพท์ 091-8106262 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้าไม่มีให้ระบุว่าไม่มี)

ไม่มีค่าตอบแทน แต่ท่านจะได้รับกล่องความรู้เรื่องโรคพาร์กินสันพร้อมวีดิทัศน์การจัดสภาพบ้านให้เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน การออกกำลังกายและการฝึกเดิน คนละ 1 ชุด

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด ท่านจะได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลตามปกติ

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวตน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทบทวน และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้ความยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวสายสมร พุ่มพิศ ไอศูย์ศัลยกรรมประสาท 1 สก. 8 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม 4 เขต ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่า การยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดย

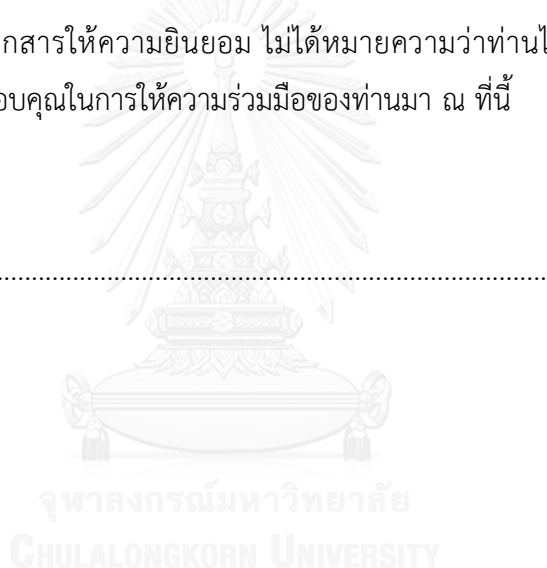
ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและसानาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันท์มิตตลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของการสอนสุขภาพโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการ
หกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

.....ที่อยู่

.....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่
..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม
และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอม
ให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำ
วิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะ
เกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอใน
การซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่
ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล
และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึง
ได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ
ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามา
ตรวจและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความ
ถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการ
ตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม
โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้น
ถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและ
สามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 1.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล
 - 1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
 - 2.1 โปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน
3. เครื่องมือวัดความรู้
 - 3.1 แบบประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน



1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมคำในช่องว่างให้ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. อายุ.....ปี (นับจาก พ.ศ. ที่เกิด เศษของอายุมากกว่า 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)
2. เพศ

<input type="checkbox"/> 1. หญิง	<input type="checkbox"/> 2. ชาย
----------------------------------	---------------------------------
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่
---------------------------------	---------------------------------
3. ม่าย/อย่า/แยก
4. ระดับการศึกษาสูงสุดที่เคยได้รับ

<input type="checkbox"/> 1. ต่ำกว่าประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> 4. อาชีวศึกษา
<input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ.....
<input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ.....	
5. รายได้เฉลี่ยของท่านต่อเดือน

<input type="checkbox"/> 1. <10,000 บาท	<input type="checkbox"/> 2. 10,001 – 15,000 บาท	<input type="checkbox"/> 3. 15,001 – 20,000 บาท	<input type="checkbox"/> 4. > 20,000 บาท ขึ้นไป
---	---	---	---
6. อาชีพ

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> 4. รับจ้าง
<input type="checkbox"/> 2. เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> 5. ค้าขาย/เจ้าของกิจการ
<input type="checkbox"/> 3. เกษียณราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เอกชน <input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ ระบุ.....	
7. โรคประจำตัว

<input type="checkbox"/> 1. โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> 2. โรคความดันโลหิตสูง
<input type="checkbox"/> 3. ไขมันในเลือดสูง	<input type="checkbox"/> 4. โรคหัวใจ
<input type="checkbox"/> 5. โรคหลอดเลือดสมอง	<input type="checkbox"/> 6. ต่อมลูกหมากโต
<input type="checkbox"/> 7. ต้อกระจก	
<input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ ระบุ.....	

8. ท่านมีอาการทางการเคลื่อนไหว (อาการปัจจุบัน)

() 1. ไม่มีปัญหา

() 2. มีปัญหา อาการคือ

() สั่น () แข็งเกร็ง () เดินลำบาก () เคลื่อนไหวช้า

9. ท่านมีปัญหาการมองเห็น

() 1. ไม่มีปัญหา

() 2. มีปัญหา

() มองระยะใกล้เห็นเป็นภาพซ้อน () ตามัว

() สายตายาว () ต้อกระจก () อื่นๆ ระบุ.....

10. ท่านเป็นโรคพาร์กินสันมาแล้ว.....ปี

ระยะความรุนแรงของโรค ของ H & Y ระยะใด ระบุ.....

11. อายุที่เริ่มวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน.....ปี

12. ท่านมีปัญหาเรื่องการตอบสนองต่อยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่

() 1. สม่ำเสมอ

() 2. ไม่สม่ำเสมอ อาการคือ

() ยาหมดฤทธิ์เร็ว () ตัวเกร็ง () อาการยุกยิก

() อาการสลับไปมาระหว่างไม่เคลื่อนไหวกับยุกยิก

13. ท่านออกกำลังกายเป็นประจำ

() 1. ไม่ใช่

() 2. ใช่

() 7 วัน/สัปดาห์ () 3 วัน/สัปดาห์

14. ขณะนี้ท่านได้รับการฝึกเดิน

() 1. ไม่ใช่

() 2. ใช่

15. ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยหกล้ม/สะดุด ทำให้อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ทรุดตัวต่ำลง หรือกระแทกพื้น ภายในบ้านของท่าน หรือไม่

() 1. ไม่มี () 2. มี จำนวนครั้ง.....

16. สาเหตุของการหกล้ม คืออะไร

ระบุ

17. ยารักษาโรคพาร์กินสันที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

() 1. ยากลุ่ม Levodopa เช่น Madopa ,Levomet, Sinemet, Stalevo

() 2. ยากลุ่มเสริมโดปามีน (Dopamine agonist) เช่น Bromergon, Parlodel, Trivastral Retard, Neupro, Requip, Sifrol

() 3. ยากลุ่มที่ทำให้ โดปามีนอยู่ในร่างกายนานขึ้น เช่น Azilect, Comtan, Jumax, Julab



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

คำชี้แจง : ผู้สูงอายุอ่านข้อความในแบบสอบถาม แล้วพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อความนั้น ตรงกับการปฏิบัติตามสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง แสดงการปฏิบัติให้ตรงกับข้อความทางซ้ายมือเพียงช่องเดียว

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ผู้สูงอายุปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้นๆ 5-7 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้นๆ 3-4 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติน้อยที่สุด หมายถึง ผู้สูงอายุปฏิบัติตามข้อความประโยคนั้นๆ 1-2 วันต่อสัปดาห์
 ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้สูงอายุไม่ปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้นๆ เลย

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ น้อย ที่สุด	ไม่ ปฏิบัติ เลย
การป้องกันการหกล้มจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน				
1. ท่านเดินด้วยความเร่งรีบโดยลืมสังเกตทางต่างระดับ				
2. ท่านจะกวาดสายตามองทางเดินให้ชัดเจนก่อนก้าวเดิน				
3. ท่านเดินโดยใช้ราวจับประหว่งทางเดิน				
.				
.				
.				
24. ท่านเลือกใช้งานกระเบื้องใส่อหารรับประทาน				

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โรคพาร์กินสัน ประกอบด้วยแผนการสอน จำนวน 3 เรื่อง ประกอบด้วย เรื่อง การป้องกันการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน การป้องกันการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อมและการป้องกันการหกล้มโดยการออกกำลังกายและการฝึกเดิน คู่มือการป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน วิดีทัศน์เรื่องการจัดสภาพบ้านสำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและวีดิทัศน์การออกกำลังกายและการฝึกเดิน



แผนการสอน เรื่อง การป้องกันอาการในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb (1984) มาจัดกิจกรรมการสอน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนคิดและอภิปราย การสร้างความคิดรวบยอดและกำหนดแนวทางการปฏิบัติ และการทดลองปฏิบัติ โดยมีแผนการสอน จำนวน 3 ดังนี้

1. การให้ความรู้การป้องกันอาการที่เกิดจากผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยให้ความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน ผลกระทบและการป้องกัน
2. การให้ความรู้การป้องกันอาการที่เกิดจากสภาพแวดล้อม โดยให้ความรู้เรื่องการจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน
3. การให้ความรู้การป้องกันอาการในกลุ่มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เรื่องการฝึกการออกกำลังกายและการฝึกเดิน

จำนวนผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ระยะที่ 2-3 จำนวน 22 คน
 สถานที่ ๗ คลินิกโรคพาร์กินสัน ตึกสิริธร ชั้น 7 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 ระยะเวลา การให้ข้อมูลระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้การสอนแล้วผู้สูงอายุจะมีความสามารถดังนี้ ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันสามารถบอกความหมายของโรคพาร์กินสัน พยาธิสภาพของโรคและสาเหตุการวินิจฉัย อากักรักษาได้ของโรค การรักษาได้อย่างถูกต้อง	<p>คำนำ</p> <p>โรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น พบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง</p> <p>พยาธิสภาพของโรคและสาเหตุของโรค</p> <p>โรคพาร์กินสัน เกิดจากการเสื่อมของเซลล์สมองในส่วนกลาง (บริเวณ เบซัล แกงเกลีย เรียกว่า สับสแตนเชีย โนกรา) ทำให้การผลิตสารสื่อประสาท ที่เรียกว่า โดปามีน ลดลง โดปามีน ทำหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการสั่น แฉ่งเกร็ง เคลื่อนไหวช้าและสูญเสียการทรงตัว.</p>	<p>ณ โรงเรียนได้อาคารสิริธร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จัดให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน นั่งเก้าอี้ เป็นวงกลม ชันน้ำ (2 นาที)</p> <p>(ชั้นสอน 5 นาที)</p> <p>สร้างสัมพันธ์ภาพโดยผู้วิจัย แนะนำตัวเองและให้ผู้สูงอายุ แนะนำตัวที่ละคนผู้วิจัยแจกป้ายชื่อให้ผู้สูงอายุชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวนครั้งและระยะเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม</p>	<p>ป้ายชื่อผู้สูงอายุ โรคพาร์กินสัน จำนวน 22 คน</p>	<p>สังเกตความสนใจ และการมีส่วนร่วม ในกิจกรรมของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน</p>

คู่มือ
การป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน



จัดทำโดย

นางสาวสายสมร พุ่มพิศ

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

เนื้อหาวิชาที่ทัศนเรื่องการออกกำลังกายและการฝึกเดินในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

เวลา(นาที)	เนื้อเรื่อง/หัวข้อ
0-0.06	โลโก้จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
0.07-0.16	ชื่อเรื่อง การออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน
0.17-0.36	แนะนำตัว และเกริ่นนำเข้าสู่เนื้อหา เรื่อง การออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและการเดิน
0.37-0.46	ภาพตัวอย่างการออกกำลังกาย
0.47-3.37	ท่าการออกกำลังกายกล้ามเนื้อหน้า ประกอบด้วย ท่ายกคิ้ว ท่าย่นจมูก ท่าหลับตา ท่ายิ้ม ท่าอ้าปากกว้าง ท่าปาก
3.37-7.55	<p>1. การออกกำลังกายทำนั่ง</p> <p>1.1 นั่งบนเก้าอี้ กอดอก เอี้ยวตัวหันไปทางซ้ายและกลับมาทางขวา ทำสลับไปมา</p> <p>1.2 นั่งบนเก้าอี้ ยกเข่าขึ้นพร้อมกับกระดกข้อเท้า ทำซ้าย-ขวา สลับไปมา</p> <p>2. ทำยืน</p> <p>2.1 ทำยืน เหา่มือทำวสะเอว แล้วบิดตัว หันไปซ้ายกลับมาขวา สลับไปมา</p> <p>2.2 ทำยืน กางแขนตรงระดับไหล่ แล้วบิดตัว หันไปซ้ายกลับมาขวา สลับไปมา</p> <p>2.3 ทำยืน ยกแขนข้างหนึ่งขึ้นพร้อมกับกางเอียงตัวไปด้านตรงข้าม ทำสลับกันซ้าย-ขวา</p> <p>2.4 ทำยืน กางแขนให้ไ้ระดับไหล่ งอข้อศอกมือแต่ละไหล่แล้วเหยียดกางออก ทำสลับไปมา</p> <p>2.5 ทำยืน เหวี่ยงแขนซ้ายมาแตะเข่าขวา โดยยกเข่าขวาขึ้น จากนั้นยกเข่าซ้ายแล้วเหวี่ยงแขนขวามาแตะเข่าซ้าย ทำสลับไปมา</p> <p>2.6 ทำยืน เกาะพนักเก้าอี้ กางขาที่ละข้าง กางหุบไปมา</p> <p>2.7 ยืนเกาะพนักเก้าอี้ เตะขาทีละข้างไปข้างหน้าและข้างหลังสลับกัน</p> <p>3. ทำถีบจักรยานอยู่กับที่</p> <p>4. การฝึกเดิน</p>
7.56-8.35	สรุปเนื้อเรื่องและจบการนำเสนอ

4. เครื่องมือวัดความรู้

แบบประเมินความรู้ เรื่อง การปฏิบัติการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

คำชี้แจง : ผู้สูงอายุอ่านข้อความในแบบสอบถาม แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพียงช่องเดียว

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. การออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อร่างกายแข็งแรงและข้อต่อต่างๆทำงานได้ดี			
2. การออกกำลังกายช่วยป้องกันการหกล้ม			
3. การออกกำลังกายทำให้เสียเวลามากสำหรับท่าน			
4. อุปสรรคในการออกกำลังกายและการฝึกเดิน คือ ระวังเวลาในการทำกิจกรรมอื่น/ต้องมีผู้อื่นให้การช่วยเหลือ			
.			
.			
.			
.			
18. การไม่หกล้ม ทำให้ท่านรู้สึกมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น			



ตารางที่ 4 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (Matched pair) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้านอายุ เพศ ระยะความรุนแรงของโรค และการใช้ยา Levodopa

คู่ที่	อายุ		เพศ		การใช้ยา Levodopa	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	60	60	ชาย	ชาย	ใช้	ใช้
2	60	60	ชาย	ชาย	ใช้	ใช้
3	60	60	ชาย	ชาย	ใช้	ใช้
4	60	61	ชาย	ชาย	ใช้	ใช้
5	61	61	หญิง	หญิง	ใช้	ใช้
6	62	65	หญิง	หญิง	ใช้	ใช้
7	66	67	ชาย	ชาย	ใช้	ใช้
8	66	67	หญิง	หญิง	ใช้	ใช้
9	67	67	หญิง	หญิง	ใช้	ใช้
10	67	69	หญิง	หญิง	ใช้	ใช้
11	68	69	หญิง	หญิง	ใช้	ใช้
12	69	70	หญิง	หญิง	ใช้	ใช้
13	69	70	ชาย	ชาย	ใช้	ใช้
14	70	70	ชาย	ชาย	ใช้	ใช้
15	72	73	หญิง	หญิง	ใช้	ใช้
16	72	74	ชาย	ชาย	ใช้	ใช้
17	74	74	ชาย	ชาย	ใช้	ใช้
18	76	78	ชาย	ชาย	ใช้	ใช้
19	77	79	ชาย	ชาย	ใช้	ใช้
20	79	80	หญิง	หญิง	ใช้	ใช้
21	81	81	หญิง	หญิง	ใช้	ใช้
22	87	89	หญิง	หญิง	ใช้	ใช้

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ก่อน(Pre-test) และหลังการทดลอง(Post-test)ในกลุ่มควบคุม จำแนกรายเป็นรายคู่

คนที่	ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม				
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ผลต่างคะแนน
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	
1	2.58	ระดับสูง	2.79	ระดับสูง	0.21
2	2.58	ระดับสูง	2.50	ระดับสูง	-0.08
3	2.88	ระดับสูง	2.92	ระดับสูง	0.04
4	3.46	ระดับสูง	3.50	ระดับสูง	0.04
5	2.83	ระดับสูง	2.88	ระดับสูง	0.05
6	2.75	ระดับสูง	2.92	ระดับสูง	0.07
7	2.50	ระดับสูง	2.70	ระดับสูง	0.20
8	2.33	ระดับพอใช้	2.25	ระดับพอใช้	-0.08
9	3.71	ระดับสูงมาก	3.25	ระดับสูง	-0.46
10	3.33	ระดับสูง	3.41	ระดับสูง	0.08
11	3.00	ระดับสูง	3.13	ระดับสูง	0.13
12	2.88	ระดับสูง	3.00	ระดับสูง	0.12
13	2.58	ระดับสูง	2.67	ระดับสูง	0.09
14	2.54	ระดับสูง	2.33	ระดับพอใช้	-0.21
15	2.58	ระดับสูง	2.75	ระดับสูง	0.17
16	2.88	ระดับสูง	3.00	ระดับสูง	0.12
17	3.50	ระดับสูง	3.58	ระดับสูงมาก	0.08
18	2.75	ระดับสูง	2.75	ระดับสูง	0.00
19	2.54	ระดับสูง	2.67	ระดับสูง	0.12
20	3.46	ระดับสูง	3.50	ระดับสูง	0.04
21	3.00	ระดับสูง	2.88	ระดับสูง	-0.12
22	2.75	ระดับสูง	2.88	ระดับสูง	0.13
	$\bar{X} = 2.84$		$\bar{X} = 2.88$		$\bar{d} = 0.56$
	S.D. = 0.335		S.D. = 0.337		S.D. = 2.56

คะแนนเฉลี่ย 3.5 ขึ้นไป หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 1.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มระดับควรปรับปรุง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ก่อน(Pre-test) และหลังการทดลอง(Post-test)ในกลุ่มทดลอง จำแนกรายเป็นรายคู่

คนที่	ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม				
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ผลต่าง คะแนน
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	
1	2.71	ระดับสูง	3.33	ระดับสูง	0.62
2	3.25	ระดับสูง	3.58	ระดับสูงมาก	0.33
3	2.88	ระดับสูง	3.46	ระดับสูง	0.58
4	3.41	ระดับสูง	3.79	ระดับสูงมาก	0.38
5	3.25	ระดับสูง	3.63	ระดับสูงมาก	0.38
6	3.08	ระดับสูง	3.58	ระดับสูงมาก	0.71
7	3.08	ระดับสูง	3.58	ระดับสูงมาก	0.71
8	2.96	ระดับสูง	3.63	ระดับสูงมาก	0.67
9	2.92	ระดับสูง	3.58	ระดับสูงมาก	0.66
10	3.29	ระดับสูง	3.67	ระดับสูงมาก	0.38
11	3.17	ระดับสูง	3.63	ระดับสูงมาก	0.46
12	2.95	ระดับสูง	3.54	ระดับสูงมาก	0.59
13	3.38	ระดับสูง	3.70	ระดับสูงมาก	0.32
14	3.17	ระดับสูง	3.38	ระดับสูง	0.21
15	2.67	ระดับสูง	3.13	ระดับสูง	0.46
16	3.42	ระดับสูง	3.67	ระดับสูงมาก	0.25
17	2.71	ระดับสูง	3.50	ระดับสูง	0.79
18	3.13	ระดับสูง	3.50	ระดับสูง	0.37
19	3.29	ระดับสูง	3.75	ระดับสูงมาก	0.46
20	2.70	ระดับสูง	3.70	ระดับสูงมาก	1.00
21	3.00	ระดับสูง	3.58	ระดับสูงมาก	0.58
22	2.75	ระดับสูง	3.54	ระดับสูงมาก	0.79
	$\bar{X} = 3.06$		$\bar{X} = 3.58$		$\bar{d} = 0.53$
	S.D. = 0.237		S.D. = 0.155		S.D. = 0.20

คะแนนเฉลี่ย 3.5 ขึ้นไป หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย ต่ำกว่า 1.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มระดับควรปรับปรุง

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสายสมร พุ่มพิศ เกิดเมื่อ วันที่ 30 พฤศจิกายน 2524 ที่จังหวัดพิจิตร สำเร็จ การศึกษาระดับพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปีการศึกษา 2547 และ เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการ พยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2560 ปัจจุบัน ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วย ไอซียูศัลยกรรมประสาท สก.8 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

