

ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสัน ของผู้สูงอายุไทย

พินิตารวจโก หณิง ชลดา ดิษฐ์ภิกข*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้รูปแบบตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายความหมายและประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคพาร์กินสัน จำนวน 23 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการบันทึกเทป นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Colaizzi

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุไทยให้ความหมายของการมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสันว่าเป็นชีวิตที่ต้องเผชิญกับโรคที่มีอาการไม่แน่นอน เกิดอาการขึ้นได้ทุกขณะ ไม่สามารถควบคุมอาการได้ และเป็นชีวิตที่ต้องอยู่กับโรคที่ทำให้ชีวิตไร้ค่า รู้สึกคุณค่าของตนเองลดลง เป็นปมด้อย และเป็นภาระกับผู้อื่น ส่วนประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคพาร์กินสัน พบประเด็นหลักที่เกี่ยวข้อง 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การอยู่กับข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต ทั้งการปฏิบัติกิจกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ 2) การอยู่ด้วยการทำใจยอมรับ ตั้งสติ คิดด้านบวก การนำศาสนามาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจ และการปรับลดบทบาทในครอบครัวและสังคม 3) การอยู่ด้วยการหาวิธีดูแลสุขภาพ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อป้องกันไม่ให้อาการเลวร้าย ไม่ให้ต้องผูกพันกับความเสี่ยงความเครียด/โกรธ /ความรู้สึกตื่นเต้น คิดหาวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การรักษาด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หาวิธีบำบัดอาการด้วยการแพทย์ทางเลือก และปรับกิจกรรมชีวิตตามช่วงการออกฤทธิ์ของยา และ 4) การอยู่ด้วยความหวังและกำลังใจในการมีชีวิต ความหวังที่จะมีชีวิตที่ดีขึ้นหลังรักษาและหายจากโรค ความหวังให้ครอบครัวเข้าใจและดูแลเพิ่มขึ้น ความหวังให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

คำสำคัญ : ประสบการณ์ ผู้สูงอายุไทย โรคพาร์กินสัน

Experiences of Living with Parkinson disease of Thai elderly

Police Lieutenant Colonel Chollada Ditruchgij*

Abstract

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

The major results showed that the informants perceived their illness with Parkinson disease as leading their lives with a disease that has uncertain symptoms, can occur unexpectedly at any time in a life with disease, devalues life, reduces self-esteem, is point inferiority and is a burden to others. Experiences in living with Parkinson disease, the following four major themes were emerged to be involved: 1) Living with life style deficit, activities limitations, emotional and psychological changes, 2) Living with methods of acceptance, mental relaxation focus, positive thinking and using religion as emotional support and reduced roles in family and society, 3) Living with self-care seeking behavior by following the recommendation of doctors to prevent fall and constipation, to avoid stress/anger/excitement, to think of self care methods, to receive treatment by specialists, to implement selected alternative medicine to release the symptoms of illness, and to adjust the activities of daily living under the effects of medical cycle, and 4) Living with hopes and encouragement for life, hope to have a better life after treatment, be cured from the disease to get more care and understanding from cousins, and to share information between patients and caregivers.

ความสำคัญของปัญหาวิจัย

พาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบบ่อยในผู้สูงอายุอันดับสองรองจากโรคอัลไซเมอร์ โดยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยประมาณ 3 ราย ในประชากร 1,000 คน การเป็นโรคพาร์กินสันในวัยสูงอายุซึ่งมีความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและจิตใจเมื่อเกิดอาการต่าง ๆ ของโรคขึ้น เช่น อาการสั่น เป็นต้น จะทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น การสูญเสียการทรงตัวทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มสูง ทั้งการมีกล้ามเนื้อใบหน้าแข็งเกร็ง จะทำให้ใบหน้าเหมือนใส่หน้ากาก แสดงสีหน้าเฉยเมย ไม่สามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้ ร่วมกับการมีปัญหาเรื่องการพูด และการสื่อสาร จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจ นอกจากนี้อาการเกร็งยังก่อให้เกิดความปวด และความอ่อนล้า หลังโก่งงอ เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก จากอาการทางกายที่สามารถมองเห็นได้ชัดนี้ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความอายและกลัวการเข้าสังคม เกิดปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางภาวะอารมณ์และจิตใจ ก่อให้เกิดปัญหาจากพฤติกรรมตามมา ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน และครอบครัวอย่างมาก (Rai et. al., 2006) แม้ว่าในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าทางการรักษา แต่ก็พบว่าวิธีการรักษาต่าง ๆ นั้น ยังไม่สามารถรักษาโรคพาร์กินสันให้หายขาดได้ (รุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ, 2550) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันเมื่อมีระยะความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น จะทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อันนำไปสู่ผลต่อภาวะจิตใจในด้านลบทั้งยังเป็นภาระต่อครอบครัวที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง (Pechavis, et al., 2005) ขณะนี้พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันยังมีอยู่มากในต่างประเทศทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ส่วนในเรื่ององค์ความรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นพาร์กินสัน ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเชิงคุณภาพในเรื่องประสบการณ์เหล่านี้อย่างลึกซึ้ง ทำให้ขาดข้อมูลสำหรับที่จะเอื้อประโยชน์ในการพัฒนาด้านการพยาบาลผู้สูงอายุตามสังคมวัฒนธรรมไทยได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องประสบการณ์การมีชีวิตร่วมกับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในระบบความคิดความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตอันจะเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลผู้สูงอายุซึ่งตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีชีวิตร่วมกับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย การศึกษาค้างนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยรูปแบบปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ซึ่งตามแนวคิดของ Husserl เน้นการให้ความหมายจากผู้ให้ข้อมูลโดยตรง (Streubert and Carpenter, 2007) ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและหญิงที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน มีสติสัมปชัญญะ การได้ยินปกติ สามารถพูดหรือเข้าใจภาษาไทยได้ดี ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และผ่านการทดสอบด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai: MMSE-T2002) มีระดับคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ และผ่านการประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทยโดยใช้ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ไม่พบภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการบันทึกเทปเป็นวิธีการหลักในการเก็บข้อมูล พื้นที่ในการเก็บข้อมูลคือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานครและที่บ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้วิจัยแนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิในการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและแจ้งสิทธิของผู้ให้ข้อมูล 2) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกตามแนวคำถาม ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45-60 นาที ผู้วิจัยจับประเด็นของข้อมูลและจดบันทึกสรุปประเด็น พร้อมกับบันทึกเทป และ 3) ผู้วิจัยถอดเทปและพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษรแบบคำต่อคำเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ และทำความเข้าใจความหมายต่าง ๆ หากประโยคใดมีความหมายไม่ชัดเจน จะนำกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย 2-5 ครั้งจนไม่พบข้อสงสัยหรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นหรือข้อมูลอิ่มตัว (saturation of data) จึงยุติการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปประเด็นตามแบบของ โคลไลซี (Colaizzi, 1978) สตรอเบอร์ก และคาร์เพนเตอร์ (Streubert & Carpenter, 2007) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้วิจัยอ่านบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ร่วมกับฟังเทปหลาย ๆ ครั้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้รหัสข้อมูล 2) ผู้วิจัยดึงข้อความสำคัญออกมาแล้วให้ความหมายที่เป็นไปได้ของแต่ละข้อความนั้น ทำการจัดระบบความหมายของข้อความเป็นกลุ่มประเด็น แล้วเขียนอธิบายประเด็นเป็นความเรียงอย่างละเอียด 3) ผู้วิจัยกลับไปหาผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และการแปลความหมายของผู้วิจัย (member checking) ผู้วิจัยกลับมาแก้ไขตามให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ และ 4) ผู้วิจัยเขียนประเด็นข้อมูลและการแปลความหมายเป็นความเรียงจนมั่นใจว่าได้ข้อมูลที่อิ่มตัว เพื่อเป็นการเพิ่มความเชื่อถือได้ของการวิจัย

ผลการวิจัย

สรุปผลการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: ความหมายการมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน ผู้สูงอายุให้ความหมายไว้ 2 ลักษณะ คือ

1. **โรคที่มีอาการไม่แน่นอน** หมายถึง เกิดอาการขึ้นได้ทุกขณะไม่สามารถคาดเดาเวลาหรือควบคุมตนเองได้ ต้องเผชิญกับอาการกำเริบซึ่งสัมพันธ์กับการออกฤทธิ์ของยา ดังคำกล่าวที่ว่า

“พาร์กินสัน เป็นโรคที่ วันนี้กับพรุ่งนี้อาจจะไม่เหมือนกันในเมื่อเราทานอาหาร ทานยาเหมือนกันเวลาเดียวกัน อย่างวันนี้ 10 โมงเราอาจจะมีอาการที่แข็งแกร่งแบบว่ายาไม่เดิน แต่ว่าพรุ่งนี้เราทานเหมือนกันอย่างนี้ เราอาจดูเหมือนปกติเลยมันไม่แน่นอน” (ผู้สูงอายุหญิงวัย 65 ปี)

2. **โรคที่ทำให้ชีวิตไร้ค่า** หมายถึง ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการเป็นโรคนี้ ทำให้รู้สึกเหมือนชีวิตไร้ค่า ดังคำกล่าวที่ว่า

“เป็นโรคที่ทำให้เหมือน ชีวิตมันไร้ค่า มันจะทำอะไรก็ทำไม่ได้ตั้งใจ ต้องคอยตั้งใจ มันอ่อนเพลีย นิ่งๆ นิ่งไม่ลง มันเกร็ง ลูกนั่งลำบาก” (ผู้สูงอายุชายวัย 63 ปี)

ส่วนที่ 2 : ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน แบ่งเป็นประเด็นหลัก 4 ประเด็น ดังนี้

1. **การอยู่กับข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต** หมายถึง ผู้สูงอายุรับรู้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นต้องปรับเลือกเวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้สัมพันธ์กับการออกฤทธิ์ของยา ดังคำกล่าวที่ว่า

“ในช่วงยากำลังจะหมดฤทธิ์ ร่างกายจะเริ่มไม่ตอบสนอง ทำงานไม่สมบูรณ์แบบ ทำได้บางอย่าง เราจะดักข้าวอย่างนี้ ก็ขาดดักเต็มช้อนก็ไม่เต็ม จังหวะที่เขาจะทานข้าวกัน มันทานไม่สะดวก มันไม่อร่อยเสียแล้ว ต้องรอทานยาให้ยาออกฤทธิ์ดีก่อนจึงทานข้าว บางครั้งเราทานข้าวไม่พร้อม กับลูก” (ผู้สูงอายุชายวัย 61 ปี)

ผลกระทบจากอาการทางกายส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ จึงเกิดความรู้สึกเชิงลบเมื่อรับรู้ความเจ็บป่วย รู้สึกกดดัน หงุดหงิด ใจร้อน เอาแต่ใจตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“เพราะว่าคนที่ป่วยเป็นพาร์กินสันทันทีที่รู้ว่าตัวเองป่วย จะมีความรู้สึกกดดัน ซึมเศร้า สูงมาก ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คนที่เคยเล่นกีฬาได้แล้วอยู่ ๆ มาชะงักไปอย่างนี้ ผลทางจิตใจค่อนข้างสูง คือ จะหงุดหงิด และไม่พยายามที่จะเข้าใจใคร แล้วใจร้อนทั้ง ๆ ที่ปกติไม่เป็นนะครับ” (ผู้สูงอายุชายวัย 62 ปี)

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันจะกลัวการเข้าสังคม ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตอนแรกผมก็ปฏิเสธเหมือนกันละครับ ในการที่จะรับในส่วนนี้ เพราะมา 2-3 ปีแรกก็ปิดตัวเองพอสมควร งานกลางคืนใครเชิญก็ไม่ไป คือ มีความรู้สึกว่ามันน่าละอายที่จะต้องไปเล่น แขนซ้ายจะสั่น ก็ไม่อยากไป เรียกว่า เกรงว่าคนที่ไปงาน คือ ภรรยาหรือลูกบางทีก็จะอายด้วย” (ผู้สูงอายุชายวัย 62 ปี)

2. อยู่ด้วยการยอมรับ หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถทำใจยอมรับการเจ็บป่วย เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคได้ด้วยตนเอง การทำใจยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เกิดขึ้น ต้องดูแลรักษาสุขภาพของตนให้ดี ปรับการดำเนินชีวิตให้อยู่กับการเจ็บป่วยให้ได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“มันขึ้นอยู่กับผู้เป็นโรคนะครับ จะทำใจได้ขนาดไหนถ้าสมมุติ ทำใจได้ ยอมรับรู้เนี่ย คือ โรคเราอยู่กับเขาได้คอยกำกับดูแล เอายากำกับไว้ในเวลาเดียวกัน ทำใจยอมรับอย่าไปคิดว่าการที่เราเป็นอย่างนี้ มันเป็นเรื่องไม่น่าอายอะไร เข้าสังคมได้” (ผู้สูงอายุชายวัย 62 ปี)

2.1 การทำจิตใจให้สงบ ไม่หวั่นไหวต่อสิ่งที่จะต้องเผชิญ โดยการไม่คิดมาก ทำใจให้สบาย ไม่กลัวสิ่งที่จะเกิดขึ้น ใช้การทำสมาธิ นั่งวิปัสสนา สวดมนต์ เพื่อให้ใจสงบนิ่งพร้อมที่ยอมรับกับภาวะวิกฤตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผมก็ว่าอย่าคิดมากทำใจให้สบายครับ นั่งสมาธิเราคิดได้สงบได้ครับ สรุปจากการนั่งสมาธิแล้วนะ ผมก็คิดว่า อะไรมันจะเกิดก็ต้องเกิด แล้วก็ทำใจว่าไม่กลัวว่าอะไรจะเกิดขึ้น” (ผู้สูงอายุชายวัย 65 ปี)

2.2 การตั้งสติ โดยการบริหารจิตใจ หรือการฝึกจิตใจ ทำใจให้สบาย สงบ และละวางในสิ่งต่าง ๆ ไม่ยึดติดในตัวตน ดังคำกล่าวที่ว่า

“อาการแย่มาก ๆ ชมซานเลยอะ มันเกิดความไม่สบายใจมาก ๆ คือจิตใจสำคัญที่สุด ตอนเป็นโรคนี้จิตใจเราต้องบริหารให้ได้ การบริหารจิตใจก็พยายามตั้งสติ ว่าตอนนี้เราเป็นผู้ป่วยแล้ว เราต้องยอมรับสภาพ มันเป็นเรื่องของความเสื่อม ที่ทุกคนเกิดมาก็ต้องเป็นอย่างนี้” (ผู้สูงอายุหญิงวัย 64 ปี)

2.3 การคิดด้านบวก การมองโลกในแง่ดี คิดทางบวก ทำใจให้มีความสุข ไม่กังวลจนเกินไป ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผมคิดว่าขึ้นอยู่กับจิตใจ เป็นเรื่องสำคัญ สมมุติว่าไม่คิด ไม่กังวลไปเกินกว่าเหตุ ไม่คาดการณ์ในเรื่องที่ร้าย คิดอะไรเป็นบวกหน่อย ผมว่าอยู่ได้ อยู่กับโรคนี้ได้สบาย” (ผู้สูงอายุชายวัย 62 ปี)

2.4 การนำศาสนามาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางใจ ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาต่างกัน ต่างก็นำวิถีทางของศาสนาที่ตนนับถือมายึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณมาใช้ ทำให้ตนเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรค เข้าใจธรรมชาติของชีวิต ตามความเชื่อ ความศรัทธาตามศาสนาของตน ทำให้ไม่วิตกกังวล ไม่ทุกข์กับการที่ตนเองต้องเจ็บป่วยในครั้งนี้ เมื่อผู้สูงอายุเข้าใจก็ยอมรับกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม เชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้กำหนดให้ตนเจ็บป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่วิตกกังวลเพราะไม่ได้คิดอะไร คือว่าตามบทบัญญัติ (ของศาสนาอิสลาม) เขาว่า ถ้าต้องเป็นแล้วพอถึงเวลามันก็ต้องเป็น ไม่คิดอะไรมากถือเสียว่าพระเจ้าให้มาอย่างนี้” (ผู้สูงอายุชายวัย 61 ปี)

ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธ ก็ยึดหลักของกฎไตรลักษณ์ ธรรมชาติของชีวิตคือชีวิต มีแต่ทุกข์ กับ การดับทุกข์เท่านั้น ทุกชีวิตอยู่ภายใต้ กฎไตรลักษณ์ ได้แก่ อนิจจัง คือ ไม่เที่ยง ไม่แน่นอน มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ทุกขัง คือความเป็นทุกข์ อนัตตา คือ ไม่ใช่ตัวตนที่แท้จริง ดังคำกล่าวที่ว่า

“โรคนี้เป็นไปตามไตรลักษณ์มันก็อยู่ได้ระยะหนึ่ง รักษาได้ก็เท่าที่รักษา การรักษาคือการอย่าให้ทรมาณมันยืดเวลาไป ให้เกินร้อยปี อันนี้คือสิ่งที่ผมเข้าใจเรื่องไตรลักษณ์ (ศาสนาพุทธ) จึงไม่เป็นทุกข์ผมยึดหลักนี้” (ผู้สูงอายุชายวัย 65 ปี)

2.5 การปรับลดบทบาทในครอบครัวและสังคม คือ การที่ผู้สูงอายุที่เคยเป็นผู้นำหาเลี้ยงครอบครัว ไม่สามารถทำงานได้ ต้องปรับลดบทบาทจากผู้นำครอบครัวมาเป็นผู้ตาม ดังคำกล่าวที่ว่า

“เศรษฐกิจ มันก็ไม่ค่อยดี เราต้องอาศัยคนอื่น ก็เปลี่ยนแปลงจากคนเราเคยเป็นผู้นำก็ต้องมาเป็นผู้ตาม เมื่อก่อนเราให้ค่าเล่าเรียนลูก ค่าใช้จ่ายอะไรในบ้านทุกอย่าง” (ผู้สูงอายุชายวัย 63 ปี)

3. การอยู่ด้วยการหาวิธีดูแลสุขภาพ หมายถึง ผู้สูงอายุ รับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากอาการที่กำเริบและทรุดลงตามระยะเวลาการเจ็บป่วย ถ้าไม่ดูแลสุขภาพตนเองให้ดีจะมีอาการแทรกซ้อนรุนแรงต่าง ๆ ตามมา จึงต้องเอาใจใส่ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น ด้วยวิธีดังนี้

3.1 การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ โดยมันบริหารร่างกายและรับประทานยาอย่างมีวินัย ดังคำกล่าวที่ว่า

“แล้วสำคัญที่สุดก็คือ ถ้าเรารักษาด้วยยา เราจะต้องมีวินัย ในการทำงานยาแล้วก็ซื้อตรง หมายถึง ว่าซื้อตรงปฏิบัติตามคำสั่งของคุณหมออย่างเคร่งครัด เราต้องทานยาให้ตรงเวลา ทานอาหารให้ตรงเวลาซึ่งยาต้องตรงเวลา ถ้าไม่ตรงเวลานี้บ๊อบ จะทำให้บิดเบือนไปหมด ทรงตัวไม่ดี นี่ส่วนใหญ่เราก็นั่งพักแล้วคิดว่าถ้าเราได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะเป็นส่วนที่ช่วยได้” (ผู้สูงอายุหญิงวัย 63 ปี)

ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความเครียด ความโกรธหรือเรื่องตื่นเต้น เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงยิ่งขึ้นได้ จึงหลีกเลี่ยงความเครียด ความโกรธและความรู้สึกตื่นเต้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผมคอยสังเกตว่าถ้าลูก ๆ มีปัญหา มันจะสั้น โดยเราไม่รู้ตัวเอง คิดว่าความเครียดมีส่วนให้มีการสั้นเพิ่มขึ้น คือเราไม่ต้องคิดมาก เครียดไม่ได้นะ เครียดมันจะยิ่งสั้นหนัก” (ผู้สูงอายุชายวัย 67 ปี)

3.2 คติวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ผู้ป่วยบางรายใช้เครื่องทำความร้อนประคบ แขนขาที่เคลื่อนไหวได้ไม่ดี ทำให้ลุกจากที่นอนได้ เป็นการบรรเทาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ด้วยตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตอนนอนขยับตัวลุกขึ้นลำบาก เหมือนกล้ามเนื้อมันไปบีบหลอดเลือดให้เล็กลง ต้องใช้แรงความร้อนช่วย ให้หลอดเลือดขยายตัวแล้วค่อย ๆ ขยับได้ นอนห้องแอร์ มันจะอุ่นช่วยได้ ตอนเช้า ๆ เอาไว้ที่ปลายเท้า อุ่น ๆ แล้วขยับเท้าได้ดีขึ้น ขยับตรงโน้นตรงนี้” (ผู้สูงอายุหญิงวัย 66 ปี)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่เป็นโรคพาร์กินสัน จะมีปัญหาเรื่องการเดินและการทรงตัวที่ไม่ดี เกิดการหกล้มได้ง่าย ผู้สูงอายุรับรู้ถึงผลกระทบที่ร้ายแรงจากการหกล้ม จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องหาวิธีป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“เป็นโรคนี้ก็ระวังอย่าให้ล้ม หมั่นนวด ออกกำลังกาย ตอนยาหมดฤทธิ์ มันก็จะเดินติด เท้ามันเดิน ถี่ ถี่ ขามันชา ตอนนี้เราต้องเอามือไขว้หลัง เราต้องช่วยตัวเอง” (ผู้สูงอายุหญิงวัย 72 ปี)

การที่ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยมากในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ทำให้ผู้สูงอายุต้องหาวิธีแก้ไขอาการดังกล่าวโดยการดูแลตนเองไม่ให้ท้องผูก ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปัญหาอาการท้องผูก นี่เป็นปัญหาเยอะนะครับ แก่โดยดื่ม น้ำมะขามเปียก ทานผัก ผลไม้ พोटท้องผูกนานก็เกิดริดสีดวงทวารตามมาด้วยครับ ตอนเช้าจะดื่มน้ำมาก 2-5 แก้ว จะถ่ายดีครับ” (ผู้สูงอายุชายวัย 66 ปี)

3.3 การรักษาด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ผู้สูงอายุต้องการรักษากับแพทย์ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านโรคพาร์กินสัน เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ดีที่สุด ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีคนแนะนำว่าไปหาปรึกษาโรคทางประสาทวิทยาดีกว่า เขาบอกอย่างนี้ก็เลยไปรักษาที่โรงพยาบาล เขารักษาเฉพาะโรคพาร์กินสัน ที่นี้พอปี 49 มาประชุมก็เลยรู้จักกับคุณหมอที่รักษาเฉพาะโรคพาร์กินสัน ก็รักษาเรื่อยมาทุกวันนี้” (ผู้สูงอายุหญิงวัย 65 ปี)

ผู้สูงอายุนำวิธีแพทย์ทางเลือกมาใช้บำบัดอาการเจ็บป่วย ซึ่งบางคนใช้วิธีนี้ร่วมกับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เมื่อก่อนนิ้วผมนี้เหยียดไม่ได้ มั่นงมั่นแข็งหมดเลย ซ้อยาหม่องวัดไร่ขิง ทุกวันนี้ใช้อยู่ก็หาย แล้วเลือดลมที่มันชาเขียว ๆ ก็หายแล้วไซ้ข้อผมก็ไม่เป็น ผมว่ายาหม่องนี่ดี น้องชายแนะนำให้เอาใบเตยกับใบชาต้มรวมกันกินแทนน้ำปรากฏมันเบา อย่างนี้กินร้อน ๆ นะอย่ากินเย็น กินแทนน้ำ หายตรงหลังที่ปวดมันก็ทุเลาลง” (ผู้สูงอายุชายวัย 65 ปี)

3.4 ปรับกิจกรรมชีวิตตามช่วงการออกฤทธิ์ของยา หมายถึง ผู้สูงอายุรับรู้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นที่สัมพันธ์กับการออกฤทธิ์ของยา รับรู้การเวลายาออกฤทธิ์ และยาหมดฤทธิ์ และต้องเลือกเวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้สัมพันธ์กับการออกฤทธิ์ของยา ดังคำกล่าวที่ว่า

“ยาออกฤทธิ์แล้ว จึงจะทานข้าวทำอะไรให้เสร็จหมด ทำอะไรไม่ค่อยคล่องตัว ไม่ค่อยสะดวกกว่าทำให้ภาวะของร่างกายของเราอ่อนแอลงไม่เหมือนเดิม ตอนนี้อยู่ต้องระวังว่าช่วงไหนผมจะทานข้าวต้องเลือก เวลาอาบน้ำ ทานข้าว เวลายาหมดฤทธิ์นี้ ผมไม่เอา กินยาพอสมควรพออาบได้ผมก็อาบ” (ผู้สูงอายุชายวัย 62 ปี)

4. อยู่ด้วยความหวังและกำลังใจในการมีชีวิต หมายถึง ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันที่รักษาไม่หายในระยะเวลาอันยาวนาน มีอาการกำเริบรุนแรงและทรุดลงเรื่อย ๆ มีความหวังว่าชีวิตจะดีขึ้นหลังรักษาและหวังที่จะหายจากโรค ดังคำกล่าวที่ว่า

“เท่าที่ทราบจากคุณหมอบอกว่าโรคนี้รักษาไม่หาย แต่ผมก็ยังมีหวังว่าสักวันหนึ่งวงการนี้จะค้นพบการรักษาโรคนี้ได้ สักวันหนึ่งช่วงลูกช่วงหลาน เราอาจมีารักษาหายในอนาคต” (ผู้สูงอายุชายวัย 62 ปี)

4.1 หวังให้คนรอบข้างเข้าใจ และดูแลเพิ่มขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“คนที่อยู่ในครอบครัวเอง ก็ควรจะต้องรู้ด้วยว่าต้องเผชิญกับอะไรบ้าง เพราะว่าคนที่ป่วยอารมณ์ไม่ค่อยดี ต้องให้อภัยกัน ไกลชิดกัน น่าจะมีคนสัก 1-2 คน ที่คอยดูแล และรู้ในเรื่องการรับประทานยาด้วย เพราะว่า ถ้าถึงเวลาที่อาการมันเยอะขึ้น ผมรู้ว่าจะเป็นปัญหา จะหยิบจะจับ

อะไรไม่ได้เลย แม้แต่การจะเปิดถุงยา การกินยาหรือทำอะไร เพราะฉะนั้นต้องมีคนช่วยในเวลานั้น ผมว่านี่ครอบครัวสำคัญ ถ้าครอบครัวเข้าใจแล้วทุกอย่างก็จะดีขึ้น (ผู้สูงอายุชายวัย 61 ปี)

4.2 หวังให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังคำกล่าวที่ว่า

“ครับผมก็ว่าเราน่าจะ ตั้งที่เป็นชมรม แล้วก็จะได้มีการแลกเปลี่ยน ความรู้กัน ในส่วนนี้แล้วในเวลาเดียวกัน ก็อาจจะให้ครอบครัวของคนที่เป็น นี่นั่งคุยกันแลกเปลี่ยนกัน ว่าควร จะทำอย่างไรกันในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยได้เยอะเลยนะ คือไม่ช่วยแต่เพียงว่าในทางโรค ในเวลา เดียวกันช่วยในการรักษา ช่วยให้ไม่ต้องมาหาแพทย์บ่อยนี้มาหา 3 เดือนครั้ง” (ผู้สูงอายุชายวัย 61 ปี)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ประสพการณ์การมีชีวิตร่วมกับโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุไทยสรุปได้ ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 การให้ความหมายการมีชีวิตร่วมกับโรคพาร์กินสัน ได้แก่

1. โรคที่มีอาการไม่แน่นอน ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงอาการแสดงของโรคที่ไม่แน่นอน ไม่เป็นเวลา อาการของโรคเกิดขึ้นได้ทุกขณะไม่สามารถควบคุมอาการได้ โรคพาร์กินสันถือเป็น โรคเรื้อรังที่มีอาการกำเริบรุนแรงขึ้นมาเป็นช่วง ๆ มีอาการต่าง ๆ ไม่แน่นอน อาการมักทรุดลง ตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น มีการกลับเป็นซ้ำ หรืออาจหายไปแล้วกำเริบ มีช่วงเวลาที่มีอาการเฉียบพลัน หรืออาการเป็น ๆ หาย ๆ จากผลการศึกษานี้พบว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของแอนเดอร์สัน และ บุรี (Anderson & bury, 1988) พบว่า สิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเป็นโรคพาร์กินสันคือ ความไม่แน่นอนและไม่สามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นได้

2. โรคที่ทำให้ชีวิตไร้ค่า โรคพาร์กินสันเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีปัญหาหลายด้าน โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวร่างกายและการสื่อสารที่บกพร่อง การช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องเป็นภาระกับผู้ดูแลในระยะยาว ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ผู้สูงอายุจะมีความเชื่อ และมองภาพลักษณ์ของตนเองในทางลบ รู้สึกว่าตนไร้ความสามารถ ขาดความมั่นใจ เครียด ซึมเศร้า สิ้นหวังกับอนาคต คิดว่าตนเองหมดคุณค่า (Markowitz, 2001) ซึ่งการศึกษาค้นคว้าพบว่า สอดคล้อง กับการศึกษาของ นางลักษณ บุญไทย (2539) เรื่อง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและ ความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ พบว่าการต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังและมีข้อจำกัดในการดูแล ตนเองเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ตนเองไม่มีประโยชน์ ไม่มีความสามารถในการควบคุมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ รู้สึกด้อยค่า และส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์การมีชีวิตร่วมกับโรคพาร์กินสัน มี 4 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. การอยู่กับข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยสูงอายุต้องเผชิญกับข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชชุตา ดีชัย (2548) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสพการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่า ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคทำให้ต้องหยุดทำงานประจำ และยังปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง และการศึกษาของแอนเดอร์สัน และ บูรี (Anderson & bury, 1988) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยยอมรับว่าการป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ และอาการของโรคจะรุนแรงขึ้นเป็นช่วงๆ ตลอดวัน ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดทำกิจกรรมจนกว่าอาการของโรคจะสงบลง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันมีการเปลี่ยนแปลงจิตใจในเชิงลบ เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์และจิตใจ หงุดหงิดง่าย อึดอัดใจ ใจร้อน เอาแต่ใจตนเอง อารมณ์เสีย โกรธง่าย รู้สึกเบื่อ ท้อแท้และกังวลใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา สออารีย์ อารี นุ้ยบ้านด่าน และ โชมพัทตร์ มณีวัต (2545) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและผลกระทบจากการเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ผลกระทบจากความเจ็บปวดส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แสดงออกทางจิตใจและอารมณ์ในทางลบ เช่น ไม่มีสมาธิ หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย ท้อแท้ไปทุกเรื่อง และอยากตาย เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุกลัวและอายที่จะเข้าสังคม กลัวกระทบกระเทือนจิตใจจากการมองของคนรอบข้าง สอดคล้องกับการศึกษาของ บีฮารี และคณะ (Behari et.al, 2005) ที่ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยพาร์กินสัน ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เนื่องจากอาการของโรค เช่น เกร็ง ทรงตัวไม่ดี ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง ไม่กล้าสังคม เป็นต้น

2. การอยู่ด้วยการยอมรับ ด้วยวิธีการทำใจยอมรับ ทำจิตใจให้สงบ ตั้งสติ คิดด้านบวก การนำศาสนามาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจ และการปรับลดบทบาทในครอบครัวและสังคม ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีหลักยึดเหนี่ยวจิตใจ ผู้สูงอายุนับถือศาสนาต่างกัน ต่างนำวิถีทางของศาสนาที่ตนนับถือมายึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ ทำให้ตนเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดโรคตามความเชื่อ ความศรัทธาของตนทำให้ ไม่วิตกกังวล ไม่ทุกข์กับการที่ตนเองต้องเจ็บป่วยในครั้งนี้ เช่น ศาสนาอิสลามและคริสต์ เชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้กำหนดให้ตนเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิดา ยศหลวงผั่น (2546) เรื่องประสพการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์ พบว่า ผู้สูงอายุทำใจยอมรับด้วยการนำหลักคำสอนของศาสนามาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางใจ ยอมรับว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง

3. การอยู่ด้วยการหาวิธีดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตหลายอย่าง จึงต้องคิดหาวิธีป้องกันอาการกำเริบและบรรเทาอาการต่าง ๆ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ดูแลตนเองไม่ให้ล้มและไม่ให้ท้องผูก หลีกเลี่ยงความเครียด ความโกรธ และความรู้สึกตื่นเต้น คิดวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองด้วยการรักษาด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

นำวิธีแพทย์ทางเลือกมาใช้บำบัด และปรับกิจกรรมชีวิตตามช่วงการออกฤทธิ์ของยา ซึ่งการดูแลตนเองที่เหมาะสมทำให้ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งตรงกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 1995) และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรณทิพา เวชรังษี (2549) ที่ได้ศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า พบว่าผู้สูงอายุมีการแสวงหาวิธีการรักษาและดูแลตนเอง ด้วยการบรรเทาอาการด้วยตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ เวสเซิลและคณะ (Wressle, et al., 2006) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคพาร์กินสันสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยตั้งจุดมุ่งหมายในการรักษาความเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มแรก โดยการเรียนรู้วิธีในการจัดการและพัฒนาการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และยอมรับข้อจำกัดที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย

4. การอยู่ด้วยความหวังและกำลังใจในการมีชีวิต การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันเป็นระยะเวลานาน และมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงตามลำดับ ประกอบกับสภาพร่างกายมีการเสื่อมถอย ทำให้มีภาวะพึ่งพาสูงกว่าคนอื่น ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแลเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับศึกษาของ แคป-อัลเกรน และคณะ (Caap-Ahlgren, et al., 2002) ที่พบว่า หญิงสูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันต้องการให้ผู้อื่นเข้าใจความรู้สึกของตนเอง การเป็นโรคพาร์กินสัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุข เกิดความเครียด วิตกกังวล การมีความหวังจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความหวังเปรียบเหมือนพลังการต่อสู้ ความหวังที่จะหายจากโรคจึงถือเป็นความปรารถนาของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันทุกราย ที่หวังว่าจะมีสิ่งมหัศจรรย์หรือปาฏิหาริย์เกิดขึ้น และเฝ้ารอการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิดา ยศหลวงพันธ์ (2546) พบว่าถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะรับรู้ว่าเป็นโรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หาย แต่ก็ยังหวังว่าจะมีวัคซีน หรือยารักษาให้หายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชชุดา ดิษฐ์ (2548) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ยังคงมีความหวังต่อการรักษาที่คิดว่าจะสามารถรักษาให้หายได้ เป็นความหวังที่อยู่ในส่วนลึกของจิตวิญญาณ ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเป็นไปได้ และมีเพียงปาฏิหาริย์เท่านั้น ที่ทำให้ความหวังนี้เป็นความจริง อย่างไรก็ตามความหวังในปาฏิหาริย์ก็ช่วยให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าชีวิตยังมีหนทาง เป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ต่อไป

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ

1.1 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและเรียนรู้ปรับตัวอยู่กับโรคด้วยการจัดให้มีคู่มือการเรียนรู้การมีชีวิตอยู่กับโรคพาร์กินสัน

1.2 ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นโดยการจัดกลุ่มสัมพันธ์ในผู้ป่วยด้วยกัน และให้มีการช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกันและกัน (Self help group)

1.3 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมทำกิจกรรมทางศาสนา พร้อมทั้งแนะนำครอบครัวให้การสนับสนุนผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

1.4 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้กิจกรรมนันทนาการที่เหมาะสม ให้ผู้สูงอายุได้พบปะกับบุคคลอื่นและส่งเสริมให้ชีวิตของผู้สูงอายุมีความหมายยิ่งขึ้น และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2. พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความทุกข์ภายในใจและบอกเล่าปัญหาต่าง ๆ ให้กำลังใจและให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ

3. พยาบาลสามารถส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวหรือสังคม โดยการจัดกลุ่มสัมมนา หรือจัดประชุมวิชาการ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถ่ายทอดประสบการณ์อันเป็นประโยชน์สำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาลักษณะเดียวกันนี้จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในชุมชนที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้เข้าใจถึงวิถีการดูแลรักษาตนเอง และการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- นางลักษณ์ บุญไทย. (2539). *ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา สออารีย์, อารี นุ้ยบ้านด่าน และโหมพักตร์ มณีวัต. (2545). ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและผลกระทบจากการเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารสภาการพยาบาล* 17(1): 45-61.
- พรรณทิพา เวชรังษี. (2549). *ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า*. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิษชุดา ดีชัย (2548). *ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค*. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รุ่งโรจน์ ทิพย์ศิริ. (2550). พาร์กินโซนิซึม. *วารสาร คลินิก* 21(3): 1-9.

สุทธิดา ยศหลวงพั่น. (2546). *ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Anderson, R. and Bury, M. (1988). *Striking Balances: Living with Parkinson's Disease. Living with chronic illness: the experience of patients and their families*. London: Allen & Unwin.

Behari, M. et al. (2005). Quality of life in the patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relative disorder*, 11(4), 221-226.,

Caap-Ahlgren, M., et al. (2002). Older Swedish women's experiences of living with symptoms related to Parkinson's disease. *Journal of Advance Nursing*, 39(1), 87-95.

Markowitz, E.F. (2001). Modeling process in recovery from mental illness: Relationships between systems, Life satisfaction, and self-concept. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(1), 64-79.

Orem, D. (1995). *Nursing: Concept of practice*. Missouri: Mosby-year Book, Inc.

Pechevis, et al. (2005). Effects of dyskinesias in Parkinson's disease on quality of life and health-related costs : a prospective European study. *European Journal of Neurology*, 12(12), 956.

Rai, G. et al. (2006). *Shared Care of Older People*. London: Elsevier Churchill living stone.

Streubert, H. J. and Carpenter, D. R. (2007). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. (4th ed.) USA: Lippincott.

Wressle, E. et al. (2006). Quality of life in Parkinson's disease at a geriatric out patient department in Sweden. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 13(6), 365 - 369.