



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

ต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

THE EFFECTS OF SELF-EFFICACY PROMOTION PROGRAM OF
CAREGIVERS FOR PREVENTION FALL OF PATIENT WITH
PARKINSON'S DISEASE

กมลวรรณ บุญเพ็ง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ. 2562

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้ม
ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

THE EFFECTS OF SELF-EFFICACY PROMOTION PROGRAM OF CAREGIVERS
FOR PREVENTION FALL OF PATIENT WITH PARKINSON'S DISEASE

กมลวรรณ บุญเพ็ญ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตรวจสอบและอนุมัติให้
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2562



พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายสมร เกลยกิตติ
ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ษ์
กรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล
กรรมการ



อาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง
กรรมการ



รองศาสตราจารย์อิสยา จันทร์วิทยานุชิต
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก



อาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)



รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ษ์
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผลของโปรแกรมฝึกอบรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้ม ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

กมลวรรณ บุญเพ็ง 576005

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ทวีศักดิ์ กสิผล, ประ.ด. (วิทยาศาสตร์การแพทย์)

ชฎาภา ประเสริฐทรง, กศ.ด. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกที่ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 30 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 และแบบสอบถามความรู้ความรู้อันเนื่องจากการป้องกันการหกล้ม มีค่าความเชื่อมั่นของ (KR-20) เท่ากับ 0.96

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและ ความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะ โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน สามารถสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการป้องกันการหกล้มได้

คำสำคัญ: ผู้ดูแล การสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน การป้องกันการหกล้ม

THE EFFECTS OF SELF-EFFICACY PROMOTION PROGRAM OF CAREGIVERS
FOR PREVENTION FALL OF PATIENT WITH PARKINSON'S DISEASE

KAMOLWAN BOONPANG 576005

MASTER OF NURSING SCIENCE (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: TAWEESEK KASIPHOL, Ph.D. (MEDICAL SCIENCE)

CHADAPA PRASERTSONG, RN.Ed.D. (COUNSELING PSYCHOLOGY)

ABSTRACT

The research aimed to examine the effects of self-efficacy promotion program of caregivers for prevention fall of patient with Parkinson's disease. Thirty outpatient samples were Parkinson's disease caregivers who visited Parkinson clinic at the Chulalongkorn Center of Excellence for Parkinson's Disease & Related Disorder of King Chulalongkorn Memorial Hospital. The samples were divided into 2 groups, which were fifteen persons on the experimental group and fifteen persons on the control group who received regular nursing care. Data were collected by using a self-efficacy of Parkinson's disease caregiver's questionnaire, which had Cronbach's alpha at 0.98. Knowledge of caregivers in preventing falls was also applied as an instrument which had Kuder-Richardson (KR-20) at 0.96.

The research results found that before experiment, the experimental group who attended the training program and the control group, who received regular nursing care had no different on self-efficacy and knowledge on preventing fall in Parkinson's disease. After experiment, the experimental group and control group had perceived self-efficacy and knowledge of the caregivers to prevent fall of patient with Parkinson's disease had significantly different.

Suggestion : the effects of self-efficacy promotion program of caregivers for prevention fall of patient with Parkinson's disease can improve self-efficacy and knowledge for the Parkinson's patient caregivers.

Keywords: Caregivers, Self-efficacy promotion program of caregivers for prevention fall of patient with Parkinson's disease, Fall prevention

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลือจากบุคคลหลายฝ่าย โดยเฉพาะผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิศกดิ์ กสิผล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่และคอยให้กำลังใจผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายสมร เฉลยกิตติ ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์ ดร.จริยวัตร คมพยัคฆ์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์รุ่งโรจน์ พิทยศิริ หัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ อนุญาตให้เก็บข้อมูลและอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ขณะเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และนางสาวสายสมร พุ่มพิศ พยาบาลชำนาญการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพ และผู้ช่วยวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยและขอบคุณเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ทุกท่าน

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ ผลักดันและกำลังใจที่ดีจากคุณอุบล สุขประสิทธิ์ และสมาชิกทุกคนในครอบครัว ตลอดจนเพื่อนร่วมหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือและให้กำลังใจที่ดีตลอดการศึกษา ขอขอบคุณพี่ ๆ น้อง ๆ และกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย นอกจากนี้ยังมีผู้เกี่ยวข้องอีกหลายท่านที่ผู้วิจัยไม่ได้กล่าวถึง ที่นี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและความปรารถนาดีของทุกท่าน จึงกราบขอบพระคุณและขอบคุณทุกท่านไว้ในโอกาสนี้

กมลวรรณ บุญเพ็ญ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	5
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	5
1.4 สมมุติฐานการวิจัย	6
1.5 ขอบเขตการวิจัย	6
1.6 คำนิยามศัพท์	7
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 โรคพาร์กินสัน	9
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน	16
2.3 ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory)	17
2.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน	20
2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	21
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	24
3.2 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	25
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	25
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	27
3.5 ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล	29
3.6 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	36

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 การแบ่งระยะความรุนแรงโรคพาร์กินสันตาม Modified Hoehn and Yahr staging (H & Y)	13
2 แบบแผนการวิจัย	23
3 แบบแผนโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน	30
4 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	38
5 คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทั้งก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และการแปลผลค่าเฉลี่ย จำแนกตามรายบุคคล	40
6 คะแนนความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และการแปลผลค่าเฉลี่ย จำแนกตามรายบุคคล	41
7 การวิเคราะห์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลค่าเฉลี่ย	42
8 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	43
9 การวิเคราะห์ความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ The Mann-Whitney U Test	45

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลเงื่อนไขเชิงพฤติกรรม และปัจจัยสภาพแวดล้อม	18
2	โครงสร้างทฤษฎีของแบนดูรา	18
3	กรอบแนวคิดในการวิจัย	22
4	ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย	34



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคพาร์กินสันเป็นโรคความเสื่อมของระบบประสาทในส่วน Substantia Nigra pars compacta (SNpc) ส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติเกี่ยวกับความเคลื่อนไหวเนื่องจากสารสื่อประสาทโดพามีนซึ่งควบคุมการเคลื่อนไหวที่ต่อเนื่องของร่างกายลดลง อาการของโรคพาร์กินสันมีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (Motor problem) ได้แก่ อาการสั่น แข็งเกร็ง เคลื่อนไหวช้า ทรงตัวไม่สมดุล และนอกจากอาการผิดปกติที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวแล้วยังมีความผิดปกติที่ไม่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่วมด้วย (Non-Motor symptoms) ซึ่งอาการผิดปกติที่ไม่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวมักจะไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเสริมโดพามีน (Connolly & Lang. 2014 : 1680) เช่น ภาวะท้องผูก ร้อยละ 100 อาการหลงลืม ร้อยละ 20-80 อาการซึมเศร้ามากกว่า ร้อยละ 50 ปัญหาเรื่องการนอนประมาณ ร้อยละ 50 เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันโดยตรง รวมถึงครอบครัวและผู้ดูแลทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง เกิดภาวะในการดูแล (Martinez-Martin. 2009 : 1584)

ประเทศไทย ปี 2552 พบความชุกของโรคเท่ากับ 4.5-19.0 ต่อประชากร 100,000 คน และคาดการณ์ว่าอีก 15 ปีข้างหน้าจำนวนผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นด้วย โรคพาร์กินสันมีอุบัติการณ์ในเพศผู้ชายและเพศผู้หญิงที่ใกล้เคียงกัน หรือเพศหญิงมีมากกว่าในเพศชายเพียงเล็กน้อย อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะอยู่ประมาณ 55-60 ปี อย่างไรก็ตาม โรคพาร์กินสันพบได้ในคนอายุน้อยโดยมีพยาธิสภาพเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีอายุมากแต่มีการดำเนินของโรคที่แตกต่างกันซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคทางพันธุกรรมมากกว่าผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการเมื่อมีอายุมาก (Bhidayasiri et al. 2011 : 223) ในอนาคตจะมีจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นคาดว่าจำนวนผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะมีจำนวนมากกว่าปัจจุบัน (ธีรธร พูลเกษ. 2553 : 327)

ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน คือ ปัญหาการทรงตัวไม่ดี มักเกิดขึ้น 2-5 ปี เมื่อเริ่มมีอาการของโรค โรคพาร์กินสันมีการเดินที่มีลักษณะเฉพาะซึ่งเป็นการเดินชอยเท้าร่วมกับการโน้มตัวไปข้างหน้า เมื่อผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีการกลับตัวขณะเดินมักจะมีการเดินชอยเท้าถี่ ๆ ไปพร้อม ๆ กัน หรือย่อเท้าอยู่กับที่เท้าติดอยู่กับพื้นเป็นสาเหตุที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันหกล้มได้ง่าย (นงลักษณ์ บุญรอด และคณะ. 2559 : 35) การหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยพบอัตราการหกล้มในแต่ละปีที่สูง จำนวน 577 ครั้ง ภายในระยะเวลา 20 สัปดาห์ และประมาณ 1,500 ครั้ง ใน 1 ปี (Allen et al. 2013 : 2) และยังพบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะมี

ปัญหาในการดำเนินชีวิตเนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวที่ลดลงและการเคลื่อนไหวที่ลดลงนี้ทำให้เกิดอุบัติเหตุเกิดการหกล้มได้ง่าย (Hardy. 2008 : 51 ; McLaughlin et al. 2011 : 178)

การหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันส่งผลให้ส่วนของร่างกายลงไปสู่พื้นผิวอื่นที่ต่ำกว่า หรือมีการปะทะกับสิ่งต่าง ๆ ก่อนที่จะลงสู่พื้น อาจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ได้ (Pawanrat S. 2018 : 3) การหกล้มส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Wood. 2002 : 721) ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ร้อยละ 50 ที่หกล้มมักเกิดขึ้นภายในบ้านและรอบ ๆ บริเวณบ้าน และทำให้เกิดการบาดเจ็บ ร้อยละ 20 (Carpenter, C. 2014 : 343-350) ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่แข็งแรงถึง 9 เท่า (Bloem et al. 2007 : 872) และผู้สูงอายุทั่วไป ร้อยละ 38-68 มีความเสี่ยงที่จะหกล้มมากกว่า (Wood. 2002 : 722) ผู้ป่วยพาร์กินสันมักมีการเคลื่อนไหวของร่างกายบกพร่อง (Miller et al. 2006 : 239) กล้ามเนื้อในส่วนของกระดูกสันหลังทำให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเคลื่อนไหวได้ช้า เดินติดขัด ขอยเท้าถี่ ก้าวขาไม่ออก ทำให้เกิดการสูญเสียการทรงตัวเสี่ยงต่อการหกล้มสูง เป็นปัญหาที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุที่สำคัญต่อการหกล้ม (Kamata et al. 2007 : 358)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์และปัจจัยทำนายการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน คือ อายุที่เพิ่มขึ้น (Contreras and Grandas. 2012 : 3) โดยการหกล้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า เมื่ออายุมากขึ้น (Pickering et al. 2007 : 1894) และประวัติการเคยหกล้มและการหมุนตัวกลับลำบาก (Amar et al. 2015 : 57) สามารถทำนายการหกล้มและนำไปสู่การหกล้มได้ (Allcock et al. 2009 : 111) มีการติดขัดในการเดินสูง ทำให้ไม่สามารถยกเท้าสูงจากพื้นเกิดการสะดุดหกล้มได้ง่าย (Rudzinska et al. 2013 : 425) ความรุนแรงของโรคและระยะการดำเนินของโรคมีความสัมพันธ์กับการหกล้ม (Allen et al. 2013 : 9) ทำให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเกิดการสูญเสียการทรงตัวเพิ่มมากขึ้นทำให้หกล้มได้ง่าย (Bloem et al. 2001 : 872) การเคลื่อนไหวบกพร่องเพิ่มมากขึ้น การมีกิจกรรมลดลงและการจำกัดกิจกรรม ลดการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ สะโพกและข้อเข่าลดลง และการกลัวการหกล้มทำให้จำกัดกิจกรรมลดบทบาทการเข้าสังคมและลดการเคลื่อนไหวส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงจึงหกล้มได้ง่าย (Durmus et al. 2010 : 895 ; Allen et al. 2013 : 4) ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันหกล้ม ร้อยละ 36 จะเดินเร็วและหกล้มจากการลื่น ร้อยละ 18 ลักษณะของพื้นที่ขรุขระไม่เรียบ (Mak and Pang. 2010 : 1691) พื้นที่ลื่นหรือพื้นที่ต่างระดับที่ไม่สม่ำเสมอที่ทำให้สะดุดผู้ป่วยโรคพาร์กินสันสะดุด มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Rudzinska et al. 2013 : 433) ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเกิดการหกล้มภายในบ้านมากกว่า ร้อยละ 80 (Ashburn et al. 2008 : 1207) ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีการหกล้มส่วนใหญ่ระยะความรุนแรงโรคจะอยู่ระดับ 2.5 ขึ้นไป คือ มีอาการของร่างกายทั้ง 2 ด้าน ร่วมกับแกนกลางของร่างกาย (Morris. 2008 : 152) การปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

จะช่วยป้องกันการหกล้มและเพิ่มคุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย (Roongroj Bhidayasiri et al. 2015 : 1128)

ในประเทศไทย การหกล้ม ร้อยละ 80 พบว่า เกิดจากสภาพแวดล้อมภายในบ้านไม่เหมาะสม กับระยะความรุนแรงของโรค (Roongroj Bhidayasiri et al. 2015 : 1130) การหกล้มของผู้ป่วย โรคพาร์กินสัน ส่วนใหญ่ พบว่า เกิดการหกล้มภายในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 92.30 สถานที่หกล้มในส่วน ต่าง ๆ ของบ้าน พบว่า เกิดในห้องนั่งเล่น ร้อยละ 40 ห้องนอน ร้อยละ 30 และห้องน้ำ ร้อยละ 13.34 ลักษณะการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเกิดจากการสะดุดล้มเอง ร้อยละ 24.62 ลื่นไถล และสะดุดสิ่งกีดขวาง ร้อยละ 23.08 ท่าทางการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเกิดจากการล้มไป ด้านหน้าและหน้าที่มีลงพื้น ร้อยละ 33.85 หายหลังและล้มไปด้านหลัง ร้อยละ 27.69 ลักษณะ การบาดเจ็บของผู้ป่วยพาร์กินสัน พบว่า เกิดรอยถลอกมีบาดแผล ร้อยละ 27.69 ฟกช้ำ ร้อยละ 26.15 และกล้ามเนื้อเอ็นอักเสบ ร้อยละ 10.77 (Pawanrat S. 2018 : 7)

จากปัญหาการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่ได้กล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน มีความพิการของร่างกายอย่างเห็นได้ชัดเจนหลังจากที่โรคดำเนินไปหลายปี ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะมีความพิการมากขึ้น ไม่สามารถจะอยู่คนเดียวได้ ต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเพื่อช่วยเหลือทำ กิจวัตรประจำวัน เมื่ออาการของโรคเพิ่มมากขึ้นอาการสั่นลดลงแต่อาการแข็งเกร็งและการเคลื่อนไหวช้า จะเพิ่มมากขึ้น การทรงตัวลำบากเพราะศีรษะจะโน้มทึ่ไปข้างหน้า มีอาการง่วงงามทำให้หกล้มได้ง่าย จึงต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันอยู่ใกล้ ๆ พยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดการสูญเสียการประสานงาน กล้ามเนื้อมือ งานที่ละเอียดอ่อนซับซ้อนจะทำได้ ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันควรมีการรับรู้ และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสันเพื่อให้เกิดทักษะในการป้องกันการหกล้ม ของผู้ป่วยพาร์กินสันได้

การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่บ้านที่สำคัญ คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหรือการหกล้ม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและ เกิดขึ้นบ่อยครั้งในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันจึงจำเป็นต้องมีการรับรู้และ ความรู้ที่ถูกต้องต่อปัญหาของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเพื่อส่งเสริมสมรรถนะของตนเองต่อการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ (Tuite et al. 2009 : 4 ; Lindop. 2012 : 62) การป้องกันการ เกิดอุบัติเหตุจากการเดินเน้นเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เริ่มตั้งแต่การเลือกรองเท้าผู้ป่วย โรคพาร์กินสันควรสวมรองเท้าที่มีพื้นรองเท้าเป็นยาง การจัดสิ่งแวดลอมภายในบ้านให้มีความปลอดภัย บริเวณทางเดินภายในบ้านไม่ควรมีสิ่งของวางกีดขวางทางเดิน พื้นต้องแห้งไม่เปียกน้ำ นอกจากนี้ ทางเดินขึ้น-ลงบันไดและห้องน้ำต้องมีราวสำหรับยึดเกาะสำหรับผู้ป่วยเนื่องจากปัญหาการเสถียรของ การทรงตัวและท่าทางการเดินส่งผลให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมักเดินโน้มตัวไปข้างหน้าจังหวะช่วง ก้าวเท้าจะสั้นและเร็วทำให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันหกล้มได้ง่าย ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันต้อง

ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับท่าทางการเดินที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยการให้ผู้ป่วยก้าวเท้า ยาว ๆ ควรแกว่งแขนในขณะที่ก้าวเดิน เมื่อรู้สึกว่าการก้าวเท้าหนักเกินไปให้เดินช้า ๆ สำหรับผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถ เดินได้เองควรใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเวลาเดิน เช่น Walker ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันต้องรู้ เทคนิคการใช้ Walker ในการช่วยเดินเพื่อให้สามารถแนะนำหรือช่วยสอนผู้ป่วยให้สามารถเดินได้ ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจึงมีบทบาทสำคัญในการรักษาคุณภาพชีวิตที่ยอมรับได้และความเป็นอิสระ ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันยังมีการพบว่าสามารถช่วยลดการป่วยและอัตราการ เสียชีวิตลงในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้ (M.Rodríguez-Violante et al. 2015 : 1587) ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องมีความรู้และการรับรู้ต่อการดูแล ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่บ้าน การที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพ เพียงโดยอ้อมขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเป็นสำคัญ และยังคงส่งเสริมให้อาการ ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันดีขึ้นและป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ (Chuanchom Peadchponpisal. 2015 : 115)

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสัน และกลุ่มความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จะเป็นผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสันจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ระดับความรุนแรงของโรคตั้งแต่ระยะ เริ่มต้นจนไปถึงระยะที่มีความรุนแรง ทำให้เห็นถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้ในทุกระยะ ความรุนแรงของโรค เมื่อผู้ป่วยมีระยะความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดการตอบสนองต่อยา ไม่สม่ำเสมอทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมีปัญหาในการทรงตัว เดินติดขัด ก้าวขาไม่ออก เคลื่อนไหวลำบาก (ระยะของโรค 3-4) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีความเสี่ยง ต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรงถึง 9 เท่า และมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ร้อยละ 38 – 68 จากการที่พยาบาลประจำศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มความเคลื่อนไหว ผิดปกติได้มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเดินและการทรงตัวที่คลินิกพาร์กินสัน ณ ศูนย์ความเป็นเลิศ ทางทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่เข้ามาใช้บริการจะมีปัญหาด้านการหกล้ม โดยผู้ป่วย โรคพาร์กินสันที่มีระยะของโรค 3-4 มาเข้ารับบริการจะมีผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมาด้วย ผู้วิจัยจึง ได้ทำการสอบถามข้อมูลในการป้องกันการหกล้มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มาพร้อมกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่ทราบถึงวิธีการดูแล การฝึกการทรงตัวและการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่บ้านว่าควรปฏิบัติ อย่างไร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการที่จะสร้างเสริมความรู้และการรับรู้ให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เพื่อลดปัญหาการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ควรได้รับการรับรู้และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นบุคลากรที่มีบทบาทในการส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันในเรื่องของการป้องกันการพลัดตกหกล้มนั้นตรงกับสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติในด้านการสอน (Teaching) และการชี้แนะ (Choching) ให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันให้มีความรู้และการรับรู้ในการป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสัน

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นนี้ทำให้เห็นสาเหตุของความไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เนื่องจากการขาดการรับรู้และความรู้ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ผู้วิจัยมีความสนใจในการทำวิจัยเรื่องของการสร้างเสริมความรู้และการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จึงมีแนวคิดในการจัดทำโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura. 1977) เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง (Self-Efficacy) มาเป็นแนวทางในการพัฒนานการรับรู้และความรู้ เพื่อสร้างเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเกี่ยวกับการดูแลป้องกันการหกล้ม เพื่อปรับปรุงแนวทางในการให้บริการพยาบาลกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันให้เหมาะสมในแต่ละรายและช่วยให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.2 คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันต่อการป้องกันการหกล้มเป็นอย่างไร
2. ผู้ดูแลมีความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเป็นอย่างไร
3. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันต่อการป้องกันการหกล้มเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน
2. เพื่อศึกษาความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันก่อนและหลังการได้รับผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองแตกต่างกัน
2. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน มีความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสันก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองแตกต่างกัน
3. กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันก่อนการทดลองและภายหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน
4. กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสันการทดลองและภายหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน
5. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันแตกต่างกัน
6. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันแตกต่างกัน

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental design) โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่เข้ารับการรักษาศิลินิกความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ตัวแปรตาม คือ

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน
2. ความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

1.6 คำนิยามศัพท์

1. ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคพาร์กินสันระยะที่ 3-4 ผลการวัดการทรงตัว (Pull test) Positive ที่มารับการรักษาที่คลินิกพาร์กินสัน ณ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถฟัง และพูดภาษาไทยได้เข้าใจ

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งอาจเป็นญาติ สมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากญาติและครอบครัวของผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

3. โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาล 2 วัน จำนวน 15 ชั่วโมง (1 หน่วยกิต) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเพื่อการป้องกันผู้ป่วยหกล้มโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ แบนดูรา (Bandura. 1986) เป็นแนวคิด กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ประกอบด้วย

3.1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) จำนวน 3 ชั่วโมง

3.2) การใช้ต้นแบบ (Modeling) จำนวน 6 ชั่วโมง

3.3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) จำนวน 2 ชั่วโมง

3.4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) จำนวน 1 ชั่วโมง

และมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน จำนวน 3 ชั่วโมง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน กิจกรรมมีการสอนโดยการใช้โปรแกรม มีการสธิตและการสาธิตย้อนกลับ มีการประเมินด้วยแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และแบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันผลทั้งก่อนและหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน หลังจากนั้น ผู้วิจัยมีการติดตามผลหลังจากเสร็จสิ้นการสอนไปแล้ว 1 สัปดาห์ ด้วยวิดีโอคอลลิง (Video calling) ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันสามารถทำตามโปรแกรมที่ได้อบรมไปได้หรือไม่ หากเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขทางโทรศัพท์ได้ผู้วิจัยจะวิดีโอคอลกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเพื่อจะให้เห็นถึงปัญหาและร่วมกันแก้ปัญหาให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่บ้าน

4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน หมายถึง ความมั่นใจสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ตามแนวคิดแบนดูรา (Bandura.1986) โดยผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในเรื่อง การทรงตัว การเคลื่อนไหว การเดิน การสร้างความเข้มแข็งของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวด้วยการออกกำลังกาย การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันการหกล้ม โดยประเมินจากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย การป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ซึ่งระบุความมั่นใจในการทำกิจกรรมในขณะนั้น จาก 1 = ไม่มั่นใจ จนถึง 5 = มั่นใจมากที่สุด

5. ความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน หมายถึง ความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในการที่จะปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในเรื่องการทรงตัว การเคลื่อนไหว การเดิน การสร้างความเข้มแข็งของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวด้วยการออกกำลังกาย การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เพื่อป้องกันการหกล้ม โดยประเมินจากแบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย แบบประเมินเรื่องความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ซึ่งแบบคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ เป็นคำถามแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่

6. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามแผนการรักษาที่คลินิกพาร์กินสันได้กำหนดไว้ ได้แก่ การตรวจคัดกรองปัญหา การให้คำแนะนำหากผู้ป่วยมีปัญหา การสอนการทำบันทึกอาการ และการออกกำลังกายเบื้องต้น

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมฝึกอบรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการทกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้ คือ

2.1 โรคพาร์กินสัน

2.1.1 ความหมาย

2.1.2 ระบาดวิทยาของโรคพาร์กินสัน

2.1.3 พยาธิกำเนิดและสาเหตุของโรคพาร์กินสัน

2.1.4 อาการและอาการแสดงของโรคพาร์กินสัน

2.1.5 การรักษาโรคพาร์กินสัน

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

2.3 ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory)

2.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 โรคพาร์กินสัน

2.1.1 ความหมาย

โรคพาร์กินสันเป็นโรคความเสื่อมของระบบประสาทในส่วน Substantia Nigra pars compacta (SNpc) ส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติเกี่ยวกับความเคลื่อนไหวเนื่องจากสารสื่อประสาท โดพามีนซึ่งควบคุมการเคลื่อนไหวที่ต่อเนื่องของร่างกายลดอาการของโรคพาร์กินสันมีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (Motor problem) ได้แก่ อาการ สั่น แข็งเกร็ง เคลื่อนไหวช้า ทรงตัวไม่สมดุล และนอกจากอาการผิดปกติที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวแล้ว ยังมีความผิดปกติที่ไม่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่วมด้วย (Non-Motor symptoms) ซึ่งอาการผิดปกติที่ไม่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวมักจะตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเสริมโดพามีน เนื่องจากเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทอื่นร่วมด้วย เช่น Serotonin, Norepinephrine เป็นต้น ทำให้การรักษาไม่ได้ประกอบด้วยแค่การรักษาอาการผิดปกติที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวเพียงอย่างเดียว (Connolly & Lang, 2014 : 1680)

2.1.2 ระบาดวิทยาของโรคพาร์กินสัน

ในประเทศไทย ปี 2552 พบความชุกของโรคเท่ากับ 4.5-19.0 ต่อประชากร 100,000 คน และคาดการณ์ว่าอีก 15 ปีข้างหน้า จำนวนผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นด้วย โรคพาร์กินสันมีอุบัติการณ์ในเพศผู้ชายและเพศผู้หญิงที่ใกล้เคียงกัน หรือเพศหญิงมีมากกว่าในเพศชายเพียงเล็กน้อย อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะอยู่ประมาณ 55-60 ปี อย่างไรก็ตาม โรคพาร์กินสันพบได้ในคนอายุน้อยโดยมีพยาธิสภาพเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีอายุมากแต่มีการดำเนินของโรคที่แตกต่างกัน ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคทางพันธุกรรมมากกว่าผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการเมื่อมีอายุมาก (Bhidayasiri et al. 2011 : 223) ในอนาคตจะมีจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นคาดว่าจำนวนผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะมีจำนวนมากกว่าปัจจุบัน (ธีรธร พูลเกษ. 2553 : 327-333)

2.1.3 พยาธิกำเนิดและสาเหตุของโรคพาร์กินสัน

โรคพาร์กินสันเกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท (Neurodegenerative disorder) ส่วนของ Dopaminergic neuron ผลิตลดลงในก้านสมองส่วนซับสแตนเชียไนกรา (Substantia nigra) ร่วมกับการสะสมของโปรตีน Lewy Bodies (LBs) ส่งผลทำให้สารสื่อประสาทในส่วนของ Dopamine ในสมองลดต่ำลงทำให้เกิดอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ คือ อาการสั่นขณะพัก (Rest tremor) แข็งเกร็ง (Rigidity) เคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) ทรงตัวไม่ดี (Postural instability) นอกจากสาร Dopamine ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทหลักมีการผลิตลดลงแล้วยังมีสารสื่อประสาทอื่น ๆ ที่มีความผิดปกติด้วย โดยร่วมกับการสะสมของโปรตีน Lewy Bodies (LBs) ทำให้เกิดความผิดปกติอื่น ๆ ตามมาด้วย เช่น ระบบประสาทสำหรับการทรงตัวทำให้ได้รับก้มผิดปกติ (Hypomia) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ท้องผูก (Constipation) อาการนอนละเมอผิดปกติ (REM Sleep behavior disorder, RBD) และอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ เช่น ภาวะพหุธิปัญญาบกพร่อง ระบบทางเดินอาหารผิดปกติ เป็นต้น

2.1.4 อาการและอาการแสดงของโรคพาร์กินสัน

อาการของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในแต่ละรายควรได้รับการดูแลจากแพทย์สหสาขาวิชาชีพ เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลแบบครบวงจร ซึ่งประกอบด้วย การรักษาด้วยยา (Medical strategies) และการรักษาที่ไม่ได้ใช้ยา (Non-Medical strategies) หลักการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การรักษาที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้อาการของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนและทำให้ผู้ป่วยมีอายุยาวนานขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล หลักการรักษา คือ ใช้ยาในปริมาณน้อยที่สุดที่สามารถทำให้อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ดี เนื่องจากในระยะแรกของการดำเนินโรค โดยเฉพาะช่วง 5 ปีแรก จะมีการตอบสนองที่ดีต่อการรักษาด้วยยาเสริมโดปามีนมากถึงร้อยละ 70 ถึงร้อยละ 100 แต่เมื่อการดำเนินโรคนานขึ้นหลังจากได้รับการรักษาโดยยาเสริมโดปามีนที่เป็นการกระตุ้น

Dopamine receptor จากภายนอกมาเป็นระยะเวลาานานจะทำให้การตอบสนองต่อยาที่ได้รับจะผิดปกติไป หรือตอบสนองไม่สม่ำเสมอ (Motor complications) จากการศึกษาพบว่า ความชุกของอาการตอบสนองต่อยาที่ได้รับผิดปกติไปหรือตอบสนองไม่สม่ำเสมอ (Motor complications) ประมาณร้อยละ 35 ถึงร้อยละ 40 ในช่วง 4-6 ปีแรก และเพิ่มเป็นร้อยละ 70 ถึงมากกว่าร้อยละ 80 ในช่วงของการดำเนินโรคที่มากกว่าปีที่ 9-15 (Connolly & Lang. 2014 : 1672) โดยอาการของโรคพาร์กินสันจะมีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (Motor problem)

1) อาการสั่น (Rest tremor) เป็นอาการเริ่มแรกที่ตรวจพบได้ในผู้ป่วยจะเริ่มที่ด้านใดด้านหนึ่งของร่างกายซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่ออยู่เฉย ๆ เช่น เมื่อดูทีวี สนทนากับเพื่อน

2) อาการเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) เป็นอาการหลักที่ผู้ป่วยหรือญาติสังเกตได้ว่า ทำช้าลงหรือมีช่วงการเคลื่อนไหวที่แคบหรือเล็กลง (Akinesia) ซึ่งมักเกิดในด้านเดียวกับที่มีอาการสั่น และใช้เวลาระยะหนึ่งก่อนการเคลื่อนไหวจะเกิดขึ้น

3) อาการแข็งเกร็ง (Rigidity) มักสังเกตได้ยากด้วยตาเปล่า แต่พบได้จากการตรวจร่างกาย ตั้งแต่ผู้ป่วยเดินข้อศอกงอขึ้นด้านใดด้านหนึ่งจากอาการแข็งเกร็งของข้อศอกไม่สามารถเหยียดออกได้เต็มที่

4) การทรงตัวไม่สมดุล (Postural instability) มักไม่เกิดกับผู้ป่วยพาร์กินสันในระยะแรก จะเกิดเมื่ออาการผ่านไป 2-5 ปี การทรงตัวไม่ดีทำให้การยืนและเดินเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ

อาการที่เป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ทั้ง 4 อาการนี้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกลำบากในการทำกิจวัตรประจำวันและเมื่อต้องเข้าสังคมกับเพื่อน (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ. 2550) ในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันว่าโรคพาร์กินสันไม่ได้มีอาการหลักเพียงแค่เรื่องของอาการเคลื่อนไหวเท่านั้น แต่ยังมีอาการที่นอกเหนือจากการเคลื่อนไหว (Non-motor problem) ซึ่งพบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะท้องผูก ร้อยละ 100 อาการหลงลืม ร้อยละ 20-80 อาการซึมเศร้ามากกว่า ร้อยละ 50 ปัญหาเรื่องการนอนประมาณ ร้อยละ 50 เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง รวมถึงครอบครัวและผู้ดูแลทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง เกิดภาวะการดูแล (Martinez-Martin. et al. 2007 : 1578) รวมถึงผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น ถ้าผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาของการตอบสนองต่อยาไม่สม่ำเสมอ การสูญเสียแรงงานจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Campenhausen et al. 2011 : 184)

ระยะความรุนแรงของโรคพาร์กินสัน แบ่งได้เป็น 5 ระยะ ดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 อาการเป็นน้อยมักเป็นที่ร่างกายซีกเดียว อาการเริ่มต้นที่พบบ่อย คือ อาการสั่นเมื่อย่างนิ้วมือและแขนข้างหนึ่ง (Pill rolling tremor) ด้วยความเร็ว 4-8 รอบ/วินาที ผู้ป่วยอาจจะบ่นปวดกล้ามเนื้อแขน-ขา ลำตัว อาการสั่นนี้จะกินเวลาเป็นปีหรือมากกว่านั้น อาการอื่น ๆ

คือ พบว่าลำตัวข้างที่เป็นยกสูงขึ้น แขนข้างที่เป็นงอเล็กน้อย การแกว่งแขนลดน้อยลง เริ่มมีกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง การเคลื่อนไหวที่สลับกันไปมาทำได้ช้า (Dysdiadochokinesia) การเคลื่อนไหวจะช้าลง การเขียนหนังสือจะเขียนตัวเล็กจนอ่านไม่ออก (Micrographia) เนื่องจากมือสั่น การแสดงสีหน้าเฉยเมย เนื่องจากร่องที่หนังตาข้างจมูกตื้น หน้าผากย่นน้อยลง มีเหงื่อออกแถวหน้าผาก อาการ 3 อย่าง คือ อาการมือสั่นเมื่ออยู่นิ่ง ๆ อาการแข็งเกร็ง และการไม่เคลื่อนไหว (Akinesia) เริ่มชัดเจนอาจจะมีข้อเท้าบวม แต่ผู้ป่วยไม่ได้สนใจโรคจะดำเนินต่อไปและลุกลามไปยังร่างกายด้านตรงข้าม

ระยะที่ 2 โรคจะลุกลามไปยังด้านตรงข้ามร่วมกับการทรงตัวเปลี่ยนไป อาการจะค่อย ๆ เป็นในร่างกายทั้งสองซีก ผู้ป่วยจะยืนหลังโค้งงอ เดินตัวโก่ง ลำตัวจะโค้งไปข้างหน้า กระดูกสันหลังตะโพก เข่า ข้อเท้าอง นิ้วมือจะหุบ เข้าหาตัวในขณะที่พักข้อมือจะงอ การเคลื่อนไหวจะค่อย ๆ ช้าลง (Bradykinesia) ผู้ป่วยจะบ่นเหนื่อย อ่อนแรง แต่ผู้ป่วยก็ยังไม่รู้ว่าตัวเองเคลื่อนไหวช้าลง ต่อมาการเคลื่อนไหวจะเป็นไปอย่างเชื่องช้า เวลาเดินไม่แกว่งแขนตามเท้าที่ก้าวไป สีหน้าเฉยเมย เวลาเดินก้าวสั้น ๆ แบบชอยเท้าช่วงแรก ต่อมาจะก้าวยาวขึ้นเรื่อย ๆ จนเร็วมาก จะหยุดทันทีที่หันใดไม่ได้จะล้มหน้าคว่ำ ถึงระยะนี้ผู้ป่วยอาจต้องออกจากงานและแยกตัวออกจากสังคมและกิจกรรมต่าง ๆ มีอาการซึมเศร้า แต่ยังปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ระยะที่ 3 เริ่มมีอาการทรงตัวผิดปกติและร่างกายพิการเสียรีเฟล็กซ์การทรงตัวจะหกล้มง่าย เวลาจะลุกขึ้นยืนด้วยความยากลำบาก เมื่อลุกได้แล้วเวลาเดินศีรษะก็จะซุนไปข้างหน้า ระยะนี้ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือเพื่อทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น แต่งตัว

ระยะที่ 4 มีความพิการของร่างกายอย่างเห็นได้ชัดเจนหลังจากที่โรคดำเนินไปหลายปี ผู้ป่วยจะมีความพิการมากขึ้น ไม่สามารถจะอยู่คนเดียวได้ต้องมีผู้ช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน อาการสั่นเมื่อว่างลดลงแต่อาการแข็งเกร็งและการเคลื่อนไหวเชื่องช้าเป็นมากขึ้น จะยืนไม่ได้เพราะศีรษะจะทิ่มไปข้างหน้า มีอาการรุ่มง่ามหกล้มได้ง่ายจึงต้องมีผู้ช่วยเหลืออยู่ใกล้ ๆ พยาธิสภาพจะทำให้สูญเสียการประสานงานกล้ามเนื้อ งานที่ละเอียดอ่อนซับซ้อนจะทำได้ ผู้ป่วยอาจจะกินอาหารได้ แต่ต้องจัดอาหารเป็นคำเล็ก ๆ

ระยะที่ 5 Complete invalidism ผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวแทบไม่ได้เลย เนื่องจากกล้ามเนื้อแข็งเกร็งมากขึ้น อาการสั่นลดน้อยลง จะไม่สามารถยืนหรือเดินได้เลย จะนอนติดเตียง (หรือนั่งติดรถเข็น) ผู้ป่วยจะนอนหงายไม่เคลื่อนไหวใด ๆ ศีรษะจะก้มมาจรดคอ เข่างอติดแน่น เท้างอ แขนหุบเข้าหาลำตัว นิ้วงอและพิการ ข้อต่าง ๆ ติดแน่น เสียงพูดจะเบาแผ่วไม่มีเสียงสูงต่ำ สีหน้าไร้ความรู้สึก หนังตาบนถูกดึงจึงทำให้เวลามองจ้องไม่กระพริบ ผู้ป่วยจะหุบปากไม่ได้ กลืนลำบาก อาหารไหลกลับคืนจึงกินอาหารลำบาก และใช้เวลานาน ผู้ป่วยจะขาดน้ำ และซุบ ผอม เสียงต่อการติดเชื้ในทางเดินหายใจเนื่องจากทรวงอกเคลื่อนไหวน้อยลง และไม่สามารถไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระเพาะปัสสาวะทำงานผิดปกติ การไม่เคลื่อนไหวยิ่งทำให้เกิดความพิการต่าง ๆ มากขึ้น

ตารางที่ 1 การแบ่งระยะความรุนแรงโรคพาร์กินสันตาม Modified Hoehn and Yahr staging (H & Y)

ลำดับขั้น	อาการ
H & Y stage 0	ยังไม่มีอาการแสดงของโรค
H & Y stage 1	มีอาการเพียงด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย
H & Y stage 1.5	มีอาการเพียงด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย ร่วมกับแกนกลางของร่างกาย
H & Y stage 2	มีอาการทั้งสองด้านของร่างกาย โดยที่ไม่มีปัญหาเรื่องการทรงตัว
H & Y stage 2.5	มีอาการทั้งสองด้าน ร่วมกับแกนกลางของร่างกาย
H & Y stage 3	มีอาการทั้งสองด้าน ร่วมกับปัญหาเรื่องการทรงตัวเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือเพื่อทำกิจกรรมเล็กๆ น้อย ๆ เช่น แต่งตัว
H & Y stage 4	มีอาการมากทั้งสองด้าน แต่ผู้ป่วยยังสามารถยืนและเดินได้โดยอาศัยคนช่วยเหลือ
H & Y stage 5	มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวเองได้ ต้องนั่งอยู่บนรถเข็นหรือนอนอยู่บนเตียง

ที่มา: นงลักษณ์ บุญรอด, กมลวรรณ บุญเพ็ง และรุ่งโรจน์ พิทยศิริ. 2559 : 44.

การศึกษาในครั้งนี้ได้ใช้เกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยคัดกรองผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในระยะที่ 3-4 เพราะผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเริ่มมีอาการทั้ง 2 ด้าน ร่วมกับการปัญหาเรื่องการทรงตัวที่ทำให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเกิดการหกล้มได้ง่ายขึ้นและเป็นระยะที่ต้องการผู้ดูแลเข้ามาช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น

อาการผิดปกติอื่น ๆ ที่อาจพบได้ในผู้ป่วยพาร์กินสันดังนี้

อาการผิดปกติของลูกนัยน์ตา ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการมองใกล้จะมองเห็นเป็นภาพซ้อนในขณะที่มองระยะไกล อาการพบได้บ่อยในระยะเริ่มแรกของโรค ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการมองสิ่งของที่อยู่ที่สูงแต่จะมองเห็นสิ่งของที่อยู่ต่ำได้ดี และตาจะเปิดโพรงกว้างกว่าของคนปกติจึงทำให้ดูเหมือนว่าผู้ป่วยอยู่ในท่าจ้องมองตลอดเวลา

อาการยุกยิก (Dyskinesia) เป็นอาการเคลื่อนไหวผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้มีอาการแขนขาขยับเพียงเล็กน้อย หรือยุกยิกมาก จนคล้ายคนกำลังรำละครและมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อาการยุกยิกมักเกิดจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับยาลิโดโปปามาเป็นเวลานานและสูงเกินระดับ

อาการปวดเมื่อย (Ache, Pain) ผู้ป่วยมักจะมีอาการชาและอาการปวดแสบร้อนได้ สาเหตุเกิดจากการเกร็งและตึงตัวของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะที่เท้าและขา หรือเกิดอาการปวดที่เกิดขึ้น

ในช่วงยาหมดฤทธิ์ (Off period) และอีกสาเหตุหนึ่งเป็นอาการปวดที่รุนแรงที่เกิดขึ้นขณะกลืนเนื้อ
หดเกร็งมาก ที่เรียกว่า Dystonia จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวด

การกลืนลำบาก (Dysphagia) สังเกตได้จากการรับประทานอาหารช้าลง มีน้ำลายไหล
มากขึ้น มีความรู้สึกวาก่อนอาหารมาจุกอยู่ที่ลำคอและลำบากมากที่จะกลืนลง เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด
การสำลักอาหารเข้าสู่ปอดได้ ทำให้เกิดปอดอักเสบ (Pneumonia) ได้

อาการท้องผูก (Constipation) เกิดจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ทำงานลดลงจาก
ความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ช้ากว่า
ปกติ ทำให้มีอาการท้องอืดและอุจจาระของผู้ป่วยค้างในลำไส้ ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ง่าย

ความดันโลหิตต่ำ (Postural hypotension) ผู้ป่วยจะมีความดันโลหิตต่ำเวลาลุกนั่ง
หรือยืนเกิดจากผลการใช้ยารักษาโรคนี้และความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับระบบประสาทส่วนปลาย

นอกจากอาการดังกล่าวข้างต้น ยังพบว่า ประมาณ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน
จะมีอาการอย่างอื่นนำมาก่อนปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวหรืออาการสั่นแต่ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันอาจจะ
ไม่รู้ตัว ได้แก่ ปัญหาเรื่องการดมกลิ่น การรับรสเสียไป กลืนลำบาก อาการท้องผูก ระบบกล้ามเนื้อ
กระเพาะปัสสาวะขาดประสิทธิภาพ ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันบางรายอาจมีอาการเหนื่อยล้าที่มากกว่าปกติ
(Excessive fatigue) โดยอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเป็นอาการที่พบได้เหมือนกับอาการ
เหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อ และประสาท โรคปอด โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคซึมเศร้า โรคไตวาย
โรคปอดอักเสบ โรคอัมพาต เป็นอาการที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่อยากทำกิจกรรมต่าง ๆ ทางด้านร่างกาย มีผล
ต่อจิตใจ เกิดขึ้นเป็นเวลาหลายวันจนถึงเป็นสัปดาห์ นอกจากอาการด้านร่างกายแล้วยังมีอาการทางจิตเวช
ในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันอีกด้วย

2.1.5 การรักษาโรคพาร์กินสัน

การรักษาผู้ป่วยพาร์กินสันในประเทศไทยส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาด้วยการรับประทานยา
ซึ่งเป็นยากลุ่มเสริมสารสื่อประสาทโดปามีน (Dopaminergic medications) เพื่อไปทดแทนสารสื่อ
ประสาทโดปามีนที่มีการลดลงดังกล่าว การพิจารณาของแพทย์ในการเลือกให้ยาพาร์กินสันในผู้ป่วย
แต่ละรายขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น อายุผู้ป่วย ระยะเวลาของการเป็นโรคพาร์กินสัน อาการพาร์กินสัน
ที่เป็นอาการเด่น และโรคประจำตัวอื่น เป็นต้น ยารักษาโรคพาร์กินสันสามารถแบ่งออกได้เป็นกลุ่ม
ดังต่อไปนี้

1) ยาเลโวโดปา (Levodopa) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ทดแทนสารสื่อประสาทโดปามีน
โดยตรง จึงทำให้ระดับโดปามีนในระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มขึ้น ออกฤทธิ์รวดเร็วและให้ผลการรักษา
อาการพาร์กินสันได้ดีมาก ปัจจุบันยาเลโวโดปาจัดเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาโรคพาร์กินสัน
ที่เมื่อเทียบกับยารักษาพาร์กินสันชนิดอื่น แต่การใช้ยากลุ่มนี้ในระยะยาวพบว่าทำให้เกิดอาการ
ตอบสนองต่อยาไม่สม่ำเสมอได้บ่อย

2) ยากลุ่มเสริมการทำงานของโดปามีน (Dopamine agonists) เป็นยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้นตัวรับสารสื่อประสาทโดปามีน ออกฤทธิ์ช้ากว่าและให้ผลการรักษาอาการพาร์กินสันได้ไม่เทียบเท่ากับยาเลโวโดปา แต่อย่างไรก็ตาม ยากลุ่มนี้ทำให้เกิดอาการตอบสนองต่อยาไม่สม่ำเสมอได้น้อยกว่ายาเลโวโดปา ซึ่งแพทย์จึงนิยมใช้ร่วมกับยาเลโวโดปาเพื่อลดปริมาณการใช้ยาเลโวโดปา ในผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาเลโวโดปา

3) ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Catechol-O-Methyltransferase (COMT inhibitor) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Catechol-O-Methyltransferase (COMT inhibitor) จึงช่วยลดการทำลายยาเลโวโดปา เพิ่ม Half-life ของยาเลโวโดปา และส่งผลให้ยาเลโวโดปาเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางมากขึ้น เพื่อเปลี่ยนเป็นโดปามีนต่อไป ยากลุ่มนี้ พบว่าสามารถลดอาการยาหมดฤทธิ์ก่อนถึงยามื้อต่อไปได้ดี แต่จำเป็นจะต้องทานยานี้พร้อมกับยาเลโวโดปาเท่านั้นไม่สามารถรับประทานเดี่ยว ๆ ได้

4) ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Monoamine Oxidase B (MAO-B inhibitor) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Monoamine Oxidase B (MAO-B inhibitor) โดยการลดการทำลายสารสื่อประสาท Monoamine กลไกนี้ส่งผลให้ระดับของสารโดปามีนในระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มขึ้น จึงสามารถยืดเวลาออกฤทธิ์ของโดปามีนออกไปได้

5) ยากลุ่มต้านโคลิเนอร์จิก (Anticholinergics) ยาในกลุ่มนี้ทำให้เกิดสมดุลระหว่างสารสื่อประสาทโดปามีน และ Acetylcholine ในระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทส่วนปลาย แพทย์จึงนำมารักษาอาการพาร์กินสันชนิดซึม เช่น อาการสั่น แต่ไม่สามารถลดอาการอื่น ๆ เช่น อาการเคลื่อนไหวช้า และอาการแข็งเกร็งของโรคพาร์กินสันได้

ในระยะต้นของอาการโรคพาร์กินสัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการตอบสนองต่อยาดีมาก เนื่องจากช่วงของการตอบสนองต่อยากว้าง (Wide the therapeutic window) แต่ช่วงของการตอบสนองดีต่อยานั้นมักจะมีผลอยู่ไม่นาน โดยพบว่า ในระยะที่โรครุนแรงขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะกลางหรือระยะปลาย หรือภายหลังผู้ป่วยที่ได้ใช้ยารักษามากกว่า 6 ปี พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการตอบสนองต่อยาที่ไม่สม่ำเสมอ (Motor fluctuations) โดยอาการดังกล่าวจะประกอบไปด้วย อาการยุกยิก (Peak dose dyskinesia) อาการยาหมดฤทธิ์ก่อนถึงยามื้อต่อไป (Wearing off) และอาการยาออกฤทธิ์ช้า (Delay on) เป็นต้น โดยสาเหตุของอาการดังกล่าวเกิดจากช่วงของการตอบสนองต่อยาแคบลง (Narrow therapeutic window) ทำให้เกิดอาการตอบสนองต่อยาที่ไม่สม่ำเสมอเนื่องจากการปรับยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้มักทำได้ยาก อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันจึงได้มีการพัฒนาวิธีการรักษาด้วยวิธีใหม่ ๆ เพื่อช่วยลดหรือบรรเทาอาการดังกล่าว โดยพบว่า การรักษาด้วยการบริหารยาแบบต่อเนื่อง รวมถึงการผ่าตัดรักษาในโรคพาร์กินสันจะสามารถช่วยลดอาการตอบสนองต่อยาที่ไม่สม่ำเสมอได้ และได้ผลการรักษาดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ยารับประทานแบบเดิม อย่างไรก็ตาม การรักษา

ด้วยวิธีดังกล่าวยังไม่เป็นที่แพร่หลายในประเทศไทยเนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคพาร์กินสัน สามารถทำได้เฉพาะในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ หรือโรงเรียนแพทย์เท่านั้น

วิธีการรักษาโรคพาร์กินสันด้วยวิธีอื่นนอกเหนือจากการทานยาในปัจจุบัน มี 3 วิธี

- 1) การผ่าตัดรักษาในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease surgery)
- 2) การให้ยาากลุ่มเสริมตัวรับโดปามีนในรูปแบบยาฉีดใต้ผิวหนัง (Apomorphine subcutaneous injection)
- 3) การให้ยาโดปามีนแบบต่อเนื่องทางลำไส้เล็ก (Levodopa-carbidopa intestinal gel infusion)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่บ้าน ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเป็นสำคัญ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจึงควรมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ คือ มีภาวะสุขภาพร่างกายแข็งแรงพอที่จะให้การช่วยเหลือผู้อื่นได้ และมีความเต็มใจในการที่จะดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคพาร์กินสันรวมทั้งควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเพื่อส่งเสริมให้อาการของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันดีขึ้นและป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้น ปัญหาหรือผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่บ้านจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลควรวางแผนร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเพื่อผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้รับผลประโยชน์สูงสุดส่งผลให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข (Chuanchom P. 2017 : 115)

การหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

การหกล้มเป็นอุบัติเหตุที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก ระบุว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีโอกาสหกล้ม ร้อยละ 28-35 ต่อปี และเมื่อมีอายุมากขึ้นถึง 70 ปี มีโอกาสหกล้มสูงถึงร้อยละ 32-42 ต่อปี (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. 2557) ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society) โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในระยะ 10 ปี มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึง 2,500,000 คน และคาดการณ์ว่าจะสูงถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2568 (นิพา ศรีช้าง. 2560 : ออนไลน์) และพบอัตราการหกล้มเฉลี่ย 2 คนต่อวัน โดยผู้สูงอายุที่ยังมีอายุมากขึ้นการเกิดอุบัติเหตุหกล้มยิ่งพบได้มากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต และผู้ที่มีปัญหาการทรงตัว รวมทั้งโรคพาร์กินสันผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะมี

อาการทรงตัวลำบาก เดินติดขัด ก้าวขาไม่ค่อยออก เวลาเดินมักจะลากเท้าหรือยกไม่สูงจากพื้น (สายสมร พุ่มพิศ. 2559) อาการดังกล่าวส่งผลให้เกิดการหกล้มได้ง่าย ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการหกล้มจากพยาธิสภาพและอาการของโรคส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุหกล้มได้บ่อย ๆ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายไปในทางที่เสื่อมลงอยู่แล้วตามปกติของวัยสูงอายุ (Chuanchom, P. 2017 : 167) ในช่วง 5 ปีแรก ของระยะดำเนินโรคนั้น ผู้ป่วยพาร์กินสันจะมีความผิดปกติของการเดินในอัตราสูง ร้อยละ 55-60 ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันการเดินจะมีลักษณะเฉพาะคือ จะเดินแบบแขนไม่แกว่งข้างใดข้างหนึ่ง ในระยะแรกจะเดินช้าลงก้าวสั้นลงกว่าเดิมและเดินมักยกเท้าขึ้นไม่สูงจากพื้น เดินแบบซอยเท้าถี่ ๆ และก้าวสั้น ๆ ลำตัวมักโน้มไปข้างหน้า ทำให้ผู้ป่วยพาร์กินสันหกล้มได้ง่าย (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุณนาค. 2550) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวการหกล้มอย่างมาก เมื่อพบเห็นสิ่งของอยู่บนพื้น เช่น ขอบพรม เชือก หรือท่อนไม้ขวาง จะหยุดนิ่งไม่ยอมขยับเท้าก้าวเดิน การลुकนึ่งเก้าอี้เตี้ย ๆ อาจมีการล้มหายหลังได้ เนื่องจากมีความลำบากในการเปลี่ยนอิริยาบถ สาเหตุจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อสะโพกและกล้ามเนื้อต้นขา ระยะโรคปานกลาง ผู้ป่วยจะมีปัญหาการเดินมากขึ้น คือ เดินหน้าพุ่งไปข้างหน้าจนเป็นแบบวิ่งเหยาะ ๆ และเป็นวิ่งในที่สุด เมื่อต้องการจะหยุดจะมีความยากลำบากมาก เดินถอยหลัง คือ เดินไปข้างหน้าหนึ่งก้าวแล้วจะมีเดินถอยหลังกลับสองถึงสามก้าว เดินเอียงข้างจะเซไปข้างใดข้างหนึ่ง ระยะท้ายของโรค การดำเนินการของโรคที่เลวลงเรื่อย ๆ ในการทรงตัวและการเดิน แม้จะได้รับการรักษาด้วยยาและการผ่าตัด ภายหลัง 10-15 ปี จะมีปัญหาการหกล้มได้บ่อย ๆ และมีปัญหากระดูกหักตามมาเสมอ ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะมีความเสี่ยงในการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่แข็งแรงถึง 9 เท่า มากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปถึงร้อยละ 38-68 (Wood et al. 2002 : 722)

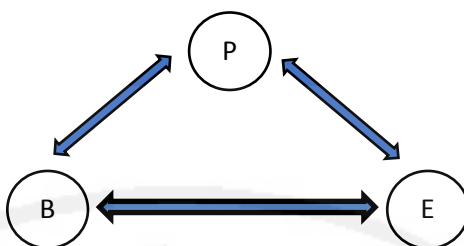
2.3 ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy theory)

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy theory) เป็นทฤษฎีที่อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) (Bandura. 1977 : 191-21) พัฒนาขึ้น ในระยะแรกแบนดูราได้เสนอกรอบแนวคิดไว้ว่า กระบวนการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ควรมีลักษณะของการกำหนดการอาศัยซึ่งกันและกันของตัวแปร 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal person factor=P) อันได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง
2. เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior condition=B)
3. เงื่อนไขเชิงสิ่งแวดล้อม (Environmental condition=E)

ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบนี้ มีลักษณะต่อเนื่องเป็นขั้นตอน เป็นระบบที่เกี่ยวกันไว้ (Interlock system) โดยแต่ละองค์ประกอบต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ซึ่งอิทธิพลแต่ละอย่างจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม (Bandura. 1977 : 191-21) ดังแผนภูมิที่ 1

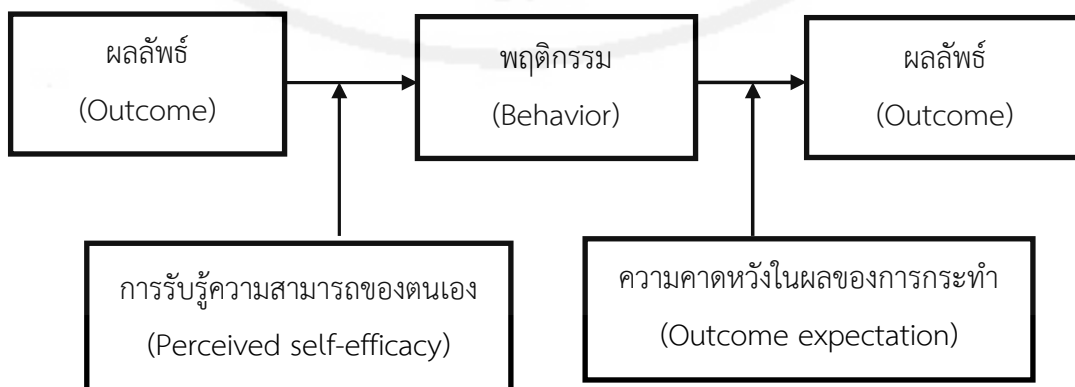
แผนภูมิที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลเงื่อนไขเชิงพฤติกรรมและปัจจัยสภาพแวดล้อม



ที่มา: Bandura. 1997 : 191-21.

ในระยะแรกแบนดูราได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวังความสามารถของตนเองว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถตนเองในลักษณะที่เฉพาะเจาะจงและความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ต่อมาภายหลังใช้คำว่า “การรับรู้ความสามารถในตนเอง (Perceived self-efficacy)” แทนความคาดหวังในสมรรถนะของตนเอง การตัดสินใจของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมจะเกี่ยวกับสมรรถนะของตนเองที่จะจัดการหรือดำเนินการกิจกรรม โดยแบนดูราเชื่อว่าบุคคลสองคนอาจมีสมรรถนะไม่แตกต่างกัน แต่จะแสดงออกมาในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ถ้าพบว่าคนสองคนนี้มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองและสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ดังนั้น สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพการแสดงออกขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถในตนเองในสภาพการณ์นั้น ๆ จากแนวคิดเบื้องต้นแบนดูราได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยมีสมมุติฐานว่าถ้าบุคคลคาดหวังหรือมีความเชื่อในสมรรถนะตนเองโดยที่ทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้างและเมื่อทำแล้วได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็ปฏิบัติตาม โดยมีโครงสร้างของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการกระทำ (Bandura. 1977: 191-21) ดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 โครงสร้างทฤษฎีของแบนดูรา



องค์ประกอบที่สำคัญของทฤษฎีนี้ ประกอบไปด้วย

1. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนเองมีสมรรถนะที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบผลสำเร็จได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

2. ความคาดหวังในผลของการกระทำ (Outcome expectation) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าพฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองได้คาดหวังไว้อย่างแน่นอน บุคคลที่ตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมอย่างใดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองว่าจะกระทำหรือไม่ และความคาดหวังในผลที่จะเกิดการกระทำพฤติกรรม เนื่องจากมนุษย์เรารู้ว่าการกระทำใดนำไปสู่ผลลัพธ์ใด แต่ความสามารถมนุษย์แต่ละคนที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ มีขีดจำกัดไม่เท่ากัน ดังนั้น การที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถตนเอง และอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลของการกระทำ นอกจากนี้ แบนดูรา ยังแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองกับความคาดหวังในผลของการกระทำว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลของการกระทำสูงเช่นเดียวกัน บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำและมีความคาดหวังในผลของการกระทำต่ำด้วยบุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น และแบนดูราได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลว่าอาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ (Dimension) 3 มิติ คือ

2.1) มิติตามขนาดความคาดหวัง (Magnitude) หมายถึง ระดับความคาดหวังของบุคคลในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลในการกระทำพฤติกรรมหนึ่งหรือบุคคลเดียวกันจะแตกต่างกันในพฤติกรรมที่แสดงออกในความยากง่าย ถ้าบุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถตนเองต่ำหรือความสามารถจำกัดทำงานได้เฉพาะเรื่องที่ย่าง ๆ ถ้ามอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยากเกินความสามารถอาจพบความล้มเหลวได้

2.2) มิติการแผ่ขยายความหวัง (Generality) หมายถึง ประสบการณ์บางอย่างก่อให้เกิดความสามารถที่จะนำไปสู่การปฏิบัติงานอื่น ในสถานการณ์ที่คล้ายกันแต่ในปริมาณที่แตกต่างกันของประสบการณ์บางอย่างไม่อาจนำความคาดหวังเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนนำไปใช้ในสถานการณ์อื่น

2.3) มิติความเข้มข้นของความคาดหวัง (Strength) ถ้าความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนเองนั้นมีความเข้มข้นน้อย คือ ไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเองเมื่อประสบการณ์ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังจะทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับสมรรถนะของตนเองลดลง แต่ถ้ามีความคาดหวังมากหรือมีความมั่นใจบุคคลจะมีความพยายามแม้ว่าจะประสบเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังมากก็ตาม แบนดูรา ได้เสนอแนะวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองไว้ 4 ขั้นตอน (Bandura. 1977: 330-332) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เนื่องจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงจะทำให้เกิดความสำเร็จในการเพิ่มสมรรถนะของตนเองจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะการเรียนรู้ที่เพียงพอในการที่จะประสบความสำเร็จไปพร้อม ๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่ามีขีดความสามารถเพียงพอในการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งจะทำให้เขาสามารถทักษะที่ได้รับนั้นอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 การใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วก็จะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้ หากว่าบุคคลต้องมีความสามารถในการกระทำสิ่งนั้นอยู่ก่อนแล้วเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่นและบุคคลจะต้องบอกกับตนเองว่าผู้อื่นสามารถทำแล้วประสบความสำเร็จเขาก็ต้องทำได้เช่นกันถ้าเขามีความตั้งใจและพยายาม

ขั้นตอนที่ 3 การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) คือ การที่ผู้อื่นใช้ความพยายามในการพูดกับบุคคลเพื่อให้เขาเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จได้ การเกลี้ยกล่อมจากผู้อื่นจะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จ

ขั้นตอนที่ 4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) จะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยการกระตุ้นอารมณ์ในทางบวกจะทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองดีขึ้นอันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถในตนเองดีขึ้นด้วย

จากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy theory) จะเห็นว่า ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตน โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ บุคคลนั้นจะปฏิบัติตามการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตนจึงเป็นสิ่งที่ทำนายหรือตัดสินว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป

2.4 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและรูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ในประเทศไทยกฎหมายของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์อนุญาตให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมการพยาบาลเวชปฏิบัติสามารถให้การรักษาโรคเบื้องต้นที่พบบ่อยและการจัดการกับภาวะฉุกเฉินตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล. 2551 : ออนไลน์) และการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิพยาบาลจะต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองให้ชัดเจนรวมถึงเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติซึ่งต้องเป็นไปตามข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามที่สภาการพยาบาลกำหนดและเอกลักษณ์ที่เป็นไปตามบริบทกฎหมายและระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย (สุวรรณา จันทรประเสริฐ. 2550 : 64) สำหรับข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและ

การผดุงครรภ์ขั้นหนึ่งที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้นและขึ้นทะเบียนกับสภาการพยาบาล มีบทบาทในการปฏิบัติงานดังนี้

1. ประเมินภาวะสุขภาพวินิจฉัยแยกโรคการดูแลที่เหมาะสมเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค
2. รักษาโรคและอาการที่พบบ่อยรวมไปถึงการทำหัตถการและการส่งต่อเพื่อรับการดูแลที่เหมาะสม
3. ติดตามผลการรักษาและให้การช่วยเหลือ
4. รับผิดชอบเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura. 1977 : 191-21) มาเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และผู้ดูแลยังสามารถนำกลับไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้น ซึ่งในการการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น แบนดูรา เสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 ขั้นตอน คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยการสาธิตให้ความรู้และแสดงตัวอย่างให้ผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประสบการณ์ในการเรียนรู้ให้กำลังให้ผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันสามารถดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันได้และประเมินความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลโดยครอบคลุมในเรื่องความรู้เรื่องโรคพาร์กินสันโดยผ่านกระบวนการดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) ผู้วิจัยใช้วิธีการสอนและสาธิต โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้ปฏิบัติจริงและมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ มีการให้บทวนซ้ำจนเกิดความมั่นใจ นอกจากนี้ ยังมีการวิดีโอคอลเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้ปฏิบัติจากสถานที่จริงและบทวนการปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น

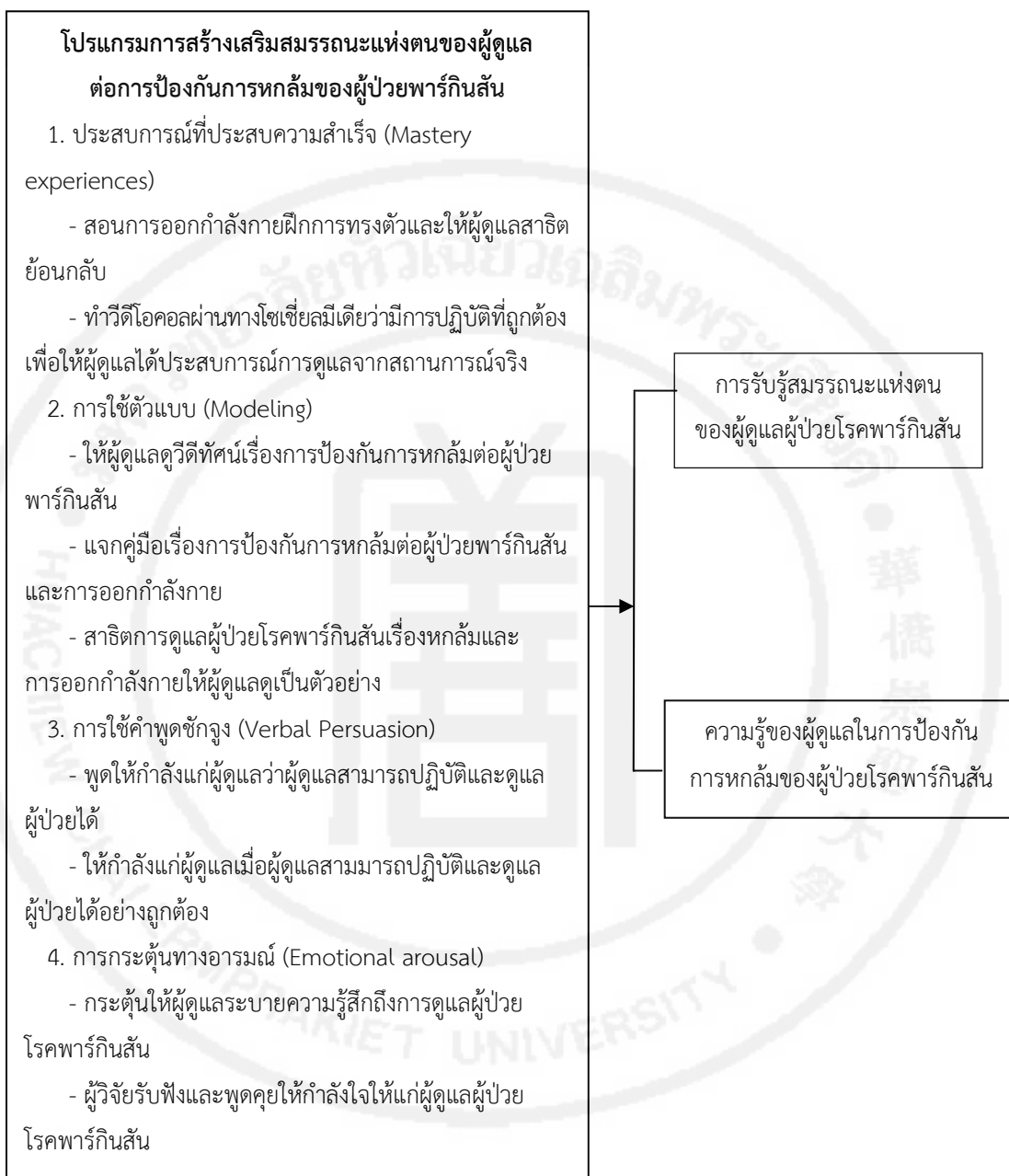
2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) ผู้วิจัยใช้วิธีการสาธิตให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันดูเป็นตัวอย่างหลังจากสาธิตเสร็จได้ให้ผู้ดูแลปฏิบัติตาม นอกจากนี้ ยังให้ผู้ดูแลที่สามารถปฏิบัติถูกต้องได้สาธิตให้แก่ผู้ดูแลคนอื่น ๆ ได้ดูอีกด้วย และมีการวิดีโอคอลเพื่อพูดคุยและบทวนว่าผู้ดูแลมีการปฏิบัติที่ถูกต้องทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเพิ่มมากขึ้น

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) ผู้วิจัยใช้คำพูดในการชักจูงผู้ดูแลว่ามีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันต่อการป้องกันการหกล้มได้ ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในการป้องกันการหกล้มให้สำเร็จ

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันระบายความรู้สึกและประสบการณ์ในการดูแลและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันหลังจากได้รับการดูแลที่ถูกต้อง

ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้ (แผนภูมิที่ 3)

แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มความเคลื่อนไหวผิดปกติ ทั้งหมด จำนวน 30 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมการฝึกอบรมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน 2 วัน จำนวน 15 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบแผนการวิจัย แบบ 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) ดังปรากฏตามตารางที่ 4

ตารางที่ 2 แบบแผนการวิจัย

Pretest	Treatment	Posttest
G1 P1	SPP	G1 P2
G2 P1	X	G2 P2

ดัดแปลงจาก: ธวัชชัย วรพงษ์ศร. 2543 : 53.

G1 แทน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

G2 แทน กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

P1 แทน การทดสอบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

P2 แทน การทดสอบหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ซึ่งมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
5. ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคพาร์กินสัน ระยะ 3-4 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ระยะที่ 3-4 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสัน และกลุ่มความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

1) การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีลักษณะเฉพาะที่ต้องการศึกษามีจำนวนน้อย จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 30 ราย เป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอตามข้อคิดเห็นของ โพลิส และฮังเกอร์ (Polis and Hangler. 1999 : 290-291)

2) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) จากคุณสมบัติดังนี้

2.1) เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันให้การดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีปัญหาการหกล้ม ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในคลินิกความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

2.2) อายุ 20 ปีขึ้นไป

2.3) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้

2.4) มีที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

2.5) สนใจในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มทดลอง

2.6) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถสื่อสารด้วยโทรศัพท์ผ่านภาพและเสียงได้ (Video calling)

3) เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ (Inclusion criteria) คือ

3.1) ระหว่างที่ทำการวิจัยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีการเปลี่ยนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

3.2) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันขอยุติการเข้าร่วมโปรแกรม

3.3) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามที่โปรแกรมกำหนด

3.2 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีการให้ความรู้เรื่องดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน

2. ตัวแปรตาม คือ

2.1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

2.2) ความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

ประกอบด้วย โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน คู่มือการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ประกอบด้วย

1) โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เป็นการส่งเสริมความรู้และการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันโดยผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ซึ่งพัฒนาขึ้นมาจากแนวความคิดของเบนดูรา ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการส่งเสริมความสามารถก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2) คู่มือการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เป็นเอกสารประกอบสำหรับให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันมีภาพประกอบบรรยายด้วยตัวอักษร ซึ่งประกอบด้วย ความหมายของโรค ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรค ผลกระทบของโรค และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย การป้องกันการหกล้ม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3) แบบบันทึกการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ผ่านทางภาพและเสียงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ผู้ป่วย และผู้วิจัย แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ส่วนที่ 2 คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ส่วนที่ 3 คือ ข้อมูลสำหรับผู้วิจัย จำนวน 1 ข้อ ประกอบด้วย การทรงตัวของผู้ป่วย

2) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและตำราวิชาการ ประกอบด้วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ซึ่งระบุความมั่นใจในการทำกิจกรรมในขณะนั้น จาก 1 = ไม่มั่นใจ จนถึง 5 = มั่นใจมากที่สุด ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้คะแนนสูงสุดแสดงว่าผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันต่อการป้องกันการหกล้มมาก โดยมีคำถามทั้งหมด 8 ข้อ โดยผู้วิจัยแบ่งระดับการรับรู้เป็น 3 ระดับ มีความกว้างของการรับรู้ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2541)

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการรับรู้}} \\ &= \frac{40 - 1}{3} \\ &= 13 \end{aligned}$$

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.0–13.9 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 14.0–26.9 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 27.0–40 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาก

3) แบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและตำราวิชาการ จากนั้นกำหนดข้อคำถามให้สอดคล้องและครอบคลุมกับเนื้อหาการสอนสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามสั้น ประมาณ 25 ข้อ เกี่ยวกับความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เรื่องการฝึกการเดินและการทรงตัว การออกกำลังกาย และการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันการหกล้ม เป็นลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ เป็นคำถามแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ และใช้เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบของคะแนน

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ใช่	1 คะแนน	0 คะแนน
ไม่ใช่	0 คะแนน	1 คะแนน

โดยผู้วิจัยแบ่งระดับการรับรู้เป็น 3 ระดับ มีความกว้างของความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้ม ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2541)

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการรับรู้}} \\ &= \frac{25-1}{3} \\ &= 8 \end{aligned}$$

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.0–7.9 หมายถึง มีความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มน้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย 8.0–15.9 หมายถึง มีความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 16.0–25 หมายถึง มีความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มมาก

4) โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) (Bandura. 1977 : 191-21) โดยเนื้อหาประกอบด้วยเรื่องย่อยทั้งหมด 1 หน่วย ดังนี้ คือ

- 4.1) กิจกรรมมั่นใจในสมรรถนะของตนประกอบด้วย เรื่องเล่า “ผู้ป่วยพาร์กินสัน”
 - (1) เอกสารประกอบกิจกรรมมั่นใจในสมรรถนะของตน เรื่องเล่า “ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน”
 - (2) เอกสารประกอบมั่นใจในสมรรถนะของตน วิดีทัศน์ เรื่องราว “เข้าใจพาร์กินสัน” YouTube ความยาว 1.30 วินาที
- 4.2) ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน
- 4.3) การฝึกการออกกำลังกายและการจัดบ้านให้ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยใช้วิธีการสอนและการสาธิตย้อนกลับ

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 การหาความตรงของเครื่องมือ (Content validity)

มีขั้นตอนการหาคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

- 1) ศึกษาตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน
- 2) ออกแบบวัดความรู้เรื่องป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน
- 3) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ เรื่อง การปฏิบัติป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ไปเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พยาบาลชำนาญการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสัน และกลุ่มความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (IOC : Index of Item Objective Congruence) ของแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ว่ามีความตรงของเนื้อหาระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหาเพียงใด การหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (IOC) เป็นการหาค่าความเที่ยงตรงที่ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาว่าข้อสอบหรือข้อคำถามแต่ละข้อวัดได้ตรงตามสิ่งที่ต้องการวัดเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์การเรียนรู้มากน้อยเพียงใด โดยกำหนดระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เกณฑ์การประเมินดังนี้

ให้คะแนน +1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อสอบวัดจุดประสงค์/เนื้อหานั้น

ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อสอบวัดจุดประสงค์/เนื้อหานั้น

ให้คะแนน -1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อสอบไม่วัดจุดประสงค์/เนื้อหานั้น

เมื่อผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านให้คะแนนมาให้ผู้วิจัยนับค่าคะแนนของแต่ละข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้มารวมกันหาร 3 จากนั้นนำคะแนน IOC ตั้งแต่ 0.5 มาใช้

3.4.2 การตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน หลังจากนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา หาค่าความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.982

2) แบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน หลังจากนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาหาค่าความเที่ยง แบบ KR-20 ของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder & Richardson) 0.96

3) คู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura, 1977 : 191-21) มาเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และผู้ดูแลยังสามารถนำกลับไปปฏิบัติต่อเนืองที่บ้านหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้น ซึ่งในการการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น แบนดูรา เสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 ขั้นตอน คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยการสาธิตให้ความรู้และแสดงตัวอย่างให้ผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประสบการณ์ในการเรียนรู้ให้กำลังใจว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันสามารถดูแลผู้ป่วย

โรคพาร์กินสันได้และประเมินความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลโดยครอบคลุมในเรื่องความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน

3.1) นำรูปแบบคู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมในเนื้อหาของโปรแกรมแล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

3.2) นำไปสร้างคู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ฉบับจริง

3.3) นำไปปฏิบัติจริงโดยผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญ

3.5 ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 ขั้นเตรียมการ

1) ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ไปยังศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บข้อมูล

2) ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน เกี่ยวกับความสมัครใจหากไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ หรือจะถอนตัวระหว่างทำการศึกษาหรือภายหลังก็ได้ จะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมจะไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบทดสอบ ทั้งนี้แบบทดสอบจะมีการลกรหัสเพื่อประโยชน์ในการติดตามเท่านั้น

3) เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ นายแพทย์รุ่งโรจน์ พิทยศิริ หัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ชี้แจงการดำเนินการเก็บข้อมูล ตารางการสอนให้ความรู้ด้วยโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ให้แก่กลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน

4) ผู้วิจัยได้แจ้งตารางจัดอบรมให้ความรู้ด้วยโปรแกรม เรื่องโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน จำนวน 15 คน ก่อนล่วงหน้าเป็นเวลา 1 สัปดาห์

3.5.2 ขั้นดำเนินการ

เลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย ตามคุณสมบัติและความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน ดังนี้

ตารางที่ 3 แบบแผนโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน

วันที่/ระยะเวลา	แผนการให้ความรู้	วัตถุประสงค์	สาระการเรียนรู้	วิธีการ
วันที่ 1 30 นาที	ปฐมนิเทศสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าเข้าร่วมโปรแกรม	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยกันระหว่างผู้สอนและผู้เข้าร่วมอบรม 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมทราบถึงวัตถุประสงค์และระยะเวลาของโครงการวิจัย 3. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมทราบถึงโครงสร้างของการให้ความรู้เรื่องโรค และการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน 	ให้ข้อมูลชี้แจงกิจกรรมการเรียนการสอน โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน	1. การสอนโดยการบรรยาย
30 นาที		<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมเข้าใจและทดสอบความรู้ตนเองในเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันในการป้องกันการหกล้ม 	<ul style="list-style-type: none"> - แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Pre-test) จำนวน 8 ข้อ - แบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Pre-test) จำนวน 25 ข้อ 	<ol style="list-style-type: none"> 2. ให้ผู้เข้าร่วมอบรมทำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและแบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ตารางที่ 3 (ต่อ)

วันที่/ระยะเวลา	แผนการให้ความรู้	วัตถุประสงค์	สาระการเรียนรู้	วิธีการ
วันที่ 1 2 ชม.	กิจกรรมมั่นใจในสมรรถนะ ของตนต่อผู้ดูแลผู้ป่วย โรคพาร์กินสัน	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีส่วนร่วม ทางอารมณ์ความรู้สึกส่งเสริมให้ เข้าใจและยอมรับต่อการดูแลผู้ป่วย พาร์กินสันเพิ่มขึ้น 2. เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยง ทางความรู้สึกต่อหน้าที่ในการดูแล ผู้ป่วยพาร์กินสันของผู้ดูแล	- เรื่องเล่า “ผู้ป่วยพาร์กินสัน” - วิดิทัศน์เรื่องราว “เข้าใจพาร์กินสัน”	1. การบรรยายโดยผู้วิจัย 2. ให้เขียนความรู้สึกของ ตนเองต่อผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยผู้ดูแลที่เข้าร่วมอบรม
วันที่ 1 3 ชม.	ความรู้เรื่องโรคและการดูแล ผู้ป่วยพาร์กินสัน	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ ในเนื้อหา - ความหมายโรคพาร์กินสัน - เหตุปัจจัยของโรคพาร์กินสัน - การดำเนินของโรคพาร์กินสัน - ลักษณะทางคลินิก - การรักษาโรคพาร์กินสัน ที่สำคัญ - ยารักษาโรคพาร์กินสัน	- ความหมายของโรคพาร์กินสัน - ปัจจัยและสาเหตุของโรคพาร์กินสัน - การดำเนินของโรคพาร์กินสัน - ลักษณะทางคลินิก - การรักษาโรคพาร์กินสันที่สำคัญ - ยารักษาโรคพาร์กินสัน	1. การสอนบรรยายโดย ผู้วิจัย

ตารางที่ 3 (ต่อ)

วันที่/ระยะเวลา	แผนการให้ความรู้	วัตถุประสงค์	สาระการเรียนรู้	วิธีการ
วันที่ 2 3 ชม.	การฝึกการเคลื่อนไหวในผู้ป่วย โรคพาร์กินสัน (Gait and balance training)	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ ความเข้าใจการฝึกการเคลื่อนไหว ในผู้ป่วยพาร์กินสัน	- การฝึกการเคลื่อนไหวในผู้ป่วย โรคพาร์กินสัน - การป้องกันการหกล้มและ การทรงตัว - การออกกำลังกายในท่านั่งและ ทำยืน	1. การสอนแบบมีส่วนร่วม
วันที่ 2 3 ชม.	ผู้ดูแลสามารถฝึกผู้ป่วยพาร์กิน สันในการฝึกปฏิบัติได้ด้วยการ ฝึกการเคลื่อนไหวที่บ้าน	1. เพื่อให้ผู้ดูแลรับทราบบทบาท และสมรรถนะของตนเองในการดูแล ผู้ป่วยพาร์กินสัน 2. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การ ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันในการส่งเสริม สุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม 3. ให้ผู้เข้าร่วมอบรมเข้าใจและ ประเมินการรับรู้และความรู้เรื่อง การป้องกันการหกล้มของตนเอง	1. บทบาทที่สำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วย พาร์กินสันเมื่ออยู่ที่บ้าน 2. การส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กิน สันในการรับรู้สมรรถนะของตน 3. แบบทดสอบความรู้เรื่องโรค และการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน (Post-test) จำนวน 25 ข้อ - แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนของผู้ดูแล จำนวน 8 ข้อ	1. การสอนแบบมีส่วนร่วม

ตารางที่ 3 (ต่อ)

วันที่/ระยะเวลา	แผนการให้ความรู้	วัตถุประสงค์	สาระการเรียนรู้	วิธีการ
สัปดาห์ที่ 2 3 ชม.	ติดตามประเมินผลผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันในการป้องกันการหกล้ม	1. สอบถามปัญหาของผู้ดูแลที่เกิดจากการใช้โปรแกรม 2. เพื่อสอบถามความพึงพอใจในการใช้โปรแกรม	- โทรศัพท์หรือวิดีโอคอลผ่านโปรแกรมโซเชียลมีเดีย	โทรศัพท์หรือวิดีโอคอลผ่านโปรแกรมโซเชียลมีเดียเพื่อสอบถามความพึงพอใจในการใช้โปรแกรม

แผนภูมิที่ 4 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย



1) ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ในกลุ่มทดลอง ตามกระบวนการฝึกอบรมโดยมีขั้นตอนตามคู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยให้ทำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และแบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Pre-test) และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน ทำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และแบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Post-test) ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและแบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์จนครบตามจำนวนของกลุ่มทดลอง

2) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และแบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Pre-test) ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลตามการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยขอความร่วมมือแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและแบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Post-test) ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบทดสอบพร้อมลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์จนครบตามจำนวนของกลุ่มควบคุม

3) คุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

4) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และการแปลผลค่าเฉลี่ยเป็นรายบุคคล

5) ความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลค่าเฉลี่ย

6) การวิเคราะห์ความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

7) การวิเคราะห์ความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ The Mann-Whitney U Test

3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการตอบแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคและการดูแลของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงร่างวิทยานิพนธ์ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ อ.837/2562 จากนั้น ผู้วิจัยได้ทำเป็นหนังสือชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบทดสอบจะเก็บเป็นความลับ จะแสดงเป็นค่าสถิติที่ใช้ในการวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลหรืออันตรายใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนยุติการเข้าร่วมอบรมโปรแกรมฝึกอบรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลเสียใด ๆ

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยทำการวัดก่อนและภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน (Self-Efficacy Promotion Program of Caregivers for Prevention Fall of Patient With Parkinson's Disease) เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ข้อตกลงเกี่ยวกับการแปลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การแปลผลและการวิเคราะห์ข้อมูลนี้ ผู้วิจัยขอเสนอสัญลักษณ์ที่ใช้แทนความหมายต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
Mean	แทน	ค่าเฉลี่ย
S.D.	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
p	แทน	ค่าความน่าจะเป็นในการทดสอบสมมติฐาน

4.2 การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติเชิงพรรณานำเสนอด้วยความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และการแปลผลค่าเฉลี่ย เป็นรายบุคคล

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในการป้องกันการหกล้ม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ The Mann-Whitney U Test

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติเชิงพรรณานำเสนอด้วยความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เพศของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน อายุของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน สิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาล การทรงตัวของผู้ป่วย ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คุณลักษณะของผู้ดูแล	กลุ่มควบคุม ($n_1 = 15$)	กลุ่มทดลอง ($n_2 = 15$)	รวม ($n_{รวม} = 30$)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ			
หญิง	9 (40.0)	12 (80.0)	21(70.0)
ชาย	6 (60.0)	3 (20.0)	9 (30.0)
อายุ (ปี)			
น้อยกว่า 40 ปี	6 (40.0)	3 (20.0)	9 (30.0)
41-60 ปี	7 (46.7)	7 (46.7)	14 (46.7)
มากกว่า 60 ปี	2 (13.3)	5 (33.3)	7 (23.3)
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	2 (13.3)	2 (13.3)	4 (13.3)
มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา	6 (40.0)	2 (13.3)	8 (26.7)
ปริญญาตรี	5 (33.3)	9 (60.0)	14 (46.7)
สูงกว่าปริญญาตรี	2 (13.3)	2 (13.3)	4 (16.7)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
ครอบครัว	10 (77.7)	14 (93.3)	24 (80.0)
ลูกจ้างทำหน้าที่ผู้ดูแล	5 (33.3)	1 (6.7)	6 (20.0)
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน			
มี	15 (100.0)	14 (93.3)	29 (96.7)
ไม่มี	0 (0.0)	1 (6.7)	1 (3.3)
เพศผู้ป่วย			
ชาย	11 (73.3)	12 (80.0)	23 (76.7)
หญิง	4 (26.7)	3 (20.0)	7 (23.3)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

คุณลักษณะของผู้ดูแล	กลุ่มควบคุม ($n_1 = 15$)	กลุ่มทดลอง ($n_2 = 15$)	รวม ($n_{รวม} = 30$)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
อายุผู้ป่วย			
น้อยกว่า 40 ปี	2 (13.3)	1 (6.7)	3 (10.0)
อายุ 41-60 ปี	3 (20.0)	8 (53.3)	11 (36.7)
มากกว่า 60 ปี	10 (66.7)	6 (40.0)	16 (53.3)
สิทธิการรักษาพยาบาล			
ข้าราชการ	7 (46.7)	8 (53.3)	15 (50.0)
ประกันสังคม	4 (26.7)	3 (20.0)	7 (23.3)
สิทธิ 30 บาท	2 (13.3)	0 (0.0)	2 (6.7)
จ่ายเงินเอง	2 (13.3)	4 (26.7)	6 (20.0)
การทรงตัว (Pull test)			
Positive	15 (100.0)	15 (100.0)	30 (100.0)

จากตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เพศของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน อายุของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน สิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาล การทรงตัวของผู้ป่วย ผลการวิเคราะห์พบว่า

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันจากกลุ่มทดลองและควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.0 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.7 ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 46.7 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 80.0 ผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน คิดเป็นร้อยละ 96.7 เพศของผู้ป่วยพาร์กินสันส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 76.7 อายุของผู้ป่วยพาร์กินสันส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่ใช้สิทธิข้าราชการเบิกจ่ายตรง คิดเป็นร้อยละ 50.0 การตรวจการทรงตัว (Pull test) Positive คิดเป็นร้อยละ 100.0

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และการแปลผลค่าเฉลี่ย เป็นรายบุคคล ดังตารางที่ 5 ตารางที่ 6 และเป็นรายกลุ่ม ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 5 คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทั้งก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และการแปลผลค่าเฉลี่ย จำแนกตามรายบุคคล

คนที่	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
1	19.0	ปานกลาง	18.0	ปานกลาง	20.0	ปานกลาง	36.0	มาก
2	21.0	ปานกลาง	21.0	ปานกลาง	18.0	ปานกลาง	34.0	มาก
3	19.0	ปานกลาง	20.0	ปานกลาง	22.0	ปานกลาง	35.0	มาก
4	22.0	ปานกลาง	24.0	ปานกลาง	21.0	ปานกลาง	40.0	มาก
5	13.0	น้อย	14.0	ปานกลาง	20.0	ปานกลาง	39.0	มาก
6	21.0	ปานกลาง	20.0	ปานกลาง	22.0	ปานกลาง	38.0	มาก
7	28.0	มาก	28.0	มาก	21.0	ปานกลาง	35.0	มาก
8	18.0	ปานกลาง	20.0	ปานกลาง	22.0	ปานกลาง	36.0	มาก
9	24.0	ปานกลาง	24.0	ปานกลาง	21.0	ปานกลาง	37.0	มาก
10	13.0	น้อย	13.0	น้อย	16.0	ปานกลาง	36.0	มาก
11	18.0	ปานกลาง	17.0	ปานกลาง	24.0	ปานกลาง	34.0	มาก
12	16.0	ปานกลาง	16.0	ปานกลาง	27.0	มาก	38.0	มาก
13	15.0	ปานกลาง	16.0	ปานกลาง	22.0	ปานกลาง	39.0	มาก
14	18.0	ปานกลาง	19.0	ปานกลาง	12.0	น้อย	35.0	มาก
15	20.0	ปานกลาง	22.0	ปานกลาง	21.0	ปานกลาง	38.0	มาก
Mean	19.0	ปานกลาง	19.5	ปานกลาง	20.6	ปานกลาง	36.7	มาก

จากตารางที่ 5 คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ทั้งก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และการแปลผลค่าเฉลี่ย จำแนกตามรายบุคคล ผลการวิเคราะห์พบว่า

กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ก่อนการทดลองมีคะแนนอยู่ระหว่าง 12-27 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.6 คะแนน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง (n=12 คน) ภายหลังจากการทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 34-40 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.7 คะแนน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทั้งหมดมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมาก (n=15 คน)

กลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ก่อนการทดลอง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 13-28 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.0 คะแนน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง (n=12 คน) ภายหลังการทดลองคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 14-28 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.5 คะแนน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง (n=13 คน)

ตารางที่ 6 คะแนนความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และการแปลผลค่าเฉลี่ย จำแนกตามรายบุคคล

คนที่	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	คะแนน		คะแนน		คะแนน		คะแนน	
	ก่อนการทดลอง	แปลผล	หลังการทดลอง	แปลผล	ก่อนการทดลอง	แปลผล	หลังการทดลอง	แปลผล
1	15.0	ปานกลาง	20.0	มาก	13.0	ปานกลาง	25.0	มาก
2	20.0	มาก	19.0	มาก	14.0	ปานกลาง	23.0	มาก
3	18.0	มาก	18.0	มาก	15.0	ปานกลาง	25.0	มาก
4	15.0	ปานกลาง	15.0	ปานกลาง	12.0	ปานกลาง	25.0	มาก
5	14.0	ปานกลาง	13.0	มาก	15.0	ปานกลาง	23.0	มาก
6	18.0	มาก	18.0	มาก	16.0	มาก	23.0	มาก
7	14.0	ปานกลาง	13.0	ปานกลาง	17.0	มาก	24.0	มาก
8	18.0	มาก	17.0	มาก	15.0	ปานกลาง	25.0	มาก
9	15.0	ปานกลาง	15.0	ปานกลาง	15.0	ปานกลาง	24.0	มาก
10	14.0	ปานกลาง	15.0	ปานกลาง	18.0	มาก	24.0	มาก
11	13.0	ปานกลาง	14.0	ปานกลาง	15.0	ปานกลาง	25.0	มาก
12	15.0	ปานกลาง	16.0	มาก	16.0	มาก	23.0	มาก
13	16.0	มาก	16.0	มาก	14.0	ปานกลาง	25.0	มาก
14	14.0	ปานกลาง	15.0	ปานกลาง	19.0	มาก	24.0	มาก
15	13.0	ปานกลาง	14.0	ปานกลาง	17.0	มาก	25.0	มาก
Mean	15.5	ปานกลาง	15.9	ปานกลาง	15.4	ปานกลาง	24.2	มาก

จากตารางที่ 6 คะแนนความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และการแปลผลค่าเฉลี่ย จำแนกตามรายบุคคล ผลการวิเคราะห์พบว่า

กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ก่อนการทดลอง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 13-19 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.4 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันอยู่ในระดับปานกลาง (n=9 คน) ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ระหว่าง 23-25 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.2 คะแนน ทั้งหมดมีความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันอยู่ในระดับมาก (n=15 คน)

กลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ก่อนการทดลอง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 13-20 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.5 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันอยู่ในระดับปานกลาง (n=10 คน) ภายหลังจากทดลอง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 13-20 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.9 คะแนน กลุ่มควบคุมมีความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันอยู่ในระดับมาก (n=8 คน) และอยู่ในระดับปานกลาง (n=7 คน)

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลค่าเฉลี่ย

	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน						
ก่อนการทดลอง	19.0	4.0	ปานกลาง	20.6	3.4	ปานกลาง
หลังการทดลอง	19.5	4.0	ปานกลาง	36.6	1.9	มาก
ความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน						
ก่อนการทดลอง	15.5	2.1	ปานกลาง	15.4	1.8	ปานกลาง
หลังการทดลอง	15.9	2.1	ปานกลาง	24.2	0.9	มาก

จาก ตารางที่ 7 การวิเคราะห์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลค่าเฉลี่ย ผลการวิเคราะห์พบว่า

ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง ภายหลังจากทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับมาก ส่วนกลุ่มควบคุมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง

ด้านความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ในระดับปานกลาง ภายหลังจากทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในระดับมาก และกลุ่มควบคุมมีความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n (15)	Mean Rank	Sum of ranks	Z	Asymp.Sig (2 tailed)
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน					
หลังการทดลอง-ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง					
Negative Ranks	0 ^a	.0	.0	-3.4 ^b	.00**
Positive Ranks	15 ^b	8.0	120.0		
Ties	0 ^c				
กลุ่มควบคุม					
Negative Ranks	3 ^a	4.0	12.0	-1.6 ^b	.100
Positive Ranks	7 ^b	6.1	43.0		
Ties	5 ^c				
ความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน					
กลุ่มทดลอง					
Negative Ranks	0 ^d	.0	.0	-3.4 ^b	.00**
Positive Ranks	15 ^e	8.0	120.0		
Ties	0 ^f				
กลุ่มควบคุม					
Negative Ranks	4 ^d	5.0	20.0	-0.8 ^b	.405
Positive Ranks	6 ^e	5.8	35.0		
Ties	5 ^f				

*p<.01

- a. การรับรู้หลังการทดลอง < การรับรู้ก่อนการทดลอง
- b. การรับรู้หลังการทดลอง > การรับรู้ก่อนการทดลอง
- c. การรับรู้หลังการทดลอง = การรับรู้ก่อนการทดลอง
- d. การรับรู้หลังการทดลอง < การรับรู้ก่อนการทดลอง
- e. การรับรู้หลังการทดลอง > การรับรู้ก่อนการทดลอง
- f. การรับรู้หลังการทดลอง = การรับรู้ก่อนการทดลอง

จากตารางที่ 8 การวิเคราะห์ความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ผลการวิเคราะห์พบว่า

ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน พบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมด (n=15 คน) ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จำนวน 3 คน มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จำนวน 7 คน มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง นอกจากนี้ มีผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จำนวน 5 คน มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภายหลังการทดลองเท่ากับก่อนการทดลอง สรุปได้ว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลองกับก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุม มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันไม่แตกต่างกัน

ด้านความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน พบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมด (n=15 คน) ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ผู้ดูแลมีความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จำนวน 4 คน มีความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้ม ภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จำนวน 6 คน มีความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้ม ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง นอกจากนี้ มีผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จำนวน 5 คน มีความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ภายหลังการทดลองเท่ากับก่อนการทดลอง สรุปได้ว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลองกับก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุม มีความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ The Mann-Whitney U Test ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ The Mann-Whitney U Test

การเปรียบเทียบ	กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean Rank	Z	Asymp.Sig (2 tailed)
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	18.0	-1.5	.12
		กลุ่มควบคุม	13.0		
	30				
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	15	23.0	-4.7	.00**
		กลุ่มควบคุม	8.0		
	30				
ความรู้ของผู้ดูแล	ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	15.9	-1.9	.80
		กลุ่มควบคุม	15.1		
	30				
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	15	23.0	-4.7	.00**
		กลุ่มควบคุม	8.0		
	30				

**p < .01

จากตารางที่ 9 การวิเคราะห์ความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ The Mann-Whitney U Test ผลการวิเคราะห์พบว่า

ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันไม่แตกต่างกัน สำหรับภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ด้านความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันไม่แตกต่างกัน สำหรับภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มความเคลื่อนไหวผิดปกติ ทั้งหมด จำนวน 30 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมการฝึกอบรมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน 2 วัน จำนวน 15 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ เครื่องมือที่ใช้ 1) คู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ประกอบด้วย กิจกรรมมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน การสอนการออกกำลังกายด้วยวิธีการสาธิต และการสาธิตย้อนกลับ การจัดบ้านให้ปลอดภัยเพื่อป้องกันการหกล้มภายในบ้าน 2) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน 3) แบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และการแปลผลค่าเฉลี่ย การวิเคราะห์ความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และการวิเคราะห์ความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ The Mann-Whitney U Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

ตอนที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ผลการวิเคราะห์พบว่า

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันจากกลุ่มทดลองและควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.0 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.7 ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 46.7 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว

คิดเป็นร้อยละ 80.0 ผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน คิดเป็นร้อยละ 96.7 เพศของผู้ป่วยพาร์กินสันส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 76.7 อายุของผู้ป่วยพาร์กินสันส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่ใช้สิทธิข้าราชการเบิกจ่ายตรง คิดเป็นร้อยละ 50.0 การตรวจการทรงตัว (Pull test) Positive คิดเป็นร้อยละ 100.0

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และการแปลผลค่าเฉลี่ย เป็นรายบุคคล ผลการวิเคราะห์พบว่า

คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทั้งก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และการแปลผลค่าเฉลี่ย จำแนกตามรายบุคคล ผลการวิเคราะห์พบว่า

กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันก่อนการทดลองมีคะแนนอยู่ระหว่าง 12-27 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.6 คะแนน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง (n=12 คน) ภายหลังจากการทดลอง มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 34-40 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.7 คะแนน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทั้งหมดมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมาก (n=15 คน)

กลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ก่อนการทดลองมีคะแนนอยู่ระหว่าง 13-28 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.0 คะแนน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง (n=12 คน) ภายหลังจากการทดลองคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 14-28 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.5 คะแนน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง (n=13 คน)

คะแนนความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และการแปลผลค่าเฉลี่ย จำแนกตามรายบุคคล ผลการวิเคราะห์พบว่า

กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ก่อนการทดลองมีคะแนนอยู่ระหว่าง 13-19 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.4 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันอยู่ในระดับปานกลาง (n=9 คน) ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ระหว่าง 23-25 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.2 คะแนน ทั้งหมดมีความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันอยู่ในระดับมาก (n=15 คน)

กลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ก่อนการทดลอง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 13-20 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.5 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันอยู่ในระดับปานกลาง (n=10 คน) ภายหลังจากการทดลอง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 13-20 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.9 คะแนน กลุ่มควบคุมมีความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันอยู่ในระดับมาก (n=8 คน) และอยู่ในระดับปานกลาง (n=7 คน)

การวิเคราะห์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และการแปลผลค่าเฉลี่ย ผลการวิเคราะห์พบว่า

ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง ภายหลังจากการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับมาก ส่วนกลุ่มควบคุม มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง

ด้านความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในระดับปานกลาง ภายหลังจากการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในระดับมาก และกลุ่มควบคุมมีความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ผลการวิเคราะห์พบว่า

ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน พบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมด (n=15 คน) ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภายหลังจากการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จำนวน 3 คน มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภายหลังจากการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จำนวน 7 คน มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภายหลังจากการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง นอกจากนี้ มีผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จำนวน 5 คน มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภายหลังจากการทดลองเท่ากับก่อนการทดลอง สรุปได้ว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อเปรียบเทียบ ภายหลังจากการทดลองกับก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุม มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันไม่แตกต่างกัน

ด้านความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน พบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมด ($n=15$ คน) ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ผู้ดูแลมีความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จำนวน 4 คน มีความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้ม ภายหลังจากการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จำนวน 6 คน มีความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้ม ภายหลังจากการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง นอกจากนี้ มีผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จำนวน 5 คน มีความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ภายหลังจากการทดลองเท่ากับก่อนการทดลอง สรุปได้ว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อเปรียบเทียบภายหลังจากการทดลองกับก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมมีความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ The Mann-Whitney U Test ผลการวิเคราะห์พบว่า

ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ไม่แตกต่างกัน สำหรับภายหลังจากการทดลองกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ด้านความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันไม่แตกต่างกัน สำหรับภายหลังจากการทดลองกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5.2 อภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันภายหลังการทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความรู้ในการป้องกันการหกล้ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานเนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมมีความหลากหลาย เช่น มีการสาธิตและมีการสาธิตย้อนกลับและภายหลังการทดลองมีการติดตามผลของโปรแกรมโดยการวิดีโอคอล ทำให้กลุ่มทดลองมีการสอนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความรู้ในการป้องกันการหกล้มจากระดับปานกลางเป็นมากแต่สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีการเปลี่ยนแปลงอาจเนื่องจากไม่มีกระบวนการฝึกทักษะด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว กิจกรรมเป็นเพียงการให้คำแนะนำ ซึ่งไม่มีตัวแบบในการเรียนรู้ทำให้ผู้ดูแลไม่เชื่อมั่นว่าจะสามารถป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้และไม่มั่นใจว่าตนเองมีความรู้เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura, 1977 : 191-21) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจึงจำเป็นต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่ถูกต้องต่อปัญหาของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เพื่อส่งเสริมสมรรถนะของตนเองต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ (Tuite et al. 2009 : 4 ; Lindop. 2012 : 62) นอกจากนี้ กิจกรรมในโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ส่งเสริมให้ผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง การป้องกันการหกล้มและการเกิดอุบัติเหตุภายในบ้าน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและเกิดขึ้นบ่อยครั้งในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจากวิดีโอคอลกับผู้ดูแลให้ข้อมูลว่า ผู้ดูแลสามารถเริ่มตั้งแต่การเลือกรองเท้าให้แก่ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันควรสวมรองเท้าที่มีพื้นรองเท้าเป็นยางเป็นรองเท้าหุ้มส้นเพื่อป้องกันการเดิน การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้มีความปลอดภัยบริเวณทางเดินภายในบ้านไม่ควรมีสิ่งของวางกีดขวางทางเดินพื้นต้องแห้ง ไม่เปียกน้ำ นอกจากนี้ทางเดินขึ้น-ลงบันไดและห้องน้ำต้องมีราวสำหรับยึดเกาะสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากปัญหาการเสียสมดุลของการทรงตัวและท่าทางการเดินของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันส่งผลให้ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมักเดินโน้มตัวไปข้างหน้าจึงหวั่นไหวก้าวเท้าจะสั้นและเร็ว ทำให้ผู้ป่วยหกล้มได้ง่าย ฝึกให้ผู้ป่วยก้าวเท้ายาว ๆ ควรแกว่งแขนในขณะที่ก้าวเดิน ให้ผู้ป่วยก้าวเท้ายาว ๆ ควรแกว่งแขนในขณะที่ก้าวเดิน เมื่อรู้สึกว่าการก้าวเท้าลากให้เดินช้า ๆ ต้องการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเวลาเดินรายที่ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับ (M. Rodríguez - Violante et al. 2015 : 258) ผู้ดูแลต้องรู้เทคนิคการใช้ Walker ในการช่วยเดิน

เพื่อให้สามารถแนะนำหรือช่วยสอนผู้ป่วยโรคพาร์กินสันให้สามารถเดินได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจึงมีบทบาทสำคัญในการรักษาคุณภาพชีวิตที่ยอมรับได้และความเป็นอิสระของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ยังมีการพบว่า สามารถช่วยลดการป่วยและอัตราการเสียชีวิตลงในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้ อาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องมีการรับรู้และความรู้ต่อการดูแลช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่บ้าน การที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพเพียงใดย่อมขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันเป็นสำคัญ และยังส่งเสริมให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นและป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ (Chuanchom Peadchponpisal. 2015 : 115)

5.3 ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน มาใช้ในคลินิกพาร์กินสันหรือคลินิกอื่น ๆ ที่มีผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเข้ารับการรักษา เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีความสามารถ มีความมั่นใจ และมีความรู้ในการดูแลป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน
2. การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการติดตามประเมินผลของการใช้โปรแกรมฝึกอบรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เช่น มีการประเมินติดตามผลเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน เป็นต้น

บรรณานุกรม

- ธีรธร พูลเกษ. (2553) “ปัญหากลุ่มอาการพาร์กินสัน” ใน **ตำราอายุรศาสตร์สังยุต เล่ม 2**. อมร ลีลาธรรมี และคณะ, บรรณาธิการ. หน้า 327-333. กรุงเทพมหานคร : เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- นงลักษณ์ บุญรอด, กมลวรรณ บุญเพ็ง และรุ่งโรจน์ พิทยศิริ. (2559) **หนังสือคู่มือการพยาบาลโรคพาร์กินสัน**. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- นิพา ศรีช้าง. (2560) **การพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2564**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://thaincd.com/document/file/violence/> (15 กรกฎาคม 2562)
- ปวันรัตน์ ศรีคำ. (2557) **ปัจจัยทำนายการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุณนาค. (2550) **โรคพาร์กินสันรักษาได้**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2541) **สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.
- สายสมร พุ่มพิศ. (2559) **ผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สภาการพยาบาล. (2551) **ประกาศ เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาต่าง ๆ**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : http://www.tnc.or.th/news_detail.php?news_id=1476 (14 มิถุนายน 2561)
- สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. (มกราคม-มีนาคม 2555) “คุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป : กรณีศึกษาภาคตะวันออก” **วารสารสภาการพยาบาล**. 27 (1) หน้า 25-38.
- Allocock, L. M et al. (2009) “Impaired attention predicts falling in Parkinson’s disease” **Parkinsonism & Related Disorders**. 15 (2) page 110-115.
- Allen, N. E., Schwarzel, A. E. and Canning, G. C. (2013) “Recurrent fall in parkinson’s disease : A systematic review” **PMC Journals**. page 1-16.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Amar, K et al. (2015) “Fall frequency, predicting fall and participating in falls research : Similarities among people with parkinson’s disease with and without cognitive impairment” **Parkinsonism & Related Disorders**. 21 (1) page 55-60.
- Ashburn, A et al. (2008) “The circumstances of falls among people with Parkinson's disease and the use of Falls Diaries to facilitate reporting” **Journal Disability and Rehabilitation**. 30 (16) page 1205-1212.
- Bandura, A. (1977) “Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change” **Psychological Review**. 84 page 191-21.
- _____. (1997) **Self-efficacy : The exercise of control**. New York : W.H. Freeman and Company.
- Barker S, Grant A, & DR, H. (1998) “Parkinson's Disease: A Holistic Approach” **Am J Nurs**. 98 (11) page 48A-H.
- Bhidayasiri, R et al. (2011) “A national registry to determine the distribution and prevalence of Parkinson's disease in Thailand : implications of urbanization and pesticides as risk factors for Parkinson's disease” **Neuroepidemiology**. 37 (3-4) page 222-230.
- _____. (2015) “What is the evidence to support home environmental adaptation in Parkinson’s disease? A call for multidisciplinary interventions” **Parkinsonism & Related Disorders**. 21 (10) page 1127-1132.
- Bloem, B. R et al. (2004) “Fall and freezing of gait in Parkinson’s disease : A review of two interconnected, episodic phenomena” **PubMed**. 19 (8) page 871-874.
- Brenden G. Magauran Jr and Jonathan S. Olshaker. (2014) **Geriatric emergency medicine**. New York : Cambridge University Press.
- Campenhausen von S et al. (2011) “Costs of illness and care in Parkinson's Disease : An evaluation in six countries” **European Neuropsychopharmacology**. 21 (2) Pages 180-191.
- Carpenter, C. (2014) “Fall and fall prevention in the elderly” In **Geriatric emergency medicine**. Joseph H. Kahn, Brenden G. Magauran Jr and Jonathan S. Olshaker (ed.). page 343-350. New York : Cambridge University Press.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Chuanchom, P. (2017) "Fall in Parkinson's Disease" **Journal of Phrapokklao Nursing College**. 28 (2) page 165-172.
- Connolly, B. S. & Lang, A. E. (2014) "Pharmacological treatment of Parkinson disease : a review" **Jama**. 311 (16) page 1670-1683.
- Contreras, A. and Grandas, F. (2012) **Clinical Study Risk of fall in parkinson's disease : A cross-sectional study of 160 Patients**. Hindawi Publishing Corporation Parkinson's Disease.
- Durmus, B et al. (2010) "Lower extremity isokinetic muscle strength in patients with Parkinson's disease" **Journal of Clinical Neuroscience**. 17 (7) page 893-916.
- Foundation for Thai Elderly Research and Development Institute. (n.d.) **Anti-fall Prevention handbook for the elderly**. Bangkok : The Foctory Caravan Co., Ltd.
- Hauser, R. A et al. (2000) "A home diary to assess functional status in patients with Parkinson's disease with motor fluctuations and dyskinesia" **Clin Neuropharmacol**. 23 (2) page 75-81.
- _____. (2006) "Patient evaluation of a home diary to assess duration and severity of dyskinesia in Parkinson disease" **Clin Neuropharmacol**. 29 (6) page 322-330.
- Hardy, J. (2008) "Multiple system atrophy : path physiology, treatment and nursing care" **Nursing standard**. 22 (22) page 50-56.
- Kamata, N et al. 2007) "Overestimation of stability limits lead to a high frequency off all in patients with Parkinson's disease" **Clinical Rehabilitation**. 21 (4) page 357-361.
- Lindop, F. (202) "A multidisciplinary approach to Parkinson's disease" **British Journal of Neuroscience Nursing**. 8 (2) page 61-64.
- Martinez-Martin P et al. (2009) "International study on the psychometric attributes of the non-motor symptoms scale in Parkinson disease" **Neurology**. 73 (19) page 1584-1591.
- Mak MK & Pang MY. (2009) "Fear of falling is independently associated With recurrent fall in patient with Parkinson's disease : a 1-yaer prospectivestudy" **Journal of Neurology**. 256 (10) page 1689-1695.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- McLaughlin, D et al. (2011) “Living and coping with Parkinson’s disease : perceptions of informal carers” **Palliative Medicine**. 25 (2) page 177-182.
- Miller, N et al. (2006) “Life with communication change in Parkinson’s disease” **Age and Aeging**. 35 (3) page 235-293.
- Morris, M. E. (2008) “Optimizing movement and preventing fall in Parkinson’s disease : Strategies for patients and caregivers” In **Neurorehabilitation in Parkinson’s Disease an evidence-base treatmentmodel**. M. Trail, E. J. Protas, and E. C. Lai. page150-155. USA : SLACK Incorporated.
- M. Rodríguez-Violantea et al. (2015) “Factors associated with the quality of life of subjects with Parkinson’s disease and burden on their caregivers” **Neurologia**. 30 (5) page 257-263.
- Pawanrat, S. & Siriphan, S. (2018) “Predicting factors to fall in older persons with parkinson's disease” **Journal of The Police Nurse**. 10 (1) page 1-11.
- Pickering, R. M et al. (2007) “A meta-analysis of six prospective studies of falling in Parkinson’s disease” **Movement Disorder**. 22 (13) page 1892-900.
- Rudzinska, M et al. (2013a) “Causes and consequences of fall in Parkinson disease patient in a prospective study” **Neurologia I Neurochirurgia Polska**. 47 (5) page 423-430.
- _____. (2013b) “The incidence and risk factors of fall in Parkinson disease : Prospective study” **Neurologia I Neurochirurgia Polska**. 47 (5) page 431-437.
- Tuite, P., Thomas, C., Ruekert, L., & Fernandez, H. (2009) **Parkinson's disease : A guide to patient care**. New York : Springer Publishing.
- Voss, T.S et al. (2012) “Fall frequency and risk assessment in early Pakinson’s Disease” **Parkinsonism and Related Disorders**. 18 (7) page 837-841.
- Wood, B. H et al. (2002) “Incidence and prediction of fall in Parkinson’s disease : A prospective multidisciplinary study” **Journal of Neurological Neurosurgical Psychiatry**. 72 (6) page 721-725.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

เอกสารรับรอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 8 พฤษภาคม 2562

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้ม
ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นางสาวกมลวรรณ บุญเพ็ญ

คณะวิชา/หลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับ
ประกาศเอลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ม์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 8 พฤษภาคม 2562

เลขที่รับรอง

อ.837/2562

วันที่ให้การรับรอง: 8 พฤษภาคม 2562

วันหมดอายุใบรับรอง: 7 พฤษภาคม 2564

ภาคผนวก ข

คู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้ม
ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

SELF-EFFICACY PROMOTION PROGRAM OF CAREGIVERS FOR PREVENTION FALL
OF PATIENT WITH PARKINSON'S DISEASE

คู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้ม
ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

SELF-EFFICACY PROMOTION PROGRAM OF CAREGIVERS FOR PREVENTION
FALLOF PATIENT WITH PARKINSON'S DISEASE



จัดทำโดย

นางสาวกมลวรรณ บุญเพ็ง

นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

คำนำ

คู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Self-Efficacy Promotion Program of Caregivers for Prevention Fall of Patient With Parkinson's Disease) ที่ผู้วิจัยออกแบบสร้างขึ้นโดยเฉพาะเจาะจงเพื่อให้ความรู้และสร้างการรับรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ได้แนวคิดมาจากผลของโปรแกรมฝึกอบรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน (The Effect of Experiential Health Education on Fall Prevention Behaviors in Older People With Parkinson's Disease) หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และจากการศึกษาคู่มือ ตำรา และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน

คู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ได้ใช้แนวความคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura. 1977 : 191-21) คือ การกระทำอันเป็นการสอนผู้เรียน มาเป็นพื้นฐานในการจัดรูปแบบการเรียนการสอนให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันระยะ 2 วัน จำนวน 15 ชั่วโมง (1 หน่วยกิต) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันในเรื่องโรคและการป้องกันการหกล้ม เพื่อนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กมลวรรณ บุญเพ็ง

1 มีนาคม 2562

สารบัญ

	หน้า
บทนำ	1
ภาพรวมของคู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกัน	
การหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน	2
แผนการให้ความรู้โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกัน	
การหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน	3
ปฐมนิเทศสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้เข้าร่วมอบรม	7
กิจกรรมมั่นใจในสมรรถนะของตน	9
เอกสารความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน	15
บรรณานุกรม	23
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	24
หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	25
ประวัติผู้จัดทำ	26

บทนำ

คู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Self-Efficacy Promotion Program of Caregivers for Prevention Fall of Patient With Parkinson's Disease) ใช้แนวความคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura. 1977 : 191-21) ผู้วิจัยออกแบบสร้างขึ้นเพื่อพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เพื่อนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ได้แนวคิดมาจากผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน (The Effect of Experiential Health Education on Fall Prevention Behaviors in Older People With Parkinson's Disease) หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และจากการศึกษาคู่มือ ตำรา และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน คู่มือโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน มีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นในการให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน แก่ผู้ดูแล เนื่องจากโรคพาร์กินสันส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติที่เกี่ยวกับความเคลื่อนไหวอีกทั้งในประเทศไทยจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและจะเพิ่มเป็นเท่าตัวในอีก 15 ปี ข้างหน้า อาจทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ในประเทศไทย พบว่า ความชุกของโรคพาร์กินสันเท่ากับ 384.1 คน/100,000 ประชากร ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน คือ ปัญหาการทรงตัว การหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน การหกล้มส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล อาการเหล่านี้ส่งผลการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง รวมถึงครอบครัวและผู้ดูแลทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง เกิดภาวะการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน

แนวคิดพื้นฐานที่สำคัญของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน คือ การให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้โรคและการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยพาร์กินสัน ทั้งในครอบครัวและชุมชน โดยผู้เขียนได้สร้างคู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันให้สอดคล้องกับแนวความคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura. 1977 : 191-21) เพื่อให้เกิดความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันในการป้องกันการหกล้ม

ภาพรวมของคู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้ม
ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

Outcome : Knowledge and self-efficacy in disease and caring for Parkinson's patients in the prevention of falls

: ความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน
ในการป้องกันการหกล้ม

แบบแผนโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน

เลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย ตามคุณสมบัติและความสมัครใจเข้าร่วม โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน ดังนี้

วันที่/ระยะเวลา	แผนการให้ความรู้	วัตถุประสงค์	สาระการเรียนรู้	วิธีการ
วันที่ 1 30 นาที	ปฐมนิเทศสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าเข้าร่วมโปรแกรม	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยกันระหว่างผู้สอนและผู้เข้าร่วมอบรม 2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมทราบถึงวัตถุประสงค์และระยะเวลาของโครงการวิจัย 3. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมทราบถึงโครงสร้างของการให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน 	<p>ให้ข้อมูลชี้แจงกิจกรรมการเรียนการสอนโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การสอนโดยการบรรยาย
30 นาที		<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมเข้าใจและทดสอบความรู้ตนเองในเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันในการป้องกันการหกล้ม 	<p>- แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Pre-test) จำนวน 8 ข้อ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. ให้ผู้เข้าร่วมอบรมทำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและแบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

(ต่อ)

วันที่/ระยะเวลา	แผนการให้ความรู้	วัตถุประสงค์	สาระการเรียนรู้	วิธีการ
			- แบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการทกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Pre-test) จำนวน 25 ข้อ	
วันที่ 1 2 ชม.	กิจกรรมมั่นใจในสมรรถนะของตนต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีส่วนร่วมทางอารมณ์ความรู้สึกส่งเสริมให้เข้าใจและยอมรับต่อการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันเพิ่มขึ้น 2. เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงทางความรู้สึกต่อหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันของผู้ดูแล	- เรื่องเล่า “ผู้ป่วยพาร์กินสัน” - วิดิทัศน์เรื่องราว “เข้าใจพาร์กินสัน”	1. การบรรยายโดยผู้วิจัย 2. ให้เขียนความรู้สึกของตนเองต่อผู้ป่วยโรคพาร์กินสันโดยผู้ดูแลที่เข้าร่วมอบรม
วันที่ 1 3 ชม.	ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ในเนื้อหา - ความหมายโรคพาร์กินสัน - เหตุปัจจัยของโรคพาร์กินสัน - การดำเนินของโรคพาร์กินสัน - ลักษณะทางคลินิก - การรักษาโรคพาร์กินสันที่สำคัญ - ยารักษาโรคพาร์กินสัน	- ความหมายของโรคพาร์กินสัน - ปัจจัยและสาเหตุของโรคพาร์กินสัน - การดำเนินของโรคพาร์กินสัน - ลักษณะทางคลินิก - การรักษาโรคพาร์กินสันที่สำคัญ - ยารักษาโรคพาร์กินสัน	1. การสอนบรรยายโดยผู้วิจัย

(ต่อ)

วันที่/ระยะเวลา	แผนการให้ความรู้	วัตถุประสงค์	สาระการเรียนรู้	วิธีการ
วันที่ 2 3 ชม.	การฝึกการเคลื่อนไหวในผู้ป่วย โรคพาร์กินสัน (Gait and balance training)	1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ ความเข้าใจการฝึกการเคลื่อนไหว ในผู้ป่วยพาร์กินสัน	- การฝึกการเคลื่อนไหวในผู้ป่วย โรคพาร์กินสัน - การป้องกันการหกล้มและ การทรงตัว - การออกกำลังกายในท่านั่งและ ทำยืน	1. การสอนแบบมีส่วนร่วม
วันที่ 2 3 ชม.	ผู้ดูแลสามารถฝึกผู้ป่วยพาร์กิน สันในการฝึกปฏิบัติได้ด้วยการ ฝึกการเคลื่อนไหวที่บ้าน	1. เพื่อให้ผู้ดูแลรับทราบบทบาท และสมรรถนะของตนเองในการดูแล ผู้ป่วยพาร์กินสัน 2. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การ ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันในการส่งเสริม สุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม 3. ให้ผู้เข้าร่วมอบรมเข้าใจและ ประเมินการรับรู้และความรู้เรื่อง การป้องกันการหกล้มของตนเอง	1. บทบาทที่สำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วย พาร์กินสันเมื่ออยู่ที่บ้าน 2. การส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กิน สันในการรับรู้สมรรถนะของตน 3. แบบทดสอบความรู้เรื่องโรค และการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน (Post-test) จำนวน 25 ข้อ - แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนของผู้ดูแล จำนวน 8 ข้อ	1. การสอนแบบมีส่วนร่วม

(ต่อ)

วันที่/ระยะเวลา	แผนการให้ความรู้	วัตถุประสงค์	สาระการเรียนรู้	วิธีการ
สัปดาห์ที่ 2 3 ชม.	ติดตามประเมินผลผู้ดูแล ผู้ป่วยพาร์กินสันในการ ป้องกันการหกล้ม	1. สอบถามปัญหาของผู้ดูแลที่เกิดจาก การใช้โปรแกรม 2. เพื่อสอบถามความพึงพอใจในการ ใช้โปรแกรม	- โทรศัพท์หรือวิดีโอคอล ผ่านโปรแกรมโซเชียลมีเดีย	โทรศัพท์หรือวิดีโอคอลผ่าน โปรแกรมโซเชียลมีเดียเพื่อสอบถาม ความพึงพอใจในการใช้โปรแกรม

**คู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้ม
ของผู้ป่วยพาร์กินสัน
ปฐมนิเทศสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมอบรม
วันที่ 1 จำนวน 1 ชั่วโมง**

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้สอนและผู้เข้าร่วมอบรม
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมทราบถึงวัตถุประสงค์และระยะเวลาของโครงการวิจัย
3. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมทราบถึงโครงสร้างของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน

เวลา 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกวิดีโอ จำนวน 1 เครื่อง
2. คู่มือเอกสารประกอบการสอนโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน คนละ 1 ชุด ประกอบด้วย (จำนวนเท่ากับผู้เข้าร่วมอบรม)
 - 2.1 เอกสารประกอบกิจกรรมมั่นใจในสมรรถนะของตนต่อผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน “เรื่องเล่าผู้ป่วยพาร์กินสัน” คนละ 1 แผ่น
 - 2.2 วิดีทัศน์เรื่องราว “เข้าใจพาร์กินสัน”
 - 2.3 เอกสารความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน
3. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จำนวน 8 ข้อ (Pre-test) คนละ 1 ชุด (จำนวนเท่ากับผู้เข้าร่วมอบรม)
4. แบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จำนวน 25 ข้อ (Pre-test) คนละ 1 ชุด (จำนวนเท่ากับผู้เข้าร่วมอบรม)

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ลงทะเบียนระบุรหัสส่วนบุคคลเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมอบรม
2. ผู้วิจัยแจกเอกสารประกอบการสอนโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน คนละ 1 ชุด

3. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้เข้าโปรแกรมแนะนำตนเองและคณะฯ ให้ข้อมูลชี้แจงกำหนดการวัตถุประสงค์และระยะเวลาของโครงการวิจัยมีระยะเวลา 2 วัน จำนวน 15 ชั่วโมง (1 หน่วยกิต)
4. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทราบถึงโครงสร้างประกอบการสอนโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน
5. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้เข้าร่วมโปรแกรมบันทึกภาพและเสียงตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน
6. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการให้ความรู้ตามโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลและความรู้ในเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันป้องกันการหกล้ม
7. ผู้วิจัยมอบเอกสารแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันและชี้แจงการตอบแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ชุดที่ 1 จำนวน 8 ข้อ โดยให้ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความมั่นใจของตนเอง แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามความมั่นใจในการทำกิจกรรมนั้น ๆ และแบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ชุดที่ 2 จำนวน 25 ข้อ โดยให้ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบ และระบุรหัสประจำตัวที่มุ่มบนขวาของกระดาษ หักขสมชิกคนละ 1 ชุด

ขั้นสรุป

ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าโปรแกรม สำหรับความร่วมมือในการทำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และแบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน Pre - test

การประเมินผล

1. จากการพูดคุยและแสดงความคิดเห็นต่างๆของผู้เข้าร่วมอบรม
2. จากเอกสารแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และแบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน Pre - test

กิจกรรมมั่นใจในสมรรถนะของตน

วันที่ 1 จำนวน 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อผู้เข้าร่วมอบรมมีส่วนร่วมทางอารมณ์และความรู้สึก ส่งเสริมให้เข้าใจและยอมรับต่อการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันเพิ่มขึ้น
2. เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงทางความรู้สึกต่อหน้าที่ในดูแลการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

เวลา 2 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกวิดีโอ จำนวน 1 เครื่อง
2. คอมพิวเตอร์ จำนวน 1 เครื่อง
3. เอกสารประกอบการอบรมแบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน
 - 3.1 เอกสารประกอบกิจกรรมมั่นใจในสมรรถนะของตนต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน “เรื่องเล่าผู้ป่วยพาร์กินสัน” คนละ 1 แผ่น
 - 3.2 วิดีทัศน์เรื่องราว “เข้าใจพาร์กินสัน”

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยชี้แจงกิจกรรมมั่นใจในสมรรถนะของตนต่อผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน “เรื่องเล่าผู้ป่วยพาร์กินสัน” ให้ผู้เข้ารับการอบรมและให้ผู้เข้ารับการอบรมอ่านและคิดตามในเรื่องดังกล่าวว่าหากเราอยู่ในเหตุการณ์ดังกล่าว เราเลือกที่จะทำอย่างไร และผู้วิจัยกระตุ้นให้ทุกคนตระหนักถึงการมีคุณค่าในตัวเองเพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมโยงรับรู้ความสามารถในตนเองการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน บทบาทหน้าที่ในความรับผิดชอบ ที่พร้อมจะเสียสละทุ่มเทแรงกายแรงใจ เพื่อการดูแลเพื่อนมนุษย์ด้วยความเมตตา
2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมอบรมร่วมแสดงความคิดเห็นว่าตนเองรู้สึกอย่างไรต่อการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน
3. ผู้วิจัยชี้แจงกิจกรรมมั่นใจในสมรรถนะของตนต่อผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน “เข้าใจพาร์กินสัน” และให้สมาชิกดูรูปภาพแล้วเขียนบรรยายความรู้สึกตามหัวข้อที่ระบุ คุณรู้สึกอย่างไรกับภาพนี้ อะไรที่ทำให้คุณรู้สึกแบบนั้น หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมอบรมแต่ละคนนำเสนอความรู้สึกของตนเองและร่วมกันอภิปรายแสดงความคิดเห็น เพื่อสะท้อนให้สมาชิกเห็นถึงความคิดความรู้สึกของแต่ละคน

4. ผู้วิจัยชี้แจงกิจกรรมคุณค่าและหน้าที่ต่อผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน “เรื่องเล่าผู้ป่วยพาร์กินสัน” โดยให้สมาชิกอ่านและคิดตามในเนื้อเรื่องดังกล่าวและผู้วิจัยกระตุ้นให้ทุกคนตระหนักถึงคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยพาร์กินสัน ถึงการเจ็บป่วยทางใจจะบอกเล่าให้คนอื่นรับรู้และเข้าใจยาก เน้นย้ำถึงความเข้าใจ การยอมรับ และให้โอกาสผู้ป่วยพาร์กินสัน

5. ผู้วิจัยเปิดวีดิทัศน์ “เข้าใจพาร์กินสัน” ความยาว 1.30 นาที หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมอบรมแสดงความคิดเห็น และความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยพาร์กินสัน

ขั้นสรุป

ผู้วิจัยขอตัวแทนผู้เข้าร่วมอบรม 1 คน สรุปประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมมั่นใจในสมรรถนะของตนต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และความรู้สึกต่อผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ผู้วิจัยเน้นย้ำอีกครั้งถึงความเข้าใจ การยอมรับ การให้โอกาส และความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมอบรม
2. การนำเสนอจากเอกสารประกอบกิจกรรมมั่นใจในสมรรถนะของตนต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน “เรื่องเล่าผู้ป่วยพาร์กินสัน”

เอกสารประกอบกิจกรรมมันใจในสมรรถนะของตนต่อผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน “เรื่องเล่าผู้ป่วยพาร์กินสัน”

บทเพลง “เธอผู้ไม่แพ้” ของคุณเบิร์ต ธงไชย เป็นเพลงที่ดิฉันชื่นชอบและมองสะท้อนถึงชีวิตตนเองได้เป็นอย่างดี แม้บางช่วงบางตอนของชีวิตจะล้มลุกคลุกคลานบ้าง แต่ดิฉันก็ไม่เคยยอมแพ้ และต่อสู้อย่างอดทนเสมอมา ทำให้สามารถก้าวผ่านช่วงเวลาดังกล่าวมาได้ เมื่อชีวิตเริ่มลงตัวและปัญหาต่าง ๆ เริ่มหมดไป ดิฉันกลับต้องเผชิญกับภัยเงียบอย่างไม่รู้ตัวมาก่อนและครั้งนี้ถือว่าเป็นเรื่องที่น่าทึ่งสำหรับดิฉันแล้วถือว่าทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิตได้ดับสูญไปพร้อมกับคำพิพากษาจากคุณหมอ และถ้าวันนั้นดิฉันไม่ตั้งใจให้ดีและยอมแพ้ ชีวิตในวันนี้ของดิฉันจะเป็นอย่างไร?

ในวันที่ดิฉันได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสันนั้น ดิฉันมีอายุเพียง 46 ปี ความจริงมีสัญญาณเตือนของอาการพาร์กินสันมานานแล้ว แต่ดิฉันไม่รู้ว่าเป็นอาการการเตือนของโรคพาร์กินสัน อาการที่เกิดขึ้นมีหลายอย่าง เช่น นอนละเมอ อาการเกร็งเหมือนเป็นตะคริวเวลาขับรถ เดินสะดุดขึ้นบันได เวลาใส่รองเท้าแต่ละจะรู้สึกว่าการใส่รองเท้าไม่สามารถยึดกับพื้นรองเท้าและบ่อยครั้งที่รองเท้าจะลื่นไปข้างหน้า นอกจากนี้ สิ่งที่ทำให้ดิฉันตกใจเป็นอย่างยิ่ง คือ เวลาเพลอจะมีน้ำลายไหลโดยไม่รู้ตัว สำหรับคนรอบข้างที่เห็นอาการผิดปกติของดิฉัน คือ หลังงอและเดินช้าเหมือนคนป่วย นับว่าเป็นสัญญาณบางอย่างที่ทำให้ดิฉันเริ่มคิดถึงความผิดปกติของร่างกาย สิ่งเหล่านี้ทำให้ดิฉันตัดสินใจไปพบแพทย์เพื่อหาสาเหตุ

ทันทีที่คุณหมอบอกว่าดิฉันเป็นโรคพาร์กินสัน... โลกอันสวยสดงดงามของดิฉันได้มืดมิดไป ในทันที ดิฉันร้องไห้ฟูมฟายอย่างไม่อายใครจนกระทั่งขับรถกลับบ้าน เมื่อถึงบ้าน ดิฉันก็เข้าไปเก็บตัวอยู่ในห้องนอน ไม่คุยกับใคร เมื่อสามีและลูก ๆ กลับจากการทำงาน ทุกคนจะแวะเวียนมาเคาะประตูห้องและถามว่า “ม้าไม่เป็นไรนะ” สามีและลูก ๆ ทราบดีว่าเวลาดิฉันมีปัญหา ดิฉันชอบขังตัวเองเงียบ ๆ อยู่คนเดียวและใช้ความคิดในการแก้ปัญหา แล้วดิฉันก็จะเปิดประตูออกมาเอง แต่สามีและลูกจะแวะเวียนมาเคาะประตูห้องถามว่า “ม้าไม่เป็นไรนะ” “ม้ากินอะไรหน่อยไหม” ดิฉันยังคงขังตัวเองและร้องไห้อยู่ตลอดเวลา ร้องจนเพลอหลับไป มารู้สึกตัวอีกครั้งตอนตื่นขึ้นมาในเช้าวันรุ่งขึ้น ดิฉันนั่งถามตัวเองว่าเราเป็นอะไรไป เรากำลังจะตายหรือ? คำตอบ คือ ดิฉันยังคงมีชีวิตอยู่และเหมือนเดิมทุกอย่างไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลงแล้วจะมานั่งร้องไห้ทำไม

ดิฉันจึงตัดสินใจลุกขึ้นมาอาบน้ำแต่งตัวขอโทษสามีและลูก ๆ ที่ทำให้ทุกคนตกใจและสัญญาณกับทุกคนว่าจะไม่ขังตัวเองเช่นนี้อีก ไม่ว่าจะอะไรจะเกิดขึ้น ดิฉันพร้อมจะเผชิญหน้ากับมัน หลังจากนั้นดิฉันได้กลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติและไปตรวจตามที่หมอนัด โดยไม่ได้กินยาเพราะหมอให้เหตุผลว่าอาการยังเป็นน้อยและยาที่กินจะมีผลข้างเคียงมากให้ติดตามอาการไปเรื่อย ๆ ก่อน

แล้วก็ถึงวันที่ชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงอีกครั้งเมื่อดิฉันเห็นพิธีกรรายการทีวีพูดถึงหนังสือพาร์กินสัน รักษาได้ ดิฉันรีบขับรถไปหาซื้อมาอ่านทันที ดิฉันอ่านอย่างตั้งใจและตัดสินใจที่จะไปหาหมอที่ศูนย์ รักษาโรคพาร์กินสัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดิฉันมีความหวังอย่างเต็มเปี่ยมว่าคุณหมอผู้เชี่ยวชาญ ในการรักษาโรคพาร์กินสันจะบอกว่าดิฉันไม่ได้เป็นโรคพาร์กินสัน แต่ความจริงของชีวิตมักโหดร้ายเสมอ ในที่สุดดิฉันก็ต้องร้องไห้อีกครั้งต่อหน้าคุณหมอ เมื่อคุณหมอยืนยันชัดเจนว่าดิฉันเป็นโรคพาร์กินสัน แน่นนอน และแนะนำให้เริ่มทานยาเพราะจะควบคุมอาการได้ดีกว่า คุณหมอยังบอกอีกว่ากว่าอาการ จะแสดงออกมาให้เห็นเซลล์สมองมันเสื่อมไปแล้วมากกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ จึงควรรีบกินยา ขณะนั้น ดิฉันรู้สึกสมองอื้ออึงไปหมด แต่สุดท้ายก็ได้สดับฟังคุณหมอว่ายาแต่ละตัวมีอะไรบ้าง กินแล้วมีผลข้างเคียงอย่างไร หลังจากกลับไปที่บ้าน ครอบครัวเราได้ประชุมปรึกษากันว่าควรจะทำอย่างไรเมื่อหมอ 2 ท่าน ให้การวินิจฉัยที่ตรงกันแต่การรักษาต่างกัน เรื่องนี้เป็นเรื่องที่สำคัญและมีผลต่อชีวิตทั้งชีวิต ของดิฉัน ข้อเสนอจากการปรึกษากัน คือ ให้ดิฉันทานยาตามที่คุณหมอจัดให้ แต่ดิฉันยังคงกังวลเบี่ยง ที่จะกินยาเพราะกลัวผลข้างเคียงของยาและยังไม่รู้ถึงผลที่จะตามมาของการไม่มีวินัยในการกินยา ดิฉันจึงกินบ้างไม่กินบ้าง เมื่อครบ 1 เดือน ที่ต้องพบคุณหมอตตามนัด ขณะนั่งรอตรวจดิฉันได้พบผู้ป่วย ที่มีอายุน้อยและเพิ่งป่วยมาได้ 2-3 ปี ต้องผ่าตัดเพื่อใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า ผู้ป่วยท่านนั้นได้เล่า ประสบการณ์ตนเองว่าสาเหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะกินยาบ้างไม่กินบ้าง กินไม่เป็นเวลาบ้าง เมื่อถึงคิวดิฉัน เข้าตรวจกับคุณหมอ ดิฉันสารภาพว่ารับประทานยาไม่ครบ คุณหมอได้บอกว่าถ้ากินยาแบบนี้อนาคต จะมีปัญหาเรื่องการไม่ตอบสนองของยาแน่นนอน ดิฉันตั้งใจฟังและจดจำวิธีกินยาอย่างถูกต้องจากคุณหมอ ดิฉันตั้งเวลาปลุกไว้ที่โทรศัพท์มือถือเพื่อเตือนให้กินยาตรงเวลา ก่อนกินยา 2 ชั่วโมง ดิฉันจะไม่กินอะไร เพื่อให้ท้องว่าง เพราะการกินอาหารก่อนกินยาเพียง 1 ชั่วโมง ดิฉันรู้สึกว่ายานยังไม่ย่อยและ หลังจากกินยาแล้ว ½ ชั่วโมง ดิฉันจึงกินข้าว ดิฉันมีวินัยเข้มงวดกับตนเองอย่างเคร่งครัดรวมถึงศึกษา หาข้อมูลเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันผ่านการสอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนผู้ป่วย เว็บไซต์ และการเข้าร่วมงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคพาร์กินสันยิ่งรู้มากยิ่งขึ้นทำให้ดิฉันต้องมีสติและเตรียมตัว เตรียมใจที่จะต่อสู้กับโรคพาร์กินสันอย่างเต็มที่

แม้ว่าได้ตั้งสติและเตรียมตัวเตรียมใจไว้อย่างดีแล้ว แต่ใน 2 ปีแรก ที่มาหาหมอดิฉันจะนั่ง ร้องไห้อยู่หน้าห้องขณะที่รอตรวจทุกครั้งเพราะสภาพและอาการของเพื่อน ๆ ที่ทำให้ดิฉันนึกถึง อนาคตตัวเองและรู้สึกเครียดทุกครั้งที่กลับจากการหาหมอ ดิฉันเตรียมการไว้พร้อมทุกอย่างและ เตรียมใจไว้ว่าอีก 2-3 ปีข้างหน้า ดิฉันจะต้องมีอาการเช่นเดียวกับผู้ป่วยท่านอื่น ๆ แต่ด้วยความเป็นคน ที่ไม่ยอมแพ้และไม่ยอมจำนนต่ออะไรง่าย ๆ ทำให้ดิฉันทำทุกอย่างที่จะต่อสู้กับโรคที่ไม่มีทางรักษาให้ หายขาดได้ ในขณะนี้แม้จะรู้ว่าโรคนี้ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่ดิฉันยังมีความหวังเสมอว่าสักวันจะต้องมีทางรักษาได้และยาทุกวันนี้ก็มีประสิทธิภาพดีกว่ายา รุ่นก่อนมาก ดิฉันปรับความคิด ตนเองใหม่จากที่คิดว่าการมีชีวิตอยู่เพื่อรอให้ถึงอาการระยะสุดท้ายมันทำให้ชีวิตเป็นทุกข์และกังวล

เอกสารความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ในเนื้อหา

1. ความหมายของโรคพาร์กินสัน
2. ปัจจัยและสาเหตุของโรคพาร์กินสัน
3. การดำเนินของโรคพาร์กินสัน
4. ลักษณะทางคลินิก
5. การรักษาโรคพาร์กินสันที่สำคัญและยารักษาโรคและยา
6. วิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่าง กรณีศึกษา

เวลา 3 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. เครื่องบันทึกวีดีโอ จำนวน 1 เครื่อง
2. เอกสารประกอบผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

3. คอมพิวเตอร์ จำนวน 1 เครื่อง

เข้าใจพาร์กินสัน จัดทำโดย ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มความเคลื่อนไหวผิดปกติร่วมกับชมรมเพื่อนพาร์กินสัน

ขั้นตอนการ

ผู้วิจัยกล่าวเกริ่นนำเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันกับผู้เข้าร่วมอบรม ผู้วิจัยเปิดวีดีโอสื่อการสอนเรื่องโรคซึมพาร์ ความยาวเนื้อหา 1.30 นาที หลังจากนั้นเข้าสู่การบรรยายเนื้อหาความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยผู้เข้าร่วมอบรมสามารถทำความเข้าใจจากเนื้อหาในเอกสารความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน พร้อมรับฟังการบรรยายจากผู้วิจัยและคณะฯ

ขั้นสรุป

ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันโดยเน้นย้ำถึงความสำคัญในการประเมินอาการผู้ป่วยรักษาด้วยยาและผลข้างเคียงจากยา

การประเมินผล การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมอบรม

เอกสารความรู้ เรื่องโรคพาร์กินสัน (Parkinson)

1. คำจำกัดความ

โรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังเกิดจากการเสื่อมของระบบประสาท อัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น พบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง พยาธิสภาพของโรคและสาเหตุของโรค

2. ปัจจัยและสาเหตุของโรค

โรคพาร์กินสันเกิดจากการเสื่อมของเซลล์สมองในส่วนกลาง (บริเวณ เบซาลแกงเกลีย เรียกว่า สับสแตนเชีย โนกรา) ทำให้การผลิตสารสื่อประสาทที่เรียกว่า โดปามีน ลดลง โดปามีน ทำหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกายส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการสั่น แข็งเกร็ง เคลื่อนไหวช้าและสูญเสียการทรงตัว

3. สาเหตุของโรค

- 1) อายุ อุบัติการณ์ของโรคพาร์กินสันจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น
- 2) เพศ เพศชายมีโอกาสเป็นมากกว่าเพศหญิง 3 : 2
- 3) เชื้อชาติ พบมากในผู้ที่อยู่ทางด้านเหนือของยุโรปและอเมริกา พบในคนผิวดำน้อยกว่าคนผิวขาว พบว่า อัตราการเกิดโรคพาร์กินสันสูงที่สุดในชายแอฟริกันอเมริกา
- 4) พันธุกรรม พบว่า โรคพาร์กินสัน ร้อยละ 15-20 มีประวัติครอบครัวเป็นโรคพาร์กินสัน
- 5) สิ่งแวดล้อม อาจจากการสัมผัสสารเคมีหรือยาฆ่าแมลงหรือจากการติดเชื้อ
- 6) ความเครียด
- 7) การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เช่น นักมวย

4. อาการสำคัญของโรคพาร์กินสัน

- 1) อาการสั่นขณะอยู่เฉย อาการสั่นนี้จะพบราว 2 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยในระยะแรกของโรคอาจเกิดขึ้นกับร่างกายซีกใดซีกหนึ่งก่อน
- 2) อาการแข็งเกร็ง อาการที่ผู้ป่วยมีอาการแข็งตึงของแขน ขา และลำตัว ทำให้เคลื่อนไหวลำบาก
- 3) อาการเคลื่อนไหวช้า อาการที่ผู้ป่วยใช้เวลานานในการเริ่มต้นเคลื่อนไหว การเคลื่อนไหวจะค่อย ๆ ช้าลงเรื่อย ๆ

4) การเสียการทรงตัว มักเริ่มเกิดขึ้น 2-5 ปี หลังจากเริ่มมีอาการของโรคพาร์กินสัน โดยผู้ป่วยอาจจะทรงตัวไม่ได้มีอาการล้มบ่อย

5) อาการที่ไม่เกี่ยวกับอาการเคลื่อนไหว ได้แก่ ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการมอง อาการยุกยิก อาการปวดเมื่อย กลืนลำบาก ท้องผูก ปัญหาการควบคุมปัสสาวะ ภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ และความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ปัญหาการนอน เป็นต้น

5. การวินิจฉัยโรคพาร์กินสัน

อาการพาร์กินโซนิซึม โดยผู้ป่วยต้องมี 2 ใน 4 ของอาการดังนี้

- 1) อาการเคลื่อนไหวช้าและการเคลื่อนไหวที่น้อยลง เช่น การขยับนิ้วที่น้อยลงหรือช้าลง
- 2) อาการสั่นขณะอยู่เฉย มักเกิดที่มือ มากกว่าขา
- 3) อาการแข็งเกร็ง
- 4) ปัญหาในเรื่องการทรงตัว อาจไม่เด่นชัดในช่วง 2-3 ปีแรก

โรคพาร์กินสัน ลักษณะอาการควรมีอย่างน้อย 3 ข้อ จากอาการดังต่อไปนี้

- 1) มีอาการเริ่มต้นจากข้างใดข้างหนึ่ง
- 2) มีอาการสั่นขณะอยู่เฉย
- 3) มีอาการของโรคดำเนินมากขึ้นเรื่อย ๆ
- 4) อาการจะคงความไม่สมมาตรกันถึงแม้ว่ามีอาการแล้วทั้ง 2 ข้าง
- 5) มีการตอบสนองต่อยาลีโดปาดีมาก
- 6) มีอาการยุกยิกรุนแรงที่เป็นผลจากยาลีโดปา
- 7) มีการตอบสนองต่อยาลีโดปานานเกิน 5 ปี
- 8) การดำเนินโรคตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป

6. การตรวจหาความผิดปกติทางสมอง

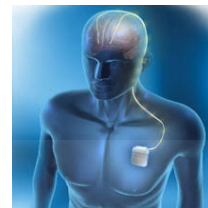
- 1) การตรวจด้วยเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์
- 2) การตรวจด้วยเอ็กซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า
- 3) การตรวจด้วยเครื่องแพทสแกนเพื่อตรวจระดับสารสื่อประสาทโดปามีนในสมองผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

7. วิธีการรักษาโรคพาร์กินสันที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

- 1) การรักษาโดยการให้ยา ยาที่ใช้เป็นกลุ่มที่เสริมการทำงานของโดปามีน อาจมีผลข้างเคียงระยะยาวต้องอยู่ในการดูแลของแพทย์อย่างต่อเนื่อง อาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน

2) การรักษาผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีอาการตอบสนองต่อยาไม่สม่ำเสมอ

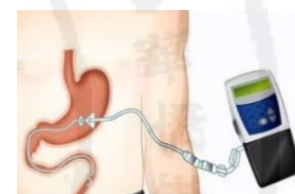
2.1) การรักษาด้วยการผ่าตัดฝังในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเครื่องไฟฟ้าสมองส่วนลึก หรือที่เรียกว่า ดีพี เบรน สติ มิวเลขน หรือ ดีบีเอส เป็นการผ่าตัดเพื่อฝังไมโครอิเล็กโทรดหาในตำแหน่งที่เหมาะสม และมีการฝังแบตเตอรี่ที่บริเวณหน้าอก แล้วใช้กระแสไฟฟ้าในกระตุ้นด้วยความถี่สูง บริเวณสมองส่วนลึก



2.2) การรักษาด้วยการให้ยากลุ่มเสริมตัวรับโดปามีนในรูปแบบยาฉีดใต้ผิวหนัง การให้ยาฉีด ยากลุ่มเสริมตัวรับโดปามีนเข้าใต้ผิวหนังอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านเครื่องปลดปล่อยยาต่อเนื่องที่ควบคุมด้วยไฟฟ้า เป็นวิธีการการให้ยาแก่ผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีอาการของโรครุนแรงมากขึ้นและมีอาการตอบสนองต่อยาไม่สม่ำเสมอ การให้ยาด้วยวิธีนี้จะทำให้การกระตุ้นภาวะโดปามีนในสมองอย่างต่อเนื่อง



2.3) การให้ยาเลโวโดปาแบบต่อเนื่องทางลำไส้เล็ก ยาเป็นลักษณะเจลที่ต้องให้ผ่านสายอาหารทางหน้าท้อง ร่วมกับใช้เครื่องควบคุมการให้ยาอัตโนมัติ โดยปริมาณยาที่ใช้และระยะเวลาในการให้ยาในแต่ละวันจะเป็นการตกลงร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยโดยพิจารณาจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก



2.4) การออกกำลังกาย เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาหรือการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงและกล้ามเนื้อประสานงานกันได้ดีขึ้น



ผลกระทบอื่น ๆ ที่เกิดจากโรคพาร์กินสัน

- 1) ปัญหาการสื่อสาร
- 2) ปัญหาการนอน
- 3) ปัญหาด้านจิตใจ อาการ ซึมเศร้า
- 4) ปัญหาสังคม
- 5) ปัญหาการหกล้ม

การหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

การหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน หมายถึง การรับรู้ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่ส่งผลให้ส่วนของร่างกายลงไปสู่พื้นผิวอื่นที่ต่ำกว่า หรือมีการปะทะกับสิ่งต่าง ๆ ก่อนที่จะลงสู่พื้นอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ได้

ปัจจัยเสี่ยงการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

- 1) อายุที่เพิ่มขึ้น
- 2) ประวัติการหกล้ม
- 3) ความรุนแรงของโรค
- 4) ระยะเวลาการเจ็บป่วย
- 5) การเสียการทรงตัว
- 6) ความกลัวการหกล้ม
- 7) ปริมาณการได้รับยาลีโวโดปา
- 8) ภาวะซึมเศร้า
- 9) การออกฤทธิ์ของยาที่ไม่สม่ำเสมอ
- 10) ผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีปัญหาการเรื่องการมองเห็น
- 11) การแกว่งแขนลดลง

ผลกระทบจากการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

- 1) การบาดเจ็บของร่างกาย
- 2) คุณภาพชีวิตแย่ลง
- 3) การทำกิจวัตร ลดลง พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น
- 4) เสียชีวิตได้
- 5) สูญเสียค่ารักษาพยาบาล การป้องกันการหกล้มที่เกิดจากผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

5.1) การระมัดระวังการหกล้มจากการมองเห็น เนื่องจากการบกพร่องการมองเห็นและลานสายตาที่แคบลง โดยการกวาดสายตามองทางเดินให้ชัดเจนก่อนก้าวเดิน และเมื่อมีความผิดปกติในการมองเห็นควรปรึกษาแพทย์

5.2) การป้องกันการหกล้มและการทรงตัว โดยพยายามเดินแกว่งแขน ยกเท้าสูง หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมหลาย ๆ อย่างในขณะที่เดิน ในท่ายืนกางเท้าให้กว้างเท่าระดับไหล่ หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็ว ควรหาอุปกรณ์ช่วยเดินในกรณีที่ดินลื่นลำบากและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

5.3) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและกล้ามเนื้อ ทำงานประสานกันได้ดีขึ้น โดยเฉพาะกล้ามเนื้อแขนขา ทั้งในท่านอน นั่ง และทำยืน

การออกกำลังกายในผู้ป่วยพาร์กินสัน

การออกกำลังกายเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา หรือการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงและกล้ามเนื้อประสานงานกันได้ดีขึ้น ช่วยให้การเคลื่อนไหวของข้อต่อไม่ติดแข็ง การเดินดีขึ้นไม่หกล้มง่าย และเพื่อให้ผู้ป่วยพาร์กินสันกลับคืนสู่สภาพชีวิตที่ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด ผู้ป่วยพาร์กินสันควรออกกำลังกายทุกวันซึ่งช่วยให้ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นดำเนินช้าลง

ข้อควรคำนึงของการออกกำลังกายของผู้ป่วยพาร์กินสัน

1. ช่วงเวลาที่ดีที่สุดในการออกกำลังกาย คือ ช่วงที่ยาออกฤทธิ์ดีที่สุด (on-time) เนื่องจากผลของยาจะช่วยลดอาการแข็งเกร็งและอาการช้า
2. การออกกำลังกายไม่ควรทำให้เกิดอาการเจ็บปวดหรือบาดเจ็บต่อร่างกายหรืออะไรก็ตามที่จะไปส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดการออกกำลังกาย รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมจึงจำเป็นอย่างมากในผู้ป่วยพาร์กินสัน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและอาจมีปัญหาทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น กระดูกพรุน ข้อเข่าหรือกระดูกสันหลังเสื่อม
3. การออกกำลังกายเพื่อพัฒนาความอ่อนตัวหรือความยืดหยุ่น (Flexibility) ควรทำเป็นประจำอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ และจำเป็นต้องทำทุกวันในกรณีที่ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น และในขณะยืดกล้ามเนื้อควรคงค้างไว้ อย่างน้อย 30 วินาที
4. ทำต่อเนื่องประมาณ 2 ครั้ง ในแต่ละกลุ่มมัดกล้ามเนื้อ

การฝึกการบริหารการทรงตัวให้แก่ผู้ป่วย

1. ยืนก้าวเท้าด้านข้าง
 - 1) ยืนตัวตรงหลังเก้าอี้ มือทั้ง 2 ข้าง จับพนักพิง
 - 2) ก้าวเท้าขวาออกด้านข้าง ฝ่าเท้าแนบพื้น ถ่ายน้ำหนักไปที่เท้าขวาด้วยการงอเข่าขวาเล็กน้อย เข่าซ้ายเหยียดตรง เท้าขวากลับมาชิดเท้าซ้าย จากนั้นทำลักษณะเดียวกันสลับไปเรื่อย ๆ 30 วินาที หรือ 20-40 ครั้ง
2. ยืนเขย่งส้นเท้า
 - 1) ยืนตัวตรงหลังเก้าอี้เท้า 2 ข้าง ห่างกันพอสมควร มือทั้ง 2 ข้าง จับพนักพิง
 - 2) เขย่งส้นเท้าขึ้น หลังและลำตัวเหยียดตรง ค้างไว้ 2 วินาที
 - 3) ทำซ้ำจำนวน 10-20 ครั้ง
3. ยืนกระดกปลายเท้า
 - 1) ยืนตัวตรงหลังเก้าอี้ เท้าทั้ง 2 ข้าง ห่างกันพอสมควร มือทั้ง 2 ข้าง จับพนักพิง

2) กระจกปลายเท้าขึ้นหลังและลำตัวเหียดตรงค้างไว้ 2 วินาที

3) ทำซ้ำจำนวน 10-20 ครั้ง

4. ยืนงอเข่ากวาดเท้าไปข้างหลัง

1) ยืนตัวตรง มือทั้ง 2 ข้าง จับพนักพิง

2) งอเข่าซ้ายขวา ปลายเท้าชี้ลงพื้นค้างไว้ประมาณ 2 วินาที จึงเคลื่อนเท้าซ้ายลงแนบพื้น

3) ทำทีละข้าง ข้างละ 10-20 ครั้ง

5. ยืนย่อเท้า

1) ยืนตัวตรง มือขวาจับพนักพิงเก้าอี้

2) ย่อเท้าสลับซ้าย-ขวาเป็นจังหวะ แขนซ้ายแกว่งอย่างอิสระตามจังหวะการย่อเท้า

3) ทำต่อเนื่องกัน 30 วินาที หรือ 20-40 ครั้ง

4) กลับหลังหันซ้ำ ๆ สลับมือที่จับพนักพิงเก้าอี้ ย่อเท้าซ้ำในลักษณะเดิม

ข้อควรระวัง

1. ทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร และมีความเสี่ยงอย่างไร เลือกรอกออกกำลังกายที่เหมาะสม
2. เริ่มออกกำลังกายจากเบา ๆ ในเวลาสั้น ๆ ก่อน แล้วค่อยเพิ่มขึ้นจนสามารถออกกำลังกายได้นานประมาณ 15-30 นาที
3. ให้ผู้ป่วยสวมใส่เสื้อผ้า รองเท้าที่คล่องแคล่ว และเลือกสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น
4. ขณะออกกำลังกายห้ามผู้ป่วยกลั้นหายใจหรือเบ่งไม่ว่าจะออกกำลังกาย อะไรก็ตาม ให้หายใจเข้า-ออกตามปกติ
5. ควรอบอุ่นร่างกายก่อนทุกครั้งประมาณ 10 นาที และอย่าหยุดออกกำลังกายทันที ค่อย ๆ ลดความหนักของการออกกำลังกายลง 5-10 นาที ก่อนหยุดออกกำลังกาย
6. อย่าออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยเกินไป สังเกตการหายใจว่าเร็วเกินไปหรือไม่
7. อาการปวดเมื่อยหลังออกกำลังอาจเกิดขึ้นได้ ให้พักหรือปรับรูปแบบการออกกำลังให้เบาลง
8. หากมีอาการผิดปกติระหว่างออกกำลังกาย เช่น หายใจขัด เจ็บหน้าอก หรือเวียนศีรษะ ต้องหยุดทันที

ภาคผนวก ค

แบบสอบถาม

แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ 1. 20-30 ปี 2. 31-40 ปี 3. 41-50 ปี 4. 51- 59 ปี
3. ระดับการศึกษา 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
 5. อาชีวศึกษา 6.ปริญญาตรี
 7. สูงกว่าปริญญาตรี
4. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย 1. คู่สมรส 2. บุตร
 3. พี่น้อง 4. ลูกจ้างทำหน้าที่ผู้ดูแล
5. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย 1. ไม่มีประสบการณ์ 2. มีประสบการณ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ 1. 20-30 ปี 2. 31-40 ปี 3. 41-50 ปี 4. 51- 59 ปี
3. สิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาล 1. ข้าราชการ 2. ประกันสังคม
 3. สิทธิประกันสุขภาพ 30 บาท
 4. จ่ายเอง 5. อื่น ๆ.....
4. การทรงตัว (Pull test) 1. Positive 2. Negative

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน

คำชี้แจง โปรดระบุระดับความมั่นใจโดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความมั่นใจของท่านในแต่ละกิจกรรม ซึ่งแบ่งระดับความมั่นใจเป็น 5 ระดับ คือ

- 1 = ไม่มั่นใจ
- 2 = มั่นใจน้อย
- 3 = มั่นใจปานกลาง
- 4 = มั่นใจมาก
- 5 = มั่นใจมากที่สุด

ข้อความ	1	2	3	4	5
1. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลปัญหาการติดขัด การชวยเท้าของผู้ป่วยได้					
2. ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการก้าวเดินติดขัดชวยเท้าได้					
3. ท่านมั่นใจว่าสามารถฝึกการทรงตัวให้แก่ผู้ป่วยตามคู่มือการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน					
4. ท่านมั่นใจว่าสามารถช่วยออกกำลังกายตามคำแนะนำของคู่มือการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน					
5. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดสภาวะแวดล้อมให้ปลอดภัยเพื่อป้องกันการหกล้ม					
6. ท่านมั่นใจว่าสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการลุกจากเตียง					
7. ท่านมั่นใจว่าสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการลุกนั่งจากเก้าอี้					
8. ท่านมั่นใจว่าสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการทรงตัวและก้าวเดินได้อย่างมั่นใจ					

แบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

คำชี้แจง ผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันอ่านข้อความในแบบสอบถาม แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพียงช่องเดียว

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. เมื่อผู้ป่วยลุกจากเก้าอี้ควรก้าวเดินทันที		
2. ผู้ป่วยพาร์กินสันควรหมุนกลับตัวภายในครั้งเดียว		
3. การฝึกเดินในผู้ป่วยพาร์กินสันมีส่วนช่วยทำให้การทรงตัวดีขึ้น		
4. ผู้ดูแลสามารถฝึกการทรงตัวให้แก่ผู้ป่วยตามคู่มือการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน		
5. การออกกำลังกายในผู้ป่วยพาร์กินสันทำให้กล้ามเนื้อร่างกายแข็งแรงและข้อต่อต่าง ๆ ทำงานได้ดี		
6. ผู้ป่วยพาร์กินสันไม่ควรออกกำลังกายเพราะการ ออกกำลังกายจะทำให้ยาหมดฤทธิ์เร็วขึ้น		
7. ผู้ป่วยพาร์กินสันที่ทำงานโดยการออกแรง เช่น เดินหรือขึ้นลงบันได ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย เพราะการทำงานเหล่านี้เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว		
8. ผู้ดูแลสามารถช่วยออกกำลังกายตามคำแนะนำของคู่มือการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน		
9. ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการเกิดติดขัด ซอยเท้าถื่นของผู้ป่วย		
10. ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการก้าวเดินติดขัด ซอยเท้าถื่น		
11. การฝึกเดินในผู้ป่วยพาร์กินสันช่วยป้องกันการหกล้ม		
12. ผู้ดูแลสามารถฝึกผู้ป่วยก้าวเดินได้อย่างมั่นใจ		
13. ผู้ดูแลสามารถแบ่งเวลามาฝึกการออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วยพาร์กินสันได้		
14. การออกกำลังกายในผู้ป่วยพาร์กินสันสามารถช่วยป้องกันการหกล้ม		
15. การช่วยในการออกกำลังกายให้กับผู้ป่วยพาร์กินสันทำให้เสียเวลามากสำหรับท่าน		
16. ผู้ดูแลสามารถแบ่งเวลามาฝึกการออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วยพาร์กินสันได้		
17. อุปสรรคในการออกกำลังกายและการฝึกเดินในผู้ป่วยพาร์กินสัน คือ การรบกวนเวลาในการทำกิจกรรมอื่น/ต้องมีผู้อื่นการช่วยเหลือ		

(ต่อ)

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
18. ผู้ดูแลสามารถจัดสภาวะแวดล้อมให้ปลอดภัยเพื่อป้องกันการหกล้ม		
19. ผู้ดูแลสามารถฝึกการออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วยได้ อย่างถูกต้อง		
20. การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับ ผู้ป่วยพาร์กินสันช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ อย่างปลอดภัย ไม่เกิดการหกล้ม		
21. การติดตามจับภายในบ้าน เช่น ระหว่างทางเดิน ภายในห้องน้ำ/ห้องส้วม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเดิน ด้วยความมั่นใจ ไม่กลัวหกล้ม		
22. อุปสรรคในการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เป็นเรื่องยุ่งยากและสิ้นเปลืองสำหรับท่าน		
23. ผู้ดูแลสามารถปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ แก่ผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง		
24. ผู้ดูแลสามารถดัดแปลงสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ได้โดยเลือกสถานที่ที่ใช้ในกิจวัตรประจำวันเป็นประจำ เช่น ห้องนอน ห้องครัว ห้องน้ำ/ห้องส้วม เป็นต้น		
25. การที่ผู้ป่วยไม่หกล้มทำให้ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพ ชีวิตที่ดียิ่งขึ้น		

แบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (เฉลย)

คำชี้แจง ผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันอ่านข้อความในแบบสอบถาม แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพียงช่องเดียว

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. เมื่อผู้ป่วยลุกจากเก้าอี้ควรก้าวเดินทันที		/
2. ผู้ป่วยพาร์กินสันควรหมุนกลับตัวภายในครั้งเดียว		/
3. การฝึกเดินในผู้ป่วยพาร์กินสันมีส่วนช่วยให้การทรงตัวดีขึ้น	/	
4. ผู้ดูแลสามารถฝึกการทรงตัวให้แก่ผู้ป่วยตามคู่มือการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน	/	
5. การออกกำลังกายในผู้ป่วยพาร์กินสันทำให้กล้ามเนื้อร่างกายแข็งแรงและข้อต่อต่าง ๆ ทำงานได้ดี	/	
6. ผู้ป่วยพาร์กินสันไม่ควรออกกำลังกายเพราะการ ออกกำลังกายจะทำให้ยาหมดฤทธิ์เร็วขึ้น		/
7. ผู้ป่วยพาร์กินสันที่ทำงานโดยการออกแรง เช่น เดินหรือขึ้นลงบันไดไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย เพราะการทำงานเหล่านั้นนับว่าเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว		/
8. ผู้ดูแลสามารถช่วยออกกำลังกายตามคำแนะนำของคู่มือการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน	/	
9. ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการเกิดติดขัด ซอยเท้าถื่นของผู้ป่วย	/	
10. ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการก้าวเดินติดขัด ซอยเท้าถื่น	/	
11. การฝึกเดินในผู้ป่วยพาร์กินสันช่วยป้องกันการหกล้ม	/	
12. ผู้ดูแลสามารถฝึกผู้ป่วยก้าวเดินได้อย่างมั่นใจ	/	
13. ผู้ดูแลสามารถแบ่งเวลาฝึกการออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วยพาร์กินสันได้	/	
14. การออกกำลังกายในผู้ป่วยพาร์กินสันสามารถช่วยป้องกันการหกล้ม	/	
15. การช่วยในการออกกำลังกายให้กับผู้ป่วยพาร์กินสันทำให้เสียเวลามากสำหรับท่าน		/
16. ผู้ดูแลสามารถแบ่งเวลาฝึกการออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วยพาร์กินสันได้	/	
17. อุปสรรคในการออกกำลังกายและการฝึกเดินในผู้ป่วยพาร์กินสัน คือ การรบกวนเวลาในการทำกิจกรรมอื่น/ต้องมีผู้อื่นการช่วยเหลือ		/
18. ผู้ดูแลสามารถจัดสภาวะแวดล้อมให้ปลอดภัยเพื่อป้องกันการหกล้ม	/	
19. ผู้ดูแลสามารถฝึกการออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วยได้ อย่างถูกต้อง	/	

(ต่อ)

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
20. การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับ ผู้ป่วยพาร์กินสันช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ อย่างปลอดภัย ไม่เกิดการหกล้ม	/	
21. การติดตามจับภายในบ้าน เช่น ระหว่างทางเดิน ภายในห้องน้ำ/ห้องส้วม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเดิน ด้วยความมั่นใจ ไม่กลัวหกล้ม	/	
22. อุปสรรคในการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เป็นเรื่องยุ่งยากและสิ้นเปลืองสำหรับท่าน	/	
23. ผู้ดูแลสามารถปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ แก่ผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง	/	
24. ผู้ดูแลสามารถดัดแปลงสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ได้โดยเลือกสถานที่ที่ใช้ ในกิจวัตรประจำวันเป็นประจำ เช่น ห้องนอน ห้องครัว ห้องน้ำ/ห้องส้วม เป็นต้น	/	
25. การที่ผู้ป่วยไม่หกล้มทำให้ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพ ชีวิตที่ดียิ่งขึ้น	/	

ภาคผนวก ง

คู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้ม
ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน
(สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน)

คู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้ม
ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

SELF-EFFICACY PROMOTION PROGRAM OF CAREGIVERS FOR PREVENTION
FALL OF PATIENT WITH PARKINSON'S DISEASE
(สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน)



จัดทำโดย

นางสาวกมลวรรณ บุญเพ็ง

นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

คำนำ

คู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Self-Efficacy Promotion Program of Caregivers for Prevention Fall of Patient With Parkinson's Disease) ที่ผู้วิจัยออกแบบสร้างขึ้นโดยเฉพาะเจาะจง เพื่อให้ความรู้กับผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันนี้

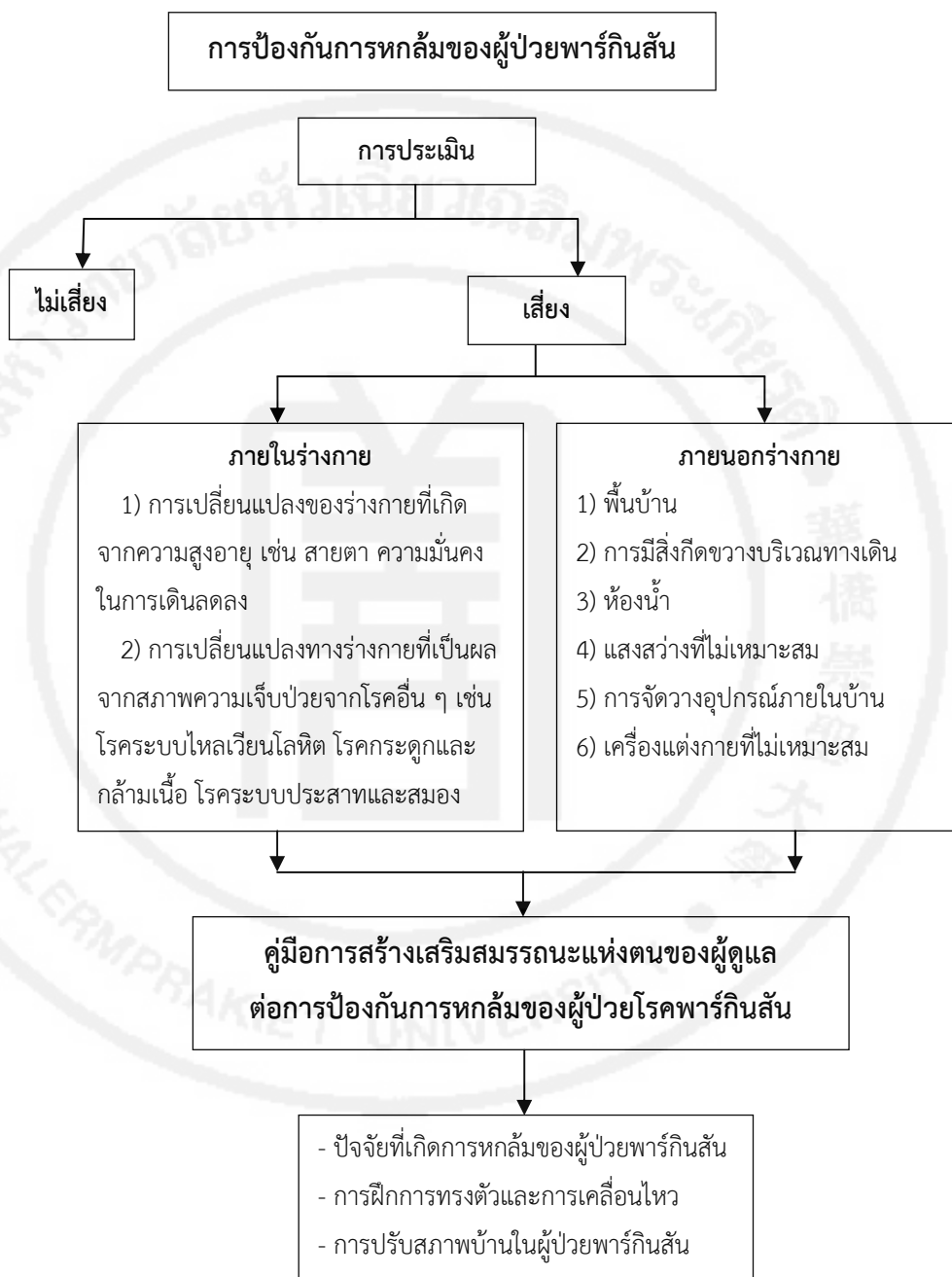
ได้แนวคิดมาจากผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน (The Effect of Experiential Health Education on Fall Prevention Behaviors in Older People With Parkinson's Disease) หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และจากการศึกษาคู่มือ ตำรา และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน

คู่มือโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ได้ใช้แนวความคิดแนวความคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura. 1977 : 191-21) เพื่อให้เกิดความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในเรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันในการป้องกันการหกล้ม

กมลวรรณ บุญเพ็ง

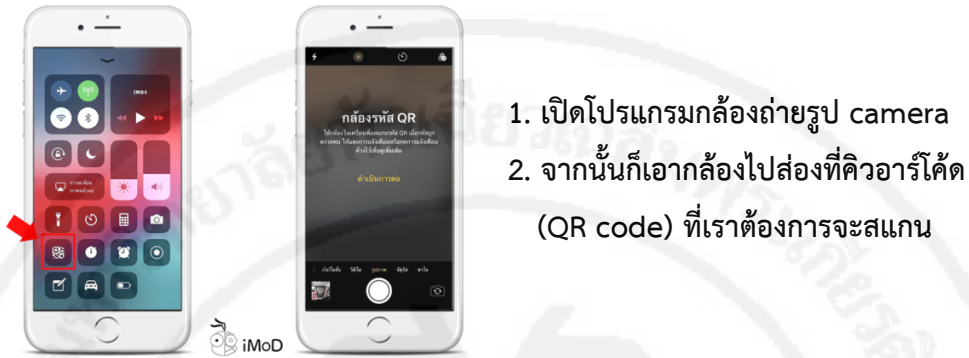
1 มีนาคม 2562

วิธีการใช้คู่มือการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล
ต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน



วิธีการใช้งานคิวอาร์โค้ด (QR Code)

สำหรับระบบปฏิบัติการไอโอเอส (IOS)



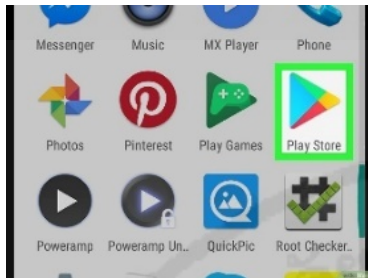
3. จากนั้นจะมีข้อความเตือน (Notification) ขึ้นมาด้านบน




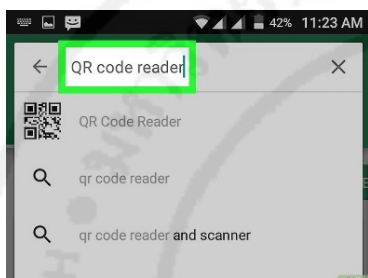
4. จะปรากฏวิดีโอที่ต้องการขึ้นมา



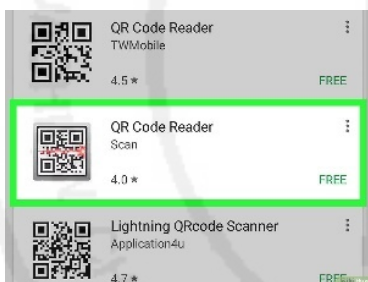
สำหรับระบบปฏิบัติการแอนดรอย (Android)



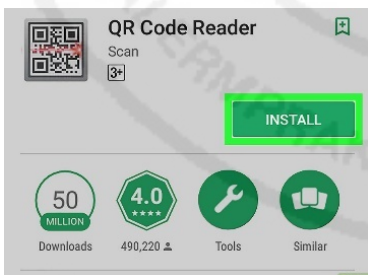
1. เปิด Play Store ของ Android ไอคอน 
จะอยู่ใน App drawer หรือที่หน้า Home



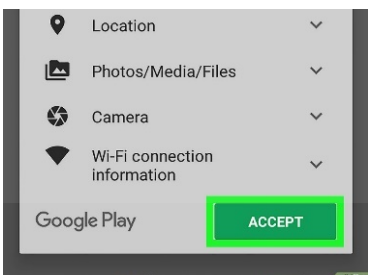
2. พิมพ์ QR code reader ในช่องค้นหา แล้ว
แตะปุ่ม Search จะเห็นรายชื่อแอปสำหรับสแกน
QR code ทั้งหมด



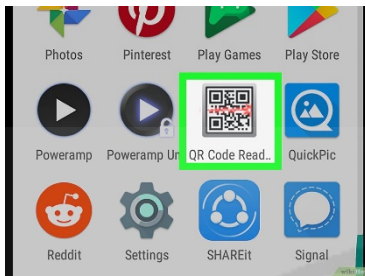
3. แตะ QR Code Reader ของค่าย Scan



4. แตะติดตั้ง (Install) จะมีหน้าต่างโผล่มาถาม
ว่าจะอนุญาตให้แอปเข้าถึงข้อมูลในอุปกรณ์ Android
ของคุณไหม



5. แตะตกลง (Accept) QR Code Reader
จะติดตั้งลง Android พอติดตั้งแอปเสร็จแล้ว
ปุ่มติดตั้ง “Install” จะกลายเป็นเปิด “Open”
และจะมีไอคอนใหม่โผล่มาในหน้าแรกของหน้าจอ



6. เปิดโปรแกรม QR Code Reader ไอคอนจะ
หน้าตาเหมือน QR code อยู่ในหน้าแรกของหน้าจอ
แตะแล้วแอปจะเปิดขึ้นมา เป็นหน้าจอถ่ายรูปตามปกติ



7. เล็งให้ QR code พอดีกับเฟรมกล้อง ก็เหมือนตอน
จะถ่ายรูป ต่างกันตรงที่ไม่ต้องกดปุ่มไหนเลย Scanner
จะสแกนแล้วอ่านโค้ด จากนั้นวิดีโอในโค้ดจะโผล่ขึ้นมา



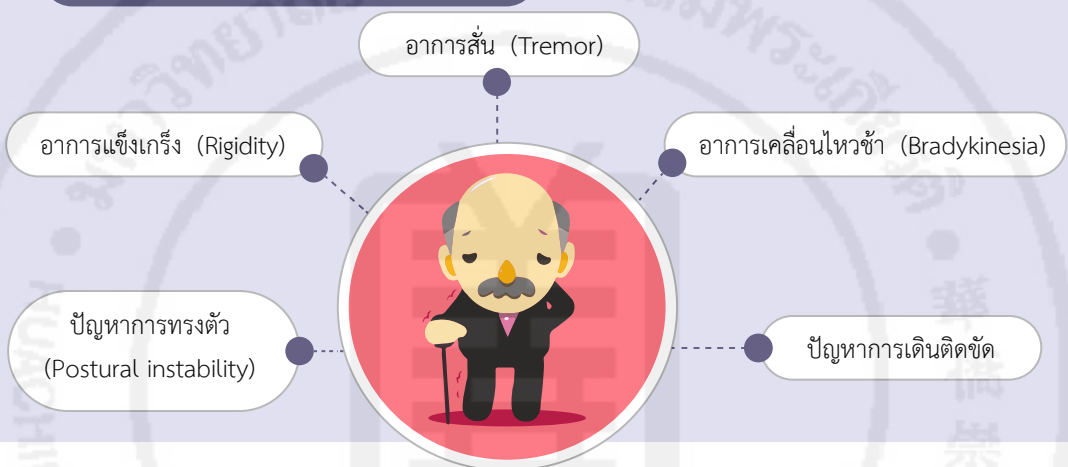
8. แตะตกลง (OK) เพื่อเปิดวิดีโอ

CHALERMPRAKIET UNIVERSITY • 華僑崇聖大學

โรคพาร์กินสัน..

โรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease) เป็นโรคความเสื่อมของระบบประสาท ซึ่งจะส่งผลให้สารโดปามีนในสมองที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลดลง และเกิดการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติตามมา

ลักษณะสำคัญของผู้ป่วยพาร์กินสัน



การรักษา

ระยะเริ่มต้นจะรักษาด้วยการรับประทานยา

หากมีอาการมากขึ้น การตอบสนองต่อยาไม่คงที่ หรือได้รับผลข้างเคียงจากการรับประทานยา แพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาเพิ่มเติมด้วยวิธีการ

1. ฉีดยาเข้าใต้ชั้นผิวหนัง (Apomorphine subcutaneous injection)
2. การฉีดยาให้ผ่านทางลำไส้เล็ก (Levodopa-carbidopa intestine gel)
3. การผ่าตัดฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าที่สมองส่วนลึก (Deep brain stimulation)

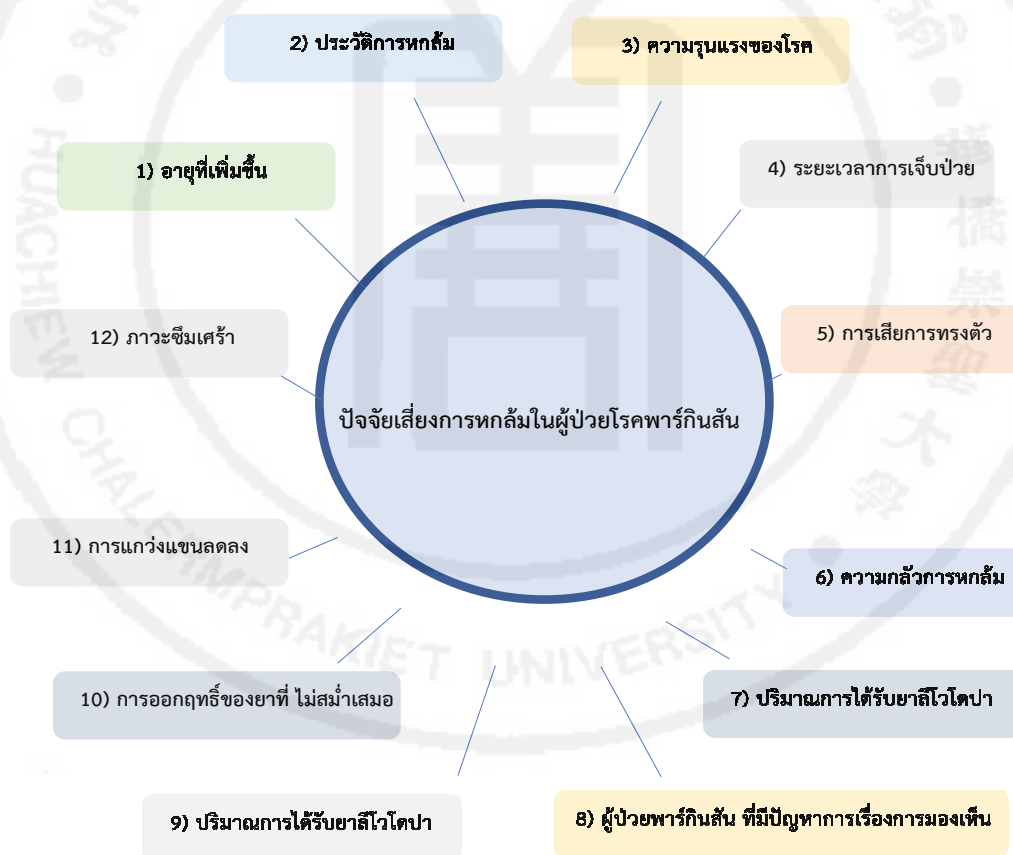
ผู้ป่วยควรทำกายภาพให้เหมาะสมกับระยะการดำเนินของโรคด้วย

การหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

การหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

การหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน หมายถึง การรับรู้ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ที่ส่งผลให้ร่างกาย ส่วนของร่างกายลงไปสู่พื้นผิวอื่นที่ต่ำกว่า หรือมีการปะทะกับสิ่งต่าง ๆ ก่อนที่จะลงสู่พื้นอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ได้

ปัจจัยเสี่ยงการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน



ผลกระทบจากการหกล้มในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

1. การบาดเจ็บของร่างกาย
2. คุณภาพชีวิตแย่ลง
3. การทำกิจวัตร ลดลง พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น
4. เสียชีวิตได้
5. สูญเสียค่ารักษาพยาบาล การป้องกันการหกล้มที่เกิดจากผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

5.1) การระมัดระวังการหกล้มจากการมองเห็นเนื่องจากการบกพร่องการมองเห็นและลานสายตาที่แคบลง โดยการกวาดสายตามอง ทางเดินให้ชัดเจนก่อนก้าวเดิน และเมื่อมีความผิดปกติในการมองเห็นควรปรึกษาแพทย์

5.2) การป้องกันการหกล้มและการทรงตัว โดยพยายามเดินแกว่งแขน ยกเท้าสูง หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมหลาย ๆ อย่างในขณะที่เดิน ในท่ายืนกางเท้าให้กว้างเท่าระดับไหล่ หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็ว ควรหาอุปกรณ์ช่วยเดินในกรณีที่เดินลำบากและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

5.3) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและกล้ามเนื้อ ทำงานประสานกันได้ดีขึ้น โดยเฉพาะกล้ามเนื้อแขนขา ทั้งในท่านอน นั่ง และทำยืน

การออกกำลังกายในผู้ป่วยพาร์กินสัน

การออกกำลังกายเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาหรือการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงและกล้ามเนื้อประสานงานกันได้ดีขึ้นช่วยให้การเคลื่อนไหวของข้อต่อไม่ติดแข็ง การเดินดีขึ้น ไม่หกล้มง่าย และเพื่อให้ผู้ป่วยพาร์กินสันกลับคืนสู่สภาพชีวิตที่ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด ผู้ป่วยพาร์กินสันควรออกกำลังกายทุกวัน ซึ่งช่วยให้ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นดำเนินช้าลง

ข้อควรคำนึงของการออกกำลังกายของผู้ป่วยพาร์กินสัน

1. ช่วงเวลาที่ดีที่สุดในการออกกำลังกาย คือ ช่วงที่ยาออกฤทธิ์ดีที่สุด (on-time) เนื่องจากผลของยาจะช่วยลดอาการแข็งเกร็งและอาการช้า
2. การออกกำลังกายไม่ควรทำให้เกิดอาการเจ็บปวดหรือบาดเจ็บต่อร่างกาย หรืออะไรก็ตามที่จะไปส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดการออกกำลังกาย รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมจึงจำเป็นอย่างมากในผู้ป่วยพาร์กินสันเนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและอาจมีปัญหาทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น กระดูกพรุน ข้อเข่าหรือกระดูกสันหลังเสื่อม

3. การออกกำลังกายเพื่อพัฒนาความอ่อนตัวหรือความยืดหยุ่น (Flexibility) ควรทำเป็นประจำอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ และจำเป็นต้องทำทุกวันในกรณีที่ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น และในขณะที่ยึดกล้ามเนื้อควรคงค้างไว้ อย่างน้อย 30 วินาที

4. ทำต่อเนื่องประมาณ 2 ครั้ง ในแต่ละกลุ่มมัดกล้ามเนื้อ

การฝึกการบริหารการทรงตัวให้แก่ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ทรงตัวดีไม่มีล้ม 5 ท่าบริหาร

ท่าที่ 1 ยืนก้าวเท้าด้านข้าง

1. ยืนตัวตรงหลังเก้าอี้ มือทั้ง 2 ข้าง จับพนักพิง
2. ก้าวเท้าขวาออกด้านข้าง ฝ่าเท้าแนบพื้น ถ่ายน้ำหนักไปที่เท้าขวาด้วยการงอเข่าขวาเล็กน้อย เข่าซ้ายเหยียดตรง เท้าขวากลับมาชิดเท้าซ้าย จากนั้นทำลักษณะเดียวกันสลับไปเรื่อย ๆ 30 วินาที หรือ 20-40 ครั้ง



ท่าที่ 2 ยืนเขย่งส้นเท้า

1. ยืนตัวตรงหลังเก้าอี้เท้า 2 ข้าง ห่างกันพอสมควร มือทั้ง 2 ข้าง จับพนักพิง
2. เขย่งส้นเท้าขึ้น หลังและลำตัวเหยียดตรง ค้างไว้ 2 วินาที
3. ทำซ้ำจำนวน 10-20 ครั้ง



ท่าที่ 3 ยืนกระดกปลายเท้า

1. ยืนตัวตรงหลังเก้าอี้ เท้าทั้ง 2 ข้าง ห่างกันพอสมควร มือทั้ง 2 ข้าง จับพนักพิง
2. กระดกปลายเท้าขึ้น หลังและลำตัวเหยียดตรงค้างไว้ 2 วินาที
3. ทำซ้ำจำนวน 10-20 ครั้ง



ท่าที่ 4 ยืนงอเข่ากวาดเท้าไปข้างหลัง

1. ยืนตัวตรง มือทั้ง 2 ข้าง จับพนักพิง
2. งอเข่าซ้ายขวา ปลายเท้าชี้ลงพื้นค้างไว้ประมาณ 2 วินาที จึงเคลื่อนเท้าซ้ายลงแนบพื้น
3. ทำที่ละข้าง ข้างละ 10-20 ครั้ง

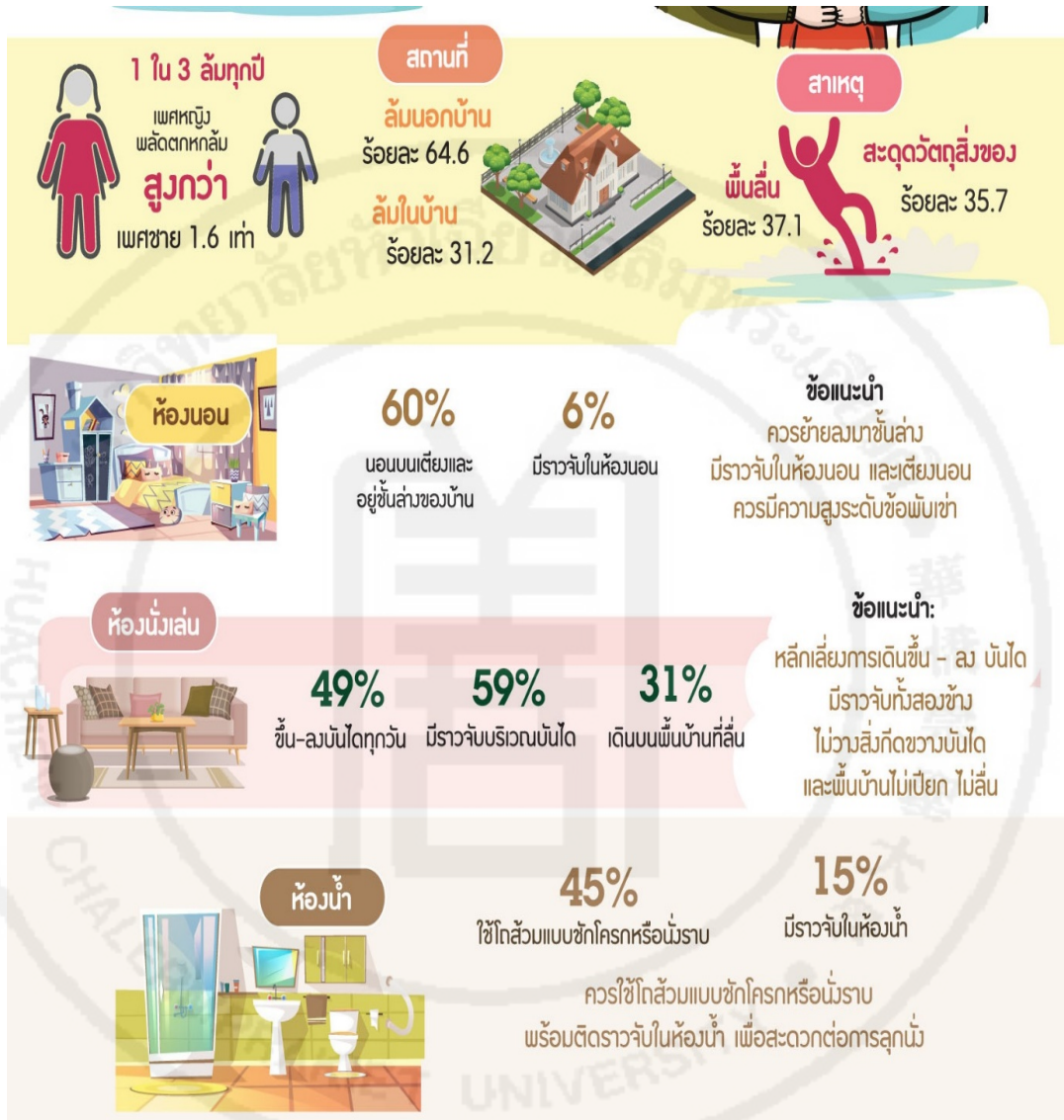


ท่าที่ 5 ยืนย่อเท้า

1. ยืนตัวตรง มือขวาจับพนักพิงเก้าอี้
2. ย่อเท้าสลับซ้าย-ขวาเป็นจังหวะ แขนซ้ายแกว่งอย่างอิสระตามจังหวะการย่อเท้า
3. ทำต่อเนื่องกัน 30 วินาที หรือ 20-40 ครั้ง
4. กลับหลังหันซ้ำ ๆ สลับมือที่จับพนักพิงเก้าอี้ ย่อเท้าซ้ำในลักษณะเดิม



การปรับสภาพบ้านในผู้ป่วยพาร์กินสัน



การป้องกัน การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ



ตัวผู้สูงอายุ



ปรึกษาเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์

- ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
- ขอรับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา การมองเห็น การทรงตัว ฯลฯ



ฝึกการเดินและออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ



ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินในกรณีที่มีความบกพร่องในการเดินหรือการทรงตัว



สวมใส่เสื้อผ้า รองเท้าที่มีขนาดพอดี และเป็นรองเท้าหุ้มส้น

ด้านสิ่งแวดล้อม



อาศัยอยู่บ้านชั้นเดียวหรืออยู่ชั้นล่าง



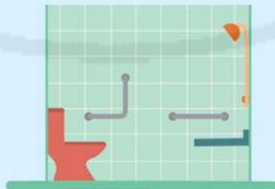
พื้นและทางเดินเรียบเสมอกัน ประตูดворใช้เป็นลูกบิดหรือมือจับก้านโยก



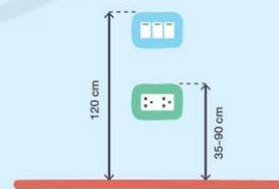
ใช้เตียงที่มีความสูงระดับข้อพับเข่า



มีแสงสว่างเพียงพอภายในบ้านและบริเวณบ้าน



ห้องน้ำมีราวจับ พื้นไม่ลื่น ใช้โถส้วมแบบชักโครกหรือนั่งรา



สวิตช์ไฟสูงจากพื้น 120 เซนติเมตร และปลั๊กไฟสูง 35 - 90 เซนติเมตร

บรรณานุกรม

- นงลักษณ์ บุญรอด, กมลวรรณ บุญเพ็ง และรุ่งโรจน์ พิทยศิริ. (2559) **หนังสือคู่มือการพยาบาลโรคพาร์กินสัน**. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- ปวันรัตน์ ศรีคำ. (2557) **ปัจจัยทำนายการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุณนาค. (2550) **โรคพาร์กินสันรักษาได้**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- Allocock, L. M et al. (2009) “Impaired attention predicts falling in Parkinson’s disease” **Parkinsonism and Related Disorders**. 15 (2) page 110-115.
- Amar, K et al. (2015) “Fall frequency, predicting fall and participating in falls research : Similarities among people with parkinson’s disease with and without cognitive impairment” **Parkinsonism & Related Disorders**. 21 (1) page 55-60.
- Bandura, A. (1997) **Self-efficacy : The exercise of control**. New York : W.H. Freeman and Company.
- Sheena Land and Susie Dinan. (2010) **Preventing Fall : Strength and balance exercises for healthy ageing**. UK.

ภาคผนวก จ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจประเมินความเที่ยงตรง (Validity)

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจประเมินความเที่ยงตรง (Validity) แบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Self-Efficacy Promotion Program of Caregivers for Prevention Fall of Patient With Parkinson's Disease)

- | | |
|----------------------|---|
| ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 | ศาสตราจารย์นายแพทย์รุ่งโรจน์ พิทยศิริ
หัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสัน
และกลุ่มความเคลื่อนไหวผิดปกติ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย |
| ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม
อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3 | นางสาวสายสมร พุ่มพิศ
พยาบาลชำนาญการ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสัน
และกลุ่มความเคลื่อนไหวผิดปกติ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย |

ภาคผนวก ฉ
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความในช่องว่าง

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ให้คะแนนตามค่าคะแนน IOC			รวม	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง	1	1	1	1	นำไปใช้
อายุ <input type="checkbox"/> 1. 20-30 ปี <input type="checkbox"/> 2. 31-40 ปี <input type="checkbox"/> 3. 41-50 ปี <input type="checkbox"/> 4. 51-59 ปี	1	1	1	1	นำไปใช้
สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. คู่ <input type="checkbox"/> 3. ม่าย <input type="checkbox"/> 4. หย่า <input type="checkbox"/> 5. แยกกันอยู่	1	1	1	1	นำไปใช้
ระดับการศึกษา <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย <input type="checkbox"/> 5. อาชีวศึกษา <input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 7. สูงกว่าปริญญาตรี	1	1	1	1	นำไปใช้
อาชีพ <input type="checkbox"/> 1. รับจ้าง <input type="checkbox"/> 2. รับราชการ <input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย <input type="checkbox"/> 4. รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 5. ไม่ได้ทำงาน <input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ ระบุ	1	1	1	1	นำไปใช้

ส่วนที่ 1 (ต่อ)

ข้อความคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ให้คะแนนตามค่าคะแนน IOC			รวม	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
รายได้โดยรวมของครอบครัว <input type="checkbox"/> 1. เพียงพอและมีเงินเก็บ <input type="checkbox"/> 2. เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ <input type="checkbox"/> 3. ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้ <input type="checkbox"/> 4. ไม่พอใช้และมีหนี้	1	1	1	1	นำไปใช้
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย <input type="checkbox"/> 1. คู่สมรส <input type="checkbox"/> 2. บุตร <input type="checkbox"/> 3. พี่น้อง <input type="checkbox"/> 4. ลูกจ้างทำหน้าที่ผู้ดูแล	1	1	1	1	นำไปใช้
ผู้ดูแลรองที่ดูแลผู้ป่วยนอกเหนือจากท่าน <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มีระบุ.....คน	1	1	1	1	นำไปใช้
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย <input type="checkbox"/> 1. ไม่มีประสบการณ์ <input type="checkbox"/> 2. มีประสบการณ์	1	1	1	1	นำไปใช้
ท่านมีโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี ระบุ.....	1	1	1	1	นำไปใช้
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ชั่วโมง	1	1	1	1	นำไปใช้
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เดือน ปี	1	1	1	1	นำไปใช้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยโดยทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความในช่องว่าง

ข้อความคำถาม	ความคิดเห็นของมีเชี่ยวชาญ ให้คะแนนตามค่าคะแนน IOC			รวม	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง	1	1	1	1	นำไปใช้
อายุ <input type="checkbox"/> 1. 20-30 ปี <input type="checkbox"/> 2. 31-40 ปี <input type="checkbox"/> 3. 41-50 ปี <input type="checkbox"/> 4. 51- 59 ปี	1	1	1	1	นำไปใช้
สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. คู่ <input type="checkbox"/> 3. ม่าย <input type="checkbox"/> 4. หย่า <input type="checkbox"/> 5. แยกกันอยู่	1	1	1	1	นำไปใช้
สิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> 1. ข้าราชการ <input type="checkbox"/> 2. ประกันสังคม <input type="checkbox"/> 3. สิทธิประกันสุขภาพ 30 บาท <input type="checkbox"/> 4. จ่ายเอง <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ	1	1	1	1	นำไปใช้
โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี ระบุ	1	1	1	1	นำไปใช้
การทรงตัว (Pull test) <input type="checkbox"/> 1. Positive <input type="checkbox"/> 2. Negative	1	1	1	1	นำไปใช้
ระดับความรุนแรงของโรค (H&Y)	1	1	1	1	นำไปใช้
การวินิจฉัยโรค.....	0	0	0	0	ตัดทิ้ง

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน

คำชี้แจง โปรดระบุระดับความมั่นใจโดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความมั่นใจของท่านในแต่ละกิจกรรม ซึ่งแบ่งระดับความมั่นใจเป็น 5 ระดับ คือ

- 1 = ไม่มั่นใจ
- 2 = มั่นใจน้อย
- 3 = มั่นใจปานกลาง
- 4 = มั่นใจมาก
- 5 = มั่นใจมากที่สุด

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ให้คะแนนตามค่าคะแนน IOC			รวม	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1. ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการเกิดติดขัด ซอยเท้าของผู้ป่วย	1	0	1	0.66	นำไปใช้
2. ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการก้าวเดินติดขัด ซอยเท้า	0	1	1	0.66	นำไปใช้
3. ท่านสามารถฝึกการทรงตัวตามคู่มือการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน	1	0	1	0.66	แก้ไขและนำไปใช้
4. ท่านสามารถช่วยออกกำลังกายตามคำแนะนำของคู่มือการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน	1	1	0	0.66	นำไปใช้
5. ท่านสามารถจัดสภาวะแวดล้อมให้ปลอดภัยเพื่อป้องกันการหกล้ม	1	1	0	0.66	แก้ไขและนำไปใช้
6. ท่านสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการลุกจากเตียง	1	0	1	0.66	นำไปใช้
7. ท่านสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการลุกนั่งจากเก้าอี้	0	1	1	0.66	นำไปใช้
8. ท่านสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการทรงตัวและก้าวเดินได้อย่างมั่นใจ	1	1	0	0.66	นำไปใช้

แบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

คำชี้แจง ผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันอ่านข้อความในแบบสอบถาม แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องว่าง ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพียงช่องเดียว

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ให้คะแนนตามค่าคะแนน IOC			รวม	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
1. เมื่อผู้ป่วยโรคพาร์กินสันลุกจากเก้าอี้ควรก้าวเดินทันที	1	1	0	0.66	แก้ไขและนำไปใช้
2. ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันควรหมุนกลับตัวภายในครั้งเดียว	1	0	1	0.66	นำไปใช้
3. การฝึกเดินในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีส่วนช่วยทำให้การทรงตัวดีขึ้น	0	1	1	0.66	นำไปใช้
4. ผู้ดูแลสามารถฝึกการทรงตัวให้แก่ผู้ป่วยตามคู่มือการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน	1	1	0	0.66	นำไปใช้
5. การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันทำให้กล้ามเนื้อร่างกายแข็งแรงและข้อต่อต่าง ๆ ทำงานได้ดี	1	1	0	0.66	แก้ไขและนำไปใช้
6. ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันไม่ควรออกกำลังกายเพราะการออกกำลังกายจะทำให้มีอาการเร็วขึ้น	1	0	1	0.66	นำไปใช้
7. ผู้ป่วยพาร์กินสันที่ทำงานโดยการออกแรง เช่น เดินหรือขึ้นลงบันไดไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย เพราะการทำงานเหล่านั้นนับว่าเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว	0	1	1	0.66	นำไปใช้
8. ผู้ดูแลสามารถช่วยออกกำลังกายตามคำแนะนำของคู่มือการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน	1	1	0	0.66	นำไปใช้

(ต่อ)

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ให้คะแนนตามค่าคะแนน IOC			รวม	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
9. ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา การเกิดติดเชื้อ ซอยเท้าของผู้ป่วยโรค พาร์กินสัน	1	1	0	0.66	แก้ไขและ นำไปใช้
10. ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วย มีอาการก้าวเดินติดขัด ซอยเท้า	1	1	0	0.66	แก้ไขและ นำไปใช้
11. การฝึกเดินในผู้ป่วยพาร์กินสัน ช่วยป้องกันการหกล้ม	1	0	1	0.66	นำไปใช้
12. ผู้ดูแลสามารถฝึกผู้ป่วยก้าวเดิน ได้อย่างมั่นใจ	0	1	1	0.66	นำไปใช้
13. ผู้ดูแลสามารถแบ่งเวลามาฝึกการ ออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วยพาร์กินสันได้	1	1	0	0.66	นำไปใช้
14. การออกกำลังกายในผู้ป่วย พาร์กินสันสามารถช่วยป้องกันการหกล้ม	1	1	0	0.66	แก้ไขและ นำไปใช้
15. การช่วยในการออกกำลังกายให้กับ ผู้ป่วยพาร์กินสันทำให้เสียเวลามาก สำหรับท่าน	1	0	1	0.66	นำไปใช้
16. ผู้ดูแลสามารถแบ่งเวลามาฝึกการ ออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วยพาร์กินสันได้	0	1	1	0.66	นำไปใช้
17. อุปสรรคในการออกกำลังกายและ การฝึกเดินในผู้ป่วยพาร์กินสัน คือ การรบกวนเวลาในการทำกิจกรรมอื่น/ ต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือ	1	1	0	0.66	นำไปใช้
18. ผู้ดูแลสามารถจัดสภาวะแวดล้อม ให้ปลอดภัยเพื่อป้องกันการหกล้ม	1	1	1	1	แก้ไขและ นำไปใช้
19. ผู้ดูแลสามารถฝึกการออกกำลังกาย ให้แก่ผู้ป่วยได้ อย่างถูกต้อง	1	0	1	0.66	นำไปใช้

(ต่อ)

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ให้คะแนนตามค่าคะแนน IOC			รวม	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
20. การจัสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยพาร์กินสันช่วยให้ ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดการหกล้ม	0	1	1	0.66	นำไปใช้
21. การตรวจรับภายในบ้าน เช่น ระหว่างทางเดิน ภายในห้องน้ำ/ห้องส้วม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเดิน ด้วยความมั่นใจ ไม่กลัวหกล้ม	1	1	0	0.66	นำไปใช้
22. อุปสรรคในการจัสภาพแวดล้อม ภายในบ้านเป็นเรื่องยุ่งยากและสิ้นเปลือง สำหรับท่าน	1	1	0	0.66	แก้ไขและ นำไปใช้
23. ผู้ดูแลสามารถปรับสภาพแวดล้อม ภายในบ้านให้ แก่ผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง	1	1	0	0.66	แก้ไขและ นำไปใช้
24. ผู้ดูแลสามารถดัดแปลงสภาพ แวดล้อมภายในบ้าน ได้โดยเลือกสถานที่ ที่ใช้ในชีวิตประจำวันเป็นประจำ เช่น ห้องนอน ห้องครัว ห้องน้ำ/ห้องส้วม เป็นต้น	1	0	1	0.66	นำไปใช้
25. การที่ผู้ป่วยไม่หกล้มทำให้ทำให้ ผู้ป่วยมีคุณภาพ ชีวิตที่ดียิ่งขึ้น	1	1	0	0.66	นำไปใช้

ภาคผนวก ข

หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

โครงการวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันโดยมีวัตถุประสงค์ ศึกษาสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ผู้วิจัยมีความมุ่งหวังว่าการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมโครงการเป็นอย่างยิ่ง เพราะเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสันมีความรู้เรื่องโรค การดูแล และการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยพาร์กินสันทั้งในครอบครัวและชุมชน

การเข้าร่วมโครงการวิจัยจะเป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด โดยข้อมูลที่ได้รับจากท่านผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม หากท่านยินดีเข้าร่วมวิจัยและภายหลังต้องการยกเลิก ท่านมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องอธิบายใด ๆ

ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมวิจัยหากมีข้อสงสัยใด ๆ ท่านสามารถสอบถามได้ตลอดเวลาที่หมายเลข 098-146-5424, ID IINE : kamolying ขอขอบพระคุณท่านมา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....
เบอร์โทรศัพท์ LINE ID

ข้าพเจ้ายินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัยเรื่องโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
(.....)

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ชื่อผู้วิจัย นางสาว กมลวรรณ บุญเพ็ญ

ที่อยู่ติดต่อ ศูนย์ความเป็นเลิศฯ โรคพาร์กินสันฯ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

โทรศัพท์ 0981465424 **Email :** kbyingkb@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 ศึกษาสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยพาร์กินสัน

3.2 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสันก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่เข้ารับการรักษาในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติ โดยเข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกจนถึงกลับบ้านและยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยคัดเลือกผู้ดูแลตามคุณสมบัติ ได้แก่ อายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลหลัก ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง สื่อสารภาษาไทยได้ ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เหตุผลที่ท่านได้รับการเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยและตัวท่านมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกประการ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – สกุล นางสาวกมลวรรณ บุญเพ็ง

วัน เดือน ปีเกิด 4 กุมภาพันธ์ 2529

ที่อยู่ปัจจุบัน 39 ซอยประวิทย์และเพื่อน 13/1 แขวงบางจาก เขตพระโขนง
กรุงเทพมหานคร 10260

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2547 – 2551 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ตำแหน่งและที่ทำงานปัจจุบัน

พ.ศ. 2551 – 2553 แผนกผู้ป่วยในกระดูกและข้อ โรงพยาบาลเวชธานี

พ.ศ. 2553 – ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสัน
และกลุ่มความเคลื่อนไหวผิดปกติ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย