

การดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันแบบองค์รวม

Holistic Care for Parkinson's Disease in Elderly

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เจนระวี สว่างอารีย์รักษ์

ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน คณะพยาบาลศาสตร์วิชรพล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

บทคัดย่อ

โรคพาร์กินสัน เป็นโรคซึ่งเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางที่จะส่งผลให้เกิดอาการสั่น เกร็ง เคลื่อนไหวช้าและมีปัญหาต่อสุขภาพเป็นอย่างมากโดยเฉพาะโรคนี้จะมีลักษณะอาการที่ซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาซึ่งหากผู้ดูแลหรือทีมสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจในโรคไม่เพียงพอย่อมส่งผลถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลรักษาและการให้การพยาบาลโดยตรง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นโรคนี้พยาบาลและทีมสุขภาพต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อจะได้ช่วยเหลือให้การพยาบาลอย่างถูกต้องและทันต่อเหตุการณ์ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้อง มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติขององค์รวมจึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันได้อย่างครอบคลุมและสมบูรณ์และเป็นไปตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องให้การบริการในด้านการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันโรค (prevention) การดูแลรักษา (curation) และ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย (rehabilitation) ของผู้ป่วย

คำสำคัญ : โรคพาร์กินสัน, ผู้สูงอายุ, การให้การพยาบาลแบบองค์รวม

Abstract

Parkinson disease is a central neuron system dysfunction. The symptoms are tremor, muscle stiffness and slow movement. It is a severe health problem due to the complicated symptoms and the symptoms may be able to change all the time. Care worker or medical team who do not fully understand about this disease will impact directly to the treatment process. A Parkinson patient, especially elder, need to be closely monitored for immediately care. Nursing and medical team need to have full knowledge in every dimension for holistic care. A nursing professional role is to promote health, care and rehabilitation.

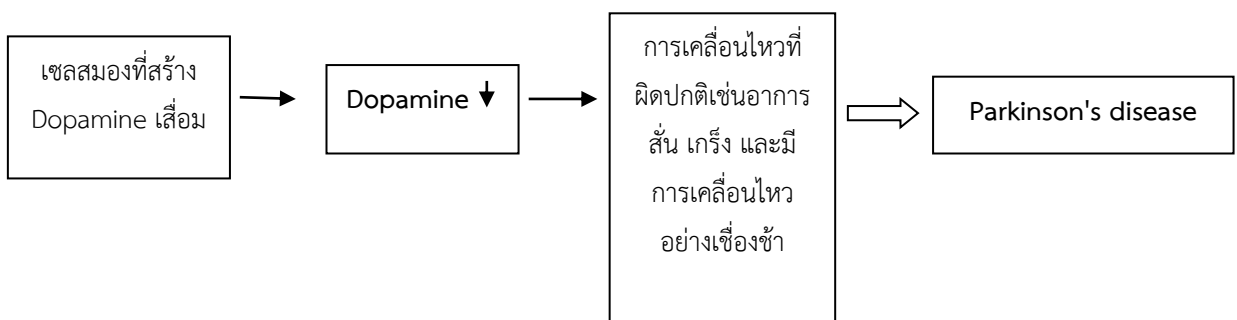
Key words : Parkinson disease, elder, holistic care

ประชากรไทยในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวน 68.1 ล้านคน เป็นประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16 และ ตามการคาดการณ์ของสำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ คือประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีจำนวนมากถึงร้อยละ 20 ภายในปี พ.ศ. 2564 และเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดเมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี 2574 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2559)จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมีผลกระทบอย่างมากมาย เช่นผลกระทบต่อผลผลิตรวมของประเทศ (GDP) รายได้ต่อหัวประชากร งบประมาณของรัฐบาลและการคลัง ผลิตภาพแรงงานและการจ้างงาน รวมทั้ง ผลต่อการบริการด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านการเงินและด้านสุขภาพจะเห็นได้ว่ารัฐบาลต้องประสบกับปัญหาในการช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่าง

มากไม่ว่าจะเป็นในด้านการดูแล ช่วยเหลือและด้านการเจ็บป่วยเพราะสภาพร่างกายของมนุษย์เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุหรือวัยชราาก็มักจะเกิดโรคต่างๆ มากมายโดยเฉพาะโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคทางสมอง โรคกระดูกพรุน ที่มักจะพบมากในผู้สูงอายุและโรคทางสมองที่พบบ่อยคือ “โรคพาร์กินสัน” ที่มีผู้ค้นพบคือ เจมส์ พาร์กินสัน ซึ่งเป็นแพทย์ชาวอังกฤษที่เขียนอธิบายอาการของโรคพาร์กินสันเป็นครั้งแรกลงในบทความที่ชื่อว่า “Shaking Palsy” ในปี ค.ศ. 1817 ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคนี้อาจส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายในการรักษาที่นับวันจะเพิ่มสูงขึ้น ถ้าผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาของการตอบสนองต่อยาไม่สม่ำเสมอ นั่นคือการสูญเสียแรงงานจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วย และผู้ป่วยก็มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

โรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease: PD) จัดเป็นโรคความเสื่อมของระบบประสาทที่พบบ่อยเป็นอันดับ 2 รองจากโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) ในอัตราส่วนร้อยละ 1 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จากสถิติปี พ.ศ. 2549 ผู้สูงอายุของไทยป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน 6.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.6 ซึ่งพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2543 จำนวน 6 ล้านคน และจากการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้สูงอายุป่วยเพิ่มเป็น 10.78 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 15.28 (เบญจมาภรณ์ ลิขิตกิจไพศาล, 2554)

นายแพทย์อัครวุฒิ วิริยเวชกุล แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันประสาทวิทยา กล่าวว่า “โรคพาร์กินสัน มีประวัติยาวนานมาตั้งแต่สมัย ลีโอนาโด ดา วินชี แต่เพิ่งจะเป็นที่รู้จักกันมากขึ้นโดยเฉพาะในวงการแพทย์เมื่อประมาณปี ค.ศ.1817 โดย นายแพทย์เจมส์ พาร์กินสัน ชาวอังกฤษ ได้พยายามอธิบายเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันไว้อย่างชัดเจนในตำราเล่มหนึ่ง...และโรคพาร์กินสันก็เริ่มเป็นที่รู้จักในวงกว้างมากขึ้น สาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคนั้น ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดเพราะเป็นโรคที่ไม่ได้เกิดทางกรรมพันธุ์ แต่เกิดจากเซลล์สมองที่สร้างสารโดปามีนมีการเสื่อมสลายไปกว่าร้อยละ 80 ซึ่งสารชนิดนี้ทำหน้าที่ควบคุมระบบการเคลื่อนไหวของร่างกาย เมื่อสมองขาดโดปามีน จึงเกิดการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (Movement Disorders) ที่จะส่งผลให้เกิดอาการสั่น เกร็ง และมีการเคลื่อนไหวอย่างเชื่องช้า ดังแผนภาพต่อไปนี้



จากสถิติทั่วโลก พบผู้ป่วยโรคพาร์กินสันร้อยละ 1-2 ในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และพบมากขึ้นถึงร้อยละ 4 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป นั้นแสดงให้เห็นว่าถ้าคนมีอายุยืนมากขึ้นโอกาสที่จะพบโรคนี้อีกก็มากขึ้นเช่นกัน (แพรวพรรณ สุริวงศ์, 2558) สำหรับประเทศไทยเริ่มมีข้อมูลจากโครงการลงทะเบียนผู้ป่วยพาร์กินสันตั้งแต่ พ.ศ. 2553-2554 คิดเป็นความชุก 242.57 ต่อแสนประชากร (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2558) พบความชุกของ โรคพาร์กินสัน 126.83 (พื้นที่ในชุมชนเมือง) 90.82 (ในชนบท) ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี (สิรินันท์ กลั่นบุศย์และคณะ, 2559) โดยอาการและอาการแสดงของโรคพาร์กินสัน นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2553) สรุปไว้ คือ

1. อาการสั่น (tremor) พบว่าเป็นอาการเริ่มต้นของโรคเรื้อรัง 60 - 70 ของผู้ป่วยจะมีอาการสั่น โดยเฉพาะเวลาที่อยู่นิ่ง ๆ จะเห็นได้อย่างชัดเจน แต่ถ้าเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมอาการสั่นอาจลดลง หรือหายไป โดยมากพบอาการสั่นที่มือ และเท้า แต่บางครั้งอาจพบได้ที่คางหรือลิ้นก็ได้แต่ยังไม่พบที่ศีรษะ

2. อาการเกร็ง (rigidity) ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะแขน ขา และลำตัว ทั้งที่ไม่ได้เคลื่อนไหวหรือทำงานหนัก

3. เคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) ผู้ป่วยจะขาดความกระฉับกระเฉง งุ่มง่าม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเริ่มต้นเคลื่อนไหว บางรายอาจหกล้มจนเกิดอุบัติเหตุตามมาได้ เช่น สะโพกหัก หัวเข่าแตก เป็นต้น

4. ท่าเดินผิดปกติ (posture instability) ผู้ป่วยจะมีท่าเดินจำเพาะตัวที่ผิดจากโรคอื่น คือ ก้าวเดินสั้น ๆ แบบซอยเท้าในช่วงแรก ๆ และจะก้าวยาวขึ้นเรื่อย ๆ จนเร็วมากและจะหยุดไม่ได้ทันที จึงมีโอกาที่จะหกล้มหน้าคว่ำง่าย นอกจากนี้ยังเดินหลังค่อม ตัวงอ แขนไม่แกว่ง มือชิดแนบลำตัว หรือเดินแข็งทื่อเป็นหุ่นยนต์

5. การแสดงสีหน้าเหมือนใส่หน้ากาก (masking face) ใบหน้าของผู้ป่วยจะเฉยเมยไม่มีอารมณ์ เวลาพูดมุมปากจะขยับเพียงเล็กน้อย

6. เสียงพูด ผู้ป่วยจะพูดเสียงเครือเบา ไม่ชัด หากพูดนานไป เสียงก็จะค่อยหายไป ในลำคอ บางรายที่อาการไม่หนัก เมื่อพูดน้ำเสียงจะราบเรียบ ราบ และระดับเสียงจะอยู่ระดับเดียวกันตลอด นอกจากนี้ น้ำลายยังออกมาและมาสู้อยู่ที่มุมปากตลอดเวลา

7. การเขียน ผู้ป่วยจะเขียนหนังสือลำบาก ตัวหนังสือจะค่อย ๆ เล็กลงจนอ่านไม่ออก ส่วนปัญหาด้านสายตา ผู้ป่วยจะไม่สามารถกลอกตาไปมาได้คล่องแคล่วอย่างปกติ เพราะลูกตาจะเคลื่อนไหวแบบกระตุก

อาการที่นอกเหนือจากการเคลื่อนไหว พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะท้องผูกเรื้อรัง 100 อาการหลงลืมเรื้อรัง 20 - 80 อาการซึมเศร้ามากกว่าร้อยละ 50 ปัญหาเรื่องการนอนร้อยละ 50 (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2558) นอกจากนี้ภาวะความดันเลือดต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถ หรือความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนท่าทาง (orthostatic hypotension: OH) เป็นอาการผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันซึ่งไม่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว และสามารถตรวจพบได้ในระยะเริ่มต้นของโรคพาร์กินสัน ภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาของภาวะความดันเลือดต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถ ได้แก่ การเป็นลมหมดสติ (syncope) และการหกล้ม อันเป็นสาเหตุให้ต้องเข้ารับการรักษาอาการบาดเจ็บในโรงพยาบาลหรือการเสียชีวิต (สิรินันท์ กลั่นบุศย์ และคณะ, 2559)

โรคพาร์กินสัน แบ่งได้เป็น 5 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 อาการที่ปรากฏจะพบได้น้อยมักพบว่าอาการที่เป็นจะเป็นที่ร่างกายเพียงซีกเดียว อาการเริ่มต้นที่พบบ่อย คือ อาการสั่นเมื่อมีการพักของนิ้วมือและแขนข้างหนึ่ง (pill rolling tremor) จะสั้นด้วยความเร็ว 4-8 รอบ/วินาที ผู้ป่วยจะบ่นปวดกล้ามเนื้อแขน-ขา และลำตัว อาการสั่นนี้จะกินเวลาเป็นปีหรือมากกว่านั้น อาการอื่นๆ คือ พบว่าลำตัวข้างที่เป็นจะยกสูงขึ้น แขนข้างที่เป็นจะงอเล็กน้อย การแกว่งแขนลดน้อยลง เริ่มมีกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง การเคลื่อนไหวที่สลับกันไปมาทำได้ช้า (dysdiadochokinesia) การเคลื่อนไหวจะช้าลง การเขียนหนังสือจะเขียนตัวเล็กจนอ่านไม่ออก (micrographia) เนื่องจากมือสั่น การแสดงสีหน้าเฉยเมย เนื่องจากร่องที่หนังตาข้างงอขึ้น หน้าผากย่นน้อยลง มีเหงื่อออกแถวหน้าผาก อาการ 3 อย่างที่พบคือ อาการมือสั่นเมื่ออยู่นิ่งๆ อาการแข็งเกร็ง และการไม่เคลื่อนไหว (akinesia) เริ่มชัดเจน อาจจะมีข้อเท้าบวม แต่ผู้ป่วยไม่ได้สนใจโรคจะดำเนินต่อไปและลูกหลานไปยังร่างกายด้านตรงข้าม

ระยะที่ 2 โรคจะลุกลามไปยังด้านตรงข้ามร่วมกับการทรงตัวที่เปลี่ยนไป อาการจะค่อยๆ เป็นไปทั้งสองซีกในร่างกาย ผู้ป่วยจะยืนหลังโค้งงอ เดินตัวโก่ง ลำตัวจะโค้งไปข้างหน้า กระดูกสันหลัง ตะโพก เข้าข้อเท้าอง นิ้วมือจะหุบ เข้าหาตัวในขณะที่พักข้อมือจะงอ การเคลื่อนไหวจะค่อยๆ ช้าลง (bradykinesia) ผู้ป่วยจะบ่น เหนื่อย อ่อนแรง การเคลื่อนไหวจะเป็นไปอย่างเชื่องช้า เวลาเดินไม่แกว่งแขนตามเท้าที่ก้าวไป สีหน้าเฉยเมย เวลาเดินจะก้าวสั้นๆ ในลักษณะ แบบซอยเท้าถี่ๆ ในช่วงแรก ต่อมาจะก้าวยาวขึ้นเรื่อยๆ จน

เร็วมาก และจะหยุดทันทีทันใดไม่ได้ อาจจะมีหน้ามืด ถึงระยะนี้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ อาจต้องออกจากงาน รวมทั้งการแยกตัวออกจากสังคมและกิจกรรมต่างๆ มีอาการซึมเศร้า แต่ยังคงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ระยะที่ 3 เริ่มมีอาการทรงตัวที่ผิดปกติ การทรงตัวจะหกล้มได้ง่าย เวลาจะลุกขึ้นยืนจะลุกด้วยความยากลำบาก เมื่อลุกได้แล้วเวลาเดินศีรษะก็จะซุนไปข้างหน้า ระยะนี้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ เช่น แต่งตัว

ระยะที่ 4 มีความพิการของร่างกายอย่างเห็นได้ชัดหลังจากที่โรคดำเนินไปหลายปี ผู้ป่วยจะมีความพิการมากขึ้น ไม่สามารถจะอยู่คนเดียวได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน อาการสั่นเมื่อเวลาพักจะลดลง แต่อาการแข็งเกร็งและการเคลื่อนไหวซึ่งช้าจะเป็นมากขึ้น ไม่สามารถยืนได้เพราะศีรษะจะทิ่มไปข้างหน้า มีอาการรุ่มง่ามหกล้มได้ง่าย จึงต้องมีผู้ช่วยเหลืออยู่ใกล้ๆ จากพยาธิสภาพจะทำให้เกิดการสูญเสียการประสานงานของกล้ามเนื้อ ทำงานที่มีความละเอียดไม่ได้ ผู้ป่วยอาจจะกินอาหารได้ด้วยตนเอง แต่ต้องจัดให้เป็นคำเล็กๆ

ระยะที่ 5 ผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวแทบไม่ได้เลย เนื่องจากกล้ามเนื้อแข็งเกร็งมากขึ้น อาการสั่นลดน้อยลง จะไม่สามารถยืนหรือเดินได้เลย จะนอนติดเตียง ผู้ป่วยจะนอนหงายไม่เคลื่อนไหวใดๆ ศีรษะจะก้มมาจรดคอ เข่างอติดแน่น เท้างอแขนหุบเข้าหาลำตัว นิ้วงอและพิการ ข้อต่างๆ ติดแน่น เสียงพูดจะเบาแผ่ว ไม่มีเสียงสูงต่ำ สีน้หน้าไร้ความรู้สึก หนักตาบนถูกดึงจึงทำให้เวลามองจ้องไม่กระพริบ ผู้ป่วยจะหุบปากไม่ได้ กลืนลำบาก อาหารไหลกลับคืนจึงกินอาหารลำบาก และใช้เวลานาน ผู้ป่วยจะขาดน้ำ และซุบ ผอม เสี่ยงต่อการติดเชื้อในทางเดินหายใจเนื่องจากทรวงอกเคลื่อนไหวน้อยลง และไม่สามารถไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระเพาะปัสสาวะทำงานผิดปกติ การไม่เคลื่อนไหวยิ่งทำให้เกิดความพิการต่างๆ มากขึ้น

อาการและอาการแสดงของโรคพาร์กินสันนี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง เกิดภาระในการดูแล รวมถึงผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ จากการขาดรายได้และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้อาจมีปัญหาของการไม่ตอบสนองต่อยาที่ใช้รักษา การสูญเสียแรงงานจากการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อการดำเนินของโรคแย่งตามลำดับของระยะการเจ็บป่วย อาการที่ปรากฏ 5 ระยะ พอสรุปอาการและอาการแสดง และปัญหาสุขภาพ ดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 การดำเนินของโรค อาการและอาการแสดง และปัญหาสุขภาพ

การดำเนินของโรค	อาการและอาการแสดงและปัญหาสุขภาพ
ระยะที่ 1 และ 2	<ul style="list-style-type: none"> - มีอาการสั่น เริ่มเดินผิดปกติ ฐานกว้าง ก้าวสั้นและเร็วเท่ากันทั้งสองข้าง ลำตัวเอนไปข้างหน้า มีปัญหาตอนเริ่มต้นเดินและตอนกลับตัว สีน้หน้าแบบใส่หน้ากาก (masking face) - ปัญหาสุขภาพ; อุบัติเหตุจากการหกล้ม การหิบบีบของมีคมตกหล่น
ระยะที่ 3, 4 และ 5	<ul style="list-style-type: none"> - การเคลื่อนไหวแย่งลง การเดินศีรษะก็จะซุนไปข้างหน้า ตัวเกร็งแข็ง ทำกิจกรรมได้น้อยลงจนถึงทำไม่ได้ด้วยตนเอง ความสามารถของการสื่อสารลดลง รับประทานอาหารได้น้อยจนถึงขาดอาหาร การดำเนินของโรคแย่งจนถึงกับนอนติดบ้าน ติดเตียง - ปัญหาสุขภาพระดับพอช่วยเหลือตนเองได้ น้อยลง จนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนติดบ้านติดเตียง

การรักษาโรคพาร์กินสันมี 3 วิธี คือ

1. การรักษาด้วยยา ยาจะทำให้สารเคมีโดปามีนในสมองมีปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกายได้ ถึงแม้ว่ายาจะไม่สามารถทำให้เซลล์สมองที่ตายไปแล้วฟื้นตัวหรือกลับมางอกทดแทนเซลล์เดิมได้ก็ตาม ซึ่งยาที่ใช้ในปัจจุบัน คือ ยากลุ่ม LEVODOPA และยากลุ่ม DOPAMINE AGONIST เป็นหลัก (การใช้ยาแต่ละชนิดขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยจากแพทย์ และตามความเหมาะสม)

2. การทำกายภาพบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพชีวิตที่ใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด สามารถเข้าสังคมได้อย่างดี มีความสุขทั้งกายและใจ

3. การผ่าตัด โดยมากจะได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย และมีอาการไม่มากนัก หรือในผู้ที่มีอาการแทรกซ้อนจากยาที่ถูกใช้มาเป็นระยะเวลาานาน อาการที่พบคือ อาการสั่นที่รุนแรง หรือมีการเคลื่อนไหวมากจนผิดปกติของแขน ขา จากผลของยา และในปัจจุบันมีการใช้วิธีกระตุ้นไฟฟ้าที่สมองส่วนลึกโดยผ่าตัดฝังไว้ในร่างกาย พบว่ามีผลดี แต่ค่าใช้จ่ายสูงมาก ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน จำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนรอบข้างในการพัฒนาฟื้นฟูด้านร่างกาย รวมถึงจิตใจ ดังนั้นเมื่อพบคนที่เป็นโรคนี้นี้ จึงควรรับนำมาพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคซึ่งจะนำไปสู่การรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมและจากสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีการเพิ่มจำนวนมากขึ้น ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ การดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันไม่เพียงแต่บุคลากรทางการแพทย์เท่านั้นที่จะต้องให้การดูแลช่วยเหลือ แต่สมาชิกในครอบครัวก็เป็นบุคคลสำคัญที่จะต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้วกลับไปอยู่ที่บ้าน ต้องให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการลดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา และเน้นการให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมภายใต้บริบท และความเป็นปัจเจกของผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันแบบองค์รวม

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของความเป็นปัจเจกบุคคล โดยจะต้องคำนึงถึงความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยการเอาใจใส่ของผู้ดูแลเป็นอย่างดี สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ ผู้ดูแลต้องเข้าใจผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ยอมรับพฤติกรรมและตัวตนที่เปลี่ยนไปจากพยาธิสภาพ และการดำเนินของโรค มิใช่เกิดจากความเสแสร้งหรือแกล้งทำแต่อย่างใด

การเจ็บป่วยในระยะที่ 1-2 พบปัญหาสุขภาพ; อุบัติเหตุจากการหกล้ม การหยิบจับของมีคมตกลงหล่นเนื่องจากระยะนี้ผู้ป่วยยังพอช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ปัญหาที่สำคัญ คือ การสั่น และการควบคุมการเดิน

การดูแลด้านร่างกาย

1. การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันให้ดำเนินไปได้อย่างเป็นปกติ
2. ดูแลด้านอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการให้สอดคล้องกับอุปนิสัยส่วนตัว
3. ดูแลเรื่องยาประจำตัว ทั้งก่อนและหลังอาหาร
4. ช่วยเหลือสนับสนุนให้พยายามทำกิจกรรมด้วยตนเองอย่างปลอดภัย และระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ

อุบัติเหตุ

ผู้ป่วยโรคนี้นักประสบกับปัญหาภาวะการเดินติดขัด เวลาเริ่มเดินจะเหมือนกับก้าวเท้าไม่ออก ซึ่งไม่ได้เกิดจากภาวะอ่อนแรงของร่างกายแต่เป็นการสั่งงานของสมอง ปัญหาการเดินติดขัดจะทำให้ผู้ป่วยล้มได้ง่าย จึงมีการผลิตนวัตกรรมไม้เท้าพาร์กินสันขึ้นซึ่งเป็นไม้เท้าเลเซอร์สำหรับผู้ป่วยโรคพาร์กินสันโดยที่ด้านปลายไม้เท้าจะมีเซ็นเซอร์เป็นตัวผลิตแสงเลเซอร์ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องการเดินติดขัดก็จะกดน้ำหนกลงบนไม้เท้า ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นตัวเซ็นเซอร์ที่อยู่ปลายไม้เท้าให้ผลิตแสงเลเซอร์ออกมาเป็นแนวขวางทางด้านหน้าของผู้ป่วย เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นทางสายตาทำให้ผู้ป่วยสามารถเดินก้าวข้ามไปได้ (การพัฒนาไม้เท้า

พาร์กินสันเป็นความร่วมมือระหว่างคณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมูลนิธิชาเทียม ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง)



รูปที่ 1 นวัตกรรมไม้เท้าพาร์กินสัน

(ที่มา: <http://www.chula.ac.th/th/archive/27339>)

การดูแลด้านจิตใจ การป่วยด้วยโรคเรื้อรังความวิตกกังวลย่อมเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ กลัวการถูกทอดทิ้งไม่มีผู้ดูแล จิตใจท้อแท้หมดกำลังใจ ควรได้รับการดูแลและการปฏิบัติเช่นเดียวกับเมื่อครั้งก่อนป่วย การดูแลเอาใจใส่ และทำความเข้าใจในสิ่งที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นเองโดยที่บังคับควบคุมไม่ได้

การดูแลด้านสังคม จากอาการและอาการแสดงของโรคพาร์กินสัน บุคลิกภาพและพฤติกรรมจะเปลี่ยนไป การสูญเสียภาพลักษณ์ และการหลีกเลี่ยงสิ่งสังคมจะเข้ามาแทนที่การเข้าสังคมอย่างที่เคยมีสังคมจะห่างออกไปจนไม่เข้าสังคมได้จนในที่สุดก็จะแยกตัวออกจากสังคมอย่างถาวร

การดูแลด้านจิตวิญญาณ จิตวิญญาณที่แข็งแกร่งมาจากความเชื่อความศรัทธาที่มั่นคง ผู้ดูแลที่เข้าถึงจิตวิญญาณที่ดีย่อมถ่ายทอดการดูแลด้วยจิตวิญญาณอย่างแท้จริงก่อให้เกิดประโยชน์ต่อจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามความศรัทธาของศาสนาที่นับถือ

การเจ็บป่วยในระยะที่ 3, 4 และ 5 พยาธิสภาพและการดำเนินของโรคแย่งกว่าระยะที่ 1 และ 2 เนื่องจากการเคลื่อนไหวแย่ลง การเดินศีรษะชุนไปข้างหน้า ตัวเกร็งแข็ง ทำกิจกรรมได้น้อยลงจนถึงกับทำไม่ได้ด้วยตนเอง ความสามารถในการสื่อสารลดลง รับประทานอาหารได้น้อยจนถึงขาดอาหาร การดำเนินของโรคแย่งลงจนถึงการนอนติดบ้านติดเตียง

ปัญหาสุขภาพระดับพอช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง จนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนติดบ้านติดเตียง

การดูแลด้านร่างกาย

1. การดูแลช่วยเหลือบางส่วนหรือทั้งหมดในการทำกิจวัตรประจำวันให้ดำเนินไปได้อย่างเป็นปกติ
2. การดูแลช่วยเหลือสุขอนามัยส่วนบุคคลบางส่วนหรือทั้งหมด
3. ดูแลด้านอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการให้สอดคล้องกับอุปนิสัยส่วนตัวด้วยการช่วยเหลือบางส่วนหรือทั้งหมด

4. ดูแลเรื่องยาประจำตัวอย่างเข้มงวด อาจจะเพิ่มยาระงับปวดทั้งก่อนและหลังอาหาร
5. ช่วยเหลือให้พยายามทำกิจกรรมด้วยตนเองเท่าที่ผู้สูงอายุจะทำได้ ระวังระวังการเกิดอุบัติเหตุ
6. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาการแทรกซ้อนที่ต้องคำนึงถึงและเฝ้าระวังการเกิด ได้แก่

6.1 Hypostatic pneumonia ภาวะปอดบวมจากการนอนนิ่งนาน ๆ ปอดทำงานลดลง

6.2 Lung atelectasis ภาวะปอดแฟบ

6.2 Pressure injury แผลกดทับ

6.3 Joint stiffness ข้อติดแข็ง

6.7 Muscle atrophy กล้ามเนื้อลีบ

6.8 Constipation อาการท้องผูก

6.9 Deep vein thrombosis ภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน

ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว เกิดจากการนอนติดเตียง ดังนั้นการช่วยทำกายภาพบำบัด เป็นการช่วยผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายโดยผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยทำแทน (passive exercise) หรือกระตุ้น ช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุพยายามทำกิจกรรมด้วยตนเองเท่าที่ผู้สูงอายุจะทำได้ ระวังระวังการเกิดอุบัติเหตุ

7. การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary infection: UTI) มักพบในผู้สูงอายุที่ต้องคาสายสวนปัสสาวะไว้ วิธีการป้องกัน คือ กระตุ้นให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000 มิลลิลิตร อย่าให้ถุงรองรับปัสสาวะสูงกว่าตัวผู้สูงอายุ ระวังระวังขณะพลิกตะแคงตัว

8. ภาวะขาดสารอาหาร เนื่องมาจากภาวะการกลืนลำบาก การใช้วิธีการป้อน ผู้ดูแลต้องระวังการสำลักอาจทำให้เกิดปอดติดเชื้อจากการสำลักอาหาร วิธีการป้องกัน ควรเลือกป้อนอาหารอ่อนนุ่มน้อย เช่น โจ๊กปั่น เป็นต้น และป้อนคำเล็ก ๆ ช้า ๆ ไม่เร่งรีบ

9. แผลกดทับ สาเหตุจากภาวะทุพโภชนาการ, ผิวหนังแห้ง, นอนท่าเดียวนาน ๆ หรือสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี วิธีการป้องกัน พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวด้วยตนเอง

10. ให้ความรู้เรื่องยาแก่ผู้ดูแลรักษาโรคพาร์กินสัน

ควรเน้นการได้รับยาอย่างสม่ำเสมอและตรงเวลาตามแผนการรักษา การรับประทาน ยาที่ไม่ตรงเวลา จะทำให้ผู้สูงอายุมีอาการการตอบสนองต่อยาไม่เต็มที่

นอกจากนี้ยังมีข้อควรระวังของการรับประทานยา ليفโดปา (Levodopa) ยาในกลุ่มโดปามีน อโกนิสต์ (Dopamine agonist) และยาเอนทาคาโพน (AtaCapone) ดังนี้

10.1 ยา ليفโดปา (Levodopa) เป็นยาที่เพิ่มระดับโดปามีนในสมอง ควรรับประทานก่อนอาหาร ครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง หรือขณะท้องว่าง เพื่อให้ยาดูดซึมได้อย่างมีประสิทธิภาพควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาร่วมกับอาหารโปรตีนในอาหารมื้อนั้น เพราะยา ليفโดปา มาจากหน่วยย่อยของโปรตีนจะทำให้การดูดซึมลดลง แต่รับประทานร่วมกับคาร์โบไฮเดรต เช่น ขนมปัง จะดูดซึมได้ดีกว่า อาการข้างเคียงของ ยา ليفโดปา คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ยาแก้อาเจียนที่ไม่ควรใช้ คือ ยาเมโทโคลพราไมด์ (Metoclopramide) เนื่องจากจะทำให้อาการของโรคพาร์กินสันแย่ลง เลือกใช้โดมเพอริโดน (domperidone) ขนาด 10 มิลลิกรัม อาการเห็นภาพหลอนก็เป็นอาการข้างเคียงอีกหนึ่งอาการที่ต้องใช้การสังเกตจากผู้สูงอายุด้วย

10.2 ผู้ป่วยที่รับประทานยาเอนทาคาโพน (Ata Capone) ซึ่งเป็นยาที่รับประทานร่วมกับยา ليفโดปา จะช่วย เพิ่มปริมาณโดปามีนในสมองและทำให้การออกฤทธิ์ของยา ليفโดปานานขึ้น มีผลข้างเคียงคือ ทำให้ปัสสาวะมีสีเข้ม หรืออาการปวดท้อง หรืออาการท้องเสีย เมื่อหยุดยาอาการก็จะหายไป

การดูแลด้านจิตใจ การเจ็บป่วยในระยะนี้ภาวะด้านจิตใจอาจรุนแรงเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุผลจากอาการและอาการแสดงที่แย่ลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น แนวโน้มในการช่วยเหลือและดูแลตนเองลดลงตามลำดับระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน ผู้ดูแลต้องไม่แสดงออกว่ารังเกียจ เบื่อหน่าย หรือการสื่อสารทั้งด้วยคำพูดและสัญญาณกิริยา เมื่อภาวะจิตใจเริ่มอ่อนแอลงเรื่อย ๆ สภาพร่างกายก็จะอ่อนล้าตาม

การดูแลด้านสังคม ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุอาจไม่ได้เข้าสังคมอย่างที่เคย เพราะจากอาการของผู้ป่วยที่มีอาการแข็งเกร็งพูดไม่ชัดจะทำให้มีการติดต่อกับบุคคลอื่นๆ ได้ลำบากจึงพบว่าผู้ป่วยมักแยกตัวพยาบาลจึงต้องสอนหรือฝึกให้ผู้ช่วยพูด หรือให้ผู้ช่วยฝึกการเขียนเพื่อที่จะสามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ ได้ และพยาบาลต้องเข้าใจ ให้เวลากับผู้ป่วยในการรับฟังหรือการสื่อสารต่างๆจากผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำงานอดิเรกได้ เดินได้อย่างปกติตลอดจนการมีส่วนร่วมในชุมชนรวมทั้งการใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวเท่าที่จะทำได้ เช่น ช่วยทำอาหารให้บุตรหลานรับประทาน ไปเที่ยวพักผ่อนในวันหยุด ไปทำบุญที่วัด ดูโทรทัศน์ หรือออกกำลังกายร่วมกัน เป็นต้น การมีเพื่อนบ้าน ญาติ พี่น้องมาเยี่ยมเยียน จะทำให้ผู้สูงอายุมีความหวังและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ส่งผลให้สภาพจิตใจเริ่มมีชีวิตชีวาที่มีความหวังที่จะใช้ชีวิตให้มีความสุขไปนาน ๆ เพื่อรอความเจริญก้าวหน้าของลูกหลานให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ นอกจากนี้ยังมีสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเองเช่นการร่วมงานประเพณีสำคัญของไทย เช่น วันผู้สูงอายุ วันสงกรานต์ มีคนในชุมชนมาร่วมรดน้ำดำหัวที่บ้านอย่างเป็นกันเอง

การดูแลด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ซึ่งความเชื่อนี้ จะสามารถทำให้บุคคลมีพลังในตัวเองที่จะต่อสู้กับสิ่งที่จะเกิดขึ้นทำให้มีกำลังใจ และเกิดความหวัง ดังนั้น การสร้างความรู้สึกผูกพันความรักความเอาใจใส่การประคับประคองต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง (self esteem) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดูแลและเข้าถึงจิตวิญญาณของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง จึงมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเป็นสุขสงบได้ในขณะที่เจ็บป่วย ผู้ดูแลควรให้ความใส่ใจในการดูแลผู้สูงอายุในด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณมากขึ้นโดยต้องให้กำลังใจส่งเสริมและยอมรับในเรื่องของความเชื่อของผู้สูงอายุ เช่น เพิ่มการเสริมสร้างคุณค่าทางจิตวิญญาณให้กับผู้สูงอายุด้วยการสนับสนุนแนะนำให้ผู้สูงอายุได้ทำในสิ่งที่ตนเองมีความเชื่อ เช่น การสวดมนต์ การทำบุญ การทำตนให้เป็นประโยชน์กับผู้อื่น การแสดงความเอื้อเฟื้อช่วยเหลือคนอื่น ๆ จะทำให้เกิดความสุขใจทั้งผู้ให้และผู้รับ และยังช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภูมิใจที่ได้ทำดีและเกิดประโยชน์ต่อบุคคลอื่นๆ รวมทั้งการแนะนำสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดความสงบสุขทางใจ ด้วยการฝึกทำสมาธิ สวดมนต์ ศึกษาธรรมะจากหนังสือหรือสนทนาธรรมกับผู้รู้ จะช่วยทำให้จิตใจสงบ เข้าใจธรรมชาติหรือความเป็นจริงของชีวิต ไม่ฟุ้งซ่าน และปล่อยวางปัญหาต่างๆ และถ้าหากผู้สูงอายุพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลควรอนุญาตให้ผู้สูงอายุได้กราบไหว้บูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้สูงอายุนับถือ

การดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันวาระสุดท้าย

สันต์ หัตถ์รัตน์ (2552) ได้กล่าวไว้ว่า “การรักษาพยาบาลใด ๆ ที่เพิ่มความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยโดยไม่สามารถทำให้ ผู้ป่วยหายหรือดีขึ้นจากโรคจนสามารถช่วยตนเองได้ ย่อมเป็นการทรมานมากกว่าการดูแลรักษาผู้ป่วย แล้วยังเป็นการเบียดเบียนประโยชน์จากผู้ป่วยอื่น ๆ และสังคม” จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นมิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของบุคลากรทางด้านสุขภาพ และผู้ดูแล โดยจะต้องอาศัยความรู้ความสามารถในหลายด้าน พยาบาลเป็นผู้ที่ทำงานใกล้ชิดทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้น พยาบาลจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่จะปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อช่วยให้การดูแลที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้ายของชีวิตจากไปอย่างสงบในบรรยากาศความอบอุ่นของครอบครัว (สุวรรณ กุรัตน์ และคณะ, 2556)

การให้ผู้ช่วยปฏิบัติตนตามความเชื่อของศาสนาที่ผู้สูงอายุนับถือหรือศรัทธาเป็นสิ่งที่สำคัญเช่นการยึดมั่นในศีล 5 ในศาสนาพุทธคือการเป็นพุทธศาสนิกชนที่ดี และการนำหลักธรรมคำสอนในพุทธศาสนามาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจ การปล่อยวางจากทุกสิ่งที่ทำให้เกิดทุกข์จะสามารถทำให้จิตใจสงบ บรรเทาทุกข์ได้ เช่นการเข้าใจในอริยสัจซึ่ง แปลว่า “ความจริงอันประเสริฐ หรือความจริงของชีวิต” ที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบและหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยที่อริยสัจ 4 จะประกอบไปด้วย **ทุกข์** คือ ความไม่สบายกาย ไม่สบายใจ เป็นสภาพของความลำบากทั้งทางกายและทางใจ ทั้งรัก โลภ โกรธ หลง ความเศร้าโศกเสียใจทั้งปวง **สมุทัย** คือ

สาเหตุแห่งทุกข์นั้น ซึ่งความทุกข์ทั้งปวงมักเกิดจากความไม่รู้ ความไม่เข้าใจในโลก ความอ่อนประสบการณ์ในชีวิต ซึ่งความไม่รู้เหล่านี้เป็นสาเหตุแห่งทุกข์ทั้งปวง **นิโรธ** คือ ความไม่มีทุกข์ หมายถึง การเข้าใจในสมุทัย ความเข้าใจสาเหตุแห่งทุกข์ ความเศร้าหมองทั้งปวง และ **มรรค** คือ หนทางแห่งการดับทุกข์ ซึ่งพระพุทธองค์ตรัสไว้ในมรรคมงคล 8 หรือ วิธีการดับทุกข์ทั้งปวงนั้นมีอยู่ 8 ประการนั่นเอง

หลักการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ ต้องยึดประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ต้องลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบ ยอมรับการตายได้ มีโอกาสบอกลา หรือขอโทษกรรมแก่ญาติมิตร และได้ประกอบพิธีกรรมหรือปฏิบัติตามหลักศาสนาตามที่ตนนับถือ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและความหวังว่าจะได้เกิดในสุคติภูมิ หรือการกลับเข้าสู่ดินแดนของพระเจ้า ผู้ดูแลผู้ป่วยควรให้การดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในมิติจิตวิญญาณของผู้ป่วย (สันต์ หัตถ์รัตน์, 2543; พระไพศาล วิสาโล, 2549; ทศนีย์ ทองประทีป, 2552) สรุปได้ดังนี้

1. ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ
2. ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายความรู้สึกที่เป็นความรักและความผูกพันต่อสิ่งต่างๆ
3. ช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม การนึกถึงสิ่งดีงามช่วยให้จิตใจเป็นกุศลและบังเกิดความสงบเตือนให้ผู้ป่วยน้อมใจเป็นกุศลนึกถึงการทำบุญตามหลักบุญกิริยาวัตถุ 10
4. ช่วยปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจ สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นทุกข์ใจ และทำให้ไปไม่สุดของความตายอย่างสงบ และการบอกลาโทษกรรม
5. ช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่างๆ การปฏิเสธความตาย ยอมรับความจริง
6. สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อความสงบการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดความสงบเป็นสมาธิและปล่อยวางในทุกสิ่งทุกเรื่อง พร้อมจากไปอย่างสุขสงบและสมศักดิ์ศรี

การตายอย่างสงบสุข (Peaceful death) เป็นเจตนารมณ์ของผู้สูงอายุที่ต้องการในวาระสุดท้ายของชีวิต บางคนเตรียมทำพินัยกรรมชีวิต (living will) ผู้ดูแลใกล้ชิดจะมีโอกาสทราบ หรือทราบก่อนล่วงหน้า ควรต้องทำตามสิ่งที่ผู้สูงอายุได้ระบุไว้ทุกข้อความอย่างชัดเจน โดยมีความเชื่อว่า ผู้อยู่ข้างหลังจัดการตามสิ่งนั้นทุกประการผู้จากไปก็จะไปอย่างสงบสุขในสัมปรายภพที่ดี

การดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันต้องให้การดูแลให้ครบในทุกมิติขององค์รวมคือมิติทางกาย มิติทางใจ มิติทางสังคม และมิติทางจิตวิญญาณแล้วนั้นย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามสภาพของผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองของตนเองอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะถ้าหากพยาบาลมีการวางแผนในการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นอย่างดีและได้รับการรักษาตลอดจนการควบคุมยาจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอรวมทั้งญาติหรือบุคคลในครอบครัวมีความเข้าใจในการดำเนินของโรค และแผนการรักษาพยาบาล ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและสามารถดูแลสุขภาพให้คงอยู่ในสภาพเดิมที่ไม่ให้แย่งรวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นอย่างดี และสิ่งที่สำคัญคือพยาบาลต้องตระหนักและให้การดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันตามสภาพของผู้ป่วยหรือตามความแตกต่างของบุคคลด้วย การที่พยาบาลจะปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่มีประสิทธิภาพได้นั้น พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีความเอื้ออาทรอย่างจริงใจมีสัมพันธภาพที่ดีและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยต้องการ จึงจะสามารถช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพดังทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันที่ให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นการผสมผสานส่วนประกอบ 3 ส่วนคือ ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณที่จะเป็นเป้าหมายสูงสุดในการดูแลทางการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2559). (บรรณาธิการ). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- เบญจมาภรณ์ ลิขิตกิจไพศาล. (2554). ผลของการให้การปรึกษากลุ่มที่มีต่อการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โรงพยาบาลรามารามธิบดี. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 3(2), 14-48.
- แพรวพรรณ สุริวงศ์. (2558). *พาร์กินสันรักษาไม่ทันบั่นทอนคุณภาพชีวิต*. เข้าถึงวันที่ 12 กรกฎาคม 2560. จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/29315-95.html>.
- ฉัตรกมล ประจวบลาภ. (2558). สมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(1), 1-7.
- สิรินันท์ กลั่นบุศย์, สิริพรรณ พัฒนาฤดี, ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ, จุฑามณี สุทธิสีสังข์และรุ่งโรจน์ พิทยศิริ (2559). ความชุกและลักษณะของภาวะความดันเลือดต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถชนิดที่มีอาการทางคลินิกในผู้ป่วยไทยที่เป็นโรคพาร์กินสัน. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 8(1), 156-68.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2553). *โรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ*. เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2560. จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=112>
- สิริรัตน์ จันทระมะโน. (2551). *การประเมินสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาล*. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยพายัพ.
- ไม้เท้าพาร์กินสัน นวัตกรรมจากแพทย์จุฬาฯ เพื่อผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน. (2015). เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2560. จาก <http://www.chula.ac.th/th/archive/27339>.
- สุวคนธ์ ภูรัตน์, พัชรี ภาระโช และสุวิริยา สุวรรณโคตร. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. มหาสารคาม: กระทรวงสาธารณสุข
- สันต์ หัตถ์รัตน์. (2552). การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.