

ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน*
Stress and Coping in Older Adults with Parkinson's Disease*

ฉวีวรรณ	แสงสว่าง **	Chaweewan	Sangsawang **
ลินจง	โปธิบาล ***	Linchong	Pothiban ***
ทศพร	คำผลศิริ ****	Totsaporn	Khampolsiri ****

บทคัดย่อ

ความเครียดเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นและพบได้บ่อยในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรค ความเครียดและการเผชิญความเครียด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มารับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน 2560 จำนวน 100 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบวัดความเครียด และแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิต เครื่องมือทุกชุดมีค่าความเชื่อมั่นมากกว่า .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความเครียดและการเผชิญความเครียดทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง
2. ระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความเครียดในผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน ($r = .814, p < 0.01$)
3. ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเผชิญความเครียดโดยรวม ($r = .470, p < 0.01$) และรายด้านได้แก่ การจัดการกับอารมณ์ ($r = .685, p < 0.01$) และการบรรเทาปัญหา ($r = .530, p < 0.01$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับการเผชิญหน้ากับปัญหา

ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพ ในการวางแผนการจัดการความเครียดและส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

คำสำคัญ: ความเครียด การเผชิญความเครียด ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
e-mail: chaweewan37021@gmail.com

** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: chaweewan37021@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 4 สิงหาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 29 สิงหาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 19 กันยายน 2560

Abstract

Stress is a significant problem commonly found in older adults with chronic diseases that affects their health status and quality of life. This research aimed to describe stress and coping among older persons with Parkinson's disease and the relationship between disease stages, stress and coping behaviour. The sample consisted of 100 older persons with Parkinson's disease attending the Neurological Medicine Clinic at Chiang Mai Neurological Hospital from April to June 2017. The participants were purposively selected based on the inclusion criteria. Data were collected using the Perceived Stress Scale and the Jalowiec Coping Scale. All instruments had reliability coefficient .80. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman's correlation and Pearson's correlation coefficient.

The results showed that:

1. Stress and coping both overall and sub-dimensional were at a moderate level.
2. Stages of disease related positively at a high level with stress in older persons with Parkinson's disease ($r = .814, p < 0.01$).
3. Stress of older persons with Parkinson's disease related positively at a moderate level with overall coping ($r = .470, p < 0.01$), emotional coping ($r = .685, p < 0.01$), and palliative coping ($r = .530, p < 0.01$) but did not have a significant relationship with confrontive coping.

The study results may be beneficial to health personnel in planning the intervention for managing stress and enhancing coping in the older persons with Parkinson's disease.

Keywords: Stress, Coping, Older adults with Parkinson's disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาทในส่วนควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งพบบ่อยเป็นอันดับ 2 รองจากอัลไซเมอร์ (Bhidayasiri, Phanthamchinda, & Bunnag, 2007; Jankovic & Tolosa, 2015) อัตราความชุกและอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มมากขึ้นสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น โดยอุบัติการณ์และความชุกพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Pringsheim, Jette, Steeves, & Frolkis, 2014; Hirsch, Jette, Frolkis, Steeves, & Pringsheim, 2016) คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีจำนวนผู้ป่วยพาร์กินสันทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 9 ล้านคน (Jankovic & Tolosa, 2015) ในประเทศไทยได้มีการทำทะเบียนโรคพาร์กินสันใน

ปี พ.ศ. 2554 พบมีผู้ป่วยทั้งหมด 40,049 ราย และที่ไม่ได้รายงานอีก 20,516 ราย รวมเป็น 60,565 ราย (Bhidayasiri, Wannachai, Limpabandhu, Choeytim, Suchonwanich, & Tananyakul, 2011)

การเสื่อมของระบบประสาทในสมอง ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นเริ่มจากเซลล์ในส่วนของสารสีดำหรือ สับสแตนเชีย ไนกรา (substantia nigra) ส่วนพาร์คอมแพคตา (pars compacta) เสื่อมหรือตายลง เซลล์ในส่วนนี้มีหน้าที่สำคัญในการผลิตสารสื่อประสาท เรียกว่าโดปามีน (dopamine) ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการทำให้เกิดการเชื่อมโยงและการผ่านของกระแสประสาทในส่วนต่าง ๆ ของการเคลื่อนไหว จากการลดลงของสารสื่อประสาทโดปามีนทำให้เกิดลักษณะอาการของโรคที่สำคัญ ประกอบด้วยอาการที่เกี่ยวข้องกับการ

เคลื่อนไหว (motor symptoms) มีลักษณะจำเพาะ 4 อย่างเป็นหลัก ได้แก่ อาการสั่น อาการเคลื่อนไหวช้า อาการแข็งเกร็ง และ การเสียการทรงตัว (Bhidayasiri, Phanthamchinda, & Bunnag, 2007) ฮอห์นและ ยาร์ (Hoehn & Yahr, 1967) ได้จัดลำดับความรุนแรงของอาการของโรคพาร์กินสัน โดยแบ่งอาการของผู้ป่วย ออกเป็น 5 ระยะ ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันที่แตกต่างกันตามระยะของโรคและความรุนแรงในแต่ละบุคคลนั้น ส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ รวมถึงความพิการที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดความเครียดและความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างมาก (Sanders-Dewey, Mullins, & Chaney, 2001)

ความเครียด เป็นภาวะที่บุคคลประเมินด้วย เซาว์ปัญญา (cognitive appraisal) ต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม เป็นอันตราย หรือสูญเสีย หรือเป็นสิ่งที่ทำทนาย (Lazarus & Folkman, 1984) โดยแต่ละบุคคลจะประเมินสถานการณ์หรือเหตุการณ์เดียวกันแตกต่างกันไป สำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เมื่อต้องเผชิญกับความเรื้อรังของโรค ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยในแต่ละระยะของโรค ต้องเผชิญกับสิ่งก่อความเครียดที่ต่างกัน จึงอาจรับรู้ความเครียดที่ต่างกันได้ รวมทั้งความเครียดของผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจแตกต่างจากผู้สูงอายุกลุ่มอื่นได้ ความเครียดจะทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการเผชิญความเครียด เพื่อให้สามารถจัดการกับความขัดแย้ง และความต้องการของร่างกายทั้งภายในและภายนอก ซึ่งจะสามารถจัดการได้ดีมาน้อยเพียงใดนั้นขึ้นกับความสามารถและการประเมินของแต่ละบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดตามแนวคิดการเผชิญความเครียดของ ลาสซาลัส โดยแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดเป็น 3 แบบ เพื่อให้ครอบคลุมกับการเผชิญความเครียดในกลุ่มผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมากขึ้น ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาปัญหา โดยบุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3

แบบร่วมกันเพื่อให้สามารถจัดการกับความเครียดที่ประสบได้ ทั้งนี้หากสามารถบรรเทาความเครียด จะทำให้บุคคลมีสุขภาวะที่ดี แต่หากไม่สามารถบรรเทาได้จะเกิดผลเสียต่อกระบวนการทำงานของร่างกาย (Selye, 1936 cited in Arnold, 1999)

สำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ความเครียดและการเผชิญความเครียด เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะความเครียด หากผู้ป่วยพาร์กินสันเกิดความเครียดและเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่สามารถจัดการหรือบรรเทาความเครียดได้ จะทำให้เกิดปัญหาภาวะเครียดเรื้อรัง จะส่งผลให้สารกลุ่มแคทีโคลามีน (catecholamines) โดยเฉพาะสารสื่อประสาทโดปามีน ในร่างกายมีจำนวนลดลง ส่งผลให้อาการของโรคพาร์กินสันเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น (Djamshidian & Lees, 2013) โดยทำให้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวรุนแรงมากขึ้น (Macht, Brandstetter, & Ellgring, 2007) นอกจากนี้ยังมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น (Hemmerle, Herman, & Seroogy, 2012) มีคุณภาพชีวิตลดลงและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น (Pachana et al., 2013) เมื่อพิจารณาอาการและอาการแสดงของโรคพาร์กินสัน จะพบว่าอาการที่พบจะแตกต่างกัน และมีความรุนแรงมากขึ้นตามระยะของโรค ทั้งนี้ในแต่ละระยะของโรคผู้สูงอายุอาจพบเจอสิ่งที่ก่อความเครียดที่แตกต่างกัน แต่การประเมินสถานการณ์อาจไม่แตกต่างกัน ส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดและการเผชิญความเครียดที่อาจแตกต่างหรือเหมือนกันได้ ซึ่งในปัจจุบันยังขาดความรู้เรื่องนี้

จากความสำคัญของความเครียดและการเผชิญความเครียด ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในประเทศไทย ทำให้ความรู้เกี่ยวกับ ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุไทยมีจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงประสงค์ที่จะศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในทุกระยะของโรคเพื่อนำผลการวิจัยไปเป็น

ข้อมูลพื้นฐานใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้เพื่อลดความเครียด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียด รวมทั้งเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคนี้ได้อย่างถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคกับความเครียดในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

คำถามการวิจัย

1. ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเป็นอย่างไร
2. ระยะของโรคและความเครียดในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร
3. ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซาลัสและโพลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งอธิบายความเครียดว่าเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย ถูกคุกคาม และตนเองไม่สามารถจัดการสถานการณ์ดังกล่าวได้ เมื่อผู้สูงอายุประเมินว่าสถานการณ์นั้นเป็นความเครียด ผู้สูงอายุจะต้องมีการปรับตัวโดยการเผชิญความเครียด (coping) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ ภาวะสุขภาพและสุขภาวะ ทั้งนี้ จาโลวีก (Jalowiec, 1988) ได้เสนอวิธีการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของลาซาลัสโดยแบ่งออกเป็น 3 แบบคือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาปัญหา ทั้งนี้บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใดมากหรือน้อยขึ้น

อยู่กับระดับของความเครียด โดยความเครียดในระดับต่ำจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกแบบ ความเครียดระดับปานกลางจะใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา และความเครียดระดับสูงจะใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ (Lazarus & Folkman, 1984) ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยและผลกระทบต่าง ๆ ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องประเมินสถานการณ์ ซึ่งการประเมินจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน และทุกความเครียดผู้สูงอายุอาจใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ช่วยบรรเทาความเครียดที่แตกต่างกัน ซึ่งจะขึ้นกับระดับของความเครียดที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขภาวะได้ หากผู้สูงอายุเกิดความเครียดและสามารถเผชิญปัญหาและเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ช่วยจัดการกับความเครียดให้ลดลงได้ จะทำให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันสามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมประสาทวิทยาโรงพยาบาลผู้ปวยนอก โรงพยาบาลประสาทยังใหม่

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสันในระยะที่ 1-5 และ 2) สามารถสื่อสารด้วยคำพูด รวมทั้งมีการรับรู้ปกติ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจ (power analysis) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญ คือ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.8

และค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.3 และจากการเปิดตารางสำเร็จรูปของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2004) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย เพื่อป้องกันการได้รับแบบสอบถามและข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 100 ราย ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคพาร์กินสันตั้งแต่ระยะที่ 1 จนถึงระยะที่ 5 โดยในแต่ละระยะโรคมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความเครียด Perceived Stress Scales (PSS) ของโคเฮน แคมาร์ค และเมอร์เมลสไตน์ (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) แปลเป็นภาษาไทยโดยใช้วิธี back translation โดยปราณี มิ่งขวัญ (Mingkwon, 1999) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้สูงอายุในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) 5 อันดับ ให้คะแนนตามความรู้สึกคือ ไม่เคย (0) นาน ๆ ครั้ง (1) บางครั้ง (2) บ่อยครั้ง (3) และเกือบทุกครั้ง (4) คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าระหว่าง 0-56 คะแนน แบ่งความเครียดออกเป็น 3 ระดับ คือ 0-18.00 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับต่ำ 18.01-37.00 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง และ 37.01-56.00 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับสูง (3) แบบวัดการเผชิญความเครียด Jalowiec Coping Scale (JCS) ของจาโลเวอิค (Jalowiec, 1988) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้วิธี back translation โดยปราณี มิ่งขวัญ (Mingkwon, 1999) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการใช้วิธีการเผชิญความเครียด ตั้งแต่ ไม่เคย (1) นาน ๆ ครั้ง (2) บางครั้ง (3) บ่อยครั้ง (4) และเกือบทุกครั้ง (5) คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าตั้งแต่ 36-180 คะแนน แบ่งระดับวิธีการเผชิญความเครียดเป็น 3 ระดับคือ 36.00-84.00 คะแนน หมายถึง ใช้วิธีการเผชิญความเครียดน้อย 84.01-132.00 คะแนน หมายถึง ใช้วิธีการเผชิญความเครียดปานกลาง และ 132.01-180.00

คะแนน หมายถึง ใช้วิธีการเผชิญความเครียดมาก ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดแบ่งออกเป็น 3 วิธี ได้แก่ วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา จำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนนคือ 13-30.00 คะแนน หมายถึง ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา ระดับต่ำ 30.01-47.00 คะแนน หมายถึง ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการเผชิญหน้ากับปัญหาปานกลาง และ 47.01-65.00 คะแนน หมายถึง ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการเผชิญหน้ากับปัญหาาระดับสูง วิธีการจัดการกับอารมณ์จำนวน 9 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนนคือ 9-21.00 คะแนน หมายถึง ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ระดับต่ำ 21.01-33.00 คะแนน หมายถึง ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ระดับปานกลาง และ 33.01-45.00 คะแนน หมายถึง ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ระดับสูง และวิธีการบรรเทาปัญหาจำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนนคือ 14-33.00 คะแนน หมายถึง ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการบรรเทาปัญหาาระดับต่ำ 33.01-52.00 คะแนน หมายถึง ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการบรรเทาปัญหาาระดับปานกลาง และ 52.01-70.00 คะแนน หมายถึง ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการบรรเทาปัญหาาระดับสูง เครื่องมือทุกชุดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วการวิจัยครั้งนี้จึงตรวจสอบเฉพาะความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค แบบวัดความเครียด ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 และแบบวัดการเผชิญความเครียดได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 ส่วนแบบวัดรายด้านได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาปัญหาเท่ากับ .86, .74, และ .71 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองโดยดำเนินการภายหลังโครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะ

กรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงกรกฎาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความเครียด และคะแนนการเผชิญความเครียด โดยคำนวณหาความถี่และร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ฐานนิยมและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์โดยการหาค่าสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 45) โดยมีอายุเฉลี่ย 71.71 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและลูกหลาน (ร้อยละ 41) สถานภาพในครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 66) ทุกคนมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวคือรักใคร่กันดี ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 62) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่าเส้นแบ่งความยากจน (น้อยกว่า 2,600 บาท) (ร้อยละ 58)

รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 30,000 บาท (ร้อยละ 67) และส่วนใหญ่เห็นว่ามีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 88) สิทธิการรักษาพยาบาลเบิกได้จากต้นสังกัด (ร้อยละ 53) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสันเป็นระยะเวลา 1-5 ปี (ร้อยละ 50) ครึ่งหนึ่งไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 50) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวนั้น (ร้อยละ 50) พบว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 82) สามารถดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองได้ (ร้อยละ 60) ส่วนการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันนั้น ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาอย่างเดียว (ร้อยละ 99)

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดโดยรวมอยู่ในช่วง 6 - 52 คะแนน จากคะแนนเต็ม 56 คะแนน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.54 คะแนน (S.D.=12.81) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคะแนนการเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในช่วง 72 - 127 คะแนน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 103.04 คะแนน (S.D.=13.72) จากคะแนนเต็ม 180 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อจำแนกวิธีการเผชิญความเครียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการเผชิญความเครียดแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาปัญหาอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้		
		Range	\bar{X} (S.D.)	ระดับ
ความเครียด	0-56	6-52	30.54(12.81)	ปานกลาง
การเผชิญความเครียด	36-180	72-127	103.04(13.72)	ปานกลาง
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	13-65	19-59	36.26(9.05)	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับอารมณ์	9-32	9-32	20.73(5.91)	ปานกลาง
ด้านการจัดการบรรเทาปัญหา	14-70	34-60	46.05(6.17)	ปานกลาง

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรค กับความเครียดของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's correlation) พบว่าระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกใน

ระดับสูงกับความเครียดของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .814$, $p < 0.01$) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .470, p < 0.01$) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์

กับวิธีการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ในระดับปานกลาง ($r = .685, p < 0.01$) และแบบการจัดการบรรเทาปัญหาในระดับปานกลาง ($r = .530, p < 0.01$) ส่วนด้านการเผชิญหน้ากับปัญหานั้นไม่พบความสัมพันธ์ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคการเผชิญความเครียดและความเครียดในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ($n=100$)

ตัวแปร	ความเครียด	
	r	p-value
ระยะของโรค	.814 ^s	.000
การเผชิญความเครียด	.470 ^p	.000
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	-.096 ^p	.340
ด้านการจัดการกับอารมณ์	.685 ^p	.000
ด้านการจัดการบรรเทาปัญหา	.530 ^p	.000

หมายเหตุ s=Spearman's correlation, p = Pearson's correlation coefficient

4. เมื่อดูจากความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน พบว่าผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีความเครียดระดับต่ำส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการจัดการบรรเทาปัญหา (ร้อยละ 73.9) ผู้สูงอายุที่มีความเครียดระดับปานกลางส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการเผชิญหน้ากับ

ปัญหา (ร้อยละ 50) และผู้สูงอายุที่มีความเครียดระดับสูง ส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการบรรเทาปัญหา (ร้อยละ 83.8) และจากผลการทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) พบว่าความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 18.677, p = .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ($n=100$)

ตัวแปร	วิธีการเผชิญความเครียด				χ^2	p
	การเผชิญหน้ากับปัญหา จำนวน (ร้อยละ)	การจัดการกับอารมณ์ จำนวน (ร้อยละ)	การบรรเทาปัญหา จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)		
ต่ำ	6(26.1)	0(0.00)	17(73.9)	23(100)	18.677	.001
ปานกลาง	20(50)	4(10)	16(40)	40(100)		
สูง	4(10.8)	2(5.4)	31(83.8)	37(100)		

จากการวิเคราะห์เพิ่มเติมโดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (correspondence analysis) ของความเครียดกับวิธีการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน พบว่าความเครียดของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 18.677, p = .001$) และพบว่ากลุ่มที่มีความเครียดในระดับต่ำ มีแนวโน้มเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการบรรเทาปัญหา กลุ่มที่มีความเครียดระดับปานกลาง มีแนวโน้มเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา ส่วนกลุ่มที่มีความเครียดระดับสูง มีแนวโน้มเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการบรรเทาปัญหาเช่นกัน

การอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งโดยปกติผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มีความเสื่อมเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มักมีโอกาสดเกิดความเครียดในระดับสูงได้ แต่ในการศึกษานี้ความเครียดในระดับปานกลาง ทั้งที่กลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันระยะเวลาตั้งแต่ 1-30 ปี (เฉลี่ย 7 ปี) รวมถึงมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วยทั้งความดันโลหิตสูง เบาหวานเป็นต้น แต่จากสถานภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่สามารถดูแลตัวเองและช่วยเหลือตัวเองได้ดี พึ่งพาตนเองได้ไม่ต้องเป็นภาระของผู้ดูแล ทั้งยังอาศัยอยู่กับคู่สมรสรวมทั้งลูกหลาน และมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ดี ทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวซึ่งเปรียบเสมือนเกราะป้องกันความเครียด และทำให้ผู้สูงอายุประเมินสถานการณ์ในทางบวกมากขึ้น (Mossakowski, & Zhang, 2014) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกคนนับถือศาสนาพุทธ จึงอาจจะนำแนวพระธรรมคำสอนของพระพุทธศาสนาใช้ในการดำเนินชีวิต ด้วยว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นผลที่เกิดจากการกระทำของตนเองหรือกรรมที่เคยทำไว้ในอดีต และทำใจยอมรับในเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ทุกคนได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้สามารถควบคุม

อาการของโรคได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและดำเนินชีวิตได้ตามปกติ จึงทำให้มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

ในส่วนของ การเผชิญความเครียด ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีคะแนนการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกวิธีการเผชิญความเครียดพบว่าผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 แบบ ได้แก่ แบบการเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาปัญหา แต่ละแบบในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระดับความเครียดที่อยู่ในระดับปานกลาง จึงทำให้การเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลางด้วย จากทฤษฎีของ ลาซาลัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า การเผชิญความเครียดแต่ละเหตุการณ์หรือสถานการณ์ของบุคคลนั้น ย่อมมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่แตกต่างและเปลี่ยนแปลงไปตามแต่ละเหตุการณ์หรือสถานการณ์ บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดตามสถานการณ์ และการประเมินของตนเอง ซึ่งแต่ละแบบที่ใช้จะมากน้อยต่างกันได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในต่างประเทศ (Degazon & Parker, 2007; de Souza-Talarico, Chaves, Nitirini, & Caramelli, 2009; Downe-Wamboldt, & Melanson, 1998) และในประเทศไทย (Aree-Ue, 1997; Mingkwan, 1999; Utama, Chintanawat, Ausayakhun, & Nanasilp, 2015) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกแบบร่วมกันเช่นเดียวกัน

ในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคกับความเครียดในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน พบว่าระยะของโรคมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความเครียดของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เนื่องจากอาการและอาการแสดงของโรคพาร์กินสันนั้นการดำเนินของโรคมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะของโรค ซึ่งในระยะแรกนั้นอาการของโรคยังไม่รุนแรง ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ประกอบกับผู้สูงอายุได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา เพื่อควบคุมอาการของโรค ส่ง

ผลให้ผู้สูงอายุยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ สามารถดูแลตนเองและพึ่งตนเองได้ จึงเกิดความเครียดในระดับต่ำ แต่ในระยะท้ายของโรคที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง และไม่สามารถเคลื่อนไหวเองได้ รวมถึงไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ตนเองอยากทำและจำเป็นต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา (Bhidayasiri, Phanthamchinda, & Bunnag, 2007) ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย สถานการณ์ดังกล่าวจึงก่อให้เกิดความเครียดได้สูงกว่าในระยะแรก

สำหรับความสัมพันธ์ของความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าความเครียดของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในแต่ละวิธีพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาปัญหาในระดับปานกลาง แต่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเผชิญหน้ากับปัญหา ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันเป็นเวลานานตั้งแต่ 1-30 ปี (เฉลี่ย 7 ปี) ทุกคนได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการของโรค และจากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่รับทราบว่าโรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ต้องได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาไปตลอดชีวิต ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีความคิดว่าตนเองอายุมากแล้ว ทุก ๆ สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองถือว่าเป็นไปตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น บางรายคิดว่าเป็นเรื่องของโชคชะตาที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ จึงทำใจยอมรับกับสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุล้มเลิกการคิดหาวิธีการต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นลักษณะของวิธีการเผชิญปัญหาแบบบรรเทาปัญหา กลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่ต้องมีผู้ดูแลนั้น จากการพูดคุย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคับข้องใจ และกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเอง การจัดการกับปัญหาหรือความเครียด ในบางครั้งจะแสดงพฤติกรรมทางด้านอารมณ์ออกมา เช่น หงุดหงิด กระทบกระชวย กังวลใจ หรือแยกตัวอยู่คนเดียวตามลำพัง หรือบางครั้งมีการเตรียมการและเตรียมใจสำหรับความเลวร้ายที่อาจจะเกิดขึ้น แต่ในบางขณะมีความคิดฝันเพื่อฝันไปเรื่อยว่าอาการของตนอาจจะดีขึ้น ซึ่งเป็นลักษณะของวิธีการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ (Opasrattanakorn, Detprapon, & Sumdaengrit, 2015; Yodkaew, 2010; Curtis, Groarke, Coughlan, & Gsel, 2004; Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor, & Falke, 1992) ที่พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ พบว่าระดับความเครียดที่ต่างกันจะมีผลต่อวิธีการเผชิญความเครียดที่ต่างกัน โดยกลุ่มผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่มีความเครียดระดับต่ำมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการบรรเทาปัญหา ผู้สูงอายุที่มีความเครียดระดับปานกลาง มีแนวโน้มที่จะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา และแบบการบรรเทาปัญหา ส่วนผู้สูงอายุที่มีความเครียดระดับสูง มีแนวโน้มที่จะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการบรรเทาปัญหา สอดคล้องกับผลการศึกษาของแอนเดอร์สัน ในปี 1977 (Anderson, 1977 cited in Lazarus & Folkman, 1984) ที่ว่าความเครียดในระดับต่ำจะมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดทุกแบบ แต่แตกต่างกันที่ความเครียดในระดับสูงจะมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ และผลการศึกษาค้นคว้านี้แตกต่างกับการศึกษาโรคเรื้อรังอื่น (Curtis, Groarke, Coughlan, & Gsel, 2004; Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor, & Falke, 1992) ที่พบว่าความเครียดในระดับสูงของผู้ป่วยความเครียดกับวิธีการเผชิญความเครียดแบบ

การจัดการกับอารมณ์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระยะเวลาการดำเนินของโรคและความรุนแรงที่ยาวนานของโรคพาร์กินสัน รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่อาจมีความแตกต่างกันในเรื่องศาสนาและวัฒนธรรม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธ อาจจะน้อมนำเอาหลักธรรมคำสอนของพระพุทธศาสนา มาปรับใช้ในการลดความเครียด เช่น การคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของกรรมและโชคชะตาที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งเป็นลักษณะของวิธีการเผชิญความเครียดแบบการบรรเทาปัญหา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลผู้ปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรประเมินปัญหาของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ รวมถึงการวางแผนการจัดการความเครียด และส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการปัญหาได้ตรงตามความต้องการของตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. โรงพยาบาลควรมีนโยบายส่งเสริมให้มีการอบรมการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการลดความเครียด และการส่งเสริมการเผชิญความเครียด แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยเฉพาะในระยะท้ายของโรค เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้นสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ และเพื่อลดความเครียดของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเฉพาะกลุ่มระยะของโรคโดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาให้มากขึ้นเพื่อประโยชน์ในการนำผลการศึกษาวินิจฉัยไปวางแผนการดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่ได้รับการวินิจฉัยในแต่ละระยะของโรค
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Aree-Ue, S. (1997). *Stress, Coping and quality of life in the elderly osteoarthritis patients* (Master's thesis, Master of Nursing Science). Graduate student, Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand. (in Thai)
- Arnold, E., & Boggs, K. U. (1999). Communicating with clients in stressful situation. In E. Arnold, & K. U. Boggs (Eds.), *Interpersonal relationship: Professional communicating skill for nurse*. (pp.445-475). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Bhidayasiri, R., Phanthamchinda, K., Bunnag, S. (2007). *Treatable Parkinson's Disease*. Bangkok: Center for Treatment of Parkinson's Disease and Abnormal Movement Disorders, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Council. (in Thai)
- Bhidayasiri, R., Wannachai, N., Limpabandhu, S., Choeytim, S., Suchonwanich, Y., Tananyakul, S., et al. (2011). A National registry to determine the distribution and prevalence of Parkinson' disease in Thailand: Implications of urbanization and pesticides as risk factor for Parkinson's disease. *Neuroepidemiology*, 37, 222-230. doi:10.1159/000334440
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. Retrieved from <http://www.jstor.org/>

- Curtis, R., Groarke, A., Coughlan, R., & Gsel, A. (2004). The influence of disease severity, perceived stress, social support and coping in patients with chronic illness: A 1 year follow up. *Psychology, Health & Medicine, 9*(4), 456-475. doi: 10.1080/1354850042000267058
- Degazon, C. E., & Parker, V. G. (2007). Coping and psychosocial adaptation to Type 2 diabetes in older blacks born in the Southern US and the Caribbean. *Research in Nursing & Health, 30*(2), 151-163. doi: 10.1002/nur.20192
- de Souza-Talarico, J. N., Chaves, E. C., Nitrini, R., & Caramelli, P. (2009). Stress and coping in older people with Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Nursing, 18*(3), 457-465. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02508.x
- Djamshidian, A., & Lees, A. J. (2013). Can stress trigger Parkinson's disease? *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. doi:10.1136/jnnp-2013-305911
- Downe-Wamboldt, B. L., & Melanson, P. M. (1998). A causal model of coping and well-being in elderly people with arthritis. *Journal of Advanced Nursing, 27*(6), 1109-1116. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00621.x
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., & Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology, 11*(2), 79-87.
- Hirsch, L., Jette, N., Frolkis, A., Steeves, T., & Pringsheim, T. (2016). The Incidence of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Neuroepidemiology, 46*(4), 292-300. doi: 10.1159/000445751
- Hemmerle, A. M., Herman, J. P., & Seroogy, K. B. (2012). Stress, depression and Parkinson's disease. *Experimental Neurology, 233*(1), 79-86. doi: 10.1016/j.expneurol.2011.09.035
- Hoehn, M. M., & Yahr, M. D. (1967). Parkinsonism: Onset, progression, and mortality. *Neurology, 17*(5), 427-442.
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping Scale. In C. F. Waltz & O. L. Strickland (Eds.), *Measurement of nursing outcomes: Measurement client outcome. 1*, 287-308. New York: Springer.
- Jankovic, J., & Tolosa, E. (2015). *Parkinson's disease & movement disorder* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Macht, M., Brandstetter, S., & Ellgring, H. (2007). Stress affects hedonic responses but not reaching-grasping in Parkinson's disease. *Behavioural Brain Research, 177*(1), 171-174. doi: 10.1016/j.bbr.2006.10.032
- Mingkwon, P. (1999). *Stress and coping in the elderly stroke patients* (Master's thesis, Master of Nursing Science). Graduate student, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)

- Mossakowski, K. N., & Zhang, W. (2014). Does social support buffer the stress of discrimination and reduce psychological distress among Asian Americans? *Social Psychology Quarterly*, 77(3), 273-295. doi: 10.1177/0190272514534271
- Opasrattanakorn, S., Detprapon, M., Sumdaengrit, B. (2015). Stress and coping of nasopharyngeal carcinoma patients receiving concurrent chemoradiotherapy treatment. *Ramathibodi Nursing Journal*, 21(2), 158-171. (in Thai)
- Pachana, N. A., Egan, S. J., Laidlaw, K., Dissanayaka, N., Byrne, G. J., Brockman, S., ... & Starkstein, S. (2013). Clinical issues in the treatment of anxiety and depression in older adults with Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 28(14), 1930-1934.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principle and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pringsheim, T., Jette, N., Frolkis, A., & Steeves, T. D. (2014). The prevalence of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders*, 29(13), 1583-1590. doi: 10.1002 / mds.25945
- Sanders-Dewey, N. E., Mullins, L. L., & Chaney, J. M. (2001). Coping style, perceived uncertainty in illness, and distress in individuals with Parkinson's disease and their caregivers. *Rehabilitation Psychology*, 46(4), 363. doi: 10.1037//0090-5550.46.4.363
- Utama, N., Chintanawat, R., Ausayakhun, S., Nanasilp, P. (2015). Visual Impairment, coping strategies, and vision-related quality of life among elders with cataract. *Nursing Journal*, 42(3), 61-71. (in Thai)
- Yodkaew, P. (2010). The relationship between stress and coping methods of diabetic patients with cataract complications before operation. *Thammasat Thai Journal of Ophthalmology*, 5(1), 49-58. (in Thai)