

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคพาร์กินสัน (Parkinson's Disease) พบได้บ่อยในผู้สูงอายุเป็นอันดับที่ 2 รองลงมาจากโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease) อัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น (Meiner & Lueckenotte, 2006) โดยช่วงอายุ 45 - 60 ปี พบผู้ป่วย 11 - 12 คนในประชากรแสนคน และช่วงอายุมากกว่า 85 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 116 - 181 คนในประชากรแสนคน อัตราการเกิดโรคในเพศชายต่อเพศหญิงเป็น 3 : 2 (Muangpaisan, Seidel, Hori, & Mathews, 2009; Strayer & Richman, 2009; White & Truax, 2007) จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2004) พบว่าในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยโรคพาร์กินสันประมาณ 5.2 ล้านคนในโลก ทวีปที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด คือ ทวีปยุโรป มีผู้ป่วยถึง 2 ล้านคน ปี พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ประมาณ 7 แสนคน (WHO, 2006 cited in Bhidayasiri & Ling, 2009) สำหรับประเทศไทยนั้นจากการศึกษาของ รุ่งโรจน์ พิทยศิริ ถัมมณต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุนนาค (2549) พบว่ามีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคพาร์กินสันประมาณ 0.8 - 1.2 แสนคน และมีแนวโน้มจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในอนาคตจากการรวบรวมข้อมูลของศูนย์รักษาโรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2551 เป็นระยะเวลา 8 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยเข้าร่วมลงทะเบียนทั้งสิ้น 15,899 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุมากกว่า 70 ปี พบได้ร้อยละ 40.8 ส่วนโรคพาร์กินสันในผู้ป่วยอายุน้อยพบ 283 คน คิดเป็นร้อยละ 5.9 (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ, ญัฐนิภา วรรณชัยและธานินทร์ อัสววิเชียรจินดา, 2552) สำหรับสถิติผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันและมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรีทั้งรายเก่าและรายใหม่พบว่ามีจำนวน 140, 145, 167, 161 และ 188 คน ในปี พ.ศ. 2548, 2549, 2550, 2551 และ 2552 ตามลำดับ (เวชระเบียน และสถิติ โรงพยาบาลชลบุรี ร.ป.ป.) จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี

โรคพาร์กินสันเป็นโรคความเสื่อมของระบบประสาทจากการพร่องสารสื่อประสาทโดปามีน (Dopamine) ซึ่งมีบทบาทช่วยให้การเคลื่อนไหวเป็นไปตามปกติ มีความสมดุล มีอิทธิพลต่อการรับรู้ การตัดสินใจที่จะเคลื่อนไหว การนอนหลับ และอารมณ์ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการสั่น (Tremor) อาการแข็งเกร็ง (Rigidity) การเคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) และการทรงตัวที่ไม่สมดุล (Postural instability) นอกจากนี้ยังมีอาการอื่น ๆ ได้แก่ พูดลำบาก เสียงเบา น้ำเสียงมีระดับเดียว เขียนหนังสือลำบาก ลายมือตัวเล็กลง มีปัญหาการกลืนลำบาก มีอาการท้องผูก มีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ

นอนหลับยากอันเนื่องมาจากอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ 2549; Shagam, 2008) การดำเนินของโรคจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเป็นลำดับจนเกิดภาวะทุพพลภาพ (Disability) ร้อยละ 66 ของผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้นภายใน 5 ปี และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้นภายใน 10 ปี (Strayer & Richman, 2008) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจะสูงเป็น 3 เท่าของประชากรทั่วไป โดยร้อยละ 25 เสียชีวิตภายใน 5 ปี หลังจากเริ่มเป็นโรค และร้อยละ 65 เสียชีวิตภายใน 10 ปี (สมภพ เรืองตระกูล, 2547)

อาการของโรคพาร์กินสันทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน และบทบาททางสังคมของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว และไม่มีความพึงพอใจในชีวิต นำมาสู่ภาวะซึมเศร้า (Bhatai & Gupta, 2003) จากการให้สัมภาษณ์ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเกี่ยวกับความรู้สึกของการเป็นผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน พบว่า ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากโรคพาร์กินสันหลายประการ คือ เมื่อยามดึกฤทธิ์จะมีอาการเกร็ง ส่งผลให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยเกิดภาวะพึ่งพา ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการเกร็ง เมื่ออาการกำเริบไม่เพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับผลกระทบจากอาการของโรคแต่ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวจะต้องให้การดูแลขณะมีอาการ เช่น ต้องช่วยพลิกตะแคงตัว ต้องขับรดไปส่ง ณ ที่ทำงาน เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง มีความรู้สึกท้อแท้ ซึมเศร้า บางครั้งมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของชาวินาร์ และคณะ Ravina et al., (2007) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันส่วนหนึ่งมาจากภาวะทุพพลภาพ ขาดการศึกษาของ อัครวุฒิ วิริยเวชกุล (2551) พบว่า ระดับความรุนแรง และการดำเนินของโรคพาร์กินสันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลกระทบดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เวสส์ลี, บรินเจอร์ และแกรเนอร์ (Wressle, Bringer, & Granerus, 2006) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่แผนกผู้ป่วยนอกสูงอายุในประเทศสวีเดน ซึ่งพบว่า เมื่อโรคพาร์กินสันมีความก้าวหน้ามากขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะลดลง

วิทนี (Whitney, 2004) ได้ศึกษาวิธีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ พบว่า พยาบาลสามารถมีบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยการเรียนรู้ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่จะนำมาซึ่งการมีภาวะสุขภาพดีของผู้ป่วย การให้ความหมายกับการมีชีวิตและเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้พยาบาลดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพมากกว่าการใช้ชีวิตอยู่ภายใต้ข้อจำกัด การที่จะอธิบายให้ชัดเจนว่าผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีการรับรู้และให้ความหมายอย่างไรบ้างต่อการกระทำต่าง ๆ ควรจะได้ข้อมูลจากมุมมองของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ป่วยว่ามีการให้ความหมายของการเป็นโรคพาร์กินสันว่าอย่างไร ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต

ของผู้สูงอายุนับตั้งแต่เริ่มรับรู้ว่าคุณป่วยเป็นโรคพาร์กินสันคืออะไรบ้าง และผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไร เพราะอะไร การที่พยาบาลมีความเข้าใจผู้ป่วย สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สภาวะแวดล้อม และทัศนคติของผู้ป่วยแล้วจะนำมาซึ่งการหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Brain Senior, 2008; Busse, 2006; Lindsay, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันมีมานัก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณในประเด็นประสิทธิภาพ ความปลอดภัยและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา (จิตถนอม สุวรรณเทมีย์ และคณะ, 2547; Kulkantrakorn, Tiamkao, Pongchaiyakul, & Pulkes, 2006) ภาวะซึมเศร้า และสมองเสื่อมในผู้ป่วยพาร์กินสัน (อัศวฤทธิ วิริยเวชกุล, 2551) ความผิดปกติของการนอนหลับในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Tanasanvimom, Israsena Na Ayuthaya, & Phanthumchinda, 2007) โดยยังไม่พบการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันสำหรับในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในแง่มุมต่าง ได้แก่ อัตราการเกิดโรค และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพาร์กินสัน (Baldi et al., 2003; Driver, Logroscino, Gaziano, & Kurth, 2009; Louis, Luchsinger, Tang, & Mayeux, 2003; Oakley et al., 2007) ผลที่เกิดจากการป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน (Ehrt, Larsen, & Aarsland, 2009; Uc et al., 2005) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน (Dibble & Lange, 2006; Knol et al., 2009; Marinus, Ramaker, Hilten, & Stiggelbout, 2002) การคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน (Brittle et al., 2008) การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (Hackney, Kantorovich, Levin, & Earhart, 2007) การรักษาทางการแพทย์ (Derost et al., 2007; Goetz, Schwid, Eberly, Oakes, & Shoulson, 2006; King & Horak, 2008) รวมทั้งการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต ความต้องการและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่พบว่า พยาบาลสามารถมีบทบาทในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยการเรียนรู้ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่จะนำมาซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย การให้ความหมายกับการมีชีวิตและเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วยจะช่วยให้พยาบาลดูแลเพื่อคงไว้การใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพมากกว่าการใช้ชีวิตอยู่ภายใต้ข้อจำกัด แต่เนื่องจากการวิจัยดังกล่าวเป็น การวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาในต่างประเทศจึงอาจจะมีส่วนแตกต่างจากผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในประเทศไทย เพราะการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาอย่างเฉพาะเจาะจงของปรากฏการณ์ในบริบทหรือวัฒนธรรมหนึ่งในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ ซึ่งข้อค้นพบจากประสบการณ์ที่ศึกษานั้นไม่อาจนำไปอ้างอิงขยายผล เพื่อใช้ได้โดยตรงกับปรากฏการณ์เดียวกันในที่ที่มีความต่างวัฒนธรรม และต่างช่วงเวลาได้ (Munhall, 2007; Wood & Haber, 2002) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุ

โรคพาร์กินสันในบริบทของผู้สูงอายุไทย เพื่อทำความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์การเป็นผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อมุ่งทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตโดยรวมของการเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุ เนื่องจากวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการวิจัยที่ใช้แนวคิดและโลกทัศน์จากปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาเป็นเครื่องมือในการศึกษาปรากฏการณ์ และประสบการณ์ของมนุษย์ วิธีการนี้ให้ความสนใจความหมายในทัศนะของผู้ที่ได้ประสบกับปรากฏการณ์นั้น โดยเป็นการศึกษาผ่านมุมมองหรือคำบอกเล่าของบุคคลผู้เป็นเจ้าของประสบการณ์ จะทำให้ทราบว่าในการดำเนินชีวิตในแต่ละวันของบุคคลนั้น แท้จริงแล้ว บุคคลรับรู้ และให้ความหมายกับประสบการณ์ที่กระทำอย่างไรบ้าง มีความคิด ความรู้สึกอย่างไรต่อบุคคล และเหตุการณ์แวดล้อมต่าง ๆ (Houser, 2008; Streubert & Carpenter, 2007) ผลการวิจัยจะช่วยอธิบายความหมายของการป่วยเป็นโรคพาร์กินสันตามการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน และอธิบายการกระทำหรือการแสดงพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันให้มีความชัดเจน และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น สามารถนำข้อมูลหรือข้อเท็จจริงดังกล่าวไปพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย และการศึกษาทางการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตในการเป็นโรคพาร์กินสันของผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดของ ฮัสเซิล (Husserl) โดยศึกษาในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่คัดสรร มีภูมิลำเนา และอาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลทุกรายโดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เก็บข้อมูลที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In - depth interview) จนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturation) คือ 12 ราย ใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2553 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554

นิยามศัพท์เฉพาะ

ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน และประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน

ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคพาร์กินสันระยะที่ 1 - 3 มาับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่คัดสรร มีภูมิลำเนา และอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดชลบุรี ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถฟัง และพูดภาษาไทยได้เข้าใจ

ฐานแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

มุมมอง และฐานแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และโรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา คือ วิธีการที่มุ่งศึกษา และทำความเข้าใจประสบการณ์ตามการรับรู้ของบุคคลต่อบุคคล และเหตุการณ์แวดล้อมต่าง ๆ ที่ได้ประสบ การค้นหาความจริงในการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาต้องศึกษาจากบุคคลที่มีประสบการณ์ โดยมีฐานความคิดว่าบุคคลจะรู้เรื่องที่ตนเองมีประสบการณ์มาก่อน ด้วยการรับรู้ และรู้ความหมายในขณะที่มีสติสัมปชัญญะ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งที่จะทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันผ่านการสนทนากับบุคคลซึ่งใช้ชีวิตอยู่ในประสบการณ์นั้น ๆ เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์การเป็นผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุอธิบายว่าผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปโดยนับตามปีปฏิทิน ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณไปในทางเสื่อมถอย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ เช่น ด้านร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทที่มีการตายของเซลล์สมองบางส่วนทำให้การสร้างสารสื่อประสาทลดลง ระดับของสารโดปามีนลดลงทำให้มีการเคลื่อนไหวผิดปกติแบบพาร์กินสันการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และด้านสังคมที่เสื่อมถอยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม มีความเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บุตรหลานออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน สำหรับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณนั้นอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และสังคมที่ถดถอยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวล รู้สึกไม่มั่นคงในการดำเนินชีวิต แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุดังกล่าวช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคพาร์กินสัน

ของผู้สูงอายุมากขึ้น นอกจากนี้ยังเข้าใจการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
ในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

แนวคิดเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน คือ โรคเรื้อรังที่พบได้มากขึ้นใน
วัยสูงอายุ เกิดจากการลดลงของสารสื่อประสาทโดปามีนในสมอง ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย
เมื่อการดำเนินโรคมารวมขึ้น อาการของผู้ป่วยจะแย่ลง เกิดภาวะพึ่งพิงมากขึ้นจนในที่สุดไม่สามารถ
ช่วยเหลือตนเองได้ แนวคิดเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันช่วยให้วิจัยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน
ในประเด็นของ อุบัติการณ์ สาเหตุ พยาธิสภาพ การดำเนินของโรค การรักษา และสิ่งที่ผู้สูงอายุ
โรคพาร์กินสันต้องเผชิญ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์
ผลการวิจัยครั้งนี้