

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา ครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ในจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัย ทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้เกิดความเข้าใจเชิงทฤษฎี คือ การเรียนรู้องค์ความรู้เดิม ค้นหาปัญหาที่ควรดำเนินการวิจัย สังเคราะห์แนวคำถาม การวิจัย ออกแบบการวิจัย และกำหนดกรอบมโนทัศน์การวิจัย โดยครอบคลุมหัวข้อเนื้อหา ดังนี้

1. การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. โรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ โรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาเป็นทั้งปรัชญา และวิธีการที่มุ่งศึกษา และทำความเข้าใจประสบการณ์การดำเนินชีวิตในแต่ละวันของบุคคลว่าแท้จริงแล้วบุคคลนั้นรับรู้ และให้ความหมายกับประสบการณ์ที่กระทำอย่างไรบ้าง มีความคิด ความรู้สึกอย่างไรต่อบุคคล และเหตุการณ์แวดล้อมต่าง ๆ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา ดังนี้

วูด และฮาเบอร์ (Wood & Haber, 2002) กล่าวว่า การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา เป็นกระบวนการของการเรียนรู้ และทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ของมนุษย์ ผ่านการสนทนากับบุคคลซึ่งใช้ชีวิตอยู่ในประสบการณ์นั้น ๆ

เฮาเซอร์ (Houser, 2008) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา คือ การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่ต้องเผชิญกับสิ่งที่ปรากฏขึ้นกับบุคคลนั้น

ชาย โปธิลิตา (2550) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยาเป็นเครื่องมือในการศึกษาปรากฏการณ์ และประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ โดยมุ่งทำความเข้าใจความหมายประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลได้ประสบเป็นหลัก

อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2549) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาที่มีพื้นฐานมาจากสาขาปรัชญา ในการทำความเข้าใจความเชื่อมโยงของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมในโลก โดยศึกษาปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่สนใจ จากคำบอกเล่าของผู้มีประสบการณ์ตรง เพื่อค้นหาแก่นแท้

ของปรากฏการณ์นั้นให้มีความชัดเจน โดยมีภาษาเป็นสื่อขั้นต้นในการถ่ายทอดความหมายของประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเริ่มต้นในศตวรรษที่ 20 ปี ประมาณ ค.ศ. 1900 มีนักปรัชญา 2 ท่าน คือ ฮัสเซิล และ ไฮเดกเจอร์ (Husserl and Heidegger) เป็นผู้สร้างแนวคิดพื้นฐาน การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา แนวคิดของฮัสเซิล (Husserl) เน้นโครงสร้างของการรับรู้ และประสบการณ์ของมนุษย์ โดยเชื่อว่ามนุษย์ตีความประสบการณ์ของตนโดยผ่านจิตสำนึก เพราะจิตสำนึกที่กำลังคิดถึงสิ่งต่าง ๆ สามารถเรียกร่องสิ่งที่ป็นชีวิตกลับมาเป็นประสบการณ์ชีวิตได้ ทั้งนี้ คำว่าประสบการณ์ หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึก จินตนาการ ความฝัน ความคาดหวัง และความเชื่อ ผู้ศึกษาสามารถทำความเข้าใจจิตสำนึกโดยมุ่งความสนใจไปในสิ่งที่ต้องกรศึกษา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งที่อยู่ในโลกกายภาพเท่านั้นแต่สามารถเป็นสิ่งที่อยู่ในจินตนาการ และความทรงจำได้ การศึกษาที่ปราศจากอคติใด ๆ จะทำให้ได้ความจริงที่บริสุทธิ์ (Moran, 2005) ส่วนไฮเดกเจอร์ (Heidegger) เน้นการเข้าถึงความหมายของประสบการณ์ โดยเชื่อว่าการมีอยู่มาก่อนแก่นแท้ คือ มนุษย์มีอยู่มาก่อนการค้นพบตัวเอง มนุษย์ปรากฏตัวในโลกก่อนแล้วมีการนิยามตัวเองภายหลัง ไม่มีใครสามารถนิยามมนุษย์ได้จนกว่ามนุษย์ผู้นั้นจะได้ลงมือกระทำอะไรลงไป เพราะมนุษย์มีแค่ความว่างเปล่า จะเป็นอะไรได้ก็ต่อเมื่อได้เลือกกระทำหรือสร้างให้ตัวเองเป็นอะไร การศึกษาประสบการณ์ตามแนวคิดของไฮเดกเจอร์ (Heidegger) เป็นการศึกษาโดยครุ่นหาทฤษฎีของความจริงจากการ ดีความ (ชายโพธิสิตา, 2550; อารียวรรณ อ่วมธานี, 2549; Emad & Kalary, 2006)

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาตามแนว คิดของฮัสเซิล (Husserl) ซึ่งเป็นการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenology) ที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตด้วยการค้นหาโดยตรง (Direct exploration) วิเคราะห์ และบรรยายปรากฏการณ์ที่เฉพาะเจาะจงอย่างเป็นอิสระโดยปราศจากการทดสอบสมมุติฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ใช้การหยั่งรู้ (Intuiting) ในการนำเสนอข้อค้นพบ เน้นความเข้มข้นของข้อมูล ความกว้าง และความลึกของประสบการณ์ ประกอบด้วยกระบวนการสำคัญ 3 กระบวนการ คือ การหยั่งรู้ การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ และการบรรยายปรากฏการณ์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การหยั่งรู้ เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยเริ่มต้นเข้าไปเรียนรู้ปรากฏการณ์ที่ได้รับการบอกเล่าจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในเก็บรวบรวมข้อมูล จะต้องหลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์ การประเมิน การแสดงความคิดเห็น และไม่แสดงความตั้งใจมากเกินไปที่จะค้นหาความจริงจากเรื่องที่สนใจ ควรฟังรายละเอียดประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูลผ่านกระบวนการสัมภาษณ์ ศึกษาข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และทบทวนหลาย ๆ ครั้ง ตลอดการวิจัยว่าข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีความหมายต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างไร

2. การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ (Phenomenological analyzing) เป็นการระบุแก่นแท้ (Essences) ของปรากฏการณ์ที่ศึกษาซึ่งได้มาจากข้อมูลที่ได้รับ และมีการนำเสนอทั้งข้อมูลที่มีความเหมือน และความแตกต่างของส่วนประกอบ ความสัมพันธ์ และความเชื่อมโยงของปรากฏการณ์ที่ศึกษา ในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะต้องคลุกคลีอยู่กับข้อมูลนานจนกระทั่งได้แก่นแท้ที่เกิดจากปรากฏการณ์นั้น การวิเคราะห์เนื้อหาที่นำมาใช้บ่อย ๆ คือ วิธีการของโคไลซซี่ (Colaizzi, 1978 cited Streubert & Carpenter, 2007)

3. การบรรยายปรากฏการณ์ (Phenomenological describing) เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยสื่อให้ผู้อ่านเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยอยู่บนพื้นฐานของการแบ่งกลุ่มปรากฏการณ์ ผู้วิจัยจะบรรยายข้อมูลที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์แล้วเท่านั้น

ขั้นตอน การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยจะเป็นผู้ค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ หรือความหมายของการเป็นบุคคลที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้น ๆ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลจากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น ไม่ใช่มุมมองของบุคคลนอก ดังนั้นผู้วิจัยจึงถือเป็นเครื่องมือหลักที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Streubert & Carpenter, 2007) โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย 7 ขั้นตอน ดังนี้ (ชาย โพธิสิตา, 2550; ทวีศักดิ์ นพเกสร, 2548; ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2548; Houser, 2008; Moustakas, 1994 อ้างถึงใน ชาย โพธิสิตา, 2550)

1. กำหนดหัวข้อ และคำถามในการวิจัยที่เหมาะสมกับวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ปรากฏการณ์ที่จะศึกษาต้องเหมาะสมกับปรัชญาพื้นฐานของการวิจัย ลักษณะของเรื่องควรเน้นไปในแนวทางที่ค้นหาความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่บุคคลประสบ และเมื่อได้ผลการวิจัยออกมาสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติได้พอสมควร

2. ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะศึกษา โดยทบทวนระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย และเตรียมความรู้เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่จะศึกษา โดยศึกษาอย่างกว้าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างคำถาม ทั้งนี้การทบทวนสามารถกระทำได้ตลอดกระบวนการวิจัย ตั้งแต่ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ขณะเก็บรวบรวมข้อมูล และภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. กำหนดเกณฑ์สำหรับเลือกบุคคล และปรากฏการณ์สำหรับศึกษา ผู้ให้ข้อมูลจะต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามักใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง คือ การเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่นักวิจัยกำหนด

สำหรับจำนวนของผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับจำนวนข้อมูลที่สามารถตอบคำถามการวิจัยว่า ได้มาก และครอบคลุมเพียงพอทุกมิติที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา นั่นคือจะสิ้นสุดเมื่อข้อมูลมีการอิ่มตัว หรือไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมอีก (Houser, 2008) แต่มอร์ส (Morse, 2000, pp. 4 - 5 อ้างถึงใน อารียวรรณ อ่วมธานี, 2549) ให้ข้อเสนอแนะว่าการทำวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยานั้น ถ้าผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 1 คน จำนวนหลายครั้ง และแต่ละครั้งได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ ศึกษาจำนวนมาก ข้อมูลจะอิ่มตัวเมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ประมาณ 6 - 10 คน

4. ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ที่ถูกเลือกมาศึกษา รวมทั้งดำเนินเกี่ยวกับประเด็นด้านจริยธรรม การวิจัย โดยแจ้งผู้ให้ข้อมูลทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์จากการวิจัย แนวทางการ พิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อสงสัย และใช้เวลาใน การตัดสินใจเมื่อผู้ให้ข้อมูลตกลงใจที่จะเข้าร่วมในงานวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอมใน ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งนัดเวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์โดยยึดตามความสะดวก ของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ

5. กำหนดประเด็นหรือแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยกำหนดให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของเรื่องที่จะศึกษาและควรเป็นคำถามแบบปลายเปิดไม่มีการเตรียม คำตอบไว้ล่วงหน้า ภายหลังจากกำหนดแนวคำถามแล้วผู้วิจัยต้องทำการศึกษาสำรองเพื่อฝึกประสบการณ์ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

6. ทำการสัมภาษณ์ และบันทึกการสัมภาษณ์อย่างละเอียด โดยใช้การสัมภาษณ์แบบ เจาะลึกซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

6.1 เริ่มการสัมภาษณ์ โดยการสร้างสัมพันธภาพ และสร้างบรรยากาศของความ เป็นกันเองเพราะจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยสามารถกระทำได้ด้วยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ สิทธิของผู้ให้ข้อมูล เช่น สิทธิในการไม่ให้ข้อมูล การยุติการ สทนทนา การได้รับความคุ้มครองผลกระทบจากการให้ข้อมูล เป็นต้น ผู้วิจัยต้องแสดงความใส่ใจ และสนใจผู้ให้ข้อมูล ไม่ตัดสินคุณค่าของผู้ให้ข้อมูล ในกรณีที่ต้องมีการบันทึกการสัมภาษณ์ทั้งการ บันทึกเสียง และการจดบันทึก ผู้วิจัยจะต้องขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนเมื่อผู้ให้ข้อมูลอนุญาตจึงทำ การบันทึก

6.2 ดำเนินการสัมภาษณ์ ขณะดำเนินการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะต้องทำตัวตามสบายเป็น ธรรมชาติเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลไม่รู้สึก กังวล ใช้ภาษาที่เข้าใจตรงกันทั้ง 2 ฝ่าย ผู้วิจัยแสดงความเข้าใจ ในเรื่องของผู้ให้ข้อมูล รับฟังด้วยความตั้งใจแม้ผู้วิจัยจะไม่เห็นด้วยกับความเห็นของผู้ให้ข้อมูล แต่ไม่ควรแสดงออกให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ ควรแสดงถึงความสนใจ และความเข้าใจในความเห็นนั้น เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเปิดเผยเรื่องราวหรือความคิดเห็น และผู้วิจัยจะต้อง เคารพต่อความจริง

ที่ถูกเปิดเผยขึ้น ถึงแม้ว่าเรื่องราวนั้นจะไม่ตรงกับความคิดหรือกระทบต่อความรู้สึก และอารมณ์ของผู้วิจัย เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลที่ลึกตามต้องการแล้วก่อนทำการ ยุติการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยควรสนทนาในประเด็นที่ไม่ลึก ตอบได้ง่ายซึ่งจะทำให้ความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล กลับเป็นปกติรวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลถามผู้วิจัยหรือให้โอกาสผู้ให้ข้อมูลทบทวนเพิ่มเติม ข้อมูล

6.3 สิ้นสุดการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ในวิจัยเชิงคุณภาพนั้นอาจจะต้องกระทำหลายครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความอึดตัวของข้อมูล การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้ระยะเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้งผู้วิจัยต้องแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงระบบการรักษาความลับที่เชื่อถือได้ และกล่าวคำขอบคุณ ในกรณีที่การสัมภาษณ์นั้นยังไม่ใช่ครั้งสุดท้าย ผู้วิจัยต้องขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการกลับมาสัมภาษณ์หรือเก็บข้อมูลเพิ่มเติม

7. การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยเริ่มวิเคราะห์ข้อมูลในขณะที่เก็บข้อมูลและภายหลังเก็บข้อมูล ในขณะที่เก็บข้อมูลนั้นผู้วิจัยจะตรวจสอบข้อมูลไปด้วย โดยการวิเคราะห์ค้นหาความหมายข้อมูลที่ ได้รับไปเรื่อย ๆ ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยทราบว่าข้อมูลที่ได้นั้นหลากหลาย อึดตัว และตอบคำถามการวิจัย ได้หรือไม่ ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ได้คำอธิบาย และข้อสรุปที่ชัดเจน (ศิริพร จิรวัดนกุล , 2548) วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่นิยมใช้ในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ประกอบด้วย 1) แนวคิดของ โคลไลซ์ซี่ (Colaizzi) 2) แนวคิดของ เจียจี้ (Giorgi) และ 3) แนวคิดของแวน แคม (Van Kaam) ซึ่งทั้ง 3 วิธีการ มีฐานแนวคิดมาจากปรัชญาของฮัสเซิล (Husserl's philosophy) อย่างไรก็ตามทั้ง 3 วิธีการมีความแตกต่างกันกล่าวคือ แนวคิดของ โคลไลซ์ซี่ (Colaizzi) เป็นวิธีการเดียวที่ผู้วิจัยต้องนำข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ ส่วนวิธีการของ เจียจี้ (Giorgi) มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยผู้วิจัยแต่เพียงผู้เดียวเท่านั้น ไม่มีการนำข้อมูลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ สำหรับวิธีของ แวน แคม (Van Kaam) จะนำความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย (Polit & Beck, 2008) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ โคลไลซ์ซี่ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549; Colaizzi, 1978 cited in Streubert & Carpenter, 2007) ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

7.1 อธิบายปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา (Describe the phenomenon of interest) โดยนำข้อมูลที่ได้อาจการบันทึกเทป มาถอดเทปคำให้สัมภาษณ์คำต่อคำ และพิมพ์ หลังจากนั้น ผู้วิจัยอ่านทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมดในภาพรวมโดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้น ๆ ของผู้ให้ข้อมูล

7.2 รวบรวมข้อมูลรายละเอียดจากผู้ให้ข้อมูล (Collect participants' descriptions of the phenomenon) โดยการจับกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคสำคัญที่เป็นข้อมูลเดียวกัน และเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาให้มากที่สุด รวมทั้งจะต้องรวบรวมข้อมูลทีนอกเหนือจากคำพูด เช่น กิริยา สีหน้า หรือน้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูล เป็นต้น

7.3 อ่านข้อมูลทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูล (Read all participants' descriptions of the phenomenon) ผู้วิจัยอ่านข้อมูลทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของข้อมูลที่ได้ และให้เลขลำดับบรรทัดข้อมูลด้วยเพื่อความสะดวกในการนำข้อมูลไปใช้อ้างอิงข้อสรุปในภายหลัง

7.4 ทบทวนข้อมูล และแยกประโยคสำคัญออกมา (Return the original transcripts and extract significant statement) ผู้วิจัยอ่านข้อมูลอีกครั้ง และดึงข้อมูล ทุกคำ กลุ่มคำ ประโยค หรือแนวคิดสำคัญที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ใช้ปากกาสีขีดเส้นใต้ข้อความที่เป็นประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล และนำข้อมูลดังกล่าวมาบันทึกไว้ในตารางที่จัดไว้คู่ขนานกับข้อมูล

7.5 ทำความเข้าใจความหมายของแต่ละประโยค (Try to spell out the meaning of each significant statement) โดยอ่านแต่ละกลุ่มคำที่ค้นพบทุกคำที่มีความสำคัญคำต่อคำ บรรทัดต่อบรรทัด แล้วให้ความหมายหรือให้รหัส (Coding) ในแต่ละประโยคอาจมีความหมายเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้มากกว่า 1 ประเด็น ผู้วิจัยบันทึกข้อความที่ให้ความหมายหรือให้รหัส ซึ่งในขณะที่ให้รหัส ผู้วิจัยจะต้องวิเคราะห์ว่ามีข้อมูลส่วนใดที่ยังไม่ครบถ้วนหรือยังไม่ชัดเจน และจะต้องวางแผนกำหนดประเด็นหรือเตรียมแนวคำถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ซึ่งจะ เป็นคำถามที่ใช้ยืนยันคำพูดของผู้ให้ข้อมูลในครั้งแรก และเป็นคำถามที่ใช้ถามเพื่อทำความเข้าใจในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนอีกด้วย

7.6 จัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ (Organize the aggregate formalized meaning into cluster of themes) ผู้วิจัยนำความหมายที่บันทึกไว้มาจัดให้เป็นหมวดหมู่ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยสรุปเป็นความคิดรวบยอดทั้งประเด็นหลัก (Themes) และประเด็นย่อย (Sub themes) ที่อยู่ภายใต้ความหมายเดียวกันกับประเด็นหลักนั้น ๆ ข้อสรุปที่ได้เป็นข้อสรุปชั่วคราวอาจเหมือนหรือแตกต่างจากแนวคิดหรือทฤษฎีในเรื่องที่ศึกษาก็ได้ ผู้วิจัยจะบันทึกประเด็นหลัก และประเด็นย่อยที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลไว้อีกครั้ง

7.7 เขียนคำบรรยายโดยละเอียด (Write an exhaustive description) ผู้วิจัยเขียนคำอธิบายของแต่ละข้อสรุปอย่างละเอียดตามวัตถุประสงค์การวิจัย และอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล ทำการอ้างอิงตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อแสดงให้เห็นว่า ข้อมูลนั้นมีความเป็นจริง

7.8 นำข้อมูลไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Return to the participants for validation of the description) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่จัดเป็นหมวดหมู่ และเขียนบรรยายเรียบเรียงแล้วไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ และสัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ซึ่งอาจจะได้ประเด็นใหม่ที่ยังไม่ได้รับในการสัมภาษณ์ครั้งแรก ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่มีอะไรจะบอกเล่าอีก ผู้วิจัยจึงทำการยุติการสัมภาษณ์

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness)

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเป็นสิ่งที่แสดงถึงความมีคุณค่าของงานวิจัย ลินคอล์น และ กูบา (Lincoln & Guba, 1985 cited in Polit & Beck, 2006, pp. 332–337) กล่าวถึงแนวทางการสร้างความน่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงคุณภาพว่า ประกอบด้วย 4 หลักเกณฑ์ คือ การสร้างความ เชื่อถือได้ของการวิจัย (Credibility) การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (Dependability) การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) และการนำไปใช้หรือการถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การสร้างความเชื่อถือได้ของการวิจัย ประกอบด้วย 5 วิธีหลัก ๆ ดังนี้
 - 1.1 การที่ผู้วิจัยใช้เวลาใกล้ชิด นานเพียงพอกับผู้ให้ข้อมูล และการสังเกตอย่างตั้งใจ และต่อเนื่อง (Prolonged engagement and persistent observation)
 - 1.2 การตรวจสอบโดยวิธีโยงใยสามเส้า (Triangulation)
 - 1.3 การตรวจสอบจากภายนอก คือ ผู้ที่ไม่มีผลประโยชน์โดยตรงช่วยสะท้อนความคิด และการตรวจสอบจากผู้ให้ข้อมูล (External check: Peer debriefing and member check)
 - 1.4 การค้นหาข้อมูลแตกต่างจากข้อมูลอื่น ๆ (Searching for disconfirming evidence)
 - 1.5 ความน่าเชื่อถือของผู้วิจัย (Researcher credibility)
2. การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น หมายถึง ความคงที่ (Stability) ของข้อมูลถึงแม้ว่าเวลา (Time) หรือสถานการณ์ (Condition) จะเปลี่ยนแปลงไป ถ้าเปรียบเทียบกับการวิจัยเชิงปริมาณ อาจกล่าวได้ว่า การพึ่งพากับเกณฑ์อื่นเปรียบได้กับความเที่ยง (Reliability) เทคนิคที่จะทำให้เกิดการพึ่งพากับเกณฑ์อื่น คือ การที่ผู้ทรงคุณวุฒิตั้งน้อย 3 ท่านให้รหัสในข้อมูลที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมมาแล้ว นำรหัสที่ได้ของแต่ละท่านมาเปรียบเทียบกัน ปรึกษาจนได้ข้อสรุปเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีอีกเทคนิคหนึ่ง คือ การตรวจสอบ (Inquiry audit) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพจากภายนอกมาตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
3. การยืนยันผลการวิจัย คือ ข้อมูลสามารถตรวจสอบได้ เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของงานวิจัยได้ ซึ่งการที่ผู้ตรวจสอบจะสามารถตรวจสอบข้อมูลได้นั้น ผู้วิจัยจะต้องรวบรวมเอกสารต่าง ๆ ไว้ ดังนี้

- 3.1 ข้อมูลดิบ (Raw data) เช่น บันทึกภาคสนาม เป็นต้น
 - 3.2 เอกสารเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูล (Data reduction and analysis product) เช่น เอกสารที่บันทึกเกี่ยวกับการตรวจสอบสมมติฐาน เป็นต้น
 - 3.3 บันทึกต่าง ๆ เกี่ยวกับกระบวนการ (Process note) เช่น บันทึกจากการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ให้ข้อมูล เป็นต้น
 - 3.4 แนวความคิดเกี่ยวกับความตั้งใจ และการตัดสินใจ (Material relating to intention and dispositions) เช่น บันทึกส่วนบุคคล บันทึกการตัดสินใจต่าง ๆ เป็นต้น
 - 3.5 ข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือ (Instrument development information)
 - 3.6 ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียบเรียงเขียนบรรยายข้อมูล (Data reconstruction products)
4. การนำไปใช้หรือการถ่ายโอนผลการวิจัย คือ ความสามารถในการนำข้อค้นพบจากการวิจัยไปใช้ในสถานที่หรือกลุ่มที่มีลักษณะทั่วไปคล้ายคลึงกับที่ผู้วิจัยศึกษา ดังนั้นจึงต้องมีการรายงานขอบเขตการวิจัย การเลือกผู้ให้ข้อมูล และวิธีดำเนินการวิจัยอย่างละเอียดมากที่สุด เพื่อให้ผู้อ่านที่มีความสนใจในงานวิจัยฉบับนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้บริบทอื่น ๆ

จริยธรรมการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการวิจัยที่ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการอย่างระมัดระวัง เพราะลักษณะข้อมูลที่ต้องการมักจะทำให้ผู้วิจัยต้องใกล้ชิด และรู้เห็นแหล่งข้อมูลมากกว่าวิธีการวิจัยแบบอื่น งานวิจัยบางเรื่องมีข้อมูลที่ต้องค้นหาจนกระทบต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ สถานะทางอาชีพ หรือทางกฎหมายของผู้ให้ข้อมูลได้ (ชาย โปธิสิตา, 2550; ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2548) การดูแลผู้ให้ข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ ทางด้านจริยธรรมเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยต้องกระทำตลอดกระบวนการวิจัย (Streubert & Carpenter, 2007) ตั้งแต่เริ่มเลือกหัวข้อที่จะศึกษา ดำเนินการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลจนกระทั่งถึงขั้นตอนการเขียนรายงานการวิจัย สไตเนอร์ (Steinar, 1996 อ้างถึงใน ชาย โปธิสิตา, 2550, หน้า 416 - 417) นักวิชาการที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการสัมภาษณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพกล่าวถึงประเด็นทางจริยธรรมที่นักวิจัยควรให้ความสำคัญในขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัย ดังนี้

1. การกำหนดหัวข้อเรื่องที่จะทำการวิจัย ควรเป็นเรื่องเกี่ยวกับประเด็นสำคัญของมนุษย์ เป็นประโยชน์แก่สังคมโดยรวม ไม่ควรเป็นเรื่องที่มุ่งหาความรู้เพื่อสนองความอยากรู้อยากเห็น หรือเพื่อความก้าวหน้าของศาสตร์เพียงอย่างเดียว
2. การออกแบบการวิจัย ในการ กำหนดผู้ให้ข้อมูลที่ศึกษา ควรคำนึงถึงการขอความยินยอมเพื่อให้ ผู้ให้ข้อมูลให้ร่วมมือในการศึกษา การรักษาความลับของ ผู้ให้ข้อมูล การ ป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบที่อาจ จะเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล เนื่องมาจากการให้ความร่วมมือในการศึกษา

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยควรวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อป้องกันการรบกวนชีวิต และการทำงานตามปกติของผู้ให้ข้อมูลน้อยที่สุด หลีกเลี่ยงวิธีการที่จะก่อให้เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลแก่ผู้ให้ข้อมูล ควรคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล

4. การจดบันทึก และการถอดเทป คำสัมภาษณ์ ในการจดบันทึก และการถอดเทป คำสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยต้องคำนึงถึงการรักษาความลับ ต้องเคารพในผู้ให้ข้อมูลโดยไม่เพิ่มเติมเนื้อหาที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้กล่าวในบทสัมภาษณ์ในระหว่างการถอดเทป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะต้องวิเคราะห์ข้อมูลให้มีความสอดคล้องกับความเป็นจริง และควรให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการตรวจสอบข้อมูล

6. การตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ ผู้วิจัยจะต้องตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนการเผยแพร่ข้อค้นพบ

7. การรายงานผล ผู้วิจัยควรพิจารณาถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเปิดเผยข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล โดยยึดผลประโยชน์ของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ

การปฏิบัติทางจริยธรรมขั้นพื้นฐานที่ผู้วิจัยควรปฏิบัติ สรุปได้ดังนี้ (ชาย โภธิสิตา, 2550; Munhall, 2007)

1. การขอความยินยอม องค์กรประกอบของใบยินยอมประกอบด้วย ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ การอธิบายวิธีการวิจัย ผลประโยชน์และผลกระทบ โอกาสที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้สอบถามข้อสงสัยและสามารถบอกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา นอกจากนี้การเขียนใบยินยอมควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ปราศจากการบังคับหรือจูงใจให้ผู้ให้ข้อมูล เข้าใจผิดด้วยประการต่าง ๆ และ ผู้ให้ข้อมูล มีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามหรือจดให้ข้อมูลในบางเรื่องที่ไม่สบายใจที่จะตอบ ผู้วิจัยควรให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอมก่อนลงมือเก็บข้อมูล ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถเขียนหนังสือได้ อาจใช้วิธีการพิมพ์ลายนิ้วมือ แต่ถ้าผู้ให้ข้อมูลรู้สึกกังวลกับการลงนาม ผู้วิจัยควรอธิบายให้เข้าใจเพื่อคลายความกังวล สำหรับผู้ที่ไม่ยอมลงนามแต่มีความยินดีให้ข้อมูล ผู้วิจัยอาจเว้นให้ไม่มีการลงนามในเอกสารได้ แต่จำเป็นต้องมีการใช้เอกสารขอความยินยอม และให้ผู้ให้ข้อมูลอ่าน หรืออ่านให้ฟัง รวมทั้งให้สอบถามข้อสงสัยจนเป็นที่พอใจแม้จะไม่มีกรลงนามก็ตาม

2. การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยต้องเก็บข้อมูลที่ได้รับทราบจากผู้ให้ข้อมูลไว้เป็นความลับ โดยมีผู้วิจัย และผู้ที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลได้ ถ้าเป็นข้อมูลเอกสารควรเก็บในตู้ที่มีกุญแจปิดมิดชิด แต่ถ้าเป็นข้อมูลในคอมพิวเตอร์ควรมีการกำหนดรหัสผ่านของการเข้าใช้ ทั้งนี้เพื่อป้องกันความลับของผู้ให้ข้อมูลถูกเปิดเผย ในรายงานการวิจัยควรหลีกเลี่ยงการใช้ชื่อจริงของบุคคล และสถานที่ นอกจากนี้ถ้าผู้วิจัยมีความประสงค์จะนำข้อมูลต่าง ๆ มาศึกษาต่อในอนาคต

ผู้วิจัยจะต้องแจ้ง และขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งแต่ถ้าไม่มีการใช้ข้อมูลต่อ ผู้วิจัยต้องมีวิธีการทำลายข้อมูลอย่างเหมาะสม

3. ผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล การดำเนินการวิจัยต้องไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใด ๆ แก่ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะต้องออกแบบการวิจัยโดยคำนึงถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลในทุก ๆ ด้าน การตัดสินใจต้องอยู่บนฐานของผลประโยชน์ของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก นอกจากนี้ผู้วิจัยควรมีการให้สิ่งตอบแทนแก่ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งอาจจะเงินหรือสิ่งของเพื่อเป็นการตอบแทนที่ผู้ให้ข้อมูลเสียสละเวลาที่ควรจะได้ใช้ในกิจกรรมอย่างอื่นเพื่อมาให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย แต่ทั้งนี้ต้องไม่อยู่ในข่ายของการติดสินบนและไม่ควรกล่าวถึงการให้สิ่งตอบแทนตั้งแต่การเริ่มติดต่อขอความร่วมมือ เพราะอาจจะมีผลกระทบต่อข้อมูลได้ ผู้วิจัยควรมีความลับของผู้ให้ข้อมูลและหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ให้ปรากฏในรายงานวิจัยด้วย

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยปฏิบัติตามจริยธรรมขั้นพื้นฐานในประเด็นการขอความยินยอม การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งเห็น ได้จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยที่พบว่าอัตราส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 4.9 ในปี พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 5.5 ในปี พ.ศ. 2523 จนถึงร้อยละ 7.3 ในปี พ.ศ. 2533 ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 และในปี พ.ศ. 2553 พบว่า ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.36 ในขณะที่ดัชนีผู้สูงอายุก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจนเกือบจะเป็นครึ่งหนึ่งของประชากรวัยเด็ก (วิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2538; บุญศรี นุเกตุ และคณะ, 2548; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ คือ บุคคลกลุ่มหนึ่งที่มีอายุตามปีปฏิทินถึง 60 ปีเท่านั้น แต่ไม่ได้ระบุว่าความสูงวัยหรือความเสื่อมที่อยู่ในบุคคลนั้นเป็นอย่างไร (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

ความสูงอายุเป็นกระบวนการที่เริ่มต้นตั้งแต่เกิด ความสูงอายุที่กำหนดโดยจำนวนปี นิยมใช้ในการกำหนดการเกษียณอายุหรือหยุดจากงาน โดยประเทศไทยใช้อายุ 60 ปี ส่วนบางประเทศกำหนดโดยใช้อายุ 65 ปี การแบ่งช่วงของความสูงอายุแบ่งได้เป็น 3 ช่วง คือ วัยสูงอายุดอนต้น อายุระหว่าง 60 - 69 ปี วัยสูงอายุดอนกลาง อายุระหว่าง 70 - 79 ปี วัยสูงอายุดอนปลาย อายุ 80 ปีหรือมากกว่า (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ กำหนดผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไปโดยนับตามปีปฏิทิน

การเปลี่ยนแปลง ตามวัยของผู้สูงอายุ

หลังจากการปฏิสนธิมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างตลอดเวลา ในช่วงต้นของชีวิตจะมีการเจริญเติบโต และพัฒนาในส่วนต่าง ๆ โดยเจริญจนถึงขั้นสูงสุดขณะอายุประมาณ 20 ปี และจะคงที่ ภายหลังจากนั้นอวัยวะต่าง ๆ และระบบการทำงานต่าง ๆ ภายในร่างกายจะเริ่มเสื่อมลงเมื่ออายุ 30 ปี (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2548) การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จะเริ่มเห็นชัดเจนเมื่ออายุ 60 ปี คือ วัยสูงอายุนั้นเอง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นมิได้เกิดเฉพาะเพียงแต่ด้านร่างกายเท่านั้น หากแต่ว่ายังมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมอีกด้วย ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในระบบต่าง ๆ ดังนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548; Miller, 2009)

1.1 ภาพรวมและส่วนประกอบของร่างกาย ส่วนใหญ่น้ำหนักตัวผู้สูงอายุอาจคงที่หรือลดลง ปริมาณสารน้ำในร่างกายและมวลกระดูกลดลง ความสูงลดลงอันเนื่องมาจากการทรุดตัวของกระดูกสันหลัง มีสัดส่วนของไขมันในร่างกายเพิ่มมากขึ้น ผิวหนังบางลง แห้ง และคันง่าย เส้นผมและขนมีสีขาว เล็บมีสีเหลืองมากขึ้น แข็ง และเปราะหักง่าย

1.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือดผนังของกล้ามเนื้อหัวใจปรับตัวหนาขึ้น มีการเพิ่มขึ้นของเนื้อเยื่อที่เป็นเส้นใย (Fibrous tissue) ส่งผลต่อการส่งสัญญาณไฟฟ้าของหัวใจ ลิ้นหัวใจขาด ความยืดหยุ่น พลังสำรองของหัวใจลดลง หลอดเลือดแดงแข็ง ขาดความยืดหยุ่น หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น ลิ้นปิดหลอดเลือดดำไม่สนิทพอ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้การไหลกลับของเลือดไม่ดี มีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือดทำให้การแลกเปลี่ยน ออกซิเจนและอาหารต่าง ๆ ลดลง เนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้รับออกซิเจน และอาหารไม่เพียงพอ

1.3 ระบบทางเดินหายใจ มีการสูญเสียแคลเซียมที่รอยต่อของกระดูกอ่อน การยืดขยายของทรวงอกไม่ดี กล้ามเนื้อทรวงอกอ่อนแรงมากขึ้น ปริมาตรอากาศที่ค้างในปอด (Residual capacity) เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อประสิทธิภาพการหายใจ ปริมาตรอากาศสูงสุดของอากาศที่หายใจออกลดลง เยื่อเมือกเสื่อมลงทำให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง ขนกวัดตลอดทางเดินหายใจลดลง รีเฟล็กซ์ (Reflex) การไหลลดลงทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมในระบบทางเดินหายใจไม่ดี เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย

1.4 ระบบทางเดินอาหาร ฟันไม่แข็งแรงแตกง่าย ต่อมรับรสทำงานลดลงระยะเวลาที่อาหารผ่านหลอดอาหารช้าลง กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณหลอดอาหารหย่อนตัว การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง การหลั่งกรดในกระเพาะอาหารลดลง การไหลเวียนเลือดของทางเดินอาหารลดลง หลอดเลือดบางแห่งโป่งพองทำให้เกิดเลือดออกในทางเดินอาหารได้ง่าย การเคลื่อนไหวของ

ถ้าได้ลดลงประกอบกับกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง ร่างกายเคลื่อนไหวน้อยลงทำให้เกิดภาวะท้องผูกตามมา ขนาดของตับลดลง และเลือดไหลผ่านตับลดลง มีผลต่อการขับออกของยา ทำให้ยาคั่งค้างและออกฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ในร่างกาย

1.5 ระบบประสาท เซลล์สมองลดลง ขนาดและน้ำหนักของสมองลดลง ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างเนื้อสมอง และกะโหลกมากขึ้น เมื่อเกิดแรงเหวี่ยงต่อศีรษะจะเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดที่เลี้ยงด้านนอกของสมองได้ง่าย ในส่วนการทำงานของสมองนั้น ความจำ การเรียนรู้ สิ่งใหม่ ๆ การรับสัมผัสต่าง ๆ จะค่อยลง พบว่าความจำระยะสั้นจะบกพร่องก่อนความจำระยะยาว นอกจากนี้มีการตายของเซลล์สมองบางส่วนทำให้การสร้างสื่อประสาท (Neurotransmitters) ลดลง เช่น ระดับของสาร โดปามีน โดยเมื่อกลุ่มเซลล์ที่ผลิตโดปามีนเสื่อมหรือตายลง จึงส่งผลให้ระดับสารโดปามีนในสมองลดลงสูญเสียการยับยั้งฤทธิ์ของอะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) ฤทธิ์ของอะเซทิลโคลีนจึงเด่นชัดมากขึ้นและจะไปกระตุ้นเซลล์ประสาทให้มีการส่งคลื่นประสาทออกมามากขึ้น เพิ่มการทำงานของเซลล์แอลฟามอเตอร์นิวโรน (Alpha motor neuron) ของไขสันหลังกล้ามเนื้อ จึงมีความตึงตัวสูง เกิดอาการสั่น แข็งเกร็ง เคลื่อนไหวเชื่องช้า และการทรงตัวผิดปกติ เป็นการเคลื่อนไหวผิดปกติแบบพาร์กินสันขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระยะหลับลึก จะลดลง รวมทั้งมีการตื่นกลางดึกบ่อยขึ้นจนรู้สึกเหมือนนอนไม่หลับเกือบตลอดคืน ต้องพึ่งยานอนหลับมากขึ้น

1.6 ระบบทางเดินปัสสาวะ และอวัยวะสืบพันธุ์ ขนาดและน้ำหนักของไตลดลง หน่วยไตมีขนาดใหญ่ขึ้นผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัว การไหลเวียนเลือดในไตลดลง อัตราการกรองของไตลดลง การดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยลง ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นขึ้นลดลง ขนาดกระเพาะปัสสาวะเล็กลง ในผู้สูงอายุเพศชายมักมีปัญหาต่อมลูกหมากโต ในผู้สูงอายุเพศหญิงรังไข่จะมีการฝ่อ เล็กลง ผิวรังไข่ซีดขาว ปีกมดลูกเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลง ปากมดลูกเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง ไม่มีเมือกหล่อลื่น ช่องคลอดแคบและสั้นลง เชื่อมช่องคลอดบาง ผลิตสารหล่อลื่นได้น้อย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์

1.7 ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงเมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวแต่ละครั้งยาวนานขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวในลักษณะต่าง ๆ ช้าลง อัตราการสลายของกระดูกมากกว่าการสร้าง กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่าง ๆ เสื่อมมากขึ้นตามอายุ น้ำไขข้อลดลงส่งผลให้กระดูกเคลื่อนมาสัมผัสกัน เกิดการเสียดของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ไม่สะดวก เกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบติดเชื้อมากขึ้น

1.8 ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมองมีเนื้อเยื่อพังผืดเข้ามาแทนที่ การไหลเวียนเลือดไปต่อมใต้สมองลดลง การผลิตฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองลดลง ต่อมธัยรอยด์มีเนื้อเยื่อพังผืดมาสะสม

มากขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการทำงานของต่อมขั้วรอยด์ลดลง ต่อมพาราธัยรอยด์ทำงานผลิตฮอร์โมนลดลงตามอายุ ต่อมหมวกไตส่วนนอกมีเนื้อเยื่อพังศืด และรังควัตถุเพิ่มขึ้น ระดับฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตลดลง ตับอ่อนหลังอินซูลินลดลง เนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินลดลง ต่อมเพศทำงานลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมในผู้สูงอายุ

นอกจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่ได้กล่าวมาแล้ว การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมก็เป็นอีกการเปลี่ยนแปลงด้านหนึ่งที่เกิดขึ้นตามปกติในวัยสูงอายุ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบภายในของแต่ละบุคคล ได้แก่ ปรัชญาในการดำเนินชีวิต เจตคติที่มีต่อตนเอง และบุคคลอื่น ๆ ความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ และการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม ทั้งนี้ถ้าผู้สูงอายุนำรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมไปทางลบก็อาจส่งผลต่อสุขภาพที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามมาได้ โดยการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ได้แก่

2.1 การปลดเกษียณ หรือการออกจากงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงในรายได้ สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สูญเสียสถานภาพ และบทบาททางสังคม สูญเสียการสมาคมกับกลุ่มเพื่อน เกิดการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการดำเนินชีวิต

2.2 การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว จากการเปลี่ยนแปลงของระบบครอบครัวในปัจจุบันที่เปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง ถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง นอกจากนี้การเสียชีวิตของกลุ่มสมรสทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.3 การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ และสังคม จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจุบันคือ เปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ส่งผลให้มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น อัตราค่าครองชีพเพิ่มขึ้น รายได้ของผู้สูงอายุไม่เพียงพอกับรายจ่าย บุตรหลานมีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป มโนทัศน์ของคนในสังคมเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุถูกมองว่าขาดคุณค่า ขาดความสามารถ ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคม มีกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง และสังคมให้โอกาสผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าลดลง

2.4 การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม จากการที่วัฒนธรรมไทยเปลี่ยนแปลงเป็นวัฒนธรรมตะวันตกมากขึ้น แต่ผู้สูงอายุยังคงยึดมั่นกับคตินิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมดั้งเดิม ส่งผลให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงกลับกลายเป็นคนล้าสมัย จู้จู้ป่น บุตรหลานไม่ยอมเลี้ยงดู กลายเป็นส่วนเกินของครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุแยกตนเอง และเกิดความรู้สึกท้อแท้มากขึ้น

2.5 การเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการทางจิตในวัยสูงอายุ พัฒนาการทางจิตในวัยสูงอายุ เป็นสิ่งที่ได้รับการหล่อหลอมมาจากช่วงวัยที่ผ่านมา ถ้าผู้สูงอายุผ่านขั้นตอนต่าง ๆ มาด้วยดี จะมองอดีตเต็มไปด้วยความสำเร็จ มีปรัชญาชีวิตตนเอง ภูมิใจในการถ่ายทอดประสบการณ์ให้กับบุตรหลาน รุ่นหลัง มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีอารมณ์มั่นคง มีความมั่นคงทางใจ แต่ถ้าช่วงชีวิตที่ผ่านมาประสบกับความล้มเหลว ผิดหวัง ทุกข์ใจ สิ้นหวัง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสิ้นหวังในชีวิต เสียเวลาที่ผ่านมา ไม่พึงพอใจกับชีวิตที่ผ่านมาในอดีต ไม่ยอมรับสภาพตนเองเกิดความรู้สึกกับข้องใจกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ขาดความสงบสุขในชีวิต รู้สึกไร้ค่า สำหรับสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมในวัยสูงอายุ ได้แก่

1. การขาดความสามารถด้านร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญ และพบได้มากที่สุด ส่วนใหญ่เกิดจากการมีโรคประจำตัวเรื้อรังทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เกิดภาวะพึ่งพามากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความสูญเสียความเป็นอยู่ที่ดี สูญเสียความเป็นอิสระ และเกิดภาวะพึ่งพา สูญเสียความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม สูญเสียความสุขสบาย เกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวลสูญเสียอัตมโนทัศน์แห่งตน สูญเสียบทบาทในสังคม และครอบครัว
 2. การศึกษาดำ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย ทำให้ขาดความมั่นใจ และรู้ว่าตนเองแตกต่างจากผู้อื่นมาก นอกจากนี้การศึกษาน้อยอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความรู้พื้นฐานในการป้องกัน และรักษาสุขภาพตนเองส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยมากขึ้น
 3. การขาดความสามารถด้านจิตใจ พบได้มากจากภาวะเครียดในวัยสูงอายุ ซึ่งอาจเกิดจากความเจ็บป่วยที่เกิดอย่างกะทันหันหรือเรื้อรัง การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีความผิดปกติในการรับรู้ เช่น สายตาไม่ดี หูตึง มีภาวะซึมเศร้าหรือมีปัญหาทางจิต ทำให้เกิดความยากลำบากในการปรับตัว และเกิดปัญหาทางจิตตามมาได้
 4. การขาดความสามารถทางสังคม เป็นผลจากปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจ ผู้สูงอายุบางรายขาดความสามารถในการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นผลมาจากการเลี้ยงดูในวัยเด็ก
 5. การมีบุคลิกภาพที่ยากต่อการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ บุคลิกภาพที่ดื้อรั้น แข็งกร้าว และมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง ผู้สูงอายุที่ชอบเก็บสะสมสิ่งของ
 6. การมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ข่มขู่ ใจเย็น นิ่งเฉย สกปรก เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดกับผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล
- จากสาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางจิตสังคม ได้แก่ เกิดความรู้สึกสูญเสียเหงา ว้าเหว่ เดียวดาย ซึมเศร้า มีพฤติกรรมรุนแรงวุ่นวายรบกวนผู้อื่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือหาวาระแวง และอาจเกิดกลุ่มอาการที่มีพยาธิสภาพของสมอง เนื่องจากความผิดปกติของสมอง ทำให้สติปัญญา ความจำ อารมณ์เปลี่ยนแปลง ความคิดสับสนได้

จากการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ของร่างกายที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการเสื่อมถอยมากกว่าการเจริญเติบโต เซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลงและมีจำนวนน้อยลงเมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว สมรรถภาพต่าง ๆ ของร่างกายโดยเฉลี่ยจะลดลง สมรรถภาพในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Functional ability) ลดลง ถ้าผู้สูงอายุมีโรคหรือปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ร่วมด้วยจะทำให้สมรรถภาพลดต่ำลงจนไม่เพียงพอที่จะดำรงชีวิตอย่างอิสระได้ จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ กิดคิง, รอย และพรีดีเจอร์ (Gidding, Roy, & Predeger, 2007) ที่ศึกษาประสบการณ์ของสตรีสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังพบว่าผู้สูงอายุนับว่าตนเองอ่อนเพลีย ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ร่างกายมีข้อจำกัดในการเข้าสังคม และการทำงาน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งจากทีมสุขภาพ และผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุจะต้องมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงตามวัย และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมอันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้จะมีการเสื่อมถอยด้านร่างกาย หรือมีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง

โรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ

โรคพาร์กินสันมาจากชื่อผู้ค้นพบโรคนี้ คือ นายแพทย์เจมส์ พาร์กินสัน (Dr. James Parkinson) แพทย์ชาวอังกฤษที่เป็นผู้อธิบายกลุ่มอาการที่มีอาการสั่นของมือ และมีการเคลื่อนไหวได้น้อย ก็คือโรคพาร์กินสัน ซึ่งมีการเขียนรายงานเป็นครั้งแรกในโลกตีพิมพ์เป็นบทความเรื่อง “An Essay on the Shaking Palsy” ในปี ค.ศ. 1817 (ศิริพันธุ์ สาสัคย์, 2549; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2536)

อุบัติการณ์การเกิดโรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ

โรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุรองลงมาจากโรคอัลไซเมอร์ อัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น (Driver et al., 2009; Meiner & Lueckenotte, 2006) เริ่มพบมากเมื่ออายุ 60 ปี เพิ่มขึ้นสูงสุดเมื่ออายุ 75 ปี (Roach, 2001) ในช่วงอายุ 45 - 60 ปี พบผู้ป่วย 11 - 12 คน ในประชากร 100,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 116 - 181 คน ในประชากร 100,000 คน ของช่วงอายุที่มากกว่า 85 ปี พบได้ทั้งในเพศชาย และหญิง โดยเพศชายสูงกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 3: 2 และพบในคนผิวขาวมากกว่าคนผิวดำหรือคนเอเชีย (Muangpaisan et al., 2009; Strayer & Richman, 2009; White & Truax, 2007) จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยโรคพาร์กินสันประมาณ 5.2 ล้านคนในโลก ทวีปยุโรป มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด คือ 2 ล้านคน (World Health Organization, 2004; World Health Organization, 2006 cited in Bhidayasiri & Ling, 2009)

สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของรุ่งโรจน์ พิทยศิริ, กัมมันต์ พันธุมจินดา และศรีจิตรา บุนนาค (2549) พบว่า มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคพาร์กินสันประมาณ 0.8 - 1.2 แสนคน และมีแนวโน้มจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในอนาคต

สาเหตุ และพยาธิสภาพของโรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ

โรคพาร์กินสันเกิดจากการเสื่อมของระบบประสาทในสมอง โดยส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในส่วนของเบซาลแกงเกลีย (Basal ganglia) ที่อยู่ในสมองส่วนลึก ประกอบด้วยกลุ่มเซลล์ศูนย์กลางหลาย ๆ ส่วน ได้แก่ คอเดต (Caudate) ปูตามน (Putamen) โกลบัส พาลลิเดัส (Globus pallidus) สับทาลามิก (Subthalamic) และสับสแตนเชีย ในกรา (Substantia nigra) กลุ่มเซลล์ศูนย์กลางนี้อยู่ในตำแหน่งใกล้เคียงกัน และมีใยประสาทเชื่อมต่อกัน เซลล์เหล่านี้มีหน้าที่กระตุ้นการหลั่งสารอะเซทิลโคลีน ซึ่งจะทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบประสาท และกล้ามเนื้อ สารนี้ต้องมีปริมาณที่สมดุลกับสารโดปามีนที่ผลิตมาจากสับสแตนเชียในกรา และต่อมหมวกไต (Adrenal gland) สารโดปามีนทำหน้าที่ยับยั้งสารอะเซทิลโคลีนทำให้การเคลื่อนไหวมีความราบเรียบ (ราตรีสุดทรวง และวีระชัย สิงหนิยม, 2545) เมื่อกลุ่มเซลล์ที่ผลิตโดปามีนเสื่อมหรือตายลงจึงส่งผลให้ระดับโดปามีนในสมองลดลง สูญเสียการยับยั้งฤทธิ์ของอะเซทิลโคลีน ฤทธิ์ของอะเซทิลโคลีนจึงเด่นชัดมากขึ้น และจะไปกระตุ้นเซลล์ประสาทให้มีการส่งคลื่นประสาทออกมาเพิ่มขึ้น เพิ่มการทำงานของเซลล์แอลฟามอเตอร์นิวโรนของไขสันหลัง กล้ามเนื้อจึงมีความตึงตัวสูง เกิดอาการสั่น แข็งเกร็ง เคลื่อนไหวเชื่องช้า และการทรงตัวผิดปกติ (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ, 2549; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2536; Meiner & Lueckenotte, 2006)

สำหรับสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการเสื่อม และตายของเซลล์ประสาทที่ทำหน้าที่ผลิตสารโดปามีนนั้น มีการศึกษาพบว่า เกิดจากการสูบบุหรี่ โดยคนที่สูบบุหรี่มากจะมีปัจจัยเสี่ยงสูง การได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง การอาศัยอยู่สิ่งแวดล้อมที่มีมลพิษ มีการปนเปื้อนสารพิษต่าง ๆ เช่น ตัวทำละลาย สารที่ทาเคลือบไม้หรือสารปรอท เป็นต้น (Pathy, Sinclair, & Morley, 2006) ปัจจุบันยังเชื่อว่าโรคพาร์กินสันเกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรมร่วมกับปัจจัยของสิ่งแวดล้อมด้วย ดังผลการศึกษาโครโมโซมของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในหลายครอบครัวพบว่ามีความผิดปกติที่โครโมโซมคู่ที่ 4 คือมีการผ่าเหล่าเกิดขึ้น (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2553; Hermanns, 2008)

การดำเนินของโรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ

โรคพาร์กินสัน มีการดำเนินของโรคไปอย่างช้า ๆ ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงเป็นลำดับ จนเกิดภาวะทุพพลภาพ โดยร้อยละ 66 ของผู้ป่วยจะมีภาวะทุพพลภาพภายใน 5 ปี และร้อยละ 80 มีภาวะทุพพลภาพภายในระยะเวลา 10 ปี (Strayer & Richman, 2008) นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยมีความพิการอย่างมาก หรือเสียชีวิตภายในเวลา 5 ปีภายหลังจากเริ่มเป็นโรค และร้อยละ

65 เสียชีวิตภายในเวลา 10 ปี มีผู้ป่วยเพียงจำนวนน้อยมีชีวิตรอดอยู่ได้ 20 ปี หรือนานกว่านั้น ซึ่งอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจะสูงเป็น 3 เท่าของประชากรทั่วไป (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

อาการของโรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ

โรคพาร์กินสันเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดของกลุ่มอาการพาร์กินสันนิสซึม (Parkinsonism) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่รวมถึงอาการสั่นขณะพัก (Rest tremor) อาการเคลื่อนไหวช้า อาการแข็งเกร็ง มีปัญหาในเรื่องของการทรงตัวไม่ดี และอาการอื่น ๆ ด้านจิตสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. อาการสั่น เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยอาการสั่นเป็นอาการแรก (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ , 2549) ลักษณะอาการสั่นในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่สำคัญ และเป็นลักษณะเฉพาะ คือ จะเริ่มต้นที่ด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย ซึ่งโดยส่วนมากจะเริ่มสั่นที่มือหรือที่ปลายนิ้วก่อนในขณะที่มืออยู่เฉย ๆ (Asymmetric rest tremor) อาการสั่นเป็นแบบป้อนยาลูกกลอน (Pill - rolling tremor) ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกมีอาการสั่นน้อยลงเมื่อใช้มือนั้นทำกิจกรรมแต่ถ้านั่งอยู่เฉย ๆ อาการสั่นอาจเกิดขึ้นเป็นพัก ๆ เท่านั้น และมักเป็นเฉพาะบางส่วนของร่างกาย (Heisters, 2011) เช่น สั่นที่นิ้วใดนิ้วหนึ่งนำมาก่อน แต่บางรายจะมีอาการสั่นที่ริมฝีปาก (Lip tremor) หรือคาง (Chin tremor) ได้เช่นกัน จะมีอาการสั่นมาก ความถี่ของการสั่นขณะพักโดยปกติจะประมาณ 3 - 5 ครั้งต่อวินาที แต่ในบางรายอาจมีความถี่สูงถึง 7 - 12 ครั้งต่อวินาที อาการสั่นจะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาการเป็นโรค ในช่วง 1 - 2 ปีแรกอาการสั่นมักอยู่ที่ด้านใดด้านหนึ่งของร่างกายหลังจากนั้นอาจไปที่ด้านตรงข้ามหรือที่ปลายเท้า นอกจากนี้ยังมีความรุนแรงจะมากขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยมีความกังวล ตกใจ หรือเครียด (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2536)

2. อาการเคลื่อนไหวช้า และการเคลื่อนไหวน้อยกว่าปกติ เป็นอาการที่พบได้สูงถึงร้อยละ 98 ของผู้ป่วยทั้งหมด (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2536) โดยพบว่าเป็นอาการทางคลินิกที่พบบ่อยกว่าทั้งอาการสั่น และอาการเกร็ง ในช่วงแรกมักจะเกิดในด้านเดียวกับที่ผู้ป่วยมีอาการสั่นโดยมักจะเป็นด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย เริ่มต้นที่ส่วนปลายนิ้วหรือปลายเท้าก่อนแล้วจึงเป็นที่กลางลำตัวแล้วเมื่อระยะเวลาผ่านไปจะมีอาการทั้งสองข้าง อาการเคลื่อนไหวน้อยกว่าปกติอาจเกิดขึ้นกับกล้ามเนื้อใดกล้ามเนื้อหนึ่งนับจากบริเวณเท้าถึงใบหน้า มักเกิดขึ้นที่มือก่อน ส่งผลต่อการเขียนหนังสือของผู้ป่วย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยการประสานงาน และร่วมมือกันอย่างดีของกล้ามเนื้อบริเวณมือและแขน ในระยะท้าย ๆ ผู้ป่วยจะเขียนหนังสือลำบาก และอาจจะเขียนไม่ได้เลยแม้แต่การลงนามตนเอง ในกรณีที่เกิดขึ้นกับกล้ามเนื้อใบหน้าผู้ป่วยจะมีอาการใบหน้าเรียบเฉย (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ, 2549) ถ้าเกิดกับกล้ามเนื้อบริเวณกล่องเสียงจะทำให้พูดแบบเสียงราบเรียบเป็นระดับเดียวกันตลอดเวลา เมื่อเป็นมากขึ้นจะพูดไม่ชัด ทั้งนี้เพราะการพูดต้องอาศัยการประสานงานของ

กล้ามเนื้อหลาย ๆ ตำแหน่ง ได้แก่ กล้ามเนื้อของริมฝีปาก ลิ้น เพดานคอ และกล่องเสียง ดังนั้น ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจึงเกิดความผิดปกติของการพูดได้มาก (Shagam, 2008) จากความผิดปกติในการเคลื่อนไหวได้น้อยของกล้ามเนื้อกลุ่มดังกล่าว นอกจากนี้ ผู้ป่วยมักจะมีระยะเวลาพักก่อนที่จะเริ่มเคลื่อนไหวหรือใช้ระยะเวลาพักหนึ่งก่อนที่การเคลื่อนไหวจะเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหวแล้วการเคลื่อนไหวนั้นยังคงช้า มีช่วงแคบหรือเอี๊ยดลง อาการเคลื่อนไหวได้น้อยนั้นเมื่อเป็นมากขึ้นจะเป็นการเคลื่อนไหวช้าจนกระทั่งเคลื่อนไหวไม่ได้ในที่สุด ส่งผลต่อความคล่องตัวในหลายด้าน เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การพลิกตัวบนเตียง การลุกนั่งจากเก้าอี้ เป็นต้น นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุอีกด้วย

3. อาการแข็งเกร็ง คือ อาการที่มีความตึงตัวหรือแรงต้านทานของกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นในขณะที่ยังจับอวัยวะนั้น ๆ เคลื่อนไหว (Passive movement) เป็นอาการที่พบได้บ่อยกว่าอาการสั่น (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2536) ผู้ป่วยจะมีอาการแข็งเกร็งในด้านเดียวกับที่มีอาการสั่น และจะเห็นได้ชัดขึ้นในขณะที่ยังตรวจเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ, 2549) อาการจะเป็นมากขึ้นในขณะเย็น หรือพยายามตั้งใจที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การเคลื่อนไหวที่แข็งเกร็งและช้ามักเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยมากที่สุด

4. การทรงตัวไม่ดี อาการนี้มักเกิดกับผู้ป่วยเมื่อป่วยเป็นโรคพาร์กินสันแล้วประมาณ 2-5 ปี การเดินของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีลักษณะเฉพาะ คือ เมื่อผู้ป่วยเริ่มเดินจะซอยเท้าถี่ และก้าวสั้น ๆ (Shuffle and hesitation) และลำตัวมักโน้มเอียงไปข้างหน้า (Stoop posture) ซึ่งการโน้มตัวไปข้างหน้าถ้าเป็นมากอาจมีปัญหาด้านการทรงตัวทำให้ผู้ป่วยหกล้มได้ง่าย นอกจากนี้ ขณะที่ผู้ป่วยเดินมักแกว่งแขนน้อยหรือไม่แกว่งแขน (Reduced arm swing) มักจะเป็นด้านที่สั่นหรือเกร็ง ถ้าเป็นมาก การก้าวเดินไปข้างหน้าจะเร็วขึ้นเรื่อย ๆ และบางครั้งผู้ป่วยจะไม่สามารถหยุดได้ การกลับตัวจะกลับทั้งลำตัวเหมือนกับท่อนไม้ เรียกว่า เอนบล็อก (En bloc) จากผลการศึกษาของ อัชเบิร์น และคณะ (Ashburn et al., 2001 cite in Davey, Wiles, Ashburn, & Murphy, 2004) ที่ศึกษาการทำนายการหกล้มในชุมชนของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน พบว่าผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีภาวะหกล้มอย่างน้อย 2 ครั้งหรือมากกว่านั้นในระยะเวลา 12 เดือน และเกือบจะหกล้มได้อีกในระยะเวลา 3 เดือน ข้างหน้า ความเสี่ยงในการหกล้มยิ่งเพิ่มขึ้นเมื่อระยะเวลาของการเป็นโรคพาร์กินสันเพิ่มขึ้น โดยสาเหตุหลักของการหกล้มพบว่ามาจากอาการของโรคพาร์กินสัน คือ การทรงตัวและการเคลื่อนไหว อาการก้าวขาไม่ออก และการหมุนกลับตัวที่ลำบาก

นอกจากอาการดังกล่าวข้างต้นยังพบว่าประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะมีอาการอย่างอื่นนำมาก่อนปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวหรืออาการสั่นแต่ผู้ป่วยอาจจะไม่รู้ตัว (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ, 2549) ได้แก่ ปัญหาเรื่องการดมกลิ่น การรับรสเสียไป กลืนลำบาก

อาการท้องผูก ระบบกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะขาดประสิทธิภาพ ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันบางราย อาจมีอาการอ่อนล้าที่มากกว่าปกติ (Excessive fatigue) โดยอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน เป็นอาการที่สามารถพบได้เหมือนกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อ และประสาท โรคปอด โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคซึมเศร้า โรคไตวาย โรคปลอกประสาทอักเสบ เป็นอาการที่ ส่งผลให้ไม่อยากทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้านร่างกาย มีผลต่อจิตใจ เกิดขึ้นเป็นเวลาหลายวัน จนถึง เป็นสัปดาห์ (Lou, 2009) นอกจากอาการด้านร่างกายแล้วอาจจะพบอาการทางจิตเวชในผู้ป่วย โรคพาร์กินสันอีกด้วย

อาการทางจิตเวชที่อาจพบได้ในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ได้แก่ อาการซึมเศร้า (Depression) โดยพบอุบัติการณ์ของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันร้อยละ 30 - 50 (สมภพ เรื่องตระกูล , 2547) อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ อายุเมื่อเริ่มเป็นโรค และระยะเวลาที่ เริ่มเป็นโรคของผู้ป่วย การดำเนินโรคของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันไป และ แตกต่างจากโรคซึมเศร้าด้วย พบว่าร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าจะไม่คงที่ บางเวลาเศร้า มาก บางเวลาเศร้าน้อย ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีอาการแบบโรคซึมเศร้า (Major depression) หรือ โรคอารมณ์เศร้าเรื้อรัง (Dysthymic disorder) เป็นเวลาสองปีครึ่ง พบว่า อัตราการหายจากโรคนี้น้อย (สมภพ เรื่องตระกูล , 2547) มีข้อสันนิษฐานว่าอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเกิดจาก สารสื่อประสาทซีโรโทนิน (Serotonin) มีจำนวนลดลง นอกจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น แล้วยังพบว่าข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากโรคจะส่งผลกระทบต่อจิตใจ ผลการศึกษา ย้อนหลัง ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ที่มารักษาในคลินิกพาร์กินสัน สถาบันประสาทวิทยา ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2549 - ธันวาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 130 ราย พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคพาร์กินสัน มีความสัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อัครวุฒิ วิริยเวชกุล, 2551) และยังพบว่า ความเจ็บปวดของอาการจากโรคพาร์กินสันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ด้วย โดยผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีความเจ็บปวดจะมีระดับคะแนนของการวัดภาวะซึมเศร้าสูงกว่า ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่ไม่มีความเจ็บปวด ความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนของภาวะ ซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ehrt et al., 2009)

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาอาจมีอาการฟุ้งพล่าน (Mania) อาการวิตกกังวล (Anxiety) ได้ ทั้งนี้เกิดจากฤทธิ์ของยา เมื่อได้รับการปรับขนาดยาที่เหมาะสมอาการต่าง ๆ ก็จะดีขึ้น และปัญหาทางจิตเวชที่สำคัญอีกปัญหาหนึ่งที่มักพบได้ในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน คือ อาการ สมองเสื่อม ประมาทร้อยละ 15 - 20 ของผู้ป่วยจะมีอาการสมองเสื่อม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคเมื่ออายุมาก โดยพบในผู้ป่วยอายุ 70 ปี มากเป็น 2 เท่าของผู้ป่วยอายุ

60 ปี สอดคล้องกับการศึกษาย้อนหลังโดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เป็นโรคพาร์กินสันเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มารักษาในคลินิกพาร์กินสัน สถาบันประสาทวิทยาตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2549 - ธันวาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 130 ราย พบว่า อายุที่เริ่มมีอาการมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการเมื่ออายุมากมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการเมื่ออายุน้อย 2.6 เท่า (อัครวุฒิ วิริยเวชกุล, 2551) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยจะสูงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการ และการตอบสนองต่อการรักษาด้วยการให้โดปามีนทดแทนจะไม่ดีด้วย ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างรุนแรงจะมีการสูญเสียทางด้านการรับรู้ (Disorientation) ด้านภาษา และความคิด (Language and abstract thinking) ด้านการระลึกได้ (Recall) ขณะเดียวกันจะมีการสูญเสียด้านความใส่ใจ (Attention) การคิดคำนวณ (Calculation) และการจดจำ (Registration)

ระยะของโรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ

โฮห์น และ ยาร์ (Hoehn & Yahr, 1967 อ้างถึงใน นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2536) จำแนกระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยพาร์กินสันออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะที่มีอาการเพียงข้างเดียว (Unilateral disease only) ผู้ป่วยจะมีอาการ และอาการแสดงของโรคเพียงซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเท่านั้น โดยปกติผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการเริ่มต้นที่แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งก่อน และอาการจะเป็นอยู่แต่เฉพาะส่วนนั้น ๆ นานเป็น ระยะเวลาหลายเดือนหรือหลายปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการเกิดขึ้นที่มือหรือแขนข้างใดข้างหนึ่งนำก่อน ต่อมาจะเกิดอาการที่ขาข้างเดียวกัน (ซึ่งมักจะใช้เวลาจนถึง 1 - 2 ปี) และจะมีอาการอยู่ที่ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายต่อไปอีกหลายปี ระยะเวลาโดยเฉลี่ยของระยะที่ 1 คือ ประมาณ 3 ปี ผู้ป่วยในระยะนี้ส่วนมากยังสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างไม่ยากลำบาก แต่อาจพบผู้ป่วยโรคพาร์กินสันบางรายมีการดำเนินโรคแบบเริ่มมีอาการทั้งสองซีกของร่างกายไปพร้อม ๆ กันโดยไม่เคยมีโรค เกิดขึ้นซีกเดียวมาก่อนเลยได้

ระยะที่ 2 ระยะที่มีอาการทั้งสองข้างอย่างไม่รุนแรง (Bilateral mild disease) ระยะนี้ส่วนมากจะเกิดขึ้นตามหลังระยะที่ 1 ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีอาการเคลื่อนไหวหรือทำอะไรเชื่องช้าลงทั้ง 2 ซีกของร่างกาย โดยปกติผู้ป่วยจะมีการดำเนินโรคเข้ามาสู่ระยะที่ 2 นี้ภายในระยะเวลา 6 เดือนถึง 4 ปี หลังเริ่มเกิดโรค ผู้ป่วยในระยะนี้ส่วนมากจะมีอาการของโรคไม่มากนักโดยอาจพบว่า มีเสียงพูดเปลี่ยนไป ลักษณะพูดแบบไม่มีเสียงสูงเสียงต่ำ (Monotonous) เดินแขนไม่แกว่ง มือสั่น เกร็ง เคลื่อนไหวช้า ใบหน้าไม่แสดงอารมณ์ และอาจมีการเดินลำบากเล็กน้อยหรือมีอาการเหนื่อยง่าย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยในระยะนี้มักจะพบว่ายังมีการทรงตัวของร่างกายเหมือนคนปกติ

ระยะที่ 3 ระยะที่มีอาการทั้งสองข้างร่วมกับการทรงตัวผิดปกติ (Bilateral disease with early impairment of postural stability) ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีลักษณะเด่นที่แยกได้จากระยะที่ 2 อย่างชัดเจน กล่าวคือ ผู้ป่วยจะมีการเสียการทรงตัวในขณะที่เดินหรือเคลื่อนไหว ในตอนต้นของระยะนี้ผู้ป่วยอาจพบว่าตนเองมีความไม่มั่นคงในการเดิน และขาดความมั่นใจในการก้าวเดิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะหมุนตัว ในรายที่เป็นมากขึ้นจะพบว่าผู้ป่วยมักจะมีการหกล้มเกิดขึ้นได้บ่อย ๆ จนบางครั้งผู้ป่วยมีความลังเลในการก้าวเดิน (Hesitation) หรือเดินก้าวเท้าไม่ออกจนต้องยืนแข็ง (Freezing) หรือมีท่าเดินแบบก้าวชอยเท้าถี่ ๆ (Festination) หรือเดินเอียงตัวไปในทิศใดทิศหนึ่ง (Pulsion) ในระยะนี้ ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเอง และทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้

ระยะที่ 4 ระยะการดำเนินของโรครุนแรงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากผู้อื่น (Severe disease requiring considerable assistance) ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคมกขึ้น และรุนแรงจนผู้ป่วยต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นในด้านการดูแลตนเอง และการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การเดิน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร ตลอดจนการทำความสะอาดร่างกาย

ระยะที่ 5 ระยะนอนติดเตียง ไม่สามารถไปไหนมาไหนได้ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือ (Confinement to bed or wheelchair unless aided) เป็นระยะสุดท้ายของโรค กล่าวคือ ผู้ป่วยมีความพิการเกิดขึ้นอย่างมากจนไม่สามารถเดินได้เองต้องนอนอยู่กับเตียงหรือต้องใส่รถเข็น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะอยู่ในระยะนี้มักจะมีร่างกายที่พอมเนื่องจากการขาดสารน้ำ และสารอาหาร นอกจากนี้ บางรายอาจมีแผลกดทับเกิดขึ้น ในระยะนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแล และการพยาบาลอย่างดีตลอดเวลา เพราะจะเกิดโรคแทรกซ้อนตามมาอย่างมาก เช่น การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบจากการสำลักอาหารและน้ำ การอักเสบของแผลกดทับ ภาวะทุพโภชนาการจากการขาดสารอาหาร สารน้ำ และเกลือแร่ เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยมักถึงแก่กรรมในที่สุด

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัย ใช้การแบ่งระยะการดำเนินของโรคพาร์กินสันของโฮห์นและยาร์ (Hoehn & Yahr, 1967 อ้างถึงใน นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2536) เป็นเกณฑ์หนึ่งในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสันระยะที่ 1 - 3

การรักษาโรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ

การรักษาโรคพาร์กินสันแบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การรักษาโดยการใช้น้ำยา การผ่าตัด และการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ซึ่งแต่ละวิธีมีรายละเอียด ดังนี้ (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ, 2549; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549; Pathy, Sinclair, & Morley, 2006)

1. การรักษาโดยใช้ยา

การค้นพบยารักษาโรคพาร์กินสันนั้นทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันดีขึ้น ผู้ป่วยควรจะได้รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง และจดบันทึกอาการที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาให้แพทย์ประกอบการวินิจฉัยในการปรับยาให้มีความสมดุลกับอาการ อย่างไรก็ตามถึงแม้ยาจะให้ผลในการรักษาแต่ละขณะเดียวกันผู้ป่วยก็อาจได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยาดังกล่าว เช่น ขาบางชนิดทำให้ง่วง ซึม เห็นภาพหลอน ปากแห้ง คอแห้ง เหนื่อย อ่อนแอ ใจสั่น ท้องผูก ผิวน้ำหนักเป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อผู้ป่วยใช้ยาไปสักระยะอาจเกิดอาการตอบสนองต่อยาไม่สม่ำเสมอ หรือไม่ตอบสนองต่อยา จึงพบได้ว่าเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น และเห็นว่าตนเองไม่มีอาการ จึงเลื่อนมือยาออกไปไม่รับประทานยาตามเวลาที่กำหนด ส่งผลให้ระดับยาในกระแสเลือดไม่คงที่นำมาสู่ปัญหาการไม่ตอบสนองต่อยาในอนาคตมากขึ้น (รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ , 2549; Heisters, 2011) การรักษาโรคพาร์กินสันด้วยยาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามวัตถุประสงค์ของการรักษา ดังนี้

1.1 การรักษาเพื่อป้องกันการทำลายของเซลล์ประสาท (Neuroprotective therapy)

เป็นยาที่ช่วยชะลอการดำเนินของโรคหรือช่วยชะลอภาวะทุพพลภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ให้นานที่สุดเท่าที่จะนานได้ ยาที่ใช้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1.1 ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์โมโนเอมีน ออกซิเดสไทป์ บี (Monoamine oxidase type B) หรือ เอนไซม์เอ็มเอโอ - บี (MAO - B) ได้แก่ ยาเซเรจิลิน (Selegiline) เป็นยาที่ใช้บ่อย โดยส่วนใหญ่ให้ควบคู่กับยาโดปามีน จะช่วยป้องกันการทำลายโดปามีนในสมอง และช่วยให้ยาโดปามีนออกฤทธิ์ได้นานขึ้น ยาเซเรจิลินสามารถถูกเปลี่ยนเป็นสารในกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine) จึงสามารถช่วยผู้ป่วยที่มีอาการง่วงนอนจากยาเสริมฤทธิ์โดปามีนได้ แต่ก็อาจทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับถ้ารับประทานยาเซเรจิลินในช่วงบ่ายหรือเวลากลางคืน นอกจากนี้ยังสามารถทำให้เกิดอาการภาพหลอนได้อีกด้วย

1.1.2 ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์แคทาคอล - โอ - เมทิล ทรานสเฟอเรส (Catechol - o - methyl transferase) หรือ เอนไซม์ ซีโอเอ็มที (COMT) ซึ่งเอนไซม์ชนิดนี้มีหน้าที่ทำลายโดปามีน โดยยาชนิดนี้จะทำให้โดปามีนมีปริมาณมากขึ้น และออกฤทธิ์ได้ยาวนานขึ้น ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ยาเอนทาคาโปน (Entacapone) ดังนั้นควรรับประทานยานี้พร้อมกับยาในกลุ่มโดปามีน เพื่อให้ยาโดปามีนสามารถออกฤทธิ์ได้นานขึ้น ผู้ป่วยที่รับประทานยานี้จะมีปัสสาวะสีเข้มขึ้นหรืออาจมีอาการท้องเสียได้

1.2 การรักษาตามอาการ (Symptomatic therapy) การรักษาตามอาการจะพิจารณาจากอาการที่เกิดขึ้นเป็นหลักว่า อาการเหล่านั้นรบกวนการดำรงชีวิตของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใดแต่ควรเริ่มตั้งแต่ในระยะแรกที่เริ่มสังเกตอาการได้ก่อนที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่

1.2.1 ยาในกลุ่มแอนติโคลิเนอร์จิกส์ (Anticholinergics) จะออกฤทธิ์ช่วยทำให้เกิดความสมดุลระหว่างโดปามีน และอะเซทิลโคลีน ช่วยลดอาการสั่นได้ดี มีผลข้างเคียง คือ จะทำให้มีปัญหาเรื่องความจำ เกิดอาการหลงลืม ปัสสาวะลำบาก ตาพร่ามัว และปากคอแห้ง ยากลุ่มนี้ที่นิยมใช้ในการรักษาโรคพาร์กินสัน คือ ไตรเฮกซ์ฟีนิดิล (Trihexyphenidyl)

1.2.2 ยาที่ช่วยเพิ่มระดับโดปามีน (Dopaminergic therapy) คือ ยากลุ่มลิโวโดปา ยาในกลุ่มนี้จะช่วยทดแทนสารสื่อประสาทที่ลดน้อยลง สารโดปามีนบางส่วนไปกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ ดังนั้นจึงควรรับประทานยาพร้อมกับอาหารพวกคาร์โบไฮเดรต เช่น ขนมปัง ไม่ควรรับประทานยาลิโวโดปาพร้อมกับอาหารโปรตีน เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นมสด นมถั่วเหลือง ถั่วต่าง ๆ เนื่องจากยาลิโวโดปาจัดเป็น โปรตีนชนิดหนึ่ง ดังนั้นการดูดซึมยา และโปรตีนเป็นแบบเดียวกันจะมีผลทำให้ยากดูดซึมได้น้อยลง

1.2.3 ยาในกลุ่มที่สังเคราะห์ขึ้นเพื่อทำหน้าที่แทนโดปามีนสามารถจับกับตัวรับ (Receptor) ได้โดยตรง และออกฤทธิ์ได้ยาวนานกว่าลิโวโดปา ยากลุ่มนี้ได้แก่ พรามิเพโซล (Pramipexole) เพอร์โกไลด์ (Pergolide) โบรโมคริปทีน (Bromocriptine) และพิริเบดิล (piribedil) เป็นต้น ยากลุ่มนี้จะช่วยลดผลข้างเคียงในเรื่องการตอบสนองต่อยาที่ไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยได้ ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ได้แก่ อาการง่วงนอน อาการหลับทันที (Sleep attack) นอกจากนี้ยังมีการแขนขาบวม อาการเห็นภาพหลอนซึ่งมักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่มีอาการหลงลืม มีปัญหาเรื่องความจำ (Cognitive dysfunction) หรือมีอาการทางจิตเวชอยู่ก่อนแล้ว

2. การรักษาโดยการผ่าตัด

การผ่าตัดในโรคพาร์กินสันเป็นวิธีการรักษาอีกวิธีหนึ่งที่มีมานานกว่า 30 ปี การผ่าตัดจะใส่สายเข้าไปในตำแหน่งต่างๆ ของเบซาลแกงเกลียเพื่อเพิ่มความร้อนขึ้นไปถึงอย่างน้อยร้อยละ 60 องศาเซลเซียส การเพิ่มความร้อนจะทำลายสมองส่วนดังกล่าวเพื่อจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น การผ่าตัดส่วนมากจะเลือกทำในตำแหน่งสับทาลามิก นิวเคลียส (Subthalamic nucleus) เพราะได้รับผลดีกว่าการผ่าตัดในตำแหน่งอื่น ๆ ผู้ป่วยส่วนมากสามารถลดการรับประทานยาโรคพาร์กินสันได้อย่างน้อยร้อยละ 25 ซึ่งจะช่วยลดผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยา ลดค่าใช้จ่ายในระยะยาว แต่อย่างไรก็ตามการผ่าตัดในส่วนของสับทาลามิก นิวเคลียส อาจจะมีผลข้างเคียงในผู้ป่วยบางรายโดยอาจทำให้เกิดอาการทางจิตเวช เช่น อาการหลอน ชิมเศร้า สับสน และวุ่นวาย เป็นต้น

ในปัจจุบันมีการผ่าตัดแบบการกระตุ้นสมองส่วนลึก หรือ DBS (Deep brain stimulation) เป็นการกระตุ้นสมองในส่วนของทาลามัส (Thalamus) โกลบัล ปาลลิดัส อินเทอร์นา (Globus pallidus interna) และสับทาลามิก นิวเคลียส โดยการใส่สายที่มีขนาดบางมากเข้าไปในสมอง 3 ตำแหน่งดังกล่าวเพื่อกระตุ้นด้วยไฟฟ้าที่มีความถี่สูง (High frequency stimulation) แต่มีขนาดต่ำ

การกระตุ้นนี้เป็นการกระตุ้นที่สม่ำเสมอ และต่อเนื่องทำให้อาการของผู้ป่วยพาร์กินสันนั้นดีขึ้นแต่มีข้อเสีย คือ มีความเสี่ยงค่อนข้างสูงมากต้องอาศัยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญสูงค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์สม่ำเสมอเพื่อทำการปรับสัญญาณหาค่ากระตุ้นที่เหมาะสมเพื่อช่วยลดอาการของโรคพาร์กินสันให้มากที่สุด (Pathy, Sinclair, & Morley, 2006)

3. การรักษาอื่น ๆ

เนื่องจากโรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อเคลื่อนไหว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหว และคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการทำกายภาพบำบัดโดยการออกกำลังกายที่เหมาะสม การออกกำลังกายเป็นประจำมีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วย โรคพาร์กินสัน เนื่องจากการออกกำลังกายช่วยลดอาการแข็งเกร็ง และเพิ่มความยืดหยุ่นให้กับร่างกาย ช่วยให้การเคลื่อนไหว ทำทางการทรงตัว และการเดินให้ดีขึ้นไม่หกล้มง่าย ช่วยให้การทำกิจวัตรต่าง ๆ มีความคล่องแคล่วมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้สภาพจิตใจ และอารมณ์ดีขึ้นด้วย การออกกำลังกายด้วยวิธีโยคะ และการปั่นจักรยานอยู่กับที่ เป็นการออกกำลังกายที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (ประมณฑ์ วิวัฒนากุลวานิชย์, 2553; รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และคณะ, 2549) รวมทั้งผู้ป่วยควรได้รับการฝึกหัดเกี่ยวกับขั้นตอนการใช้เครื่องช่วยเหลือนในการดำรงชีวิตประจำวันจากนักกิจกรรมบำบัด และควรได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจด้วย

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเป็นการพยาบาลแบบองค์รวมโดยให้การดูแลที่ใกล้ชิดต่อเนื่อง ให้ความสำคัญกับญาติผู้ดูแล และมีระบบการส่งต่อ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549; Lueckenotte, 1996) โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพพยาบาลต้องซักประวัติ ตรวจร่างกาย และศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างครบถ้วน และถูกต้อง

2. การพยาบาล พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยครอบคลุมปัญหาต่าง ๆ

ดังนี้

2.1 ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ปัญหานี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง พยาบาลจะต้องส่งเสริมความสามารถด้านการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยด้วยการช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยตนเอง (Passive and active exercise) กระตุ้นให้ยกเท้า และก้าวเท้าให้กว้างขึ้น เดินลงส้นเท้าและแกว่งแขนขณะเดิน เพื่อส่งเสริมการทรงตัว ปรึกษา และให้การดูแลร่วมกับนักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด

2.2 ปัญหาด้านการสื่อสารบกพร่อง ผู้ป่วยมักพูดเสียงดังในลำคอพูดซ้ำ ๆ ซ้ำ ๆ เสียงสั้นไม่เป็นคำพูด ดังนั้น พยาบาลควร สบตาผู้ป่วยขณะสื่อสาร ตั้งใจฟัง ให้เวลากับผู้ป่วย และไม่รีบเร่ง นอกจากนี้ควรช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวใบหน้า และลิ้นเพื่อลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยอ่านออกเสียงดังเพื่อช่วยในการพูด ปริญญาภัทรรถบำบัดในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการสื่อสารมาก

2.3 ปัญหาด้านการได้รับสารอาหาร ไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีภาวะกลืนอาหารลำบาก ลำบากอาหารได้ง่าย พยาบาลควรจัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงขณะรับประทานอาหาร และน้ำรับประทานอาหารเช้าครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ให้เวลากับผู้ป่วยในการรับประทานอาหาร ไม่เร่งรีบดูแลให้รับประทานอาหารขึ้น ๆ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารชิ้นใหญ่ เพราะผู้ป่วยจะมีปัญหาในการกลืนอาหารเป็นชิ้นเล็ก หลีกเลี่ยงอาหารเหลว เนื่องจากจะทำให้เกิดการสำลักได้ง่าย ปริญญาภัทรรถบำบัดเพื่อประเมินการกลืน ปริญญาภัทรรถบำบัดเพื่อวางแผนเกี่ยวกับจำนวนพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับ

2.4 ปัญหาด้านความภาคภูมิใจในตนเองลดลง เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะของร่างกาย ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง มีภาวะพึ่งพามากขึ้น พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ช่วยค้นหาจุดแข็ง และแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วย ให้ความเป็นส่วนตัว และส่งเสริมความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

2.5 ปัญหาของผู้ดูแล ผู้ดูแลอาจมีภาวะเครียดเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพามาก ช่วยเหลือตนเองได้น้อย พยาบาลควรแนะนำให้ญาติเข้ากลุ่มสนับสนุนญาติเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ แนะนำแหล่งประโยชน์ เช่น สถานรับดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (Day care) การดูแลที่บ้าน (Home care) เป็นต้น หรืออาจแนะนำให้หาคนมาดูแลผู้ป่วยบางเวลาเพื่อให้ผู้ดูแลมีเวลาส่วนตัว สามารถผ่อนคลายความเครียดได้ นอกจากนี้ พยาบาลควรแนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ดูแล เช่น การอ่านหนังสือ การฟังเพลง การปลูกต้นไม้ การนวด เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ

งานวิจัยในประเทศ

อัครวดี วิริยะเวชกุล (2551) ศึกษาย้อนหลังโดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เป็นโรคพาร์กินสันเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า และสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มารักษาในคลินิกพาร์กินสัน สถาบันประสาทวิทยา ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2549 - ธันวาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 130 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีอายุเฉลี่ย 68 ปี

อายุเฉลี่ยที่เริ่มมีอาการ คือ 63 ปี เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ผู้ป่วยเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมากกว่าเพศชาย 1.3 เท่า อายุที่เริ่มมีอาการมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการเมื่ออายุมากมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการเมื่อมีอายุน้อย 2.6 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าระดับความรุนแรงของโรคพาร์กินสันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยในต่างประเทศ

แคป - เออร์เกรน, ลานเนอร์ฮีม และเดฮลิน (Caap - Ahlgren, Lannerheim, & Dehlin, 2002)

ศึกษาประสบการณ์ของสตรีสูงอายุชาวสวีเดนที่เป็นโรคพาร์กินสันจำนวน 8 คน อายุระหว่าง 63 - 80 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสันตั้งแต่ 5 - 15 ปี ทั้งหมดอาศัยอยู่ที่บ้าน และมีภาวะพึ่งพาในระดับปานกลางถึงระดับมาก แต่การรับรู้ยังไม่เปลี่ยนแปลง เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยต้องการคงไว้ซึ่งภาพลักษณ์ของตนเอง ต้องการรักษาไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของสตรีตามประเพณี ต้องการให้คนอื่น ๆ ยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็น และต้องการการยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นจากโรคพาร์กินสัน

วิทนี (Whitney, 2004) ศึกษาวิธีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ โดยศึกษาในผู้ให้ข้อมูล 12 คน เป็นเพศชาย 6 คน และเพศหญิง 6 คน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ที่บ้าน เริ่มเป็นโรคพาร์กินสันตั้งแต่อายุ 58 ปีขึ้นไป ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี ไม่มีความพิการเรื้อรังอื่น ๆ ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันระยะที่ 2 หรือมากกว่า อายุเฉลี่ยของผู้ให้ข้อมูล คือ 71.3 ปี ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพนั้น ประกอบไปด้วย ประการแรก “เรียนรู้ว่าเป็นอย่างไ” โดยผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น เรียนรู้วิธีการควบคุมอาการ ต้องเข้าใจตนเอง ประการที่สอง “ยอมรับข้อจำกัด” ผู้ป่วยต้องยอมรับข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ประการที่สาม “ค้นหาความรู้” การค้นหาความรู้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นกับร่างกายของตนเอง ประการที่สี่ “เข้าไปมีส่วนร่วมรับรู้กับการให้ความหมายของประสบการณ์” โดยผู้ป่วยควรจะได้เรียนรู้การให้ความหมายต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยรายอื่น ๆ มีการแบ่งปันประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพราะประสบการณ์ที่หลากหลายจะช่วยให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการใช้ชีวิตของตน และประการสุดท้าย “การมีชีวิตอยู่เพื่อวันนี้” อนาคตเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน ผู้ป่วยควรมีชีวิตอยู่เพื่อวันนี้โดยปราศจากความกลัว และมีความสุขในการใช้ชีวิต ผู้วิจัยได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันว่า พยาบาลควรที่จะเรียนรู้ว่าอะไรที่จะนำมาซึ่งการมีภาวะสุขภาพดีของผู้ป่วย และผู้ป่วยให้ความหมายกับการมีชีวิต

และมีเป้าหมายในชีวิตอย่างไร การทำความเข้าใจในประสบการณ์ของพวกเขาจะช่วยทำให้พยาบาลดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพมากกว่าการใช้ชีวิตอยู่ภายใต้ข้อจำกัด

อัสเบริน และคณะ (Ashburn et al., 2001 cite in Davey et al., 2004) ศึกษาการทำนายการหกล้มในชุมชนของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน พบว่า ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีภาวะหกล้มอย่างน้อย 2 ครั้งหรือมากกว่านั้นในเวลา 12 เดือน และเกือบจะหกล้มได้อีกในระยะเวลา 3 เดือนข้างหน้า ความเสี่ยงในการหกล้มเพิ่มขึ้นเมื่อระยะเวลาของการเป็นโรคพาร์กินสันเพิ่มขึ้น สำหรับสาเหตุหลักของการหกล้มพบว่ามาจากอาการของโรคพาร์กินสัน คือ การทรงตัว และการเคลื่อนไหว อาการก้าวขาไม่ออก และการหมุนกลับตัวที่ลำบาก

เบรมลีย์ และอีทอธ (Bramley & Eatough, 2005) ศึกษาประสบการณ์การเป็นโรคพาร์กินสันโดยศึกษาในกรณีศึกษาพิเศษหญิง 1 คน อายุ 62 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีบุตร 4 คน มีประวัติเป็นโรคเร็ด ซินโดรม (Rett syndrome) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรครูมาตอยด์ (Rheumatoid) ตอนอายุ 39 ปี ให้การรักษาด้วยวิธีการรับประทานยา และเมื่ออายุ 44 ปีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา ขณะที่ทำการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลเป็นโรคพาร์กินสันระยะที่ 4 แบ่งตาม Unified Parkinson Disease Rating Scale ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ผลการศึกษาพบว่ามี 2 ประเด็นหลักที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ คือ 1) ด้านร่างกาย-จิตใจ 2) ตนเอง-ความสามารถประเด็นด้านร่างกายและจิตใจนั้น ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีความท้าทายในการเคลื่อนไหว การใช้ยา การเคลื่อนไหวร่างกายเป็นไปด้วยความยากลำบากก่อนได้รับยา และดีขึ้นเมื่อได้รับยา ขณะเดียวกันก็ต้องได้รับผลข้างเคียงของยา แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดแง่บวกต่อยาที่ได้รับ และรับรู้ได้ว่าถ้าปราศจากยาเหล่านี้อาจไม่มีชีวิตอยู่ต่อไป ส่วนประเด็นด้านตนเอง - ความสามารถในการเปรียบเทียบตัวตนเดิมและตัวตนใหม่ นั้นผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าตนเองเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ ทั้งด้านร่างกาย บทบาทการเป็นมารดา และการเป็นภรรยา แต่ยังสามารถคงไว้ซึ่งตัวตนได้ ยังใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างสบาย เพราะครอบครัวเข้าใจ แต่ในขณะเดียวกันก็กลัวการตีตรา การตัดสินจากคนอื่นที่ไม่เข้าใจและมองตนเองจากอาการแสดงเท่านั้น เช่น มองว่าการที่เคลื่อนไหวช้าเพราะอายุมาก ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลยังรู้สึกว่าตนอายุน้อย ผู้ให้ข้อมูลต้องการที่จะปกปิดความผิดปกติจากการเคลื่อนไหวแต่ก็ไม่สามารถทำได้ สิ่งที่ทำได้ในตอนนี้คือพยายามหลีกเลี่ยงผลด้านลบจากความก้าวหน้าของโรคที่จะเกิดตามมาในอนาคต และเชื่อมั่นว่าครอบครัวที่เข้มแข็งจะช่วยเหลือดูแลได้

ไดร์เวอร์ และคณะ (Driver et al., 2009) ได้ศึกษาอัตราการเกิด และช่วงอายุที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ ด้วยวิธีการศึกษาแบบติดตามกลุ่มตัวอย่างไปข้างหน้า (Prospective cohort) ในกลุ่มนายแพทย์ของสหรัฐอเมริกาจำนวน 21,970 คน ซึ่งมีอายุในช่วง 40 - 84 ปี และไม่มี

ประวัติรายงานว่าเคยป่วยเป็นโรคพาร์กินสันมาก่อนที่จะเริ่มศึกษา โดยให้ผู้ให้ข้อมูลรายงานผลด้วยตนเองในแบบติดตามผล และจากใบยืนยันการเสียชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากติดตามผล 23 ปี พบผู้ป่วย 563 คน คิดเป็นอัตราการเกิดโรค 121 รายต่อแสนประชากรต่อปี อายุคือปัจจัยที่ทำให้อัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่ออายุ 60 ปี และเพิ่มขึ้นสูงสุดในช่วงอายุ 85 - 89 ปี และเพิ่มขึ้นน้อยเมื่ออายุ 90 ปี

อัท และคณะ (Ehrt et al., 2009) ศึกษาความเจ็บปวดซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจำนวน 227 คน กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี 100 คนเป็นกลุ่มควบคุม ประเมินความเจ็บปวดด้วยนักวิจัยจาก Nottingham Health Profile และประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน Montgomery - Asberg Depression Rating Scale: MADRS และ Beck Depression Inventory: BDI พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันร้อยละ 67 ได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีเพียงร้อยละ 39 ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีความเจ็บปวดจะมีระดับคะแนนของการวัดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่ไม่มีความเจ็บปวด ความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมืองไพศาล และคณะ (Muangpaisan et al., 2011) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องความชุก และอุบัติการณ์ของโรคพาร์กินสันทั่วโลกของ พบว่า ทุกการศึกษารายงานถึงการเพิ่มขึ้นของความชุก และอุบัติการณ์ของโรคพาร์กินสันเนื่องจากอายุขัยของประชากรเพิ่มขึ้น โดยพบว่าช่วงอายุเฉลี่ยที่เป็นโรคพาร์กินสัน คือ 62 - 70 ปี จะพบได้น้อยก่อนอายุ 50 ปี และพบผู้ป่วยช่วงอายุ 70 - 79 ปี มากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ผู้วิจัยทราบว่าโรคพาร์กินสันมีแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นในวัยสูงอายุ และอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากโรคพาร์กินสันส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในหลาย ๆ ด้าน ทั้งร่างกายจิตใจ และสังคม ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีความเข้าใจตนเอง ผู้ดูแล และพยาบาลมีความเข้าใจผู้ป่วย ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันในจังหวัดชลบุรี ทั้งนี้เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ศึกษาโดยใช้วิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ ฮัสเซิล (Husserl) ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน และพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันต่อไป