

ประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ
ที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม



นางสาวจรรยา ชำรัมย์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-17-6358-1

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

GRIEF EXPERIENCES OF SPOUSE CAREGIVERES AFTER THE DEATH OF OLDER
PEOPLE WITH DEMEMTIA



Miss Jariya Chamram

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis submitted in partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic year 2004

ISBN 974-17-6358-1

นางสาวจรียา ชำรัมย์ : ประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม (GRIEF EXPERIENCES OF SPOUSE CAREGIVERS AFTER THE DEATH OF OLDER PERSONS WITH DEMENTIA) อาจารย์ที่ปรึกษา : อาจารย์ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 106 หน้า. ISBN 974-17-6358-1

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหมายและประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกบันทึกเทปและนำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Colaizzi

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมแบ่งออกเป็น 2 นัยยะ ด้วยกัน คือ 1) ความเศร้าโศกมีผลต่อจิตใจ 2) ความเศร้าโศกที่มีผลต่อร่างกาย และพบประสบการณ์ความเศร้าโศกแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก คือ 1) การปรับตัว ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย คือ ระยะเวลาก่อนการสูญเสีย ระยะเวลาเมื่อมีการสูญเสียและ ระยะเวลาหลังผ่านความเศร้าโศก และ 2) การสูญเสียร้ายได้

ผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้มองเห็นและเข้าใจประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น สามารถใช้ผลการศึกษากลับเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม เกิดความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมได้อย่างแท้จริง ตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ในด้านการบริหารพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการวิจัยทางการพยาบาล

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์.....
ปีการศึกษา2547.....

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

4577561036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: GRIEF EXPERIENCE/ PHENOMENOLOGY/ OLDER PEOPLES/ SPOUSE CAREGIVERS/ DEMENTIA.

JARIYA CHAMRAM: GRIEF EXPERIENCE OF CAREGIVERS AFTER THE DEATH OF OLDER PEOPLE WITH DEMENTIA. THESIS ADVISOR: CAPT. SIRIPHUN SASAT, Ph.D. 106 pp. ISBN 974-17-6358-1

The purpose of the study was to explore the meaning of grief and grief experiences of the spouse caregivers after the death of older people with dementia. A qualitative research method of Husserl phenomenology was applied in this study. The key informants were 10 Thai spouse caregivers who live in Bangkok and Metropolis. Data were collected by indept-interview with tape recorded and then verbatim transcription. The Colaizzi method were used for data analysis.

The findings revealed that the meaning of grief could be divided in to two major themes; 1) grief was psychological changed and 2) grief was physiological changed. The major theme of grief experiences could be divided into two major themes; 1) adaptation: before the loss, frist period of lose and after the loss and 2) lose of income.

The study findings provided the understanding of meaning of grief and grief experience of spouse caregivers after the death of older people with Dementia. These would be useful in improving holistic nursing care and responding to the need of spouse caregivers within the Thai social and culture context in addition, this study would be also useful for application for nursing adminstration, nursing practice, and nursing research.

Field of study...Nursing Science.....

Student's signature.....

Academic year.....2004.....

Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก อาจารย์วีรชัยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรัก ห่วงใยเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่งเสมอมาและให้กำลังใจตลอดการทำวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในบุญคุณและความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ พันตรีหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ และคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบของพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทความรู้ อบรมสั่งสอนและชี้แนวทางที่ถูกต้อง ตลอดระยะเวลาของการศึกษา ด้วยความเมตตากรุณาเป็นอย่างยิ่ง

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด อาจารย์ ดร.เพ็ญพักต์ อุทิศ อาจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมธานี และ พันตรีหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะและแนวทางในการปรับปรุงแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกให้มีความสมบูรณ์และครอบคลุม ประเด็นที่ต้องการจะศึกษามากยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสทั้ง 10 ท่าน ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่า และให้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ มีคุณค่าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ หากปราศจากท่านเหล่านี้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้คงไม่อาจสำเร็จลุล่วงได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับความเศร้าโศก.....	9
ความหมาย.....	9
สาเหตุ.....	11
ลักษณะการแสดงออกของความเศร้าโศก.....	11
กระบวนการเศร้าโศก.....	13
ปัจจัยที่มีผลต่อความเศร้าโศก.....	14
บทบาทพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือครอบครัวที่มีความเศร้าโศก.....	19
ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	20
ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ.....	22
ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคม.....	23
ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา.....	24
การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ.....	28
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว.....	30
ความหมายของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว.....	31

บทที่	หน้า
ผลกระทบของผู้ดูแล.....	
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม.....	35
แนวคิดเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยา.....	37
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	40
สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	43
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	46
ผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	51
การพิทักษ์สิทธิ์.....	51
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
ความเชื่อถือได้ของข้อมูล.....	54
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย.....	54
5 การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	74
สรุปและอภิปรายผล.....	75
ข้อเสนอแนะ.....	80
รายการอ้างอิง.....	82
ภาคผนวก	
ภาคผนวก	96
ใบหนังสือยินยอมของประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	97
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	98
แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก.....	99
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล.....	103
แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น.....	104
การบันทึกภาคสนาม.....	105
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	106

ตาราง

หน้า

1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล..... 55



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเศร้าโศก(Grief) เป็นกระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียตามธรรมชาติ (Reid and Dixon, 2000) ที่เกิดขึ้นหลังจากรับรู้การสูญเสียของบุคคล หรือสิ่งที่มีค่ามีความสำคัญ (Carlson, 1970) หรือเป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนอง (Response) ต่อการสูญเสียจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก (Cowles, 1996; Kastenbaum, 1998; Hospice Foundation of America, 2001; Meuser and Marwit, 2001) สาเหตุที่ทำให้เกิดความเศร้าโศก คือ การสูญเสีย (Loss) ซึ่ง Kozier et al (1989) แบ่งความสูญเสียออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ การสูญเสียวัตถุภายนอก การแยกจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย การสูญเสียเอกลักษณ์ของบุคคล และการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือบุคคลสำคัญ จากการเจ็บป่วย การแยกจากกันหรือการเสียชีวิต โดยการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักเป็นการสูญเสียอย่างสมบูรณ์ถาวร และมีผลให้สมาชิกในครอบครัวตอบสนองต่อการสูญเสียโดยการแสดงความเศร้าโศกออกมา

แม้ว่าการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักจะเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ในชีวิตมนุษย์แทบทุกคน แต่ก็มีความสูญเสียที่อาจให้ประสบการณ์ชีวิตที่ลึกซึ้งและเจ็บปวดในชีวิต (ปาริชาติ สุขุม, 2539) โดยเฉพาะการเสียชีวิตของคู่สมรส (Parkes, 1998; Gilbar and Ben-Zur, 2002; Ott, 2003) จากการเจ็บป่วยทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง การสูญเสียคู่สมรสอาจจะเป็นเหตุการณ์ที่วิกฤตที่สุดในชีวิต และแน่นอนว่าเป็นหนึ่งในความสูญเสียอย่างร้ายแรงที่พบบ่อยที่สุด (Prigerson et al., 1997) โดยเฉพาะในวัยสูงอายุเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม (พิชญภาภรณ์ มูลศิลป์, 2536) จะก่อให้เกิดความเศร้าโศกและมีผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ คุณภาพชีวิตของบุคคลในระยะสั้นและระยะยาวตลอดจนสังคมและเศรษฐกิจ (Parkes, 1998; Hogan, 2001) เช่น ทางด้านจิตใจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Folkman et al., 1996) ความเครียด (Rich, 2002) และความวิตกกังวลทางด้านร่างกาย ทำให้ระบบการหลั่งสารสื่อประสาทเสียสภาพ (Hogan, 2001) หายใจเบาเร็ว มือสั่น ปากแห้ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Rich, 2002) ระบบภูมิคุ้มกันทำงานลดลง (Greenberg, 2003) นอนไม่หลับ (Mcdermott et al., 1997) และเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ (Parkes, 1998) ทางสังคมทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่อง (Oliver, 1999) เป็นต้น นอกจากนี้ การศึกษาของ Nolen-Hoeksema and Larson (1999) พบว่า การสูญเสียคู่สมรสในวัยสูงอายุก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเนื่องจากการสูญเสียความสัมพันธ์ที่มีมาชั่วชีวิต และการใช้ชีวิตคู่ซึ่งเกี่ยวพันกัน

อย่างเหนียวแน่นต้องเปลี่ยนโครงสร้างในชีวิตทั้งหมด มาสู่สถานะที่ต้องอยู่คนเดียวปราศจากคู่ชีวิตที่อยู่ร่วมกันมาตลอดช่วงวัยผู้ใหญ่

ความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลมีมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาทิ ความหมายของชีวิตที่จะต้องสูญเสีย (Canine, 1996) ลักษณะความสัมพันธ์และบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว (Canine, 1996; Rich, 2002) ความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรม (Smith, 2002) ตลอดจนเพศ (Sikkema et al., 2000; Baarsen and Broese van Groenou, 2001) บทบาททางเพศ (Lindstrom, 1999) อายุ (Hegge and Fischer, 2000) บริบทของการสูญเสีย สถานการณ์การสูญเสียที่เกิดขึ้น วุฒิภาวะและเขาวนปัญญาของผู้สูญเสีย (Canine, 1996) ทักษะคิดในการเป็นผู้ดูแล (Almberg, 2000) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (Canine, 1996) รวมถึงประสบการณ์และการเผชิญการสูญเสียในครั้งก่อน (Duke, 1998) และการสนับสนุนระดับประคองจากบุคคลรอบข้างภายหลังการสูญเสีย (Canine, 1996; Reid and Dixon, 2000; Dutton et al., 2002) นอกจากนี้ จากงานวิจัยหลายเรื่องพบว่าความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ดูแลมีผลต่อความเศร้าโศก เช่น Krause และคณะ (2002) ศึกษาผู้สูงอายุซึ่งมีประสบการณ์การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก จำนวน 1,723 คน ในประเทศญี่ปุ่น พบว่า กลุ่มที่มีความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตหลังการเสียชีวิตที่ดี จะมีปัญหาระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีความเชื่อเรื่องชีวิตหลังการเสียชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Smith (2002) เกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ในบุตรสาวหลังจากการเสียชีวิตของมารดาสูงอายุชาวอัฟริกันอเมริกันจำนวน 30 คน พบว่า ความเชื่อทางศาสนามีผลต่อการการเผชิญปัญหาและการดำรงชีวิตของบุตรสาวภายหลังมารดาเสียชีวิต

ระดับความรุนแรงของความเศร้าโศกของผู้ดูแลในแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันออกไป ซึ่งการศึกษาของ Cleiren, Van der Wal and Diekstra (1988) เกี่ยวกับความเศร้าโศกภายหลังการเสียชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 125 คน พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสหรือพ่อแม่จะมีความเศร้าโศกมากกว่ากลุ่มอื่นสอดคล้องกับการศึกษาของ McHorney and Mor (1988) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายของความวิตกกังวล จากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและผลที่ตามมาด้านการบริการสุขภาพ ในผู้ดูแลหลักในครอบครัวจำนวน 1,447 คน ที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ National Hospice Care พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสและระดับการศึกษาต่ำ จะมีระดับความวิตกกังวลและปัญหาสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่น และในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส พบว่า ความไม่พึงพอใจในความสามารถในการดูแล เป็นปัจจัยทำนายที่มีศักยภาพในการทำนายความวิตกกังวลจากการสูญเสีย และจากการศึกษาของ Brodaty and Luscombe (1998) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นคู่สมรสมีความเสี่ยงต่อความเศร้าโศกมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ใช่คู่สมรส

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระยะเวลาในการเผชิญความเศร้าโศกแตกต่างกันในแต่ละบุคคลซึ่ง ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2539) กล่าวว่า โดยปกติจะใช้เวลาประมาณ 2 เดือน จากการศึกษาของ Bonanno and Kaltman (1999) พบว่า ร้อยละ 85 ของผู้ดูแล ใช้ระยะเวลาในการเผชิญความเศร้าโศกตั้งแต่ 2 เดือนถึง 2 ปี แต่ Johnson (1993) กล่าวว่าระยะเวลาที่บุคคลใช้ในการเผชิญความเศร้าโศกตั้งแต่ 3 เดือนถึง 2 ปี และจากการศึกษาของ Rieid and Dixon (2000) พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการเผชิญความเศร้าโศกประมาณ 5 ปี ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าช่วงระยะเวลาที่ใช้ในการเผชิญความเศร้าโศก คือ ตั้งแต่ 2 เดือนถึง 5 ปี แต่ก็มีบางรายใช้เวลาถึง 22 ปี (Zisook, Devaul and Click, 1982) ซึ่งระดับความเศร้าโศกจะมีการเปลี่ยนแปลงหลังการสูญเสีย อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าระยะเวลาของความเศร้าโศกนั้นสั้นสุดลงแต่พบว่า ความรู้สึกอาการ พฤติกรรมเกี่ยวกับความเศร้าโศกบางอย่างยังคงอยู่และจะเพิ่มขึ้นเมื่อถึงวันครบรอบการเสียชีวิต (Prigerson et al., 1995) และการระลึกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุจะสามารถระลึกย้อนหลังถึง 36 ปี ถึงแม้ว่าสมองจะมีน้ำหนักลดลงร้อยละ 5 ก็ตาม (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการหนึ่ง que พบมากในผู้สูงอายุ จากรายงานการศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทยพบว่ามีความชุกของภาวะสมองเสื่อมอยู่ที่ร้อยละ 3.4 ซึ่งความชุกตามกลุ่มอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่ออายุเพิ่มขึ้นโดยพบอัตราความชุกราวร้อยละ 1 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ราวร้อยละ 3 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี ราวร้อยละ 10 ในกลุ่มอายุ 80-89 ปี และราวร้อยละ 30 ในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ, 2542) ในประเทศไทยจากการประมาณการโดยใช้ข้อมูลการศึกษาระดับชาติปี พ.ศ. 2542 พบว่า ในปี พ.ศ. 2548 จะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสมองเสื่อม 197,000 คน และจะเพิ่มเป็น 358,000 คนในปี พ.ศ. 2563 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2546)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง มีสาเหตุจากโรคต่างๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดสมอง โรคต่อมไทรอยด์ โรคพิษสุราเรื้อรัง และการบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นต้น ซึ่งมีอาการแตกต่างจากโรคเรื้อรังอื่น ๆ คือ มีการสูญเสียความเฉลียวฉลาด (Intellectual activity) ร่วมกับการเสื่อมลงของความจำระยะสั้น (Short-term memory) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ พฤติกรรม และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2545; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2546; Tumbull, 1994; Ebersole and Hess, 1998; Isaacs, 2001; Sey, 2001; Hooker, 2002) ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจึงต้องพึ่งพาและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ และที่สำคัญเมื่อภาวะสมองเสื่อมมีอาการเพิ่มมากขึ้น จะทำให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นไปได้ยาก (Hubbard, 2002) ก่อให้เกิดความสับสนและไม่เข้าใจระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยซึ่งแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังด้วย

โรคอื่น ๆ เช่น โรคมะเร็ง ที่ยังสามารถพูดคุยสื่อสารกันได้มีส่วนร่วมในการร่วมหาแนวทางและตัดสินใจในการดูแลและการรักษา (วชิระ ลาภบุญทรัพย์, 2539; Randall and Downie cited in Gilbar and Benzar, 2002) จนถึงระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมดูแลตนเองได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ต้องมีผู้ดูแลเกือบตลอด 24 ชั่วโมง (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543; Wimo et al., 2002) ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีสถานบริการทางสุขภาพแบบเรื้อรังของรัฐ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545) บทบาทของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงตกเป็นของสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะคู่สมรส ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ (2543) และ Sasat (1998) ได้ศึกษาถึงข้อเท็จจริงของสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านในประเทศไทย โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกระบบประสาท คลินิกจิตเวช และคลินิกผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลประสาท จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 55 เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วย โดยร้อยละ 80 เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 25-86 ปี แรงจูงใจเบื้องต้นในการเป็นผู้ดูแลมาจากความสำนึกในหน้าที่และความกตัญญู กตเวทิตา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชฎา รักษานาม (2543) เกี่ยวกับสภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมพบว่า เหตุผลที่ทำให้การดูแลผู้ป่วย คือ เพื่อตอบแทนบุญคุณ และด้วยความรักความผูกพันกับผู้ป่วย โดยเฉพาะคู่สมรสที่ใช้ชีวิตร่วมกันมานาน อยู่ด้วยกันก็เห็นใจเป็นห่วงใยกัน ทำให้เต็มใจที่จะเป็นผู้ดูแล (อัจฉรา เอ็นซ์และปรียา รุ่งโสภาสกุล, 2541)

ในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับความเศร้าโศก ตั้งแต่ขณะให้การดูแลจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย (Marwit and Meuser, 2001; Meuser and Marwit, 2002) เพราะเปรียบเสมือนผู้ป่วยจะต้องเสียชีวิตถึงสองครั้ง คือ ครั้งแรกเป็นช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มมีภาวะสมองเสื่อมขึ้นมาทำให้ความทรงจำต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นชื่อ วัน เวลา สถานที่ ตลอดจนเรื่องราวต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับตนเองนั้นได้ถูกลบเลือนออกไป ทำให้ดูเหมือนว่าผู้ป่วยได้เสียชีวิตจากสังคมของครอบครัว ญาติ พี่น้อง ซึ่งจากการศึกษาของ Lindgren, Connelly and Gaspar (1999) ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่เป็นคู่สมรส 22 รายและบุตร 11 ราย พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสยอมรับว่ามีความเศร้าโศกและรู้สึกทุกข์ทรมานจากผู้ป่วยจดจำตนเองไม่ได้ โดยขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมผู้ดูแลจะต้องสูญเสียสัมพันธภาพทางสังคม สูญเสียการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตสูญเสียสุขภาพะ สูญเสียอาชีพของตน (ธนพรรณ ดิทธิสุนทร, 2536; Alzheimer's Society (Wales), 2000; Marwit and Meuser, 2001) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น ก้าวร้าว ไม่อยู่นิ่ง เดินไร้จุดหมาย แสดงออกทางเพศไม่เหมาะสม กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ทานจุ ส่งเสียงกรีดร้อง และอาการทางจิต เช่น ซึมเศร้า เห็นภาพหลอน หูแว่ว และหวาดระแวง (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546) อีกทั้งยังต้องดูแลเป็นเวลายาวนานเพราะผู้ป่วยอาจมีชีวิตอยู่ได้นาน 2 ถึง 10 ปีและในบางรายถึง 20 ปี หลังจากได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งเสียชีวิต

(ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช, 2543; สิริินทร์ จันศิริกาจน, 2545; Hunrahan and Murphy, 1997; Luchins, Rempusheski and Hurley, 2000; Kuhn, 2001) ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาทางด้านจิตใจ ปัญหาทางด้านสุขภาพ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (Tipton et al., 1994; Bookwala and Schulz, 1998; Magai and Cohen, 1998; Riadel, Fredman and Langenberg, 1998; Alzheimer's Society (Wales), 2000; Clyburn et al., 2000) ส่งผลให้ผู้ดูแลกลายเป็นผู้ป่วยแฝง (hidden patient) (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2544; Larson, 1998) หรืออาจกล่าวได้ว่ากลายเป็นผู้ป่วยอีกคนหนึ่ง (Shapiro, 1993; Gruetzner, 2001) และครั้งที่สองเป็นช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับการพลัดพรากแบบไม่มีวันกลับคืนมาของผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของ Sander, Morana and Cooley (2002) โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ดูแลเพศชายที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์จำนวน 71 ราย พบว่าผู้ดูแลยอมรับว่าตนเองมีความเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียผู้ป่วยและรู้สึกเจ็บปวด ทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาการปรับตัวในสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าภายหลังการเสียชีวิตของบุคคลที่ให้การดูแล (Bodnar and Kiecolt-Glaser, 1994; George et al., 1989, cited in Loos and Bowd, 1997) และพบว่าชายที่เป็นหม้ายซึ่งมีอายุระหว่าง 45 ถึง 74 ปี จะมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าประชากรทั่วไปในวัยเดียวกัน ส่วนในหญิงหม้ายพบว่าอัตราการเสียชีวิตสูงเป็น 2 เท่าของประชากรในวัยเดียวกัน (เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2535)

บทบาทของพยาบาล คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยปฏิบัติกิจกรรมใดที่ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้เร็วขึ้น การฟื้นฟูสภาพ หรือในผู้ป่วยที่หมดหวังก็ช่วยให้เสียชีวิตอย่างสงบ (Handerson, 1966) อย่างไรก็ดีถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตไปแล้วก็ตาม แต่การช่วยเหลือครอบครัวยังไม่สิ้นสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ดูแลมีปัญหาเกี่ยวกับความเศร้าโศกซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย และจิตใจดังกล่าวมาแล้วข้างต้น เพื่อให้ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกของครอบครัวสามารถกลับมาดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขต่อไป (Craven and Wald, 1975) ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแล เพื่อเป็นการพยาบาลที่ต่อเนื่องที่ดีและมีประสิทธิภาพ

เนื่องจากความเศร้าโศกในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน (Cowles, 1996; Bonanno and Kaltman, 1999; Rosenblatt, 2002) และขึ้นกับปัจจัยต่างๆ เช่น ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ส่งผลให้ความหมายของความเศร้าโศกของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันและประเด็นเกี่ยวกับความเศร้าโศกของผู้ดูแลภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยยังมีน้อย (Loos and Bowd, 1997; Schulz et al., 1997; Farran, 2001) โดยเฉพาะในประเทศไทยซึ่งมีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมแตกต่างจากต่างประเทศ ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม มีเพียงการศึกษาความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยใกล้ตาย (สุนิศา สุขตระกูล, 2544)

การศึกษาความเศร้าโศกและความต้องการการดูแลของมารดาที่สูญเสียบุตร (กันยรัตษ์ เสงยเจริญ, 2541) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและภาวะเศร้าโศกในหญิงที่สูญเสียทารกในครรภ์ (พรรณวดี ตันเลิศ, 2544) การศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับความเศร้าโศกที่สูญเสียทารกในครรภ์ (Jultanmas, 2002) และการศึกษาสัมพันธ์ภาวะหวางคู่สมรสและความเศร้าโศกของหญิงตั้งครรภ์ที่สูญเสียบุตร (Benchasiriluk, 2002)

นอกจากนี้ ประเด็นเกี่ยวกับความเศร้าโศกในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทยอาจมีความลึกซึ้งและซับซ้อน ซึ่งการได้มาของข้อมูลนั้นคงไม่มีบุคคลใดอธิบายได้ดีเท่ากับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาความหมายและประสบการณ์ความเศร้าโศกในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อทำความเข้าใจและอธิบายข้อมูลที่มีลักษณะซับซ้อน มีความเป็นจริงและลึกซึ้ง (สุภางค์ จันทวานิช, 2543) ตามการรับรู้ในประสบการณ์ที่ตนเองได้ประสบมาในเหตุการณ์นั้นๆ (Cobb and Forb, 2002; Streubert & Carpenter, 2003) เพื่อที่จะได้องค์ความรู้ที่สามารถนำมาเป็นพื้นฐานในพัฒนารูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่ต่อเนื่อง (Krause, 2002) เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการพยาบาลและส่งเสริมให้ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมเหล่านี้สามารถก้าวผ่านพ้นภาวะเศร้าโศกนี้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถเปลี่ยนบทบาทจากผู้ดูแลให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตอย่างปกติในสังคมและชุมชนได้ โดยคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมให้ ความหมายของความเศร้าโศกอย่างไร
2. ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมมี ประสบการณ์ความเศร้าโศกอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความหมายของความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบปรากฏการณ์วิทยา (Descriptive phenomenology) ตามแนวคิดของ Husserl เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม โดยกำหนดคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลว่า เป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นสามี หรือภรรยา ที่มีประสบการณ์ในการดูแลคู่สมรสที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้วในช่วงระหว่าง 2 เดือน ถึง 5 ปีและมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และทดสอบด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai (MMSE-Thai 2002) ที่แปลและพัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์และสูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติและตอบคำถามด้าน Recall ต้องได้ 3 คะแนนเต็ม การได้ยินปกติ สามารถพูดหรือเข้าใจภาษาไทยได้ดีและยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ตามแบบการขอความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูลและคำให้การคุ้มครองสิทธิในการวิจัยครั้งนี้ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) และการบันทึกเทปเป็นวิธีการหลักในการเก็บข้อมูล ทำการศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล 4 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดปทุมธานี จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดนครปฐมและจังหวัดสมุทรสงคราม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมีได้มีจุดมุ่งหมายในการถ่ายโอนข้อมูลไปยังประชากรกลุ่มอื่น หากแต่ใช้อ้างอิงในกรณีที่อธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มเฉพาะที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่ศึกษาในงานวิจัยนี้เท่านั้น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นสามี หรือภรรยา ที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้วในช่วงระหว่าง 2 เดือน ถึง 5 ปีและมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ประสบการณ์ความเศร้าโศก หมายถึง สิ่งที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นสามีหรือภรรยา รับรู้ ตามความรู้สึก ความนึกคิด ความเชื่อของตนเกี่ยวกับการให้ความหมายของความเศร้าโศก และเหตุการณ์หรือเรื่องราวของความเศร้า เสียใจ จากการเสียชีวิตของคู่สมรสที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมที่ตนเผชิญมา

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน ในขณะที่มีชีวิตอยู่ว่าเป็นผู้ที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เข้าใจการความหมายและประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลหรือนุรูลากรที่เกี่ยวข้อง ในการประเมินปัญหาทางด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม
3. เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อมเผชิญภาวะเศร้าโศกได้อย่างเหมาะสม ลดระยะเวลาความเศร้าโศก และช่วยให้ผู้ดูแลสามารถกลับสู่การดำเนินชีวิตตามปกติได้เร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมรายละเอียดตามลำดับการนำเสนอ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความเศร้าโศก
2. ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. ภาวะสมองเสื่อม
4. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว
5. บทบาทพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลที่มีภาวะเศร้าโศก
6. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับความเศร้าโศก

ความเศร้าโศกเป็นประเด็นที่น่าสนใจในปัจจุบันและมีการศึกษาอย่างกว้างขวางในหลายสาขาวิชา เช่น แพทย์ จิตแพทย์ พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ นักระบาดวิทยา นักจิตวิทยา นักสังคมศาสตร์ นักศาสนศาสตร์ และนักการศึกษา (Rotger and Cowles, 2000; Stroebe, Stroebe and Schut, 2003) ความเศร้าโศกเป็นกระบวนการซับซ้อนที่ตอบสนองต่อการสูญเสีย (Loss) ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน (Parkes, 1985) โดยมีผู้ให้ความหมายของ ความเศร้าโศกไว้หลายท่าน ดังสรุปได้ ดังนี้

1.1 ความหมาย

นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึง ความเศร้าโศก ในมุมมองที่ต่าง ๆ กัน เช่น Freud (cited in Parkes, 2002) ได้เปรียบเทียบความเศร้าโศก (Grief) กับภาวะซึมเศร้า (Depression) ว่าเปรียบเสมือนโรคทางจิตที่มีความเศร้าโศกและหวาดกลัว (Melancholia) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้มีผู้ให้ ความหมายของ ความเศร้าโศกไว้ 4 ลักษณะ คือ เป็น กระบวนการ (Process) การแผ่กว้างออกไป (Pervasive) ความแตกต่างในแต่ละบุคคล (Individualized) และเป็นพลวัต (Dynamic) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1.1 เป็นกระบวนการ (Process)

ความเศร้าโศกเป็นกระบวนการที่ตอบสนองต่อการสูญเสียตามธรรมชาติ (Reid & Dixon, 2000) หรือเป็นกระบวนการที่ตอบสนองต่อการสูญเสียและการเสียชีวิตของบุคคลอื่นเป็นที่รัก (Cowles, 1996; Kastenbaum, 1998; Hospice Foundation of America, 2001; Meuser and Marwit, 2001) ซึ่งไม่ได้มีลักษณะคล้ายเส้นตรง (linear) ที่มีจุดเริ่มต้นหรือสิ้นสุด (Cowles, 1996) แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อปรับตัวต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นและมีพัฒนาการเป็นช่วงเพื่อให้เกิดการยอมรับและเป็นประสบการณ์ที่ช่วยทำให้บุคคลเข้มแข็งและสามารถดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ (Fontaine and Flether, 2000; Rich, 2002) โดยคำที่กล่าวถึง กระบวนการความเศร้าโศก ในวรรณกรรมต่างๆ อาจใช้คำว่า “grief work” (Helms and Turner, 1995; Kastenbaum, 1998)

1.1.2 การแผ่กว้างออกไป (Pervasive)

ความเศร้าโศกในความหมายนี้ คือ ความเศร้าโศกที่มีผลต่อกระทบบั้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผลทางร่างกาย ทำให้แบบแผนการนอนหลับมีการเปลี่ยนแปลง (Owen et al., 1997; Hegge and Fischer, 2000) ระดับความดันโลหิต ระดับภูมิคุ้มกันลดลง (Parkes, 1998) ทางด้านจิตใจ สภาวะอารมณ์ ทำให้ผู้ที่เศร้าโศกเกิดภาวะซึมเศร้า รู้สึกว่าเหว่ รู้สึกเจ็บปวด รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกผิด รู้สึกโกรธ วิตกกังวล เป็นต้น ทางด้านสังคมและครอบครัว เช่น ในระยะที่มีการแยกตัวจะทำให้บุคคลที่มีความเศร้าโศกมีการสูญเสียสัมพันธภาพทางสังคมได้ (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2539; ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์และสมพร ชินโนรส, 2544; ประภาศรี เบญจศิริลักษณ์, 2545; Schattner, 2000; Bauer and Bonanno, 2001; Bonanno and Kaltman, 2001)

1.1.3 ความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Individualized)

ความเศร้าโศกในความหมายนี้ คือ ปฏิกริยาและความต้องการขณะเผชิญความเศร้าโศกในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของจิตใจ ประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาเนื่องจากบุคคลประกอบด้วย กาย จิต จิตวิญญาณ สังคม ที่ต่างกันซึ่งทำให้ผลกระทบต้อั้ทั้งร่างกาย จิต จิตวิญญาณ และสังคมในแต่ละบุคคลจึงมีความแตกต่างกัน (Cowles, 1996; Bonando and Kaltman, 1999; Rosenblatt, 2002)

1.1.4 เป็นพลวัต (Dynamic)

ความเศร้าโศกในความหมายของพลวัต เป็นปฏิกริยาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องหลังการสูญเสีย ซึ่ง Kubler-Ross (1969) ได้กล่าวถึงปฏิกริยาที่เกิดขึ้นในภาวะเศร้าโศกและสูญเสียว่ามีทั้งหมด 5 ระยะ คือ

1) ระยะเวลาปฏิเสธและแยกตัว (Stage of denial) เป็นระยะเวลาที่บุคคลพยายามปฏิเสธไม่ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น โดยพยายามรวบรวมแหล่งประโยชน์ภายในและภายนอก เพื่อพยายามผ่อนคลายเป็นผลกระทบบางจากความสูญเสีย

2) ระยะเวลาโกรธ (Stage of anger) ผู้สูญเสียจะแสดงความเป็นกริ้วต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น โทษบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือสิ่งแวดล้อม

3) ระยะเวลาต่อรอง (Stage of bargaining) ในระยะนี้เริ่มมีการรับรู้การสูญเสีย แต่ยังคงพยายามมองหาสิ่งที่ต่อรอง

4) ระยะเวลาซึมเศร้า (Stage of depression) เป็นระยะที่มีพฤติกรรมแยกตัว แสดงความรู้สึกเสียใจต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น

5) ระยะเวลายอมรับ (Stage of acceptance) เป็นระยะที่เริ่มกลับสู่สภาพเดิม ยอมรับการสูญเสีย

ซึ่งจากการศึกษาของ Duke (1998) เกี่ยวกับประสบการณ์ของคู่สมรสจำนวน 12 ราย ที่สูญเสียคู่สมรสจากการตายด้วยการเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลพบว่า คู่สมรสจะมีปฏิกิริยาต่อความสูญเสียเป็นระยะ ๆ คือ จะมีการแยกตัว อยู่คนเดียว มีอารมณ์ที่แปรปรวน รุ้สึกสับสน ยุ่งยากใจ จะอยู่กับความทรงจำเก่าๆ และในที่สุดก็จะสามารถปรับตัวเข้าสู่ความสมดุลได้

1.2 สาเหตุของความเศร้าโศก

สาเหตุที่ทำให้เกิดความเศร้าโศก ได้แก่ การสูญเสีย (Loss) ต่างๆ ซึ่ง Kozier, et al. (1989) ได้แบ่งลักษณะของการสูญเสียออกเป็น 4 ชนิด คือ

1.2.1 การสูญเสียวัตถุภายนอก เช่น การสูญเสียทรัพย์สิน ไฟไหม้บ้าน การสูญเสียสัตว์เลี้ยง

1.2.2 การแยกจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความปลอดภัย เช่น การย้ายที่อยู่

1.2.3 การสูญเสียลักษณะของบุคคล เป็นการสูญเสียที่มองเห็นและสังเกตได้จากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของบุคคล เช่น การเกิดแผลเป็น การสูญเสียอวัยวะ ความพิการ และการสูญเสียที่สังเกตไม่ได้ เช่น การสูญเสียอวัยวะภายใน การสูญเสียทางอารมณ์

1.2.4 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเองจากการเจ็บป่วย การแยกจากกัน การตาย ซึ่งถือว่าเป็นการสูญเสียที่สมบูรณ์และถาวร

1.3 ลักษณะการแสดงออกของความเศร้าโศก

เนื่องจากความเศร้าโศกมีลักษณะเป็นพลวัตรที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลที่เกิดขึ้นอาจไม่เป็นไปตามลำดับ หรืออาจย้อนกลับไปมาได้อาจจะเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน หรือคาบเกี่ยวกันทุกระยะในเวลาเดียวกัน ซึ่งการแสดงออกของความ

เศร้าโศกมี 4 ประการ คือ ความรู้สึก อารมณ์ทางกาย ความคิด พฤติกรรม (เรียร์ชัย งามทิพย์ วัฒนา, 2535: 29 - 32) โดยมีรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

1.3.1 ความรู้สึก ผู้ที่สูญเสียจะแสดงความรู้สึกเศร้าโศกทางความรู้สึก เช่น

1) ความเสียใจ เป็นความรู้สึกที่พบได้บ่อยที่สุด ผู้สูญเสียอาจแสดงออกโดยการร้องไห้หรืออาจไม่แสดงอาการร้องไห้ออกมา

2) ความโกรธ เป็นความรู้สึกที่พบได้บ่อย อันเป็นผลจาก ความรู้สึกคับข้องใจที่ตนไม่สามารถจะทำอะไรในการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือโกรธที่ถูกผู้เสียชีวิตทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ความรู้สึกโกรธนี้มักจะก่อให้เกิดปัญหาหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม เช่น ทำให้ผู้ที่เศร้าโศกแสดงออกอย่างไม่เหมาะสม เช่น การโทษตัวเอง การโทษหรือโกรธผู้รักษา เป็นต้น

3) ความรู้สึกผิดและโทษตัวเอง มักพบได้บ่อยเช่นเดียวกัน เช่น รู้สึกว่าเป็นความผิดของตนที่ไม่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

4) ความกังวล อาจเป็นเพียงความกังวลธรรมดา หรืออาจจะรุนแรงมากจนกลายเป็นหวาดกลัว (Panic) ความกังวลที่เกิดขึ้นนี้ มีสาเหตุจากกังวลว่าตนเองจะอยู่อย่างไรเมื่อปราศจากผู้ตาย ความตายของผู้ใกล้ชิดทำให้เกิดความกังวลถึงชีวิตของตน และรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต

5) ความรู้สึกเหงา อ่อนเพลีย ไม่มีชีวิตชีวา เกิดจากต้องปรับเปลี่ยนบทบาทที่ต้องมาอยู่คนเดียวโดยปราศจากผู้ตาย ซึ่งมักพบร่วมกับความรู้สึกกังวล

6) ความรู้สึกคิดถึง เป็นปฏิกิริยาหนึ่งที่พบบ่อยภายหลังการสูญเสีย เมื่อใดที่ความรู้สึกนี้หมดไปแสดงว่าความเศร้าโศกจากการสูญเสียได้สิ้นสุดลง

7) ความรู้สึกโล่งใจ อาจเกิดขึ้นได้ในกรณีที่เมื่อบุคคลที่รักถึงแก่กรรม โดยเฉพาะกรณีที่มีการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน

1.3.2 ความคิด

ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกมักเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน ซึ่งที่พบได้บ่อย คือ ไม่เชื่อว่ามี การสูญเสียเกิดขึ้นจริง มีความสับสน คิดหมกมุ่นถึงบุคคลที่จากไป บางครั้งมีความรู้สึกเสมือนว่าวิญญาณของผู้ที่เสียชีวิตยังคงวนเวียนอยู่ใกล้ๆ

1.3.3 อารมณ์ทางกาย

อาการที่พบบ่อยในผู้สูญเสีย คือ แน่นหน้าอก จุกแน่นที่คอ ตกใจง่าย กล้ามเนื้ออ่อนแรงไม่มีกำลัง เป็นต้น

1.3.4 พฤติกรรม

ผู้สูญเสียมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและชีวิตประจำวัน ได้แก่ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร แยกตัวออกจากสังคม น้ำหนักลด ความสามารถในการตัดสินใจเสียไป ผันถึงบุคคล

ที่เสียชีวิตไปแล้ว หลีกเลี้ยงที่จะคิดถึงผู้ตาย เช่น เก็บรูปภาพผู้ตาย หลีกเลี้ยงการไปสถานที่ที่เคยไปกับผู้ตาย เป็นต้น

1.4 กระบวนการเศร้าโศก

กระบวนการเศร้าโศก เป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อการสูญเสีย Bowlby (1961) ศึกษาและสังเกตปฏิกิริยาของผู้สูญเสียดังกล่าวข้างต้นและแบ่งระยะการสูญเสียไว้ 4 ระยะ คือ

1) การหมดความรู้สึกและการต่อต้าน (Numbness and protest) การปฏิเสธ (denial) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ตามด้วยการระเบิดความโกรธและความทุกข์ใจ (out-bursts of anger and distress)

2) การคิดถึงและการค้นหา (Yearning and searching) ผู้สูญเสียรู้สึกกระวนกระวายและหมกมุ่นอยู่กับผู้ที่เสียชีวิต ลักษณะสำคัญ คือ คิดถึงผู้เสียชีวิตตลอดเวลา

3) ความยุ่งเหยิงและความหมดอาลัย (Disorganization and despair) เกิดจากผู้สูญเสียต้องยอมรับความเป็นจริงเกี่ยวกับการสูญเสียลักษณะต่างๆ ที่พบได้ในระยะนี้ คือ การถอยหนี การไร้อารมณ์ และอารมณ์ซึมเศร้า นอกจากนี้ยังอาจพบการนอนไม่หลับ น้ำหนักลดลงร่วมด้วย

4) การกลับสู่สภาพเดิม (Reorganization) ความเจ็บปวดในขณะเศร้าโศกเริ่มลดลงและผู้เศร้าโศกอาลัยเริ่มกลับสู่สภาพชีวิตเดิม เหลือแต่ความรู้สึกเป็นสุขหรือเสียใจเมื่อคิดถึงผู้ที่เสียชีวิตและมีการประทับภาพลักษณ์ (image) ของผู้เสียชีวิตไว้ในใจ

ต่อมา Kubler-Ross (1969) ได้ศึกษาเพิ่มเติมและสรุปกระบวนการความเศร้าโศกเป็น 5 ระยะ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับของ Bowlby (1961) แต่ Kubler-Ross (1969) นำระยะต่างๆ มาแบ่งได้ชัดเจนกว่า ดังนี้

1) ระยะปฏิเสธ (Stage of denial) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการสูญเสีย ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น คือ จะรู้สึกช็อกและไม่เชื่อ ปฏิเสธไม่ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น โดยพยายามรวบรวมแหล่งประโยชน์ภายในและภายนอกเพื่อพยายามผ่อนคลายนผลกระทบจากการสูญเสีย

2) ระยะโกรธ (Stage of anger) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธต่อไปแล้ว จะมีความรู้สึกโกรธที่ตนเองจะต้องเป็นผู้สูญเสีย และโทษบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือสิ่งแวดล้อม

3) ระยะต่อรอง (Stage of bargaining) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มยอมรับการสูญเสียที่จะมาถึงได้มากขึ้น แต่ยังต่อรองด้วยการแสดงความหวัง เพื่อยืดระยะเวลาการสูญเสียออกไปอีก

4) ระยะซึมเศร้า (Stage of depression) เป็นช่วงเวลาที่บุคคลเกิดความรู้สึกเสียใจอย่างรุนแรง มีพฤติกรรมแยกตัว ซอบอยู่เงียบๆ ไม่พูดคุย ร้องไห้เศร้าโศกอยู่คนเดียว

5) ระยะยอมรับ (Stage of acceptance) เป็นระยะที่บุคคลยอมรับการสูญเสีย

เสียที่เกิดขึ้นได้ เข้าใจความจริงว่าความตายและการแยกจาก เป็นสัจธรรมของชีวิต และเริ่มกลับสู่สภาพเดิม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กระบวนการความเศร้าโศกของ Kubler-Ross (1969) ที่ได้รับการยอมรับและใช้อย่างแพร่หลาย

1.5 ปัจจัยที่มีผลต่อความเศร้าโศก

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลจะสามารถผ่านระยะต่างๆ ของกระบวนการความเศร้าโศกไปจนถึงระยะสิ้นสุดได้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ซึ่งมีทั้งปัจจัยภายในและภายนอกที่มีอิทธิพลด้านบวกและด้านลบ ดังนี้

1.5.1 ปัจจัยภายใน

1) ความหมายของสิ่งที่จะสูญเสีย (Meaning of loss) โดยพบว่าหากผู้เสียชีวิตมีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ที่สูญเสียมากหรือเป็นบุคคลที่มีความหมายต่อชีวิตของสมาชิกในครอบครัวมากเท่าใดความเศร้าโศกก็จะรุนแรงมากยิ่งขึ้น (Canine, 1996)

2) ลักษณะของสัมพันธภาพ (Qualities of the relationship) ซึ่งพบว่า หากผู้เสียชีวิตและสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและผูกพันมาก การตัดขาดจะยากมากขึ้น เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส บุตร (Rich, 2002)

3) บทบาทของผู้เสียชีวิตในครอบครัว (Role of the patient) เช่น การเสียผู้นำครอบครัวทำให้สมาชิกในครอบครัวแบกรับหน้าที่เพิ่มขึ้นจะทำให้การปรับคืนสู่ภาวะสมดุลยาวนานขึ้น (Canine, 1996)

4) เงื่อนไขบทบาททางเพศของผู้เศร้าโศก (Griever's sex-role conditioning) ในสังคมเพศชายถูกคาดหวังให้ต้องรักษาบุคลิกภาพภายนอกให้สุภาพและควบคุมตัวเองได้ในขณะเดียวกันยอมให้ผู้หญิงแสดงอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ออกมาได้ ซึ่งอาจทำให้ผู้เศร้าโศกที่อาจมีการซ่อนเร้นความรู้สึกบางอย่างไว้เพราะบทบาททางเพศเป็นตัวกำหนด (Sikkema et al, 2000)

5) อายุของผู้เศร้าโศก (Age of the griever) พบว่า ผู้สูญเสียที่มีอายุน้อยจะจัดการกับความเศร้าโศกได้ไม่ดีเท่ากับผู้ที่มีอายุมากกว่า (Hegge and Fischer, 2000)

6) วุฒิภาวะและเชาวน์ปัญญาของผู้เศร้าโศก (Griever's maturity and intelligence) หากผู้ดูแลที่อยู่ในภาวะเศร้าโศกมีวุฒิภาวะและเชาวน์ปัญญาดีกว่า จะสามารถใช้กลไกการปรับตัวและสามารถผ่านระยะต่างๆ ของกระบวนการความเศร้าโศกไปได้ด้วยดี (Canine, 1996)

7) ประสบการณ์และการเผชิญการสูญเสียในครั้งก่อน (Previous experience with loss) โดยหากสมาชิกสามารถผ่านความเศร้าโศกในครั้งก่อนได้ดีก็จะสามารถผ่านความเศร้าโศกครั้งนี้ได้ดีเช่นกัน (Duke, 1998 ; Reid and Dixon, 2000)

8) สภาพจิตใจของผู้เศร้าโศก (Griever's mental state) ซึ่งพบว่า ผู้ที่มีบุคลิกเก็บกด ซึมเศร้า จะมีอาการเศร้าโศกที่รุนแรงกว่าบุคคลที่สามารถจัดการกับภาวะวิกฤตของตนเองได้ดี (Canine, 1995)

1.5.2 ปัจจัยภายนอก

1) การสนับสนุนระดับประคองจากบุคคลรอบข้างภายหลังการสูญเสียโดยพบว่า หากได้รับการสนับสนุนระดับประคองจากบุคคลรอบข้างภายหลังการสูญเสียดี ความเศร้าโศกก็จะลดลงเร็ว (Canine, 1996; Rousseu, 2001; Dutton et al., 2002)

2) ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม โดยพบว่า แต่ละวัฒนธรรมจะมีพฤติกรรมการแสดงออกถึงความเศร้าโศกความแตกต่างกัน ถ้าสังคมยอมรับการแสดงออกต่างๆ ได้จะดีมากกว่าการต้องเก็บกดความรู้สึกต่างๆ เอาไว้ (Smith, 2002)

3) ทักษะการดูแลผู้เศร้าโศก (Attitude of caregiver) โดยพบว่าหากผู้ดูแลมีทัศนคติที่จะทำให้จัดการกับความเศร้าโศกได้ดี (Almberg, 2000)

4) บริบทและสภาพแวดล้อมขณะสูญเสีย (Context of dying) เช่น ผู้เศร้าโศกที่มีการเตรียมใจมาก่อนจะช่วยให้ผู้เศร้าโศกยอมรับและสิ้นสุดระยะเศร้าโศกได้ง่าย (Canine, 1996)

5) สถานการณ์การสูญเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งพบว่า การสูญเสียแบบเฉียบพลันจะให้ความเศร้าโศกมากกว่า (Rich, 2002)

6) พิธีกรรมเกี่ยวกับการเสียชีวิต (Funerary rituals) ซึ่งพิธีกรรมจะมีส่วนช่วยให้สามารถยอมรับการเสียชีวิตได้มากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีประเด็นอื่น ๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความว้าวุ่น สุขภาพ การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ บุคลิกภาพแปรปรวนและความรู้สึกวุ่นวายไม่แน่นอนที่พบจากประสบการณ์ความเศร้าโศกในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส มีดังนี้

ก. ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการที่พบได้บ่อยภายหลังการสูญเสียสิ่งของและบุคคลอันเป็นที่รัก (นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์, 2542) มีลักษณะ คือ รู้สึกเศร้า หลีกหนีสังคม ซึ่งอาจเป็นความผิดปกติทางจิตที่เนื่องมาจากอารมณ์เศร้ายังคงอยู่จนมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและพฤติกรรม แต่ Fontaine and Flecher (1995: 240) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่แสดงออกทั้งทางอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด การทำหน้าที่ของร่างกายและพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่ง ในผู้สูงอายุที่มีอาการพบได้บ่อยถึงร้อยละ 15-20 (Lueckenotte, 1996: 274) ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกตำหนิตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และความจำบกพร่อง (Kemp, 1999: 25)

โดยสรุปภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะอารมณ์ที่แสดงออกทางความรู้สึกนึกคิดที่ประสบ ภายหลังจากสูญเสีย ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกเศร้า ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และ ความจำบกพร่อง หลีกหนีสังคม ซึ่งอาจเป็นความผิดปกติทางจิตที่เนื่องมาจากอารมณ์เศร้าหรือ ความผิดปกติทางอารมณ์ที่ยังคงอยู่นานจนมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและพฤติกรรม

สมพร บุษราทิจ และ ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ (2540) แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) ภาวะซึมเศร้าเพราะมีสาเหตุ (Reactive depression) คือ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น หลังจากมีความทุกข์ ความเครียดที่ปรากฏชัด เช่น เมื่อสามีที่รักเสียชีวิต เป็นต้น

2) ภาวะซึมเศร้าแบบไม่มีสาเหตุ (Non-reactive depression) คือ ภาวะซึมเศร้าที่หา สาเหตุแน่นอนไม่ได้

ในปัจจุบันสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน American Psychiatric Association (APA) (1994) ใช้เกณฑ์วินิจฉัยภาวะซึมเศร้าตามอาการที่สังเกตได้ ว่า หากบุคคลมีอาการร่วมกันอย่างน้อย 5 ใน 9 ข้อ ตามรายการข้างล่างนี้ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และต้องมีอาการของอารมณ์ซึมเศร้า หรือขาดความสนใจ ความพึงพอใจ อย่างใดอย่างหนึ่งร่วมด้วยเสมอ ดังนี้

- 1) อารมณ์เศร้าหมอง (Depressed Mood) เกือบตลอดวัน หรือเกือบทุกวัน
- 2) ขาดความสนใจหรือขาดความพึงพอใจ (Markedly decreased interest) ในกิจกรรม ทุกชนิด เฉื่อยชา เชื่องซึม
- 3) น้ำหนักลดลงโดยที่ไม่ได้ลดน้ำหนัก (Significant weight loss or gain)
- 4) แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง (Sleep changes) เช่น นอนไม่หลับ หรือนอน มากขึ้น
- 5) กระวนกระวายทั้งทางกายและใจ หรือเชื่องช้าหรือเชื่องซึม (Psychomotor agitation or retardation)
- 6) อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงหรือพลัง (Fatigue or loss of energy)
- 7) รู้สึกไร้ค่า (Worthlessness) โทษตนเอง (Excessive guilt) รู้สึกผิด
- 8) ความสามารถในการคิด สมารถลดลง (Cognitive ability)
- 9) คิดถึงการตายซ้ำๆ อยากฆ่าตัวตาย (Recurrent thoughts of death or suicide)

จากการทบทวนวรรณกรรม Kokko (1999) พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึม เศร้าในผู้สูงอายุ คือ การสูญเสีย (Loss) เช่น การสูญเสียคู่สมรส การงาน เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุ ที่เกิดภาวะซึมเศร้าหลังจากมีการสูญเสียคู่สมรส จะมีอาการทางความคิด คือ เชื่อว่า เขาไม่มี โอกาสจะมีความสุขอีกต่อไป สูญสิ้นหมดทุกสิ่งทุกอย่าง ชีวิตนี้มีแต่ความหม่นหมองมืดมน และ อาจมีอาการ นอนไม่หลับหรือนอนมากผิดปกติ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้อแท้ สิ้นหวัง หมด กำลังใจ ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ ที่เคยสนใจ อยากตาย (สมพร บุษราทิจ และ ศิริรัตน์

คุปติวุฒิ, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Breckenridge and Colleagues (1986) พบว่า อาการที่แสดงถึงอาการซึมเศร้า คือ เศร้า ร้องไห้ นอนไม่หลับ ไม่อยากรับประทานอาหาร น้ำหนักลดลง ซึ่งพบว่า ร้อยละ 75 ของผู้ที่สูญเสียคู่ชีวิตที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ 65 - 99 ปี และสามารถกลับเข้าสู่ภาวะปกติเมื่อระยะเวลาการสูญเสียผ่านไป 2 ปี (Mendes de Leon et al, 1994) นอกจากนี้อารมณ์ที่พบบ่อยๆ ในขณะที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก คือ โกรธ เศร้า เสียใจ รู้สึกผิด คิดในแง่ลบ (Bowlby, 1980) และจากการศึกษาของ Bonanno, et al. (1999) พบว่า ในช่วง 6 เดือนภายหลังการสูญเสียคู่สมรส กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39 จะรู้สึกทุกข์ทรมาน เศร้าเสียใจร้อยละ 36 และร้อยละ 34 จะมองตนเองในแง่ลบ ร้อยละ 14 จะรู้สึกโกรธ และอาจพบความรู้สึกอื่นๆ เช่น ละอายใจ ก้าว รู้สึกผิด อิจฉาริษยา เป็นต้นโดยอาการเหล่านี้สอดคล้องกับเกณฑ์วินิจฉัยภาวะซึมเศร้าของ APA (1994)

ข. ความว้าเหว่ (Loneliness)

ความว้าเหว่ เป็นอารมณ์หนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (Wilkinson and Pierce, 1997) สาเหตุที่ทำให้เกิดความว้าเหว่ คือ การสูญเสียต่างๆ ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น โดยพบว่า การสูญเสียคู่สมรสทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว้าเหว่ ได้บ่อย (Costello and Kendrick, 2000) และมีผู้ศึกษาได้ให้ความหมาย ความว้าเหว่ ดังนี้

Peplau and Perlman (1982) กล่าวว่า ความว้าเหว่ หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข ไม่พึงพอใจจากการต้องอยู่คนเดียว หรือการขาดการมีสัมพันธภาพกับบุคคลหรือสังคม แต่ Walmsley Association (2002) กล่าวว่า ความว้าเหว่ เป็นอารมณ์ที่ตอบสนองต่อการต้องอยู่คนเดียว การแยกจาก สังคมหรือบุคคล ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า วิตกกังวล และหมดหวัง นอกจากนี้ Carter (2001) กล่าวว่า ความว้าเหว่ คือ ความรู้สึกเจ็บปวดซึ่งเกิดจากการที่ถูกแยกจากบุคคล หรือ สิ่งอันเป็นที่รัก เช่น บุคคลในครอบครัว การงาน เป็นต้น ดังนั้น โดยสรุป ความว้าเหว่ เป็น กลุ่มอารมณ์ที่ตอบสนองต่อการต้องอยู่คนเดียว การแยกจาก หรือการขาดการมีสัมพันธภาพกับสังคมหรือบุคคล หรือ สิ่งอันเป็นที่รัก เช่น บุคคลในครอบครัว การงาน เป็นต้น ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า วิตกกังวล และหมดหวัง ความรู้สึกเจ็บปวด ซึ่ง Stroebe et al (1996) แบ่งชนิดความว้าเหว่หลังการสูญเสียเป็น 2 ชนิด คือ

- 1) Social Loneliness คือ ขาดการติดต่อกับสังคม รู้สึกเบื่อกับที่จะพบกับผู้อื่นในสังคม
- 2) Emotional Loneliness คือ รู้สึกเหมือนอยู่คนเดียว แม้ว่าขณะนั้นจะอยู่กับคนอื่น ๆ

ก็ตาม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า 1-2 เดือนแรก หลังจากสูญเสียคู่สมรส ผู้สูญเสีย ร้อยละ 59 จะรู้สึกว่าเหว่ ร้อยละ 37 รู้สึกว่าเหว่เมื่ออยู่กับคนอื่น ๆ และความรู้สึกนี้จะลดลงภายในระยะ 2 ปีภายหลังการสูญเสียเป็นร้อยละ 39 และ 23 ตามลำดับ (Shuchter and

Zisook, 1993) แต่ Horowitz, et al. (1997) พบว่าความว้าเหวจะพบเพียง 6 เดือนภายหลังการสูญเสีย และมีเพียงร้อยละ 38 จะมีความรู้สึกนี้อยู่ยาวนานถึง 14 เดือน นอกจากนี้ Townsend (1955 cited in Ryan and Patterson, 1987: 8) ศึกษาพบว่า ความว้าเหวมีความสัมพันธ์กับความสูญเสียมากกว่าการแยกตัวออกจากสังคม ผู้ที่เพิ่งเป็นหม้ายที่มีความว้าเหวมากที่สุดและพบว่ามีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นถ้าผู้สูงอายุนั้นไม่มีบุตรหลาน

ค. สุขภาพ (Health)

ภาวะสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ดูแล เนื่องจากการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะต้องเผชิญกับภาระที่หนักในการให้การดูแล ดังนั้นการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ และจิตวิญญาณจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพและสามารถดำรงอยู่ในสังคมอย่างปกติสุขหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้วซึ่งพยาบาลควรทราบผลกระทบจากความเศร้าโศก ดังนี้

คำว่า “สุขภาพ” (Health) มีขอบเขตความหมายที่กว้างมาก ยากที่จะอธิบายได้ง่ายๆ (Blaxter, 1990; Ewles, 1995; Naidoo, 1994; Pike and Forster, 1995) ซึ่งจะมีความหมายได้ตั้งแต่ตามหลักวิชาการแบบแคบไปจนกระทั่งถึงการรวมทั้งหมดของทางด้านศีลธรรมหรือทางปรัชญา “สุขภาพ” นั้นมีรากศัพท์มาจากคำว่า ทั้งหมด (Whole) แข็งแรง (Hale) และการหาย (Healing) เป็นสิ่งซึ่งแสดงว่าสุขภาพมีส่วนเกี่ยวข้องกับองค์รวมทั้งหมดของบุคคล ตลอดทั้งความสมบูรณ์ มั่นคง ปลอดภัยและสุขสมบูรณ์ นอกจากนี้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ในแต่ละสังคมหรือท้องถิ่นก็มีความแตกต่างกันซึ่งได้รับการถ่ายทอดมาจากทางด้านวัฒนธรรมของคนสมัยก่อน ๆ โดยจะอยู่ในรูปของสามัญสำนึก (common sense) (Naidoo, 1994)

คำว่า สุขภาพ ที่ใช้ในชีวิตประจำวันสามารถแยกออกเป็น 2 ความหมาย (Downie, Fyfe and Tannahil, 1990) ดังนี้ คือ 1.) สุขภาพทางลบ คือ สุขภาพที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ และความพิกลพิการต่างๆ ซึ่งมักเป็นความหมายของแบบวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ตะวันตก 2.) สุขภาพทางบวก คือ ภาวะสุขสมบูรณ์ที่แท้จริง (True well-being) และร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ (Fitness) ซึ่ง WHO (1998) ได้ให้ความหมายของสุขภาพ ไว้ว่า สุขภาพ คือ ภาวะสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ และไม่ได้หมายถึงเฉพาะความไม่พิการและการไม่มีโรคเท่านั้น

ประเวศ วะสี (2545) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิตและทางวิญญาณ ดังนั้น ความหมายโดยสรุปของ สุขภาพ คือ ภาวะสมบูรณ์และเชื่อมโยงกันอย่างสมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณโดยไม่ได้หมายถึงเฉพาะความไม่พิการและการไม่มีโรคเท่านั้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความเศร้าโศกมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ได้แก่ ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันมีการทำงานลดลง มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในหม้ายสูงวัยและมีอาการผิดปกติทางกายที่เกิดจากจิตใจ เป็นต้น (Horowitz, et al., 1997; Parkes, 1998) และยังพบว่าผู้ที่เศร้าโศกจะมีอัตราการเจ็บป่วย หรืออัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Marris, 1958) ซึ่งจากการศึกษาของ Thompson, et al. (1984) ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ 2 กลุ่มหลังการสูญเสีย 2 เดือน พบว่ามีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้น ผู้ที่ป่วยอยู่ก็ใช้ปริมาณยาเพิ่มขึ้น สุขภาพแยลง เมื่อเทียบกับคนที่มีอายุเท่าๆ กัน นอกจากนี้ เมื่อผู้เศร้าโศกเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) วิตกกังวล (Anxiety) จะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และโรคหัวใจ ตลอดจนแบบแผนการนอนหลับมีการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งการนอนไม่เพียงพอส่งผลทำให้ระบบการฆ่าเชื้อโรคในร่างกายทำงานลดลงเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเจ็บป่วยตามมา

ง. การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ (Role transition)

การสูญเสียบทบาทในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะการสูญเสียคู่สมรสเป็นการสูญเสียบทบาททางสังคมที่เคยได้รับมาแต่อดีต อาจทำให้ผู้สูงอายุ เกิดความรู้สึกว่ามีศักดิ์ศรีลดลง รู้สึกอาย ไร้สมรรถภาพ เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ในคู่สมรสที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการให้การดูแลตั้งแต่ 10 ถึง 15 ปี หรือ 20 ปี (Beeson, 2003) และต้องให้การดูแลเกือบตลอด 24 ชั่วโมงต่อวัน (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2543; Wimo et al., 2002) เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้วคู่สมรสที่เป็นผู้ดูแลเหล่านี้อาจมีปัญหในเรื่องการปรับเปลี่ยนบทบาทในด้านต่างๆ ได้เช่น จากการศึกษาของ Tudiver, Hildithch and Permaul (1991) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างหม้ายเพศชายกับกลุ่มควบคุมเพศชายมีสถานภาพสมรสคู่ ในช่วง 1 เดือนแรกภายหลังการสูญเสียพบว่า หม้ายเพศชายมีปัญหาในการทำงานในบ้านและนอกบ้าน และมีปัญหาในการจัดการกับเวลาว่างและบทบาทในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าภายหลังการสูญเสีย 7 เดือน ผู้ที่เป็นหม้ายร้อยละ 36 รู้สึกไม่พึงพอใจในสมรรถนะการทำงานของตน และยังคงมีปัญหานี้ไปจนกระทั่ง 13 เดือนภายหลังการสูญเสียเมื่อเปรียบเทียบกับคู่สมรสปกติที่พบปัญหานี้เพียงร้อยละ 10 เท่านั้น (Shuchter and Zisook, 1993)

จ. บุคลิกภาพแปรปรวน (Disturbance of identify)

เมื่อมีการสูญเสียคู่สมรสทำให้พฤติกรรมของผู้สูญเสียมีการเปลี่ยนแปลง เช่น แสดงอาการเจ็บป่วยทางกายคล้ายขณะคู่สมรสตัวเองป่วยอยู่ ซึ่งจากการศึกษาของ Shuchter and Zisook (1993) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สูญเสียคู่สมรสร้อยละ 87 รู้สึกว่าบางส่วนของชีวิตพวกเขาหายไป ในขณะที่ ร้อยละ 55 พบว่า ตนเองทำกิจกรรมอะไรที่เสมือนคู่สมรสที่เสียชีวิตไปแล้วเคยทำ ร้อยละ 39 พบว่า ตนเองทำกิจกรรมเหมือนคู่สมรสที่เสียชีวิตไปแล้วทุกอย่าง

และพบว่า ร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บป่วยทางกายคล้ายกับอาการขณะคู่สมรสของตนเองป่วยอยู่ เช่น ปวดศีรษะ เป็นต้น

จ. ความรู้สึกว่าอนาคตไม่มั่นคง (Sense of disrupted future)

ความรู้สึกว่าอนาคตไม่มั่นคงเกิดจากคู่สมรสสูญเสียบุคคลที่สามารถพึ่งพาได้ โดยในช่วง 1 เดือนแรกภายหลังการสูญเสีย คู่สมรสจะรู้สึกว่า อนาคตไม่แน่นอน ไม่มั่นคง (Horowitz, et al., 1997) ซึ่งความรู้สึกนี้จะค่อยๆ ลดลงไปเมื่อครบช่วงปีแรก และอาจจะรู้สึกสิ้นหวังหมดอนาคต โดยในช่วง 4 ถึง 7 ปีแรกของการสูญเสียแบบเฉียบพลันคู่สมรสจะมองโลกในแง่ร้าย (Lehman, 1987)

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุมากที่สุด เพื่อให้มีความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ชีวภาพตลอดจนระดับเซลล์เนื้อเยื่อของกระบวนการสูงอายุที่เพิ่มตามอายุ อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดพยาธิสภาพ ความเจ็บป่วย และนำความรู้ที่เกี่ยวกับทฤษฎีกระบวนการสูงอายุไปประกอบในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมจึงนำเสนอทฤษฎีที่เกี่ยวกับกระบวนการความชรา (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544) ดังมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ

ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ หมายถึง ผลของการเสื่อมของอวัยวะส่วนต่างๆ ทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง และเชื่อว่าทุกอวัยวะในร่างกายของสิ่งมีชีวิตจะแก่หรือเสื่อมลงในอัตราที่แตกต่างกัน แม้จะเป็นสิ่งมีชีวิตประเภทเดียวกัน โดยทฤษฎีแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ซึ่งในที่นี้จะขอนำเสนอเฉพาะทฤษฎีการสูงอายุที่เกี่ยวข้อง คือ

2.1.1 Stochastic theories เป็นทฤษฎีการสูงอายุที่อธิบายถึงการสูงอายุว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่สม่ำเสมอเป็นช่วงๆ และการเสื่อมจะสะสมมากขึ้นตามเวลาที่เพิ่มขึ้น ทฤษฎีเหล่านี้ได้แก่

1) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) ตามทฤษฎีนี้เชื่อว่าสารอนุมูลอิสระ ซึ่งเป็นสารที่เป็นผลพลอยได้จากขบวนการเผาผลาญ (Metabolic) ของร่างกายไม่ได้ถูกทำให้เป็นกลาง จึงทำให้อนุมูลอิสระไปจับเกาะกับโมเลกุลอื่น โดยเฉพาะเซลล์ต่างๆ ของร่างกายทำให้เซลล์ไม่สามารถทำงานได้ดังเดิม เซลล์จึงเกิดความเสียหาย ทำให้เซลล์อาจวมหรืออาจเหี่ยวแห้งขาดน้ำ (Dehydration) ส่งผลให้ภาวะสมดุลย์ (Homeostatic) สูญเสียไปในที่สุดทำให้เซลล์ตาย นอกจากนั้นตามทฤษฎีนี้เชื่อว่าสารอนุมูลอิสระเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกลายพันธุ์ (Mutation) ของ DNA-RNA transcription โดยเฉพาะในเนื้อเยื่อเซลล์ของ

กล้ามเนื้อและระบบประสาท ซึ่งมีการเกิดอนุมูลอิสระได้มาก จะมีการสะสมสาร lipofuscin หรือเรียกโดยทั่วไปว่า ตกกระ

2) ทฤษฎีการเชื่อมไขว้ (Cross-Linkage theory) ทฤษฎีนี้มีสมมติฐานเกี่ยวกับการสูงอายุก่อเกิดจากโปรตีนบางอย่างในร่างกายที่เพิ่มขึ้นและมีการเชื่อมไขว้จับตัวกันมากขึ้น ส่งผลให้ไปขัดขวางกระบวนการ Metabolism การได้รับอาหาร การขับของเสียจากเซลล์ทั้งในระดับภายในเซลล์ (Intracellular) และนอกเซลล์ (Extracellular) ทำให้การทำงานของเซลล์เนื้อเยื่อส่วนนั้นลดลงและส่งผลต่อโครงสร้างส่วนอื่นๆ ทฤษฎี Cross Linkage เสนอว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นระบบภูมิคุ้มกันจะทำงานมีประสิทธิภาพลดลง และระบบป้องกันร่างกายไม่สามารถกำจัดสารที่เกิดจาก cross Linkage ได้ จึงถือว่าเป็นสาเหตุเบื้องต้นของ arteriosclerosis และการทำงานของลดลงระดับภูมิคุ้มกัน รวมทั้งความยืดหยุ่นที่ลดลงของผิวหนัง

3) ทฤษฎีการเสื่อมสลาย (Wear and tear theory) ทฤษฎีนี้เสนอว่าเซลล์มีการเสื่อมสลายหรือตายเมื่อมีการใช้งานอย่างต่อเนื่องระยะหนึ่ง โดยเชื่อว่าการตายเกิดจากผลของเนื้อเยื่อต่างๆ มีการเสื่อมสภาพและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพดั้งเดิมได้ ทำให้เกิดการสูญเสียอย่างถาวร และเชื่อว่ากระบวนการสูงอายุก่อเกิดได้มากขึ้นหากมีความเครียด มีการสะสมของการบาดเจ็บ หรือการได้รับอุบัติเหตุต่างๆ

2.1.2 Nonstochastic theories เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงการสูงอายุว่าสามารถทำนายล่วงหน้าได้ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยมีเวลาเป็นตัวเงื่อนไขกำหนดทฤษฎีกลุ่มนี้ ได้แก่

1) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunity theory) ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายมนุษย์จะทำงานมีประสิทธิภาพลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเรียกภาวะดังกล่าวว่า "Immunosenescence" หรือความเสื่อมของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ลดลง ในวัยผู้สูงอายุ พบว่าการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันโดยเฉพาะ T-cell จะลดลงอย่างชัดเจนทำให้การป้องกันสิ่งแปลกปลอมเชื้อโรคต่างๆ ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อตนเองเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดโรคที่ร่างกายต่อต้านตนเองต่างๆ เช่น โรครูมาตอยด์ การเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันนี้ ยังไม่สามารถอธิบายถึงกลไกที่ชัดเจนได้ แต่พบว่าการทำงานที่ผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ

2) ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุที่เพิ่งเกิดขึ้น (Emerging theories) มีทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

- Neuroendocrine control or pacemaker theory ทฤษฎีนี้จะเชื่อในความเกี่ยวพันของระบบฮอร์โมนและระบบประสาทที่ส่งผลต่อการสูงอายุของมนุษย์ โดยเชื่อว่าในเพศหญิงและชายจะมีฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์ที่มีส่วนกับระบบกระบวนการสูงอายุ ได้แก่ Dehydroepiandrosterone (DHEA) ผลิตจาก adrenal glands พบว่า มีปริมาณ

ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และฮอร์โมน Melatonin ผลิตจากต่อม Pineal ซึ่งเป็นฮอร์โมนอีกตัวหนึ่งที่ได้รับความสนใจว่าอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับวงจรจังหวะเวลาชีวิตประจำวันของคน (biologic rhythms) โดยทั่วไปเมลาโตนินเป็นสารต้านอนุมูลอิสระและเพิ่มการทำงานของภูมิคุ้มกันในร่างกาย ดังนั้น จึงมีความเชื่อว่า เมลาโตนิน อาจเกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงอายุในแง่ที่ช่วยเพิ่มการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันและต้านอนุมูลอิสระ

- Metabolic theory of aging / Calorie restriction ทฤษฎีนี้เสนอว่าทุกเซลล์หรือเนื้อเยื่อจะมีการกำหนดที่แน่นอนถึงระยะ ช่วงเวลาของกระบวนการ การเผาผลาญ (Metabolic lifetime) ดังนั้นหากต้องมีการเผาผลาญอย่างรวดเร็วจะทำให้เซลล์เนื้อเยื่อสั้นลง

2.2 ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคม (Sociological theories aging)

ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมจะให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงทางสัมพันธภาพและบทบาทระหว่างบุคคล นอกจากนี้รวมถึงการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตในระยะเริ่มแรกของทฤษฎีการสูงอายุทางสังคม จะมุ่งเน้นให้ความสนใจกับการสูญเสียในวัยสูงอายุและการปรับตัวในบทบาทหรือกลุ่มสังคมของผู้สูงอายุ แต่ในระยะสิบปีที่ผ่านมาทฤษฎีนี้จะมองการสูงอายุในแง่ที่กว้างขึ้นในลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับลักษณะทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ การเมืองที่ผู้สูงอายุนั้นอาศัยอยู่ ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมที่กล่าวถึงมีรายละเอียด ดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าการสูงอายุนั้นเป็นลักษณะกิจกรรมที่มีการพัฒนาด้วยตัวของมันเอง มีรูปแบบลักษณะแบบแผนที่เป็นไปตามสังคมปกติ กล่าวคือ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุก็จะมี การปรับตัวที่เหมาะสมตามที่สังคมโดยทั่วไปยอมรับ เช่น มีการถอนตัวออกจากสังคม และลดบทบาทความสำคัญจากกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากเข้าสู่วัยชรา ทั้งนี้เพื่อคงความสมดุลให้แก่สังคม ที่จะมีบุคคลอื่นเข้ามาแทนที่บทบาทของผู้สูงอายุที่ถอยตัวออกมา

2.2.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory หรือ Developmental task theory) เป็นทฤษฎีการสูงอายุที่เสนอว่า ผู้สูงอายุยังคงต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพื่อเป็นผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีมุมมองว่า กิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตไว้ ซึ่งความพอใจในชีวิตของบุคคล และการมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ผู้สูงอายุที่ยังมีกิจกรรมสม่ำเสมอจะรู้สึกกระชุ่มกระชวย

2.2.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า ไม่ว่าจะการมีชีวิตที่ยังตื่นตัวไม่อยู่นิ่ง การพยายามใช้ชีวิตให้ไม่แตกต่างจากเดิมในวัยกลางคน หรือการที่พยายามลดบทบาทหน้าที่ แต่บุคคลสามารถจะใช้ชีวิตที่มีอยู่อย่างต่อเนื่องจากการดำรงชีวิตที่

ผ่านมา วัยสูงอายุมีไว้ยี่ที่เป็นตอนสุดท้าย หรือตอนปลายของชีวิตที่แยกออกมาอย่างชัดเจน แต่ชีวิตของมนุษย์จะมีความเชื่อมโยงต่อเนื่องกันมาตลอดตั้งแต่ในช่วงต้นของชีวิต

2.2.4 ทฤษฎีการแบ่งชั้นอายุ (Age stratification theory) ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับค่านิยมทางสังคม การพึ่งพาซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้สูงอายุกับสังคมโดยภาพรวม โดยมองว่าผู้สูงอายุเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การสูงอายุจะเป็นปฏิสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันระหว่างบุคคลและสังคมอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา

2.2.5 ทฤษฎีความเหมาะสมระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Person environment fit theory) ทฤษฎีนี้เสนอว่า สัมพันธภาพระหว่างกันของกลุ่มบุคคล ตัวผู้สูงอายุ และสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งกำหนดถึงสมรรถนะในตัว (personal competence) ของบุคคลนั้นๆ ความสามารถในตัวบุคคลจะถูกหล่อหลอมมาตลอดอย่างต่อเนื่องชั่วชีวิต ซึ่งในที่นี้น่ารวมถึงความแกร่งของจิตใจได้สำนึก ระดับของทักษะการทำงาน การเคลื่อนไหวต่างๆ สุขภาพร่างกาย ความนึกคิดเชาว์ปัญญา และความสามารถในการสัมผัส เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้น สมรรถนะในตัวเหล่านี้อาจเปลี่ยนแปลงไปหรือลดลง ส่งผลต่อความสามารถของบุคคลในการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อม เชื่อว่ายี่อายุของบุคคลเพิ่มขึ้น สิ่งแวดล้อมจะยิ่งเพิ่มความรู้สึกคุกคาม กับบุคคล ทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถในการเผชิญกับสิ่งแวดล้อม

2.3 ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological theory of aging)

ทฤษฎีนี้มีแนวคิดพื้นฐาน จากความเชื่อที่ว่าพัฒนาการมนุษย์เป็นสิ่งที่ต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา จะเป็นการรวมทั้งทฤษฎีทางชีวภาพ และทางสังคม ร่วมกันอธิบายกระบวนการสูงอายุ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงในการปรับตัวที่หลากหลาย เพื่อช่วยในการเผชิญหน้า หรือยอมรับปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น ดังนั้น การสูงอายุทางจิตวิทยา ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม รวมถึงพัฒนาการด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้สูงอายุ ทฤษฎีการสูงทางจิตวิทยาจะมุ่งให้ความสนใจถึงพฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ซึ่งสามารถแบ่งเป็นกลุ่ม ได้ดังนี้

2.3.1 ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ตามขั้นของมาสโลว์ (Maslow is hierachy of human needs theory) มาสโลว์ บุคคลจะมีความต้องการภายในตามลำดับขั้นที่ ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล เมื่อมนุษย์สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ความต้องการในลำดับช่วงหนึ่งแล้ว ก็จะช่วยความต้องการขึ้นไปอีกลำดับขั้น จนกระทั่งถึงขั้นสูงสุด

2.3.2 ทฤษฎีเอกัตบุคคลของจุง (Jung's Theory of Individualism) ทฤษฎีนี้เสนอว่า บุคลิกภาพจะมีทั้งลักษณะที่เปิดเผยต่อโลก (extrovert) และลักษณะส่วนบุคคล (introvert) สมดุลระหว่างทั้ง 2 ลักษณะนี้จะแสดงถึงความเป็นบุคคลนั้นซึ่งสำคัญต่อสุขภาพจิตของบุคคล เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้น บุคลิกภาพจะเริ่มเปลี่ยนแปลงจากภายนอกเข้ามาภายใน

ในตน บุคคลจะเริ่มหาคำตอบโดยมองจากภายในตนเองมากขึ้น บุคคลที่จะมีลักษณะเป็นสูงอายุ ประสบความสำเร็จตามแนวคิดของจุงนั้น หรือเสื่อมถอยของร่างกาย และจะต้องสามารถยอมรับได้ทั้งความสำเร็จ และข้อจำกัดที่เกิดขึ้น

2.3.3 ทฤษฎีระยะ 8 ขั้นของชีวิต (Eight stages of life theory) ทฤษฎีนี้ถูกเสนอโดย อีริกสัน ซึ่งบางครั้งจึงถูกเรียกว่า ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's epigenetic theory) ซึ่งทฤษฎีนี้เสนอว่าขบวนการพัฒนาของชีวิตจะสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลจากวัฒนธรรมและสังคม อีริกสันได้แบ่งช่วงชีวิตคนเป็น 8 ระยะ โดยระยะที่ 1 ถึง 6 เป็นระยะตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 40 ปี ระยะที่ 7 คือบุคคลในช่วงอายุ 40 ถึง 60 ปี เป็นช่วงวัยกลางคน ที่บุคคลมีความเข้าใจ และยอมรับในตนเอง บุคคลในวัยนี้จะมีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ มุ่งสร้างความสำเร็จในชีวิต ระยะที่ 8 เป็นช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จะเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุมีความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา คุณค่าของบุคคลในวัยนี้อยู่ที่ภูมิปัญญา ซึ่งสั่งสมมาตลอดชีวิต หากผู้สูงในวัยนี้ไม่ประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวในชีวิตจะเกิดความท้อแท้หมดหวัง รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย

ทฤษฎีการสูงอายุทำให้ทราบและมีความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดพยาธิสภาพ ความเจ็บป่วย โรคอันเกิดจากความเสื่อมทางร่างกาย หรืออวัยวะต่างๆ ตลอดจนมีความเข้าใจถึง ค่านิยม ความเชื่อของผู้สูงอายุ ที่ทำให้ผู้สูงอายุแต่ละคนมีบุคลิกภาพที่ต่างกันไป ซึ่งจะทำให้สามารถเข้าใจและมองผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม และนำไปสู่การให้การดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุม

2.4 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บุคคลจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ ซึ่งสามารถสรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้แก่การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ดังนี้

2.4.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

1) การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปในทุกๆ ระบบของร่างกาย ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

2) ระบบประสาทรับความรู้สึก เมื่อมีอายุ 60 ปี ประสิทธิภาพการมองเห็นจะเสื่อมลง การได้ยินลดลง เมื่ออายุ 70 ปี การได้กลิ่นจะลดลงประสาทรับความรู้สึกผิวหนังก็จะลดลง

3) ระบบกล้ามเนื้อ จะมีความยืดหยุ่น น้อยลง มีกำลังอ่อนแอลง เมื่ออายุ 60 ปี อวัยวะทุกส่วนจะทำงานช้าลง

4) ระบบกระดูก กระดูกจะกร่อนเมื่ออายุ 45 ปี ทำให้มีอาการปวด หลังจะโค้งงอ มีกระดูกบางเปราะ และแตกง่าย เนื่องจากจะมีปริมาณแคลเซียมลดลง มีข้อติดแข็งได้ง่าย

5) ผิวหนังและเนื้อเยื่อ ผิวหนังจะเหี่ยวยุบ ฉีกขาดและช้ำง่าย เมื่ออายุ 80 ปี ความยืดหยุ่นของผิวหนังจะลดลง ต่อมเหงื่อจะน้อยลง ทำให้การปรับอุณหภูมิร่างกายไม่ดี

6) ระบบการย่อยอาหาร ผู้สูงอายุจะมีฟันโยกคลอน หลุดง่ายทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด น้ำย่อยในกระเพาะอาหารลดลง การย่อยอาหารประเภทเนื้อสัตว์ไม่ดีอาจมีอาการท้องอืด การดูดซึมสารอาหารได้ลดลง อาจทำให้เกิดภาวะขาดอาหารได้

7) ระบบประสาท มีการเปลี่ยนแปลงของสมอง สมองเสื่อม ความรู้สึกช้า การทำงานระหว่างสมองและกล้ามเนื้อเสียไป การทรงตัวลดลงมีอาการสั่นตามร่างกาย

8) ระบบทางเดินหายใจ เมื่อมีอายุ 75 ปี ขึ้นไป การทำงานของปอดจะลดลง มีความยืดหยุ่นลดลง จึงทำให้มีการหายใจเร็ว เหนื่อยง่าย และการแลกเปลี่ยนออกซิเจนจะลดลง

9) ระบบการขับถ่าย ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง เกิดการท้องผูก ท้องเดินง่าย

10) ระบบทางเดินปัสสาวะ เมื่ออายุ 75 ปีขึ้นไป ไตทำงานลดลง การกรองของเสียออกจากร่างกายลดลง แต่จะขับน้ำออกมากขึ้นทำให้ปัสสาวะบ่อย กล้ามเนื้อหูรูดที่กระเพาะปัสสาวะอาจยืดหย่อนทำให้การขับถ่ายปัสสาวะกระปริบกระปรอย ถ่ายปัสสาวะไม่หมดและมีการติดเชื้อง่าย

11) ระบบสืบพันธุ์ ชายเมื่ออายุ 50 ปี การผลิตอสุจิจะลดลง และเมื่ออายุ 60 ปี ฮอโมนเพศเทสโทสเตอโรนลดลงแต่ไม่มากนัก ส่วนเพศหญิงเมื่ออายุได้ 48-50 ปี ส่วนใหญ่จะหมดประจำเดือน ฮอโมนเพศเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนจะลดลงอย่างรวดเร็ว

12) ระบบการไหลเวียนโลหิต ผนังเส้นเลือดจะแข็งและขาดความยืดหยุ่นเนื่องจากมีไขมันเกาะตามผนังเส้นเลือด เมื่ออายุ 75 ปี หัวใจและลิ้นหัวใจจะมีความยืดหยุ่นลดลง เมื่ออายุ 90 ปีจะมีแรงสูบฉีดลดลง ปฏิกริยาการต่อต้านภูมิคุ้มกันต่างๆ ก็จะลดลงทำให้เจ็บป่วยง่ายและรุนแรง

13) ระดับสติปัญญา ความจำเสื่อมลง โดยเฉพาะความจำเหตุการณ์ปัจจุบัน (Recent memory) ส่วนความจำในอดีต (Remote memory) จะยังดีอยู่โดยความเสื่อมของระดับสติปัญญาจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

2.4.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคม การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียต่างๆ ดังนี้ (สุรกุล เจนอบรม, 2534)

1) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท เพื่อนสนิท ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพลัดพราก และก่อให้เกิดความเศร้าโศกและซึมเศร้าได้

2) การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัวผู้สูงอายุ บุตรมักจะมีครอบครัวแยกย้ายกันไปอยู่ที่อื่น สภาพสังคมปัจจุบันมีแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงจากสภาพครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บทบาทในการดูแลและเป็นที่ปรึกษาของบุตรหลานของผู้สูงอายุ

ลดลง ทำให้เกิดความเหงา

3) การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยที่ต้องออกจากงานทำให้เกิดความสูญเสีย และมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ ทำให้ความมั่นใจในความสามารถและคุณค่าของตนเองลดลง

2.4.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม

สุรกุล เจนอบรม (2534) กล่าวว่า นอกจากความเสื่อมทางด้านร่างกายและความปรวนแปรทางด้านจิตใจแล้วการเปลี่ยนแปลงทางสังคมก็เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่ง ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว และถ้าสภาพสังคมเน้นความสำคัญและความสำเร็จของคนหนุ่มสาวมากกว่า คนสูงอายุ ก็จะทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่าเป็นภาระแก่สังคม ในปัจจุบันสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงเป็นครอบครัวเดี่ยวโดยเฉพาะในสังคมเมือง ทั้งนี้เพราะประเทศไทยกำลังก้าวไปสู่ประเทศอุตสาหกรรมใหม่ เงินจึงเป็นปัจจัยในการดำรงชีวิตที่สำคัญ สังคมชนบทเริ่มกลายเป็นสภาพสังคมเมืองมากขึ้น ทำให้ต้องดิ้นรนหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว มีการแข่งขันกันสูง การพึ่งพาอาศัยกันน้อยลง ยึดถือความมีอิสระส่วนบุคคลสูง เกิดช่องว่างระหว่างคนรุ่นใหม่และผู้สูงอายุ ทำให้ขาดความเคารพ ขาดการยอมรับและดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเสียอำนาจและคิดว่าตนเองเป็นภาระของบุตรหลานที่ให้การดูแล การปลดเกษียณ และการเปลี่ยนแปลงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นการลดบทบาทการเกี่ยวข้องกับสังคมทำให้เกิดกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมลดลง ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อนอาจเกิดความเครียดขึ้น

3. ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองในส่วนเปลือกสมองทำให้เกิดความบกพร่องของสติปัญญา ความจำ ความคิดเชิงนามธรรม การตัดสินใจ การควบคุมอารมณ์ บุคลิกภาพ และมีความผิดปกติของการพูด การเข้าใจภาษา (Winblad et al., 2000) เกิดได้จากหลายสาเหตุ

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม สามารถจำแนกเป็น 2 ชนิด (พนัส รัญญะกิจไพศาล, 2544; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) คือ

1) สาเหตุปฐมภูมิ (Primary dementia) ที่มาจากความผิดปกติภายในเนื้อสมองทำให้มีการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง (Degenerative) เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคพิก โรคพาร์กินสัน โรคสมองขาดเลือด การติดเชื้อที่สมองต่างๆ เนื้องอกในสมอง เลือดคั่งในสมอง การบาดเจ็บที่ศีรษะ

2) สาเหตุทุติยภูมิ (Secondary dementia) ที่มาจากภายนอกเนื้อสมองที่พบบ่อย คือ จากการผิดปกติของหลอดเลือด เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ เป็นต้น

อาการของภาวะสมองเสื่อมที่ชัดเจน คือ มีระบบความจำเสื่อมลงร่วมกับอาการต่างๆ เช่น ความบกพร่องในเรื่องการจัดการ การบริหาร ได้แก่ การตัดสินใจ ความคิดที่เป็นลำดับขั้นตอนเหตุผล ความคิดในเชิงนามธรรม และการที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตร ประจำวันได้ด้วยตนเอง (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2545; Hooker et al., 2002) เป็นต้น

ประเภทของภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมมีสาเหตุหลายประการ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (พนัส ธัญญะกิจไพศาล, 2544; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2546) คือ

1) กลุ่มที่อาจแก้ไขหรือยับยั้งได้ (Treatable or arrestable dementia) ได้แก่ สมองเสื่อมที่เกิดจากเนื้องอกในสมอง การติดเชื้อซิฟิลิสในสมอง เป็นต้น

2) กลุ่มที่มีอาการสมองเสื่อมคงที่ (Static dementia) ได้แก่ สมองเสื่อมที่เกิดจากการขาดออกซิเจน น้ำตาลในเลือดต่ำเป็นเวลานานๆ จากอุบัติเหตุทางสมอง เป็นต้น

3) กลุ่มที่มีอาการเสื่อมถอยต่อเนื่อง (Progressive dementia) ได้แก่ สมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ หลอดเลือดผิดปกติ (Vascular dementia) เป็นต้น

การวินิจฉัยอาการสมองเสื่อมสรุปได้ ดังนี้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2532)

1) วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม โรคที่ต้องแยกออกไป เช่น Aphasia amnesia เป็นต้น ซึ่งเป็นอาการเฉพาะที่ ถ้าผู้ป่วยมีอาการมากก็ไม่มีปัญหาในการวินิจฉัย แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการน้อย ก็อาจมีปัญหาในการวินิจฉัย วิธีการคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อมมีหลายวิธี แต่ที่นิยมคือ การใช้ Mini-mental State Examination (MMSE-Thai 2002) ที่มีการแปลและใช้สำหรับทดสอบคนไทยและใช้เป็น screening test ซึ่งในผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ค่าปกติคือมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน (คะแนนเต็ม 23 คะแนน) ผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับประถมศึกษา ค่าปกติคือ มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) และสำหรับผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าประถมศึกษา ค่าปกติคือ มากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) ซึ่งคะแนนที่ต่ำกว่าค่าปกติดังกล่าวอาจจะเป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งต้องนำผู้ป่วยไปตรวจดูสมรรถภาพสมองที่ละเอียดขึ้น หรือตรวจทาง Neuropsychology ต่อไป

2) แยกอาการภาวะซึมเศร้าจากภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า ซึ่งถ้าสงสัยว่าเป็น ภาวะซึมเศร้า อาจลองใช้ยา Antidepressant ถ้าเป็น ภาวะซึมเศร้าอย่างเดียวผู้ป่วยจะหายเป็นปกติได้

3) เมื่อไม่แน่ใจว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม ต้องหาสาเหตุต่อไปว่าเป็น primary dementia หรือ second dementia

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มอาการเสื่อมถอยโดยเฉพาะอัลไซเมอร์ที่พบได้ถึงร้อยละ 50 ของประชากรผู้สูงอายุของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (กัมมันต์ พันธุมจินดาและศรีจิตรา บุณนาค, 2540) ดังนั้นการรักษาภาวะสมองเสื่อมโดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาการ

เสื่อมถอย ในปัจจุบันไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีเพียงการรักษาตามอาการเท่านั้น (ก้องเกียรติ ภูณท์กันทราร, 2546) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) การรักษาโดยการให้ยา ยากลุ่มประคับประคองอาการสมองเสื่อมให้ยาจำพวก Acetylcholine esterase inhibitor ซึ่งในประเทศไทยมีจำหน่าย 2 ชนิด คือ Donepezil (Aricept) มีขนาด 5 และ 10 มิลลิกรัม (ในประเทศไทยมีเฉพาะ 5 มิลลิกรัม) ขนาดที่ใช้ 5 มิลลิกรัมต่อวันให้วันละครั้ง และ Rivastigmine (Exelon) มีขนาด 1.5 มิลลิกรัม 3 มิลลิกรัม 4.5 และ 6 มิลลิกรัม ขนาดที่ใช้เริ่มจาก 3 มิลลิกรัม ต่อวันปรับขนาดทุกๆ 2 สัปดาห์ เป็น 6 มิลลิกรัม 9 มิลลิกรัม จนถึง 12 มิลลิกรัมต่อวันตามลำดับ ทั้งนี้ขึ้นกับผลข้างเคียงของยา โดยยาในกลุ่มนี้จะมีคุณสมบัติเป็น cognitive enhancer ที่ดีและลดอาการทางจิตบางอย่าง

2) การรักษาโดยไม่ใช้ยา เป็นแนวทางที่สำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มียาใดที่ไม่มีผลข้างเคียงที่สามารถรักษาและสามารถส่งอาการร่วมต่างๆ ได้ เช่น อาการทางจิต อาการกระวนกระวาย ปัญหาในการนอน นอกจากนี้ผลข้างเคียงของยาและราคายาที่ค่อนข้างสูงมาก ทำให้มีข้อจำกัดในการรักษาโดยการให้ยา ซึ่งใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง หรืออาการหรือพฤติกรรมใดที่ไม่เป็นอันตรายต่อชีวิต ร่างกายของผู้ป่วยและคนใกล้ชิด (จักรกฤษณ์ สุขยั้ง, 2544)

4. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว (Family caregiver)

ครอบครัวเป็นสถาบันหลักทางสังคมที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลทุกคนเนื่องจากเป็นสถาบันพื้นฐาน ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ในทุกลักษณะ เป็นแหล่งที่เลี้ยงดู หล่อหลอม อบรม ครอบครัวยุคใหม่เป็นสถาบันหลักทางสังคมที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลทุกคนเนื่องจากเป็นสถาบันพื้นฐาน ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ในทุกลักษณะ เป็นแหล่งที่เลี้ยงดู หล่อหลอม อบรม สั่งสอน ขัดเกลา ปกป้อง คุ้มครอง และพัฒนาบุคคลตั้งแต่เกิดจนกระทั่งเสียชีวิต

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544) ได้ให้ความหมายของครอบครัว ภายใต้แนวคิดของ Magill (1995) ว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับทางกฎหมาย อาทิ ความสัมพันธ์ที่เกิดจากการสมรสหรือ การรับเป็นบุตรบุญธรรม หรือมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ที่เกิดจากการสืบทอดทางสายโลหิต เช่น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ลูกหลาน และเครือญาติ หรือ มีความสัมพันธ์ทางจิตใจและอื่นๆ ก็ตาม เช่น ผู้ที่เป็นเพศเดียวกัน โดยอยู่อาศัยร่วมกันในชุมชนเดียวกันมาเป็นระยะเวลายาวนาน หรืออยู่ในสถาบันที่ให้สถาบันที่ให้การดูแล

4.1 บทบาทของครอบครัว

Friedman (1986) ได้กล่าวถึงบทบาทของครอบครัวในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวว่ามีหน้าที่ 6 ประการ คือ

4.1.1) ด้านความรักความเอาใจใส่ (Affective function) คือ ครอบครัวมีหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของสมาชิกแสดงออกโดยการให้ความรักความอบอุ่นความเอาใจใส่แก่สมาชิกเพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพจิตดีมีบุคลิกที่มั่นคง

4.1.2) ด้านการอบรมเลี้ยงดู (Socialization function) เป็นกระบวนการพัฒนาแบบแผนพฤติกรรมที่ต่อเนื่องตลอดชีวิตของสมาชิกเพื่อเป็นการปลูกฝังส่งเสริมนิสัยที่ดีงามทำให้เด็กพร้อมที่จะเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต

4.1.3) ด้านการผลิตสมาชิกใหม่ (Reproductive function) ครอบครัวมีหน้าที่ในการสร้างสมาชิกในสังคมมีจำนวนเพิ่มขึ้น เป็นหน้าที่ในการสืบเผ่าพันธุ์เชื้อสายของมนุษย์ และสำหรับครอบครัวแล้วหน้าที่นี้เป็นการสืบสกุลให้กับครอบครัวให้ดำรงต่อไป

4.1.4) ด้านการเผชิญปัญหาในครอบครัว (Family coping function) เนื่องจากครอบครัวจะต้องถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก สิ่งรบกวนเหล่านี้ อาจหมายถึง บุคคล สิ่งของ เหตุการณ์ สถานการณ์ ที่ทำให้เกิดความเครียดในครอบครัว สิ่งทีรบกวนความสงบสุข เช่น การสูญเสียคู่สมรส การหย่าร้าง เป็นต้น โดยแบ่งวิธีการเผชิญปัญหา ออกเป็น 2 วิธี คือ

1) การเผชิญปัญหภายในครอบครัว คือ วิธีการที่ครอบครัวพยายามช่วยเหลือตนเองโดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่แล้วในครอบครัว มีการปรับพฤติกรรม บทบาท ของสมาชิกแต่ละคนเพื่อให้แก้ปัญหาได้ ได้แก่ ความเชื่อถือไว้วางใจ การผ่อนคลายสถานการณ์โดยใช้อารมณ์ขัน สมาชิกร่วมกันแก้ปัญหา การพัฒนาสมาชิกให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น การให้สมาชิกรับรู้เกี่ยวกับปัญหาบิดเบือนจากความเป็นจริง

2) การเผชิญปัญหภายนอกครอบครัว เป็นวิธีการที่ครอบครัวใช้แหล่งประโยชน์จากภายนอกครอบครัว ได้แก่ การหาข้อมูลข่าวสารเพื่อประกอบการพิจารณาแก้ปัญหา การติดต่อกับญาติและชุมชนมากขึ้น และใช้แหล่งประโยชน์ในระบบสังคมโดยรวม เช่น ระบบสวัสดิการ การสังคมสงเคราะห์ ระบบการบริการสุขภาพ เป็นต้น

4.1.5) ด้านการจัดการทรัพยากรทางเศรษฐกิจ (Economic function) ครอบครัวต้องมีการจัดหารายได้ที่จะนำไปใช้จ่ายใช้สอย เพื่อจัดหาสิ่งจำเป็นทางกายภาพให้กับครอบครัวหน้าที่รวมถึง การจัดสรรรายได้ที่ได้มาเพื่อนำมาใช้จ่ายอย่างเหมาะสม

4.1.6) ด้านการจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานสำหรับสมาชิก ได้แก่ การจัดหา บั๊จจยี่ คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และที่อยู่อาศัย รวมทั้งการจัดการด้านการบริการสุขภาพ เพื่อให้สมาชิกมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง

จากบทบาทของครอบครัวในด้านความรักเอาใจใส่การเผชิญปัญหาในครอบครัว การจัดการทรัพยากรทางเศรษฐกิจ และการจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานสำหรับสมาชิก ดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น

เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยครอบครัวจึงต้องมีการจัดแบ่งหน้าที่เพื่อให้การดูแลแก่สมาชิก โดยเฉพาะสมาชิกที่เป็นผู้สูงวัยและมีภาวะสมองเสื่อมซึ่งต้องใช้เวลาในการดูแลเกือบตลอด 24 ชั่วโมง (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2543; Wimo et al., 2001)

4.2 ความหมายของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว (Family caregiver)

ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว (Family caregiver) หมายถึง ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้านโดยมีลักษณะสำคัญ ดังนี้ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

1) ผู้ดูแลนั้นมีความสัมพันธ์โดยมีความเป็นญาติ หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้รับการดูแล ซึ่งอาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง เป็นต้น

2) มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือ โดยไม่ได้รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง Horowitz (1985) ได้แบ่งผู้ดูแลออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย กิจวัตรประจำวัน โดยให้เวลาในการดูแลสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่ให้การดูแลด้านอื่นที่ไม่ได้กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น ดูแลเรื่องการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล ค่าครองชีพ หรือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรงเป็นบางครั้งบางคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ทั้งนี้การดูแลอาจมีรูปแบบอื่นๆ เช่น มีผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง มีผู้ดูแลหลัก 2 คนโดยไม่มีผู้ดูแลรอง และมีผู้ดูแลหลัก 1 คน ผู้ดูแลรองหลายคน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลอย่างปลอดภัยและเหมาะสมป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่จะพบในขณะที่ให้การดูแล และภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

4.3 ผลกระทบของผู้ดูแล

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน (2545) กล่าวว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมกลุ่มที่มีอาการเสื่อมถอยต่อเนื่อง (Progressive dementia) ซึ่งกลุ่มที่มีอาการเสื่อมถอยนี้เมื่อมีการดำเนินของอาการเพิ่มมากขึ้นผู้ป่วยจะสูญเสียความจำ ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลเกือบตลอด 24 ชั่วโมง (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2543; Wimo et al., 2002) ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวและบุคคลในครอบครัวมักจะทำใจได้ยากในการปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแล (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2545)

จากการศึกษาของ Robins, Mace and Lucas (1982) พบว่า ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมต่อครอบครัว จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มารับบริการใน

แผนกจิตเวชของ The John Hopkins University ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 55 ราย พบว่า พฤติกรรมของผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ผู้ดูแลคิดว่ามีความลำบากใจและเป็นภาระของผู้ดูแลเรียงตามลำดับความรุนแรง ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด เลี้ยงกฏเกณฑ์ การเดินร่วนวายในตอนกลางคืน ภาวะสับสน หลงลืม และปัญหาในการสื่อความหมาย นอกจากนี้ยังพบว่าผลกระทบทางด้านจิตใจ คือ รู้สึกโกรธ มีภาวะซึมเศร้า และความเหนื่อยล้าสูงถึงร้อยละ 87 ต่อมา O'Conner et al., (1990) ได้ทำการวิจัยเพื่อสำรวจในผู้ดูแลที่เป็นญาติ จำนวน 120 ราย พบว่าภาวะพึ่งพาทางกายทำให้ผู้ดูแลที่เป็นญาติรู้สึกว่าเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด และเพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค เมื่อเปรียบเทียบระหว่างความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุพบว่าผู้ดูแลที่เป็นภรรยาจะประสบปัญหาและเกิดความเครียดได้มากกว่าผู้ดูแลที่เป็นสามี และหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยผลกระทบต่อผู้ดูแลมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ดังกล่าวมาแล้ว ดังนั้น ในการให้การพยาบาลจึงต้องให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลไปพร้อม ๆ กัน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2543; Isaacs, 2001) ซึ่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางกายและจิตใจซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะคือ ขณะให้การดูแลและหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนี้

4.3.1 ผลกระทบของผู้ดูแลขณะให้การดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยและมักจะมีอายุด้วยกันทั้งคู่ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546; สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2546; Hagan, 2001) ซึ่ง ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2546: 3 - 5) และ A Consumer Health Science (cited in Sey, 2001;) สรุปผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้

4.3.1.1 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ผลกระทบทางด้านจิตใจที่พบในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้

1) ความเครียด ผู้ดูแลเกิดความเครียด เนื่องจากผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ก้าวร้าว หวาดระแวง เป็นต้น (สิรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์, 2544)

2) ความวิตกกังวล พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 37 จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย เช่น การรับประทานสิ่งที่ไม่ใช่อาหารซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ เป็นต้น (สิรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์, 2544)

3) อารมณ์เศร้า (Sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลจะรู้สึกเหมือนสูญเสียญาติสนิทหรือสามีภรรยาของตนไปทั้งๆที่ยังมีชีวิตอยู่ เพราะผู้ป่วยระยะหลังจำผู้ดูแลไม่ได้ ไม่สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้ด้วยตนเอง นิสัยใจคอและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นบุคคลอีกคนหนึ่งที่มีอารมณ์หุนหัน รุนแรง ทำให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ

4) ความรู้สึกผิด (Guilt) เพราะบางครั้งผู้ดูแลจะทะเลาะกับผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้หลังจากเหตุการณ์ผ่านไปแล้ว ผู้ดูแลจะรู้สึกผิดที่โกรธผู้ป่วย

5) ความโกรธ (Anger) ผู้ดูแลอาจรู้สึกโกรธตัวเอง โกรธผู้ป่วยหรือโกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

6) ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) ผู้ป่วยสมองเสื่อมนอกจากปัญหาทางด้านความจำแล้วยังมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยไปแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้เกิดความอับอายได้

7) ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ด้วยภาวะที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวกเสมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเหมือนอยู่คนเดียว

4.3.1.2 ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาสุขภาพเฉลี่ยสูงกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ซึ่งปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยๆ (ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์, 2546) คือ

1) ปวดหลัง (Backache) พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 60 มีอาการปวดหลัง เนื่องจากการยก การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้อง และเกินกำลังตนเอง และปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากจิตใจ (Psychosomatic) ที่มีสาเหตุ มาจากภาวะเครียดที่จะสื่อให้ทราบว่าภาวะที่ผู้ดูแลแบกรับไว้นั้นนับวันยิ่งเพิ่มมากขึ้น และเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภะนั้น

2) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (Weakness) เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่ มักมีปัญหาในการนอนหลับทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลมีแบบแผนการนอนหลับถูกรบกวนถึงร้อยละ 46 ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีแรงเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย และยังทำให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิดโมโหง่าย ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

3) มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาจะสูงอายุด้วยกันทั้งคู่ และเนื่องจากผู้สูงอายุมักจะมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ด้วยภาวะที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ทำให้มีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาพบแพทย์ พักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่อาจมีอาการกำเริบขึ้นได้ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 32 จะมีโรคความดันโลหิตสูง

4.3.1.3 ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-economic problem)

ผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ ที่พบได้ในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีดังนี้

- 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน (Change in working pattern) มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากทำงานเต็มเวลา ไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางรายอาจต้องเสียสละลาออกจากงานเพื่อมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา
- 2) รายได้ลดลง (Lower income) ถ้าผู้ดูแลมีการปรับเปลี่ยนลักษณะงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้เกิดขึ้น และบางรายอาจเป็นหนี้เพิ่มขึ้นอีกด้วย
- 3) ความขัดแย้งภายในครอบครัว (Family conflict) การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีการบริหารจัดการที่ไม่ดีแล้วอาจทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีปัญหา อาจมีการผิดถั่วการดูแล ค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองอาจเกิดปัญหาไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้

4.3.2 ผลกระทบของผู้ดูแลหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจะมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เช่น ทางด้านร่างกาย พบว่า ชายที่เป็นหม้ายซึ่งมีอายุระหว่าง 45 ถึง 74 ปี จะมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าประชากรทั่วไปในวัยเดียวกัน ส่วนในหญิงหม้ายพบว่าอัตราการเสียชีวิตสูงเป็น 2 เท่าของประชากรในวัยเดียวกัน ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานบกพร่อง ทางด้านจิตใจ พบว่า มีภาวะซึมเศร้า ความว้าวุ่น ใ้ยากล่อมประสาทสูงกว่าคนปกติและมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไปในช่วงปีแรก ทางด้านสังคม โดยเฉพาะในหญิงหม้าย พบว่า มีแนวโน้มที่จะแยกตัว ใช้เวลาอยู่คนเดียว เปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต และมีการตัดสินใจทางธุรกิจผิดพลาด (เจียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2535) ดังนั้น จากผลกระทบของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมดังกล่าวข้างต้น โดยเฉพาะบุคคลที่เป็นสามีหรือภรรยาสูงวัย จึงต้องได้รับการพยาบาลพร้อมกันควบคู่ไปกับผู้ป่วยเนื่องจากเปรียบเสมือนผู้ป่วยอีกคนหนึ่ง (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546; Larson, 1998)

5. บทบาทพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือครอบครัวที่มีความเศร้าโศก

เนื่องจากบทบาทของพยาบาล คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยปฏิบัติกิจกรรมใดที่ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้เร็วขึ้น หรือช่วยให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เสียชีวิตอย่างสงบ (Handerson, 1966) อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตไปแล้วก็ตาม แต่การช่วยเหลือครอบครัวยังไม่สิ้นสุดยังต้องให้การช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกของครอบครัว

สามารถกลับมาดำเนินชีวิตอย่างปกติต่อไป (Craven and Wald, 1975) ดังนั้น ผู้ดูแลจึงต้องได้รับ การดูแลช่วยเหลือจากพยาบาลด้วย เพื่อให้การพยาบาลที่ต่อเนื่องและการส่งต่อที่มีประสิทธิ ภาพ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ดูแลมีปัญหาเกี่ยวกับความเศร้าโศกซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย และจิตใจดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งพยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้าโศกจากการ สูญเสียได้นั้นสามารถกระทำได้ ดังนี้ (เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2535; ประภาศรี เบญจศิริ ลักษณ์, 2545)

5.1 การประเมินปัญหาทางการพยาบาล

เมื่อรับรู้ว่าการสูญเสียเกิดขึ้นบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่างๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งปฏิกิริยาความเศร้าโศกเหล่านี้ หากมีการแสดงออกที่ล่าช้าหรือมีการ แสดงออกที่ยาวนานเกินไปความเศร้าโศกนี้จะแปรเปลี่ยนเป็นความผิดปกติ ซึ่งพบว่าอาการทาง กาย อารมณ์ ตลอดจนจิตใจนึกคิดต่างๆ จะรุนแรงผิดปกติมากขึ้น จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2535)

5.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้เศร้าโศกจากการสูญเสียจะพบปัญหาทางอารมณ์ ทำให้บุคคลไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ปัญหาต่างๆ ที่อาจพบ มีดังนี้

- มีภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียคู่สมรส
- มีภาวะเสี่ยงต่อการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมเนื่องจากการสูญเสียสิ่งมีค่า สำคัญในชีวิต
- มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความเศร้าโศกเสียใจจาก การสูญเสีย
- มีความรู้สึกหมดหวังหรือสูญเสียพลังอำนาจเนื่องจากความเศร้าโศกจากการสูญเสีย
- มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร (รับประทานอาหารไม่เพียงพอ) เนื่องจากมี ภาวะเบื่ออาหาร ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย
- เสี่ยงต่อภาวะช่วยเหลือตนเองได้น้อยจากเผชิญความเศร้าโศกยาวนานหรือล่าช้า

5.3 กิจกรรมทางการพยาบาล

เป้าหมายหลักของการช่วยเหลือผู้เศร้าโศก คือ พยายามให้บุคคลเหล่านี้ได้มีโอกาส ระบายและประคับประคองให้อารมณ์เศร้าโศกเสียใจทั้งหลายลดลง เพิ่มการเตรียมรับกับความ จริงและการกลับสู่สังคมได้โดยเร็ว ก่อนที่จะกลับกลายเป็นความผิดปกติที่ยากลำบากในการช่วย เหลือ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเศร้าโศก ดังนี้

5.3.1 สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อให้เกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจ

1) สร้างสัมพันธ์ภาพทางวิชาชีพแบบหนึ่งต่อหนึ่ง คือ พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยความเป็นส่วนตัว

2) พูดคุยทักทายด้วยความเป็นกันเองเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

3) พยายามมีท่าทีที่สงบ มั่นคง และให้ความรู้สึกที่ร่วม (Empathy)

4) ไม่แสดงท่าทีคุกคาม ตำหนิ วิพากษ์ วิจาร์ณพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก

5.3.2 ส่งเสริมให้ลดความรู้สึกเศร้าโศก เช่น

1) ให้ความกับผู้เศร้าโศกได้ระบายอารมณ์เศร้าเสียใจ ให้รู้สึกว่ายพยาบาลยอมรับต่อการแสดงความเศร้าโศกเสียใจ

2) สร้างบรรยากาศและเปิดโอกาสให้มีการสื่อสารด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดอย่างเปิดเผยและตรงไปตรงมา

3) ใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึกเพื่อให้ได้รับรู้ความรู้สึกของตนเอง เช่น คุณรู้สึกเศร้าเสียใจ เป็นต้น

4) ให้กำลังใจและการกระตุ้นให้ได้แสดงอารมณ์และความรู้สึกต่อสิ่งที่ต้องสูญเสียมากกว่าที่จะสนับสนุนให้เลิกคิดถึง ซึ่งจะเป็นการเก็บกดความรู้สึกเอาไว้ เช่น เมื่อเศร้าโศก ร้องไห้ พยายามไม่ควรพูดปลอบโยนให้หยุดร้องไห้ ควรนั่งข้างๆ อยู่เป็นเพื่อน อาจสัมผัสเบาๆ เพื่อแสดงความรู้สึกที่ร่วม และรอจนกว่าผู้เศร้าโศกจะอารมณ์ดีขึ้นหรือต้องการพูดระบายความรู้สึก เป็นต้น

5.3.3 ส่งเสริมการสร้างและคงความหวังที่เป็นจริง

1) ใช้เทคนิคช่วยระบายความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ใจ

2) สนับสนุนวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม โดยพูดให้กำลังใจ

3) เพิ่มความรู้สึกมีหวังในชีวิตถึงแม้ว่าจะต้องสูญเสียบางสิ่งไป

4) ส่งเสริมการสร้างศรัทธาและความหวังและสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ

5) เพิ่มความหมายของการมีชีวิตของการมีคุณค่าและความผูกพันของตนกับผู้อื่น

5.3.4 กระตุ้นให้ผู้เศร้าโศกเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ โดย

1) จัดกิจกรรมเล็กๆ น้อยๆ ที่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เช่น จัดโต๊ะทำงานฝีมือ ปลูกต้นไม้ เป็นต้น

2) กระตุ้นชักชวนให้ผู้เศร้าโศกเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น

5.3.5 สนับสนุนคำจูงใจใจของครอบครัวและส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้

เศร้าโศกและครอบครัว โดยอธิบายปฏิกิริยาหรือความรู้สึกตลอดจนพฤติกรรมของการแสดงออกของผู้สูญเสีย ว่าเป็นเรื่องปกติและ ในการเผชิญความเศร้าโศกต้องอาศัยระยะเวลา เพื่อให้ญาติเข้าใจ และจะช่วยทำให้ผู้เศร้าโศกมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม

5.3.6 ป้องกันการเกิดความเศร้าโศกที่ผิดปกติ

- 1) ใฝ่ระวัง สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีอาการเศร้าซึมมากขึ้นร่วมกับการย่ำคิดย่ำทำ โดยเฉพาะการฆ่าตัวตาย
- 2) ให้ความรู้แก่ผู้เศร้าโศกและครอบครัวให้เข้าใจถึงปฏิกิริยาความเศร้าโศก
- 3) ดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการประกอบกิจวัตรประจำวัน ส่งเสริมให้ได้รับการพักผ่อน ได้รับอาหารที่เพียงพอ และรักษาความสะอาดของร่างกาย
- 4) ยอมรับความแตกต่าง ความรู้สึกและปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายหลังการสูญเสียในแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกัน ในบางครั้ง เป็นการยากที่บุคคลใกล้ชิดจะยอมรับหรือเข้าใจพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของสมาชิกในครอบครัวที่แตกต่างไปจากคนอื่น และบุคคลนั้นอาจมีความอึดอัดที่ตนเองมีปฏิกิริยาที่ไม่เหมือนใคร ดังนั้นพยาบาล ควรจะอธิบายให้ครอบครัวมีความเข้าใจว่าปฏิกิริยาที่แตกต่างกันนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากแต่ละคนมีวิธีการของตนเองที่จะจัดการกับปัญหา

5.4 การประเมินผลทางการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาลโดยประเมินตามวัตถุประสงค์ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากระดับความรุนแรงของความเศร้าโศกในการยอมรับและการปรับตัวกับภาวะสูญเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งผลในทางบวกที่เกิดขึ้น ควรเกิดอย่างรวดเร็วที่สุดเมื่อเกิดภาวะสูญเสียแล้ว มีดังนี้ มีสัมพันธภาพทางบวกกับคนอื่น มีส่วนร่วมในการเข้ากลุ่มสนับสนุนโดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสูญเสียกับบุคคลอื่น สามารถตั้งเป้าหมายของชีวิตและสามารถปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น และสามารถอธิบายความหมายของการสูญเสียและผลที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้

6. แนวคิดเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology)

การศึกษาด้วยวิธีการปรากฏการณ์วิทยานำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในศาสตร์สาขาต่างๆ เช่น สังคมวิทยา จิตวิทยา ในสาขาวิชาการพยาบาลได้มีการนำวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามาใช้ ซึ่งพบว่ามีเหมาะสมเนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการวินิจฉัยปัญหาและให้การดูแลการตอบสนองของบุคคลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยซึ่งมีลักษณะเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล (Swanson-kauffman and Schonwald, 1988: 97) และทำให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์ชีวิตของบุคคล จึงช่วยให้มีการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลได้

6.1 ความหมายของการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาเพื่อค้นคว้าหาความรู้โดยมีพื้นฐานมาจากศาสตร์สาขาปรัชญา สังคมวิทยา และจิตวิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตตามการรับรู้ในปรากฏการณ์ธรรมชาติ (Streubert and Carpenter, 1999: 43) ซึ่งนักปรากฏการณ์วิทยา เชื่อว่า ความรู้ คือ สิ่งที่เป็นจริง (Knowledge is that the reality) เกิดจากการให้ความหมายต่อโลก ของบุคคลที่มีประสบการณ์ ไม่สามารถศึกษาโดยแยกบุคคลออกจากประสบการณ์ได้ (Omery and Mark, 1995: 141) นอกจากนี้ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาที่ค้นหาความหมายหรืออธิบายปรากฏการณ์ของมนุษย์ตามที่เกิดขึ้นจริงที่มีอยู่ในธรรมชาติ (Holloway and Wheeler, 1996) ซึ่งได้จากการอธิบายของผู้มีประสบการณ์ชีวิตในบริบทนั้น (Jasper, 1994; Omery, 1983) โดยปราศจากการคิดไตร่ตรองไว้ก่อน (Husserl cites in Holloway and Wheeler, 1996)

ส่วนความหมายของปรากฏการณ์วิทยาที่เป็นระเบียบวิธีการวิจัย หมายถึง การศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามหลังการรับรู้ของบุคคลตามธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้น (Koch, 1995) เนื่องจากแนวคิดแบบปรากฏการณ์วิทยามีวิวัฒนาการตามระยะที่แตกต่างกัน เป็นผลให้มีแนวปฏิบัติ วิธีการให้ความหมาย การเลือกผู้ให้ข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลต่างกัน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl เพื่อเป็นการอธิบายประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมอย่างแท้จริง เพื่อให้เกิดความเข้าใจวิธีการศึกษา ผู้วิจัยจึงเสนอแนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์ ดังนี้

6.2 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Streubert and Carpenter (1999) ได้สรุปหลักการในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl ว่าประกอบด้วยวิธีการที่สำคัญที่นิยมใช้ 3 วิธี คือ

1. การพรรณนา (Descriptive phenomenology) เกี่ยวข้องกับการสืบค้น (direct exploration) การวิเคราะห์ (analysis) และการบรรยาย (descriptive) โดยปราศจากการคาดเดา เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเน้นที่ความสมบูรณ์ของข้อมูล (richness) รายละเอียด (fullness) และความลึกซึ้ง (depth) ประกอบด้วย กระบวนการที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1) การหยั่งรู้ (Intuiting) จะเกิดขึ้นโดยผู้วิจัยอ่านทบทวนข้อมูลที่ได้หลายๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

2) การวิเคราะห์ (Analyzing) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาเพื่อให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่สำคัญหรือเป็นแก่น (Essences)

3) การบรรยาย (Describing) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อสารเพื่อการบรรยายหรือการเปรียบเทียบ

2. การสืบค้นแก่นความรู้ (Study of essences) เป็นการสืบค้น (Probing) ข้อมูลแบบเจาะลึกเพื่อหาประเด็นที่พบบ่อยในประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล โดยแก่นความรู้ (Essence) คือ ความหมายที่เป็นจริง เพื่ออธิบายให้เกิดความหมายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ผ่านการหยั่งรู้ (Intuition) โดยอาศัยการจินตนาการในสมองซึ่งเหมือนจริง (Eidetic reduction) เพื่อสร้างความกระจ่างชัดเจนและสมบูรณ์แก่นหรือองค์ประกอบสำคัญในประสบการณ์ นั้น (Paley, 1997)

3. การทอนความคิด (Reductive) เป็นกระบวนการที่ช่วยให้การเข้าไปศึกษาปรากฏการณ์เป็นไปตามความเป็นจริงของปรากฏการณ์นั้นโดยใช้การจำกัดกรอบความคิด (Bracket) คือ การเก็บอคติ ความรู้เดิม ของผู้วิจัย ตลอดจนความเชื่อ (suspension of belief) ไม่ให้มารบกวนความเป็นจริงที่พบจากปรากฏการณ์ที่ศึกษา (Palyer, 1997) โดยกระบวนการนี้ประกอบด้วย การกันความรู้เกี่ยวกับความจริงทั่วไป (Eidetic reduction) และทำให้ปรากฏการณ์ที่สนใจเป็นอิสระ (Phenomenological reduction proper) โดยให้ความสนใจกับการแยกประสบการณ์เดิมของบุคคล (Internal world) โดยการจำกัดกรอบความเชื่อและความคิด (Bracketing) ของผู้เข้าไปศึกษา เพื่อสามารถรับรู้สถานการณ์นั้นได้ตามสภาพที่เป็นจริงมากที่สุด (จอห์นเพจจิง เพ็งจาด, 2546) และมีความสำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเลือกเฟ้นหาจุดที่น่าสนใจทำให้เข้าใจง่าย ซึ่งเป็นการสรุปและปรับข้อมูลดิบ ทำให้เกิดความชัดเจน เป็นพวก เป็นประเภท เป็นรูปแบบ จนกระทั่งได้ผลสรุปของข้อมูลที่น่าพอใจ กระบวนการนี้จะกระทำตลอดเวลาในการวิจัยโดยตัวผู้วิจัย (นิตา ชูโต, 2540)

Knaack (1984) สรุปว่ากระบวนการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนาประกอบด้วย

1. บทบาทของผู้วิจัย (Role of the researcher) ผู้วิจัยมีหน้าที่ในการทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลและนำเสนอประสบการณ์นั้น ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อนำเสนอต่อสาธารณชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่สนใจศึกษา
2. บทบาทของผู้ร่วมวิจัย (Role of the participant) ผู้วิจัยยอมรับผู้เข้าร่วมวิจัยในฐานะผู้ให้ข้อมูล และเชื่อในความเป็นผู้เชี่ยวชาญเนื่องจากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษา
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data generating) การเลือกผู้ให้ข้อมูลมักเป็นแบบเจาะจง (Purposeful sampling) โดยเลือกผู้ที่มีประสบการณ์ หรือความรู้ในเรื่องที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา สามารถสื่อสาร ใช้ภาษาที่เข้าใจได้กับผู้วิจัย สามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และที่สำคัญคือ สัมครใจให้ข้อมูล วิธีการเก็บข้อมูล มีหลายวิธี เช่น การสังเกต การบันทึกภาคสนาม แต่วิธีหลักที่นิยมใช้ คือ การสัมภาษณ์ โดยการใช้นิยามแบบกึ่งปลายเปิด (Open-

ended question) ผู้วิจัยให้ความสนใจ และตั้งใจฟังประสบการณ์ของข้อมูล หลีกเลี่ยงการร่วมแสดงความคิดเห็น ให้เกียรติผู้ให้ข้อมูล การเก็บข้อมูลจะหยุดเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (Saturation) คือ ข้อมูลที่ได้เริ่มเป็นประเด็นที่ซ้ำๆ กัน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) โดยทั่วไปแล้วการวิเคราะห์ข้อมูลควรทำไปพร้อมกับ การเก็บข้อมูล เพื่อให้เกิดแนวทางในการเก็บข้อมูลและการได้มาซึ่งข้อมูลที่สมบูรณ์ ส่วนขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับปรัชญาการวิจัยของ Husserl มีการเสนอแนะจากนักวิจัยทางการพยาบาลแตกต่างกันหลายวิธี เช่น วิธีของ Colaizzi (1978) วิธีของ Van Kaam (1969) วิธีของ Hycner (1985) การเลือกใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบใด ขึ้นอยู่กับผู้วิจัยที่คิดว่าวิธีใดเหมาะสมกับปัญหาการวิจัยของตนมากที่สุด ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยต้องตระหนักถึงการพักความคิดของตนเอง ไม่คิดว่าตนเองรู้แล้ว เข้าใจแล้ว แยกจากคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูล จนกระทั่งการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น (นิตยา ชูโต, 2540) ซึ่งหลักการวิเคราะห์ข้อมูลโดยรวม ประกอบด้วย

- 1) การทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องหรือข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์
- 2) การสร้างประเด็น (Theme development) การสรุปประเด็นที่เกิดขึ้นในประสบการณ์ชีวิตของบุคคล
- 3) การเขียนผลการวิจัย เป็นการตีความและนำเสนอความหมายของปรากฏการณ์ (Streubert and Carpenter, 1999)

5. การยืนยันความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness) ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาใช้เป็นวิธีการยืนยันความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ประกอบด้วย การเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้มีประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษา การได้รับข้อมูลอย่างชัดเจนจากผู้ให้ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการพิจารณาสภาพการณ์ที่เกิดปรากฏการณ์ และผลการวิจัยได้รับการยอมรับว่าน่าเชื่อถือจากผู้อ่านว่าทำให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์และยอมรับว่าเป็นจริงจากผู้ที่มิประสบการณ์ในเรื่องนั้นจริงๆ

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Cleiren, Van der Wal and Diekstra (1988) ศึกษาเกี่ยวกับความเศร้าโศกภายหลังการตายในผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 125 คน โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44 เป็นชาย ร้อยละ 33 เป็นคู่สมรส ร้อยละ 17 เป็นบิดามารดา ร้อยละ 18 เป็นญาติและร้อยละ 32 เป็นบุตร พบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสหรือพ่อแม่จะมีความเศร้าโศกมากกว่ากลุ่มอื่น

McHorney and Mor (1988) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายนายของความวิตกกังวลจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและผลที่ตามมาด้านกรบริการสุขภาพในผู้ดูแลหลักในครอบครัวจำนวน 1,447 คน ที่ดูแล

ผู้ป่วยมะเร็งที่ National Hospice Care พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสและระดับการศึกษาต่ำจะมีระดับความวิตกกังวลและปัญหาสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่น และในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสพบความไม่พึงพอใจในความสามารถในการดูแลเป็นตัวทำนายที่มีศักยภาพในการทำนายความวิตกกังวลจากการสูญเสีย

Loss and Bowd (1997) ทำการวิจัยเชิงสำรวจในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และที่เกี่ยวข้องในเมือง Ontario จำนวน 68 ราย โดยใช้แบบทดสอบชนิด Likert Scale ที่ถามเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลจำนวน 9 ข้อและคำถามปลายเปิด 2 ข้อ เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับผู้ดูแล ระยะเวลาที่ป่วย ชนิดของการสนับสนุนที่ได้รับ และ Caregiving dynamics scale พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวซึ่งเป็นการสนับสนุนที่ดีที่สุดและพบว่าประสบการณ์เกี่ยวกับความสูญเสียทำให้เกิดความเศร้าโศกในขณะที่เป็นผู้ดูแลมี 4 ประเด็นคือ การสูญเสียปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและสันตนาการ สูญเสียสุขภาพกายและจิตใจ สูญเสียการควบคุมเหตุการณ์ในชีวิต และการสูญเสียอาชีพ ที่ตนทำอยู่

Duke (1998) ศึกษาประสบการณ์ความเศร้าโศกที่คาดการณ์ได้ในผู้สูงอายุจำนวน 12 รายที่สูญเสียคู่สมรสจากการเสียชีวิตในโรงพยาบาล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้คำถามกึ่งปลายเปิด พบว่า หลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าการอยู่คนเดียว ให้ความสะดวกสบายแก่ตนเอง แต่ก็มีความรู้สึกลำบากใจ หลังจากนั้นก็จะปรับตัวให้อยู่กับคนอื่น ๆ และเป็นช่วงประสานประสบการณ์และความทรงจำและปรับตัวเข้าสู่ความสมดุล

Almberg (2000) ศึกษาประสบการณ์การสูญเสียของผู้ดูแลของผู้ป่วยสมองเสื่อมและการสนับสนุนทางสังคม ใน 2 ช่วงเวลา คือ ช่วงการดูแลและหลังการเสียชีวิต จำนวน 30 คนในเมืองสต็อกโฮล์ม พบว่า ความรู้สึกที่พบขณะอยู่ในภาวะเศร้าโศก คือ ความรู้สึกเสียใจ (Sad) และ ภาวะซึมเศร้า (Depression) และปัจจัยสำคัญที่ช่วยเหลือผู้ดูแลในช่วงหลังการเสียชีวิต คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนๆ โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมจะได้รับความพึงพอใจมากที่สุด และทัศนคติเชิงบวกในระหว่างให้การดูแลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยบรรเทาภาวะเศร้าโศก

Costello and Kendrick (2000) ศึกษาประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรสจากการเสียชีวิตในโรงพยาบาลเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวน 12 คน โดยใช้คำถามแบบกึ่งปลายเปิดเกี่ยวกับ 3 ประเด็นหลัก คือ สัมพันธภาพกับคู่สมรสก่อนการป่วย การดูแลในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย และการเผชิญปัญหา ก่อนและหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย พบว่า ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะรู้สึกสูญเสียคู่สมรสไปแล้วแต่กลุ่มตัวอย่างก็ยังคงรักษาพันธะทางอารมณ์กับผู้เสียชีวิตอยู่และพบว่ามี 3 ประเด็นหลัก คือ ความรู้สึกของการแยกจากกัน (Isolation) สัมผัสแห่งความโดดเดี่ยวและซึมเศร้า (Loneliness and Depression) รับรู้สิ่งแทนผู้

เสียชีวิตที่สร้างขึ้นมาในใจและการพัฒนาบทสนทนากับผู้ลวงลับ เช่น คำว่า “รู้สึกว่าเขาอยู่กับฉัน” เป็นภาพที่ผู้วิจัยรับรู้ได้เด่นชัดที่สุด

Hegge and Fischer (2000) ศึกษาการตอบสนองต่อความเศร้าโศกของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรส จำนวน 22 ราย โดยใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้าง พบว่า ปฏิริยาความเศร้าโศกที่ตอบสนองต่อความสูญเสียแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะช็อก ซึ่งจะแสดงปฏิริยา ปฏิเสธ(denial) และไม่เชื่อ (disbelieve) โดยมีคุณลักษณะคือ นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง ไม่สนใจกิจกรรม 2) อารมณ์ปั่นป่วน เริ่มที่จะยอมรับความสูญเสียที่เกิดขึ้นซึ่งจะแสดงปฏิริยาที่หนักกลัวไม่มี เหตุผลโกรธ รู้สึกผิด คร่ำครวญถึงคู่สมรสที่จากไป อารมณ์แปรปรวน 3) ระยะแยกตัวซึ่งจะแสดงปฏิริยา ลึกลับ เสียใจ ซ้ำสงสัยในตนเองว่าผิดต่อคู่สมรสได้คลี่คลายออกไปอย่างเต็มที่และมักพบภาวะซึมเศร้า ในระยะนี้ และความรู้สึกว่าเหวจะเป็นสัญลักษณ์ของระยะนี้ 4) ระยะยอมรับบุคคลจะยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้น มีการปรับเปลี่ยนบทบาทและพัฒนาเพื่อจะอยู่คนเดียว และพบว่ากระบวนการเศร้าโศกในผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย(Grieving process in elderly widows) อาจมีความซับซ้อน เนื่องจากความสูญเสียที่สะสมตามวัย นอกจากนี้กลวิธีการเผชิญปัญหา (Coping strategies) ในผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย ประกอบด้วย ศรัทธา ความยืดหยุ่น การมีส่วนร่วม ในกิจกรรม การสนับสนุนของครอบครัวและเพื่อน ๆ

Reid and Dixon (2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินการแก้ไขปัญหา ภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 118 คนอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 30 ปีที่มีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา โดยใช้แบบวัดประสบการณ์ความเศร้าโศก (Revised Grief Experience Inventory : RGEI) แบบวัดการประเมินการแก้ไขปัญหา (Problem-Solving Inventory : PSI) และแบบวัดภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory: BDI) พบว่า กลุ่มที่มีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รักในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา มีระดับภาวะเศร้าโศก และความซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ระดับคะแนนการแก้ไขปัญหาไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ามี ความสัมพันธ์ระหว่างอาการเศร้าโศก (grief symptoms) กับภาวะซึมเศร้า (depressive symptoms) และความด้อยประสิทธิภาพของการแก้ไขปัญหาซึ่งได้จากการประเมินตนเอง (self-appraised)

Baarsen and Van-Groenou (2001) ศึกษาระยะเวลาเพื่ออธิบายวิธีการเผชิญการสูญเสีย คู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุหญิงจำนวน 60 คน และเพศชาย 46 คน ใน 1 ปีหลังจากการสูญเสียคู่สมรสโดยใช้ทฤษฎี Mental incongruity เป็นปัจจัยทำนาย พฤติกรรม และการเผชิญปัญหา และปฏิริยาที่ตอบสนองต่อประสบการณ์ความว่าเหว และสัมพันธ์ภาพทางสังคมตลอดจนแหล่งสนับสนุนระหว่างเผชิญการสูญเสีย พบว่า การมีสัมพันธ์ภาพทางสังคมและปัจจัยทางด้านสุขภาพ

ภาพมีผลต่อการเผชิญปัญหาภายหลังการสูญเสีย อย่างไรก็ตามผู้ที่ไม่ยอมรับว่ามีการสูญเสียจะมีความวิตกกังวลทางสังคมและมีความเครียดเกี่ยวกับภาวะทางเศรษฐกิจสูงทั้งชายและหญิง และยังพบว่าหม้ายชายจะไปพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์การสูญเสียของตนกับบุคคลอื่นมากกว่าหม้ายหญิง

Schulz และคณะ (2001) ศึกษาผลกระทบของการสูญเสียคู่สมรสในผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ ในช่วงก่อนและหลังการเสียชีวิตในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 129 คน มีอายุระหว่าง 66 ถึง 96 ปี หลังการสูญเสียคู่สมรส 4 ปี โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 คู่สมรสที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแลจำนวน 40 ราย กลุ่มที่ 2 คู่สมรสที่เป็นผู้ดูแลที่ไม่มีภาวะเครียด จำนวน 37 ราย กลุ่มที่ 3 คู่สมรสที่เป็นผู้ดูแลที่มีภาวะเครียด จำนวน 52 ราย โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า จำนวนการใช้ยาลดภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมสุขภาพ และน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่าง และควบคุมเพศ เชื้อชาติ ระดับการศึกษาและอัตราการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในระหว่างเก็บข้อมูล พบว่า คู่สมรสที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแลและคู่สมรสที่เป็นผู้ดูแลที่ไม่มีภาวะเครียดจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าคู่สมรสที่เป็นผู้ดูแลที่มีภาวะเครียด ส่วนน้ำหนักไม่มีการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 กลุ่ม แต่กลุ่มคู่สมรสที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าและน้ำหนักลดลงภายหลังการสูญเสียคู่สมรส

Smith (2002) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในบุตรสาวหลังจากการเสียชีวิตของมารดาผู้สูงอายุชาวอัฟริกันอเมริกาจำนวน 30 คน พบว่าความเชื่อทางศาสนามีผลต่อการการเผชิญความเศร้าโศกและการดำรงชีวิตของบุตรสาวภายหลังมารดาเสียชีวิต

Krause และคณะ (2002) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก จำนวน 1,723 คน ในประเทศญี่ปุ่น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักที่มีความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตหลังความตายที่ดีจะมีปัญหาระดับความดันโลหิตสูงน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีความเชื่อเรื่องชีวิตหลังความตายที่ดี และจากรายงานการวิจัยพบว่า ความเชื่อระดับการศึกษา บทบาทของบุคคล มีผลการเผชิญความเศร้าโศกและการปรับตัวของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว

Yulia et al. (2002) ศึกษาผลกระทบของการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ของคู่สมรสหลังการสูญเสียแล้ว 1 ปี ของคู่สมรสและบุตรกลุ่มละ 48 รายกับกลุ่มเปรียบเทียบ 36 ราย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเศร้าโศก คือ เพศ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา ศาสนา ผู้ดูแลจะมีภาวะซึมเศร้าที่แสดงถึงความทุกข์ทางด้านจิตใจจะมีสูงสุดในช่วง 2-3 เดือนหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต และจะค่อยๆ ลดลงในช่วง 1 ปี แต่ความเศร้าโศกของผู้ดูแลจะคงอยู่แม้ว่าจะผ่านไป 13 เดือน ซึ่งพบว่าความเศร้าโศกของทั้งกลุ่มบุตรและคู่สมรสไม่แตกต่างกัน

Lindstrom (2003) ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงหม้ายชาวนอร์เวย์ 44 ราย เกี่ยวกับบทบาททางเพศต่อการเผชิญการสูญเสียคู่สมรสโดยแบ่งออกเป็น หญิงแบบหัวเก่า ประเพณีนิยม (Traditional) หญิงหัวสมัยใหม่ (Modern) เก็บข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับการเผชิญการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและใช้แบบทดสอบ A Health Involuntary (AHI) วัดภาวะสุขภาพ ใช้การวิเคราะห์แบบการวิจัยเชิงคุณภาพในห้วงค์ประกอบหลักที่เกี่ยวข้องในขบวนการของการเผชิญการสูญเสีย การประเมินปัญหา (appraisals) ปัญหา (problems) กลวิธีในการเผชิญปัญหา (coping strategies) การประเมินตนเองในการเผชิญปัญหา (self-evaluations of coping) ความคาดหวังในอนาคตเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและแหล่งสนับสนุนที่เกี่ยวข้องในการเผชิญปัญหา ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างในการเผชิญปัญหาระหว่าง 2 กลุ่มที่ศึกษาโดยพบว่ากลุ่มหัวใหม่เผชิญปัญหาได้ดีกว่า

8. สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าแนวคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สรุปได้ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับความเศร้าโศก ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเศร้าโศก ว่าความเศร้าโศก (Grief) เป็นกระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียตามธรรมชาติ (Reid and Dixon, 2000) ที่เกิดขึ้นหลังจากรับรู้การสูญเสียของบุคคล หรือสิ่งที่มีค่ามีความสำคัญ (Carlson, 1970) หรือเป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนอง (Response) ต่อการสูญเสียจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก (Cowles, 1996; Kastenbaum, 1998; Hospice Foundation of America, 2001; Meuser and Marwit, 2001) สาเหตุที่ทำให้เกิดความเศร้าโศก คือ การสูญเสีย (Loss) ซึ่ง Kozier et al (1989) แบ่งความสูญเสียออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ การสูญเสียวัตถุภายนอก การแยกจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย การสูญเสียเอกลักษณ์ของบุคคล และการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือบุคคลสำคัญจากการเจ็บป่วย การแยกจากกันหรือการเสียชีวิต โดยการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักเป็นการสูญเสียอย่างสมบูรณ์ถาวรและมีผลให้สมาชิกในครอบครัวตอบสนองต่อการสูญเสียโดยการแสดง ความเศร้าโศกออกมา

แม้ว่าการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักจะเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ในชีวิตมนุษย์แทบทุกคน แต่ก็มีความสูญเสียที่อาจให้ประสบการณ์ชีวิตที่ลึกซึ้งและเจ็บปวดในชีวิต (ปาริชาติ สุขุม, 2539) โดยเฉพาะการเสียชีวิตของคู่สมรส (Parkes, 1998; Gilbar and Ben-Zur, 2002; Ott, 2003) จากการเจ็บป่วยทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังจะก่อให้เกิดความเศร้าโศกและมีผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ คุณภาพชีวิตของบุคคลในระยะสั้นและระยะยาวตลอดจนถึงสังคมและเศรษฐกิจ (Parkes, 1998; Hogan, 2001) เช่น ทางด้านจิตใจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Folkman et al., 1996) ความเครียด (Rich, 2002) และความวิตกกังวล

ทางด้านร่างกาย ทำให้ระบบการหลั่งสารสื่อประสาทเสียสภาพ (Hogan, 2001) หายใจเบาเร็ว มือสั่น ปากแห้ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Rich, 2002) ระบบภูมิคุ้มกันทำงานลดลง (Greenberg, 2003) นอนไม่หลับ (Mcdermott et al., 1997) และเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ (Parkes, 1998) ทางสังคมทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่อง (Oliver, 1999) เป็นต้น ซึ่งผลกระทบดังกล่าวถือว่าเป็นวิกฤติที่ร้ายแรงของชีวิต เพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และจากงานการวิจัยหลายเรื่อง ที่สะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบของปฏิกริยาตอบสนองต่อการสูญเสียของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ในช่วง 2 เวลา คือ ช่วงการดูแลและหลังการเสียชีวิต ได้สรุปความรู้สึกรู้สึกที่พบขณะอยู่ในภาวะเศร้าโศก คือ ความรู้สึกเสียใจ (Sad) ภาวะซึมเศร้า (Depression) (Almberg, 2000)

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในการศึกษาภาวะสูงอายุ ได้มีนักทฤษฎีเสนอแนวคิดที่อธิบายปรากฏการณ์ของภาวะสูงอายุ ในลักษณะของเนื้อหาสาระ ปัจจัยและกระบวนการเกิด ความสูงอายุที่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง โดยเฉพาะ แต่ต้องอาศัยหลายๆ ทฤษฎีมาประกอบกัน ซึ่ง ทฤษฎีใหญ่ๆ และมีความสำคัญ ได้แก่ ทฤษฎีความสูงอายุ ทฤษฎีเชิงชีวภาพ และทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม สำหรับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีคสามสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมในวัยสูงอายุมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ทำให้ทราบว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองในส่วนเปลือกสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องของสติปัญญา ความจำ ความคิดเชิงนามธรรม การตัดสินใจ การควบคุมอารมณ์ บุคลิกภาพ และมีการความผิดปกติของการพูด การเข้าใจภาษา (Winblad et al., 2000) ซึ่งมีอาการที่ชัดเจน คือ อาการของภาวะสมองเสื่อมที่ชัดเจน คือ มีระบบความจำเสื่อมลงร่วมกับอาการต่างๆ เช่น ความบกพร่องในเรื่องการจัดการ การบริหาร ได้แก่ การตัดสินใจ ความคิดที่เป็นลำดับขั้นตอนเหตุผล ความคิดในเชิงนามธรรม และการที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตร ประจำวันได้ด้วยตนเอง (สิรินทร ฉันทศิริ กาญจน, 2545; Hooker et al., 2002)

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เมื่อบุคคลในครอบครัวป่วย เนื่องจากบทบาทของบุคคลในครอบครัวมี 6 ประการ ดังกล่าวข้างต้นเมื่อ เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยครอบครัวจึงต้องมีการจัดแบ่งหน้าที่เพื่อให้การดูแลแก่สมาชิก โดยเฉพาะสมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุและมีภาวะสมองเสื่อมซึ่งต้องใช้เวลาในการดูแลเกือบตลอด 24 ชั่วโมง (ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์, 2543; Wimo et al., 2001) ซึ่งทำให้ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว มีผลกระทบหลายด้าน ทั้ง

ขณะให้การดูแล และหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ตลอดจนสังคมและเศรษฐกิจ

แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจเกี่ยวกับของนักปรัชญาแต่ละคนและใช้การวิเคราะห์ข้อมูลให้เหมาะสมตามความคิดและความเชื่อนั้นๆ ซึ่งก่อนการดำเนินการวิจัยจำเป็นต้องศึกษาและเข้าใจในความเชื่อของปรัชญาแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาก่อนการดำเนินการวิจัยซึ่งเป็นประโยชน์ในการใช้วิธีการวิจัย (Research Method) จากแนวคิดและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดของ Husserl มาเป็นระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งตามแนวคิดของ Husserl เน้นการให้ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูล โดยปราศจากการตีความของผู้วิจัย ค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่ โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือ ถ้ามีผู้วิจัยต้องเก็บความคิด ความเชื่อนั้นไว้ (Bracketing) (Koch, 1995) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมอย่างแท้จริง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi (1978) ซึ่งเน้นที่การทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และใช้การสังเกต การบันทึกภาคสนามร่วมด้วย ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าวิธีการนี้ เหมาะสมกับปัญหาการวิจัยของผู้วิจัยมากที่สุด และใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบพรรณนา (Descriptive Phenomenology) ตามแนวคิดของ Husserl เป็นการสืบค้นเพื่อจะอธิบายและให้ความหมายกับชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์เปิดเผยปรากฏการณ์ภายใต้การศึกษา ตามสถานการณ์ที่เป็นจริงและตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสภาพการณ์นั้นๆ ผู้วิจัยต้องแยกความเชื่อและสิ่งที่ผู้วิจัยรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ออกจากสถานการณ์ที่จะศึกษา (Koch, 1995)

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant)

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นสามีหรือภรรยา ที่มีประสบการณ์ในการดูแลคู่สมรสที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตมีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล โดยทั้งนี้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ จะเน้นในเรื่องของการศึกษาข้อมูลจากผู้ที่มีคุณสมบัติตรงมีประสบการณ์ในเรื่องที่สนใจและสามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตรงตามปรากฏการณ์ที่อยู่ในความสนใจ ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงจำเป็นที่จะต้องใช่วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามประเด็นที่ศึกษา (Informative case) ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Criteria) ของผู้สูงอายุที่จะได้รับการคัดเลือกเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักคือ

1. เป็นสามีหรือภรรยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมที่เคยเข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หรือเคยเป็นสมาชิกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย
2. มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
3. ให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต
4. ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้วในช่วงระหว่าง 2 เดือนถึง 5 ปี
5. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และทดสอบด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai:MMSE-Thai 2002) ที่แปลและพัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์และสูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติและตอบคำถามด้าน Recall ต้องได้ 3 คะแนนเต็ม

6. อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
7. มีการได้ยินปกติ สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
8. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย ตัวผู้วิจัย แนวทางการสัมภาษณ์ เครื่องบันทึกเสียง เทปบันทึกเสียง และแบบบันทึกต่างๆ ดังนี้

1. ตัวผู้วิจัย : ในการวิจัยในแนวปรากฏการณ์วิทยาตัวผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือในการวิจัย (Researcher as instrument) โดยผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัยก่อนทำการวิจัย คือ ผ่านการเรียนรู้ในรายวิชาที่เกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพรวมทั้งการฝึกปฏิบัติการเก็บข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพในแนวปรากฏการณ์วิทยา นอกจากนี้ผู้วิจัยยังทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาในประเด็นต่างๆ เพื่อเตรียมตัวผู้วิจัยให้มีความไวเชิงทฤษฎีในเนื้อหาสาระและประเด็นที่ศึกษา ไม่เกิดการหลงทางเมื่อเข้าสู่สนามการวิจัย ตลอดจนสามารถจัดกรอบความคิด พักความเชื่อที่มีอยู่เดิมก่อนเข้าสู่สนามการวิจัยได้ ผู้วิจัยทำการวางแผนการวิจัยโดยขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดกระบวนการวิจัย และผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาโดยเฉพาะการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

2. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai) (MMSE-Thai 2002) ซึ่งใช้ในการคัดกรองสภาพสมองเกี่ยวกับความจำในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือต้องมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 23 คะแนน) ผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับประถมศึกษาต้องมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) และสำหรับผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าประถมศึกษาต้องมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) อยู่ในเกณฑ์ปกติและตอบคำถามด้าน Recall ต้องได้ 3 คะแนนเต็ม เนื่องจากเพื่อให้แน่ใจว่าระดับความจำในช่วงที่ผ่านมาปกติ

3. เครื่องบันทึกเสียง เป็นอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลขณะทำการสัมภาษณ์ทุกครั้ง โดยผู้วิจัยจัดหาเองและมีความพร้อมในการใช้งาน

4. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สำหรับบันทึก ชื่อ-นามสกุล เพศ อายุ หมายเลขผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ประวัติการเจ็บป่วย และการบรรยายลักษณะต่างๆ ของผู้ให้ข้อมูล

5. แบบบันทึกภาคสนาม เพื่อบันทึกหมายเลขผู้ให้ข้อมูล บันทึกรายละเอียดเบื้องต้นของการสัมภาษณ์คือ ครั้งที่ วันที่ เวลาการสัมภาษณ์ การบรรยายฉากและบรรยากาศ

6. แบบบันทึกการถอดความการสัมภาษณ์เพื่อบันทึกการถอดความจากการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ

7. แนวการสัมภาษณ์ (Semi-structure interview) (ภาคผนวก ก) แบ่งแนวทางการสัมภาษณ์ออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามตามแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา แนวคิดความเศร้าโศก แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กำหนดวัตถุประสงค์ตามปัญหาการวิจัย แล้วเขียนแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดประเด็นกว้างๆ และมีความยืดหยุ่นตามการสนทนา ไม่กำหนดจำนวนคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุม ตรงประเด็นที่จะศึกษา (ภาคผนวก) หลังจากนั้น นำแนวคำถามพร้อมทั้งแนวคิดพื้นฐานไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 5 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถาม หลังจากนั้นนำข้อคำถามมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ

ส่วนที่ 2 หลังการสัมภาษณ์หากผู้วิจัย พบว่าบางคำถามไม่สามารถสื่อไปยังสิ่งที่ต้องการศึกษาผู้วิจัยปรับคำถามให้เหมาะสม สำหรับใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลครั้งต่อไป จนได้ข้อมูลที่มีความอิมตัว

ใช้เวลาการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 45 – 60 นาที แนวการสัมภาษณ์ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเริ่มสนทนา ขั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์ และขั้นปิดการสนทนา แนวทางการสัมภาษณ์ประกอบด้วยคำถามหลักที่นำเข้าสู่ประเด็นที่ทำการศึกษา และคำถามรองที่เอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลให้รายละเอียดและสะท้อนประสบการณ์ แต่ไม่มีการกำหนดคำถามอย่างตายตัว คำถามในการสัมภาษณ์จึงมีความยืดหยุ่น และเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงออกถึงการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (in-depth interview) ใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น (Interview guideline) เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

3.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้อง ตามกระบวนการวิจัยและผลการวิจัยมีความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยการเตรียมตนเองดังนี้

3.1.1 การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา และเตรียมความพร้อมรับมือในการแสดงอารมณ์เศร้าโศกของผู้ดูแล โดยการลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพ ในระดับปริญญาโททางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมีประสบการณ์จากการเป็นนักวิจัยผู้ช่วยในงานวิจัยเชิงคุณภาพ และที่ผู้วิจัยศึกษาด้วยตนเองจากการอ่านตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับกรวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้มีความชำนาญในการวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนี้เคยผ่านอบรม เทคนิคให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่อยากฆ่าตัวตาย ของกระทรวงสาธารณสุข

3.1.2 การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาและแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้เชิงปรากฏการณ์วิทยา ได้แก่ แนวคิดเบื้องต้น (Preconceived notion) เพื่อเป็นแนวทางในการ อภิปรายผลและให้มีความพร้อมในการตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความรู้สึกนึกคิดที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ก่อนการรับฟังและการแปลความการให้ความหมายข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเพื่อระมัดระวังในการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์

3.1.3 ผู้วิจัยมีความตระหนักรู้ (Awareness) ว่าตนเองเป็นผู้วิจัย เข้าสนามเพื่อรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยคำนึงถึงการป้องกันและลดอคติจากการคาดเดาหรือมีแนวคิดล่วงหน้า โดยไม่ทำตัวเป็นผู้รู้แล้ว เข้าใจแล้ว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและเป็นจริงตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญ ของการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl ที่เน้นการให้ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูล โดยปราศจากการตีความของผู้วิจัย ค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่ โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้วิจัยต้องเก็บความคิด ความเชื่อนั้นไว้ (bracketing) (Koch, 1995) และให้ผู้ให้ข้อมูลหลักระลึกถึงเหตุการณ์ในขณะนั้นโดยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้เล่าเรื่องราวด้วยตนเอง ผู้วิจัยฝึกฝนตนเองเกี่ยวกับเทคนิคการสัมภาษณ์โดยทั่วไป เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ตลอดระยะเวลาของการทำวิจัยคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลัก และจริยธรรมในการวิจัย

3.1.4 ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตลอดการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การสัมภาษณ์ การให้ความหมาย การจัดกลุ่มประเด็นความหมายและการเขียนอธิบายประเด็นรายละเอียด

3.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.1 ผู้วิจัยทำหน้าที่เสนอแนะตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมเสนอเค้า

โครงการวิทยานิพนธ์และร่างแนวคำถามประกอบการพิจารณาเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยรวมทั้งขออนุญาตการทำวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสนามการวิจัย

3.2.2 เมื่อได้รับการตอบรับประสานงานกับคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และคณะกรรมการฝ่ายวิชาการของสมาคมฯ เพื่อขอความร่วมมือให้ค้นรายชื่อรายชื่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตไปแล้วและขอความร่วมมือในการสอบถามความสมัครใจของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่ยินดีให้ข้อมูลในการศึกษา

3.3.3 เมื่อทราบกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยติดต่อดำเนินการในการเยี่ยมบ้านหรือสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสะดวกเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายซ้ำในเรื่องของการพิทักษ์สิทธิ์ และให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยการลงนามยินยอม

3.3.4 เมื่อผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลว่าตรงตามลักษณะผู้ให้ข้อมูลที่กำหนดหรือไม่ โดยตรวจสอบจากการสอบถามผู้ให้ข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าและกรณีที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีคะแนนไม่ผ่านตามเกณฑ์ ผู้วิจัยให้ความรู้และคำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ให้ข้อมูลและญาติพร้อมทั้งแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาต่อไป

3.3.5 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และบทบาทของผู้วิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย นัด วัน เวลา และสถานที่สัมภาษณ์โดยคำนึงถึงความสงบ การเป็นส่วนตัว ความพอใจ ของผู้ให้ข้อมูล และความปลอดภัยของผู้วิจัย จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3.6 ผู้วิจัยสอบถามความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลประเมินตนเองว่ามีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการให้สัมภาษณ์หรือไม่ ดังนี้

1) กรณีผู้วิจัยสังเกตเห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลยังอยู่ในภาวะเศร้าโศกมากและบอกกับ ผู้วิจัยว่ายังไม่พร้อมให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันทีและสอบถามความพร้อมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

2) กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมให้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแนวคำถาม และทำการบันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้เทปบันทึกเสียง โดยขออนุญาตก่อนบันทึกเสียงทุกครั้ง ภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการบันทึกภาคสนามซึ่งประกอบไปด้วยการอธิบายฉากและภาพเหตุการณ์ขณะสนทนา ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่พบในการสัมภาษณ์โดยย่อ ปัญหาที่พบในการสัมภาษณ์ หลังการสัมภาษณ์ทุกครั้ง

3) ผู้วิจัยตระหนักว่า ประเด็นที่ศึกษาวิจัยมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่อาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีอารมณ์โศกเศร้า เสียใจ ผู้วิจัยจึงเตรียมแผนการพยาบาล โดยจะหยุดการสัมภาษณ์ อยู่เป็นเพื่อนเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลระบายความรู้สึก ผู้วิจัยปลอบใจและให้กำลังใจ

ร่วมสำรวจความรู้สึกต่างๆ ร่วมกัน จากนั้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลมีท่าทีผ่อนคลายความตึงเครียดแล้วใจลง ผู้วิจัยจึงสอบถามความต้องการในการให้สัมภาษณ์ต่อไป กรณีผู้ให้ข้อมูลความต้องการยุติการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์ทันทีและสอบถามความต้องการ ความพร้อมในการที่จะขอนัดสัมภาษณ์ในครั้งหน้า จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการนำข้อมูลนำข้อมูลการสัมภาษณ์ที่ได้ไปวิเคราะห์ตามกระบวนการวิจัย

4. การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และของสนามการวิจัยซึ่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะกรรมการพิจารณาการดำเนินการวิจัยของสนามการวิจัย ได้แก่ คณะกรรมการฝ่ายวิชาการ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไทย

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความความยินยอมอย่างสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด บอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อที่จะสัมภาษณ์กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ จำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่สัมภาษณ์แต่ละครั้ง การขอตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การรักษาความลับด้วยการลบทำลายเทปเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ทำการปกปิดชื่อและสถานที่ของผู้ให้ข้อมูล การนำข้อมูลเอกสารการสัมภาษณ์ไปอภิปรายเผยแพร่ในลักษณะข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลโดยรวมและเฉพาะการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามใดๆ ที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้ความในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ มีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่างๆ ไว้อย่างปลอดภัย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลในเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ที่ได้จากการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามมาวิเคราะห์ตามวิธีการของ Method of data anylysis (1987 cited in Holloway and Wheeler, 1996) โดยมีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

4.1 อ่านคำบรรยาย หรือข้อมูลทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูลหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เข้าใจในเนื้อหาหรือปรากฏการณ์ที่สำคัญ

4.2 ดึงข้อความหรือประโยคสำคัญที่เกี่ยวข้องโดยขีดเส้นใต้ หรือแยกคำ หรือข้อความสำคัญนั้นไว้

4.3 นำข้อความหรือประโยคสำคัญ ๆ มากำหนดความหมายในแต่ละประโยคและนำไปตรวจสอบความตรงกันกับผู้ให้ข้อมูลนั้นๆ ทุกสายโดยนำไปให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านก่อนนำไปสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

4.4 นำข้อความหรือประโยคที่สำคัญที่กำหนดความหมายแล้วมาจัดรวมเป็นกลุ่มตามประเด็นต่าง ๆ

4.5 อธิบายปรากฏการณ์ที่ได้ของผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียดครบถ้วนโดยเขียนให้มีความต่อเนื่องกัน และกลมกลืนกันระหว่างข้อความ หรือประโยคและหัวข้อต่าง ๆ ซึ่งในขั้นตอนนี้ต้องพยายามตัดข้อมูลหรือหัวข้อที่ไม่จำเป็นออกไป

4.6 นำคำอธิบายปรากฏการณ์อย่างละเอียด ไปรวมกันและสรุปเป็นโครงสร้างพื้นฐานจากปรากฏการณ์

4.7 ตรวจสอบข้อสรุปความตรงของปรากฏการณ์เป็นการตรวจสอบปรากฏการณ์ที่ประกอบด้วยประสบการณ์จริงที่สำคัญของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยนำข้อสรุปของปรากฏการณ์ไปให้ผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบว่ามีความเป็นจริงตามที่บรรยายและอธิบายไว้หรือไม่ เพื่อให้ได้ข้อสรุปสุดท้ายที่สมบูรณ์และเป็นข้อความที่ได้จากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

5. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

5.1 ด้านระเบียบวิธีวิจัย : ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัยที่กำหนดไว้บนปรัชญาการวิจัยของ Methalogy โดยเฉพาะการใช้วิธีการจัดกรอบแนวคิด คือ ไม่นำความรู้ในเรื่องที่จะศึกษามาปะปนกับความรู้ที่ได้จากการศึกษา และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด เพื่อให้การศึกษาปรากฏการณ์ที่สนใจมีความถูกต้อง ได้ข้อมูลที่ชัดเจน จากผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรง (Streubert and Carpenter, 1999)

5.2 ด้านข้อมูลการวิจัย : ประกอบไปด้วย (ประเด็น ส่งวัฒนาและคณะ, 2543:)

5.2.1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ตามแบบของ Colaizzi ซึ่งมีความสอดคล้องกับปรัชญาการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl

5.2.2 ผู้วิจัยตรวจสอบการดำเนินการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยคำนึงถึงความสามารถทางการอ่านและภาวะของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่ข้อมูลไม่ชัดเจน และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่เก็บไม่ครบหลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ไปตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดเวลาในการดำเนินการวิจัย

5.2.3 ผู้วิจัยใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลยืนยันความจริง (Confirmability) และความชัดเจน (Credibility) คือ การถอดเทปแบบคำต่อคำ เพื่อเป็นตัวอย่างที่แสดงความน่าเชื่อถือและยืนยันได้ว่า ข้อมูลนั้นเป็นความจริงมีหลักฐานตรวจสอบได้

5.2.4 บันทึกรายละเอียดที่ชัดเจนสามารถตรวจสอบได้และสามารถทำให้ผู้อื่นปฏิบัติตามได้ในกระบวนการวิจัย เช่น ในการสัมภาษณ์ ต้องระบุวันเวลาที่สัมภาษณ์ สถานที่สัมภาษณ์ แนวทางการสัมภาษณ์เป็นต้น

5.2.5 ข้อมูลการวิจัยจะนำเสนอตามความเป็นจริงตามประสบการณ์ที่ศึกษาไม่มีความลำเอียง คือ เมื่อได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาแล้ว ผู้วิจัยได้สรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ขณะนั้นให้ผู้ให้ข้อมูลเช็คความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง (Member checking) และการนำเสนอผลการวิจัยตามความเป็นจริงของข้อมูลที่ได้ ซึ่งไม่ใช่เกิดจากความคิดเห็นของผู้วิจัย แต่แสดงถึงข้อมูลที่ได้จากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลโดยแท้จริง (Knaack, 1984)

5.3 ด้านตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองอยู่เสมอโดยคิดทบทวนประเมินตนเอง จดบันทึกความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ ปัญหา ที่เกิดขึ้นในสนามการวิจัยตลอดช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย นอกจากนั้นผู้วิจัยต้องทำการเก็บความรู้ที่ตนรู้ไว้ก่อน เมื่อเข้าสู่สนามการศึกษา เพื่อให้เกิดความตระหนักในบทบาทของผู้วิจัยอย่างเคร่งครัด (นิตยา ชูโต, 2545)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบปรากฏการณ์วิทยา (Descriptive-phenomenology) ตามแนวคิดของ Husserl เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นคู่สมรสที่ให้การดูแลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมภายหลังการเสียชีวิตแล้วตั้งแต่ 2 เดือน ถึง 5 ปี ทั้งเพศชายและหญิง มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งทำการเก็บข้อมูลในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 4 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดปทุมธานี จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดนครปฐมและจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ Colaizzi (1975) ผลการวิจัยได้เสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ความหมายของความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล

ในการศึกษาครั้งนี้ สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกใช้ในการสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ คือ ที่บ้านผู้ให้ข้อมูล และมี 1 ราย เลือกให้สัมภาษณ์ในห้องธุรการของสถานพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 10 ราย เป็นเพศชาย 1 ราย เป็นเพศหญิง 9 ราย โดยมีลักษณะแยกตาม อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพในปัจจุบันแต่ทำหน้าที่เป็นแม่บ้าน มีเพียง 1 รายที่ลาออกจากงานประจำมาประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน สถานภาพทางการเงิน ส่วนใหญ่บอกว่าเพียงพอ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิตอยู่ระหว่าง 11 เดือน ถึง 5 ปี และจำแนกเป็นผู้ให้ข้อมูลในแต่ละรายดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกตามราย

ID	อายุ (ปี)	เพศ	ระดับการศึกษา	อาชีพปัจจุบัน	ความเพียงพอของรายได้	การอยู่อาศัย	ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิต (ปี)
ID-1	66	หญิง	ประถมศึกษา	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	เพียงพอ	อยู่กับบุตร	3
ID-2	65	หญิง	ปริญญาตรี	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	เพียงพอ	อยู่ตามลำพัง	2 ปี 6 เดือน
ID-3	64	หญิง	ประถมศึกษา	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	เพียงพอ	อยู่กับบุตร	5
ID-4	60	หญิง	ประถมศึกษา	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	เพียงพอ	อยู่กับบุตร	2 ปี 7 เดือน
ID-5	66	หญิง	ประถมศึกษา	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	เพียงพอ	อยู่กับบุตร	3
ID-6	60	หญิง	มัธยมศึกษา	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	เพียงพอ	อยู่กับบุตร	3
ID-7	61	ชาย	ปริญญาตรี	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	เพียงพอ	อยู่กับบุตร	11 เดือน
ID-8	60	หญิง	ประถมศึกษา	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	เพียงพอ	อยู่กับบุตร	2
ID-9	70	หญิง	ประถมศึกษา	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	เพียงพอ	อยู่กับบุตร	5
ID-10	63	หญิง	ประถมศึกษา	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	เพียงพอ	อยู่กับบุตร	3

จากตารางที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 เป็นเพศหญิง 9 ราย เพศชาย 1 ราย มีอายุระหว่าง 60 – 70 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา 7 ราย ระดับมัธยมศึกษา 1 ราย ระดับปริญญาตรี 2 ราย ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ สถานภาพทางการเงินผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งหมด 10 รายระบุว่าไม่มีรายได้เพียงพอ ทั้งนี้เป็นการประเมินลักษณะรายได้จากการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร และมีเพียงหนึ่งรายที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง มีระยะเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว 11 เดือน ถึง 5 ปี

สำหรับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย ผู้วิจัยใช้รหัส ID (Identification) แทนผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายโดยเริ่มตั้งแต่ ID-1 (รายที่ 1) ถึง ID-10 (รายที่ 10)

ส่วนที่ 2 ความหมายของความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้ให้ความหมายของความเศร้าโศกออกมาหลายลักษณะ พอสรุปได้ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. **ความเศร้าโศกมีผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสได้ทราบว่าผู้ป่วยได้สูญเสียชีวิตแล้วที่ส่งผลต่อสภาวะทางด้านจิตใจผู้ดูแลโดยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

1.1 **ระยะแรก** เป็น ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วง 1 - 4 เดือนภายหลังจากทราบว่าผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปแล้ว ความรู้สึกที่พบ ได้แก่ ร้องไห้ เศร้า เสียใจ ความเครียด สงสาร เหงาว่าเหว่ จิตใจหดหู่ ไม่สบายใจ รู้สึกเหมือนขาดอะไรไปอย่างหนึ่ง

1.1.1 **เศร้า เสียใจ** เป็นความรู้สึกเสียใจเป็นอย่างยิ่งต่อการเสียชีวิตของคู่สมรส พบได้ใน คู่สมรสที่ได้อยู่ด้วยกันและเคยร่วมทุกข์ร่วมสุขและช่วยเหลือดูแลกันมานาน มีอาการซ็อก ร้องไห้ เมื่อทราบว่ามีการสูญเสียคู่สมรส รู้สึกเศร้าใจ จากการที่ผู้ดูแลรู้สึกเป็นทุกข์และยังเห็นของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย ก็ยังมีอาการเศร้าโศก เสียใจมากขึ้น ยิ่งทำใจยอมรับการสูญเสียไม่ได้

“ ก็... เสียใจ รู้สึกว่าตอนที่เขาไม่ป่วยเขาก็เป็นทุกสิ่งทุกอย่าง คือ ช่วยเหลือดูแลกันทุกอย่าง มีอะไรก็ได้พูดคุยกัน คอยเป็นเพื่อ เป็นที่ตอนที่เสียใจ เศร้าใจ เห็นอะไรที่เคยเป็นของเขาเราก็ทำใจลำบากนะ ” (รายที่ 3)

“ ก็รู้สึก เสียใจ มันยังโง่งแหละ มันหนัก... มันหนักแบบเหมือนซ็อกไปเลย ใครไม่ เจอก็ไม่รู้ ” (รายที่ 6)

“ ผมก็เสียใจมาก เพราะอยู่ด้วยกันมานาน มาตั้งแต่อายุ พ.ศ. 2516 แล้ว... ก็เสียตายคนที่ตายก็ยังไม่มากนัก... ถ้าพูดถึงด้านความรู้สึกก็เสียใจมากครับเพราะอยู่ด้วยกันมานานผ่านความทุกข์มาด้วยกัน... คือว่าเมื่อก่อนนี้เราเคยลำบากมา เราก็ควรจะสบายบ้าง ” (รายที่ 7)

1.1.2 **เครียด** เป็น ความรู้สึกที่ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส แสดงเนื่องจาก คิดวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ หลายเรื่องในเวลาเดียวกัน คิดถึงอนาคตตนเองที่ต้องอยู่คนเดียวโดยปราศจากคู่

ชีวิต เป็นห่วงอนาคตของลูก กังวลเรื่องภาวะสุขภาพของตนเองที่เริ่มอ่อนแอลง อาจเนื่องมาจากการเบื่ออาหารทานไม่ค่อยได้ จึงส่งผลต่อภาวะสุขภาพ

“ ก็ตอนนี้สุขภาพก็เริ่มไม่ค่อยดี ก็พอคุณสูญเสีย ก็รู้สึก**เครียด** ว่าตนเองจะอยู่ อย่างใครคนเดียว..ก็เริ่มใจไม่ดี” (รายที่ 6)

“ คือมี**ความเครียด** คือมีความคิด คิดหลายอย่างนะครับ มันคิดมาก แล้วก็อาหารมันก็ทานไม่ค่อยได้ สุขภาพมันก็ รู้สึกว่าซักร้อนแอลงหน่อย ... **เครียด**ในเรื่อง ก็คิดถึงเรื่องการเรียนของลูกครับ รู้สึกว่ามีปัญหา มากกับการคิดถึงผู้ตายนะ มันมาก ก็รู้สึกจะเป็น 2 เรื่องนี้ เรื่องอื่นก็พอทำได้เพราะได้รับความอบอุ่นจากลูก” (รายที่ 7)

1.1.3 **เหงา ว้าเหว่** เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้ให้ข้อมูลการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันมายาวนาน หลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปทำให้รู้สึกว่าเหมือนตนเองอยู่เพียงลำพังคนเดียว หงอยเหงาเวลาอยู่ที่บ้าน

“ ก็กินไม่ค่อยได้...รู้สึก**เหงา**บ้าง มันโหวงๆ นะเหมือนเราอยู่เพียงลำพัง..” (รายที่ 3)

“ ครับมันรู้สึก**เหงา** ว้าเหว่ (หัวเราะ)...ถ้าสูญเสียอย่างผมนี้ อย่างนี้จะต้องมีความว่าเหงาหงอยเหงาผิดปกติ ผิดปกติมากครับ บางคนก็ ทำใจไม่ได้เป็น ปีจริงๆ นะครับ...” (รายที่ 7)

“ รู้สึก**เหงา** เศร้าใจ คนมันเคยอยู่ด้วยกัน ...ถ้าอยู่บ้าน มันเหงา จะทำให้เหงามาก ก็เลยรู้สึกว่าจะไม่ค่อยอยากอยู่บ้าน...” (รายที่ 8)

1.1.4 **จิตใจหดหู่ ไม่สบายใจ** เป็น ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สบายใจ และมีอาการงง ๆ เบลอ ทำอะไรไม่ค่อยถูก หรือไม่ค่อยอยากทำอะไร มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ รู้สึกเหนื่อย เพลีย

“ ก็ทำให้**จิตใจหดหู่** ไม่สบายใจ “ (รายที่ 3)

“ก็ทำให้**ไม่สบายใจ** มั่นงงๆ เบลอๆ ทำอะไรไม่ค่อยถูก” (รายที่ 4)

“...อย่างน้ำช่วง 3-4 เดือนแรก ก็สุขภาพทรุดลงเหมือนกัน มั่นเหนียวๆ เพลียๆ **ก็ใจมันหดหู่ เศร้า** ก็ไม่ค่อยอยากจะทำอะไร ...” (รายที่10)

1.1.5 **รู้สึกเหมือนขาดสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิต** เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังการสูญเสีย ซึ่งมีความหมายต่อผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสหลายด้าน ทั้งในด้านการขาดสิ่งสำคัญในชีวิต ในด้านสูญเสียความผูกพันที่มีมายาวนาน และขาดผู้จัดการดูแลทุกสิ่งทุกอย่าง ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นประเด็นย่อย ๆ ดังนี้

1.1.5.1 **ขาดเสาหลักของครอบครัว** เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้านมาโดยตลอดและผู้ป่วยที่เสียชีวิตไปเป็นเพศชาย ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัว หารายได้เข้าครอบครัวเป็นที่ปรึกษา เป็นบุคคลชี้แนวทาง เป็นเพื่อนที่ดีให้ตนเอง และให้การดูแลเอาใจใส่ครอบครัวเป็นอย่างดี และมีความผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้น จึงทำให้รู้สึกว่าคุณขาดเสาหลักของครอบครัวเมื่อผู้ป่วยจากไป

“**ขาดเสาหลักของครอบครัว** เพราะมีความผูกพันสร้างครอบครัวมาด้วยกัน” (รายที่ 4)

“ขาดอะไรไปอย่าง **ขาดเสาหลักของครอบครัว**นั้นแหละ เขา นำเราทุกอย่างเมื่อก่อนนี้เป็นที่ปรึกษาที่ดี เป็นเพื่อนที่ดีมาตลอดเขาก็ดูแลเราดีมาก ๆ ด้วยนะ” (รายที่ 5)

“หลังจากที่สูญเสียแล้วใช้ใหม่ ก็เหมือนขาดอะไรไปอย่างหนึ่ง มันไม่มี **ผู้นำเสาหลักของครอบครัว** อะไรละ ป้ามีคนนำทางเราเป็นคนคอยตาม เหมือนขาดคนนำทาง แต่ก่อนเราก็มีผู้นำ มีคนหาให้กินหาให้ใช้ พอเขาเสียแล้วก็ขาด ผู้นำขาดเสาหลักของครอบครัว เขาเคยเป็นคนหารายได้เข้าครอบครัว ทุกอย่าง พอไม่มีเขามันก็เปลี่ยนแปลงไป” (รายที่ 8)

1.1.5.2 **ขาดช่างเท้าหน้า** ผู้ให้ข้อมูล บอกว่า เหมือนขาดช่างเท้าหน้า

เพราะตนเองต้องสูญเสียความผูกพัน ที่เคยร่วมทุกข์ ร่วมสุขกับผู้ป่วยมาอย่างยาวนาน

“เหมือนขาดข้างเท้าหน้า ขาดอะไรไปอย่างหนึ่ง แต่ก็ทำใจ
ยอมรับตั้งแต่เขาป่วย มันยังงั้นแหละ มันรู้สึกเพราะความ ผูกพันร่วม
ทุกข์ร่วมสุขมาด้วยกัน ตอนที่เรามีอายุแล้วเราก็อยาก ให้เขายังอยู่
ทำบุญทำทานด้วยกัน” (รายที่ 5)

1.1.5.3 การพลัดพรากจากคนรัก ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า การเสียชีวิต
ของผู้ป่วยมีความหมายต่อตนเองคือ ทำให้ตนเองต้องพลัดพรากจากคนที่ตนเองรัก และไม่สามารถมีอะไรมาทดแทนสิ่งที่สูญเสียนี้ไปได้ และเป็นเรื่องที่ยิ่งใหญ่ในชีวิตของตนเอง

“ ก็ต้องพลัดพรากจากคนที่เรารักที่สุด.... (รายที่ 4)

“ คือเหมือนเราสูญเสียไปแบบหาอะไรมาทดแทนไม่ได้
เรียกกลับคืนมาไม่ได้ ..ก็การสูญเสียครั้งนี้ มันยิ่งใหญ่ในชีวิต
เราเลย คือ มันหาค่าทดแทนไม่ได้เลย” (รายที่ 7)

1.1.5.4 ขาดคู่คิด ขาดเพื่อนที่รู้ใจ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า การสูญเสียคู่สมรสของตนในครั้งนี้ มีความหมายต่อตนเอง คือ ทำให้ตนเองขาดคู่คิด ขาดเพื่อนที่รู้ใจ
เนื่องจากอยู่ด้วยกันมานาน

“เอ้อ..มันเป็นอย่างไรล่ะ ก็ขาดคู่คิด ขาดเพื่อนที่รู้ใจเรามั่ง
(หัวเราะ) ..เข้ามันอยู่ด้วยกันมานาน” (รายที่ 9)

1.2 ระยะเวลาหลัง เป็น ความรู้สึก นึกคิดที่เกิดขึ้นหลังประมาณ 4 เดือนภายหลังการ
สูญเสียคู่สมรส ซึ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้น ได้แก่

1.2.1 การสิ้นสุดความผูกพัน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลครึ่งหนึ่ง กล่าวว่า การเสียชีวิตของผู้
ป่วยทำให้ ตนเองสิ้นสุดความผูกพันที่มีกับผู้ป่วย เนื่องจากร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมาตลอดและอยาก
ให้เขาอยู่ด้วยตอนที่ตนเองรู้สึกสบายเมื่อมันปลายชีวิตและผู้ให้ข้อมูลยังคงรักษาความผูกพันนั้นไว้
โดยการ ฝันถึง ผู้ที่จากไปแล้ว

“ ก็แบบว่า เคยอยู่ด้วยกันมา แบบมันมีความผูกพัน การกิน การนอน การให้การดูแล ปรนบัติ แบบ..มันทุกอย่าง มันมีหมด คิดถึงช่วง ที่เขาทำงานได้ เขาไปทำงานเราอยู่บ้าน เราก็ทำกับข้าวให้เขากิน เราก็เตรียมกับข้าวให้เขา พอเขาเสีย เราก็ฝืนถึงเขาบ่อยๆ แบบเพื่อจ้อ ไปเลย.. “ (รายที่ 1)

“ เสียใจในทำนองแบบว่า คนที่เคยอยู่ด้วยกัน ด้วยความผูกพัน เสียใจน้อยเพราะเขาป่วยมาหลายปี ถึงแม้ว่าเขามาจากไปก็เหมือนเขายังอยู่ พอเขาเสียก็โทรศัพท์ บอกลูก เขาก็กลับมาแล้วกลับไป” (รายที่ 2)

1.2.2 **รู้สึกปลง** ผู้ให้ข้อมูลบางรายจะระลึกถึงผู้ที่เสียชีวิตที่ดูแล ช่วยเหลือ เกี่ยวกับการจัดการภายในบ้านต่าง ๆ พอผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว จะต้องจัดการทุกเรื่องด้วยตนเองทั้งหมด จนรู้สึกปลงได้แล้ว แต่ในขณะเดียวกัน บางรายก็เริ่มไม่รู้สึกละเลยเนื่องจากจะต้องจัดการเองทั้งหมดทุกเรื่อง แต่ในขณะเดียวกันก็ไม่รู้สึกอะไรเลยเพราะครอบครัวมีความพร้อมทุกด้าน

“ ก็รู้สึกว่่าลำบากขึ้น เพราะเมื่อก่อนลุงเขาจะช่วยดูแลเรื่องในบ้านทุก ๆ อย่าง พุดอย่างไม้อาย เช่น เสื้อผ้า ชุดดิน ถากหญ้าเขาจะเป็นคนทำให้ เขาจะทำให้หมดทุกอย่าง ตั้งแต่เขาเริ่มป่วยและมาเสียไป เวลาเรามาทำเอง เมื่อก่อนใหม่ ๆ ทำไปก็จะ ร้องให้ ไป คือไม่เคยทำ ก็ต้องทำเอง แต่ก็ปลงได้แล้ว แม้แต่เรื่องไฟช็อต เปลี่ยนหลอดไฟสักดวง เดี่ยวนี้ก็ต้อง จัดการเอง “ (รายที่ 6)

“ **ไม่มีเลย** เพราะว่า เราที่เป็นครอบครัวที่มีพร้อม ส่งลูกไปเรียนที่ต่างประเทศได้ เพราะมีลูกคนเดียว มีบ้าน มีช่อง มีที่ แล้วยังจะสมบัติของพ่อเขาก็ก ที่จังหวัดสงขลา เยอะแยะเพราะว่าเขาเป็นลูกชายคนเดียว เขาเป็นลูกที่ทางญาติพี่น้องประคบประหงม มากๆ เรียนที่กรุงเทพ ซึ่งเป็นครอบครัว ที่สมบูรณ์มาก หมายความว่าเงินเราสมบูรณ์ เวลาเขาป่วยเราก็เต็มที” (รายที่ 2)

1.2.3 **การระลึกถึง** จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมยังมีการทวนระลึกถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น การนึกถึงคุณ

ความดี การให้ความรัก ความเอาใจใส่ เป็นต้น และสิ่งที่กระตุ้นให้หวนระลึกถึง เช่น ภาพเก่าๆ ที่เป็นรูป เสื้อผ้าของผู้ป่วย ดังผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ ก็บางทีเวลาเห็นรูปก็นึกถึง เลยกินข้าวด้วยกัน คือ มันทำให้เราคิดถึงน้อยลงคือ มันเหมือนขาดเพื่อนที่รู้ใจ คือ ตอนที่เราดี ๆ เขาก็ดีกับเรามาก เป็นคนดี ดูแลครอบครัวดี...พอทำงานอะไรเพลินๆ เราก็คลายความคิดถึงไป ใจเราก็สบายขึ้น” (รายที่ 4)

“ ก็บางทีเวลาเห็นรูปก็นึกถึง เลยกินข้าวด้วยกัน คือ มันทำให้เราคิดถึงน้อยลง คือ มันเหมือนขาดเพื่อนที่รู้ใจ คือ ตอนที่เราดี ๆ เขาก็ดีกับเรามาก เป็นคนดี ดูแลครอบครัวดี...พอทำงานอะไรเพลินๆ เราก็คลายความ คิดถึงไป ใจเราก็สบายขึ้น” (รายที่ 4)

“ ก็พูดให้ลูกๆ หลานฟังว่า ปู่เขาเป็นคนทำงานเก่ง เป็นทหารไปรบเก่ง มาก มาเจอกันกับป้าก็มารักกัน เพราะเอาใจดี ช่างเอาใจตามใจ ป้าตลอด เป็นผู้หน้าที่ดี ดูแลครอบครัวดีมาก” (รายที่ 5)

และมีผู้ให้ข้อมูลหลักบางรายที่กล่าวว่าสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ตนเองคิดถึงผู้ป่วยที่จากไป คือ กิจกรรมที่ตนเองและผู้ป่วยได้เคยกระทำร่วมกัน เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน การนอน การค้าขายเพื่อสร้างครอบครัว การดูแลซึ่งกันและกัน ดังผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ คิดถึงอย่างโน้น คิดถึงอย่างนี้ เวลาจะกินที่ ก็คิดถึงเวลาจะนอนที่ก็คิดถึง เป็นอย่างนั้นแหละ มันคิดไปมั่วหมด...ทุกสิ่ง ทุกอย่าง” (รายที่ 1)

“ ...พอถึงตอนเที่ยง ลุงเขาก็จะกลับมากินข้าวกลางวัน อย่างนี้ ปกติก็จะมากินข้าวด้วย...ทุกวัน คิดถึงเวลาตอนถึงเวลาโรงเรียนเลิก ตอนเย็น เดี่ยวคนนั้นผ่านมา คนนี้ผ่านมา ก็เลยคิดถึง... ลุงกับป้าไม่เคยจากกันไปไหนซักที อยู่ด้วยกันตลอด (น้ำตาซึม)” (รายที่ 8)

“ ก็เหตุการณ์ทุกอย่างที่เกิดขึ้น **กิจกรรมที่ทำร่วมกันมาทุก ๆ อย่าง** สมัยที่เคยทำร่วมกัน พวกกันค้าขาย เพื่อสร้างครอบครัวเลี้ยงเปิดเลี้ยง ใ้ ไปอย่างนั้นแหละ พอตายไปแล้วก็ไม่มีใครพาทำ” (รายที่ 9)

2. ความเศร้าโศกเกิดผลกระทบต่อร่างกาย หมายถึง อาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นในขณะมีความเศร้าโศกได้แก่ น้ำหนักลดลง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น มีอาการเบลอ ๆ หลงลืมไปหลายเดือน เป็นต้น โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

2.1 **ระยะแรก** เป็นอาการทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นขณะที่มีความเศร้าโศก ตั้งแต่วันแรกถึงประมาณ 4 เดือน ได้แก น้ำหนักลดลง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น มีอาการเบลอ ๆ หลงลืมไปหลายเดือน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.2.1 น้ำหนักลดลง ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ดูแลมีน้ำหนักลดลงเนื่องจาก การเกิดความเครียด เสียใจ เศร้าใจ ทำให้รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักจึงลดลง

“ ก็หลายกิโล..ซุบไปเลย **ประมาณ 10 กิโลได้มั้ง** (หัวเราะ) เพราะมันยาวนานมาตั้งแต่ให้การดูแลเขาด้วย “ (รายที่ 1)

“ **แต่ตอนใหม่ ๆ ก็รู้สึกเครียด ความดันขึ้นและน้ำหนักลดไปประมาณ 4 กิโล** ” (รายที่ 2)

“ ก็มีเรื่อง **น้ำหนักลดลง**ไปตั้งเยอะ เมื่อก่อนเคยอ้วนกว่านี้ น้ำหนักประมาณหนักสิบกว่ากิโลกรัม ตอนนี้เหลือประมาณ 50 กิโลกรัมมั้ง “ (รายที่ 6)

2.1.2 ปัญหาสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลทานอาหารได้น้อย เนื่องจากมีความอึดอัดใจ เสียใจ ทำให้ไม่อยากรับประทานอาหาร ทำให้มีปัญหสุขภาพตามมา เช่น โรคกระเพาะกำเริบ และรู้สึกอ่อนเพลียหรือ กินข้าวไม่ลง

“ **ก็กินข้าวไม่ลง** ข้าวเย็นก็ไม่กิน ลูกๆ ญาติๆ ก็มาคะยั้นคะยอให้กิน กินก็กิน 2-3 คำ มันกลืนไม่ลง กินไม่ลง จะกินลงได้อย่างไร ถ้าหากไม่พูดออกมาคนอื่นก็ไม่รู้หรอก หากพูดมันก็คลายลงบ้าง ในใจมันรู้สึกอึดอัดมากๆ แต่ก็ยังอดใจเอาไว้จนถึงทุกวันนี้ “ (รายที่ 5)

“ ช่วงนั้นจะกินไม่ได้ ...เหนื่อยใจ ก็กินไม่ค่อยได้ ...” (รายที่ 6)

2.1.3 นอนไม่หลับ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ดูแลเกิดความเครียด มีความเสียใจ ส่งผลให้นอนไม่ค่อยหลับ ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ซุบซอม รู้สึกโหวงๆ และผู้ให้ข้อมูลบางรายมีอาการ ความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว เมื่อมีความเศร้าโศก เครียดขณะสูญเสียทำให้ ความดันเพิ่มขึ้น และพักผ่อนได้ไม่เต็มที่ ดังผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ นอนก็ได้เหมือนกันแต่มันเหมือนหลับไม่สนิท แต่ถ้าหากว่าร่างกายเราไม่อ่อนเพลีย ไม่คิดนู่นคิดนี่ ก็หลับได้ดีกว่า หากมีความเครียดมากๆ ก็นอนไม่ค่อยหลับ แต่ถ้าหากมีความเครียดหรือมีโรคภัยไข้เจ็บก็ธรรมดา นอนไม่ค่อยจะหลับ” (รายที่ 7)

“... นอนไม่ค่อยหลับ มันรู้สึกเพลียๆ เหนื่อยใจ ทำอะไรก็ไม่ค่อยอยากทำเท่าไร” (รายที่ 8)

“ แรกๆ ก็เครียดบ้าง ... อยากนอนก็นอนไม่ค่อยจะหลับ ช่วงนั้นซุบไปเหมือนกัน นอนไม่หลับ แต่ก็เป็นไม่นาน อย่างที่บอก” (รายที่ 10)

“ แต่ตอนใหม่ๆ ก็ รู้สึกเครียด ความดันขึ้นเลยแหละ” (รายที่ 2)

“ ระยะเวลาที่ความดันขึ้นนะ แต่เราก็ระวัง พยายามทานยาให้ตรงตามเวลาที่กำหนด ปฏิบัติตัวตามที่หมอแนะนำ ก็รู้สึกจะอยู่ ระดับกลางๆ” (รายที่ 7)

“ หลายเดือน 4-5 เดือน เวลาทำงานบ้าน บางทีเราก็หลงๆ ลืมๆ มันจะเบลอ เผลอ บางทีเราคิดจะหยิบอะไร ก็ต้องเดินหลายๆ รอบ เอ.....เราจะเอาอะไรนะ เราเอาของวางไว้ที่ไหนนะ..” (รายที่ 1)

2.2 **ระยะหลัง** หมายถึง อาการทางกายที่เกิดขึ้น เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งความเศร้าโศกจากการสูญเสียลดลง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลนอนหลับดีขึ้น

“ **ก็หลับดีขึ้น** ตอนนั้น แรก ๆ ได้กินยาคลายเครียดตลอด” (รายที่ 8)

ส่วนที่ 3 ประสพการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษาปรากฏการณ์เกี่ยวกับประสพการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 10 ราย พบว่าผู้ดูแลมีการใช้กลวิธีต่าง ๆ ในการปรับตัวเพื่อให้ตนเองมีความรู้สึกที่ดีขึ้น โดยผู้วิจัยขอนำเสนอ ดังนี้

1. **การปรับตัว** เป็นระยะที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การสูญเสียเกิดขึ้น และพยายามปรับพฤติกรรม ปรับความรู้สึกนึกคิดของตนเอง เพื่อเผชิญกับสิ่งที่มากระทบรวมถึงการแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองมีความสบายใจขึ้นและสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ ทั้งนี้ การปรับตัวของผู้ให้ข้อมูลมีรายละเอียดแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1.1 **ระยะก่อนการสูญเสีย** ผู้ให้ข้อมูล 2 ราย บอกว่าหากแพทย์หรือพยาบาล ทราบว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตแน่นอนแล้ว ก็ควรบอกอาการผู้ป่วยให้ญาติทราบ เพื่อให้ญาติมีเวลาเตรียมใจ โดยผู้ให้ข้อมูลเกินกว่าครึ่งหนึ่ง บอกว่า แพทย์ พยาบาล ควรแจ้งอาการผู้ป่วยให้ญาติทราบเพื่อที่จะได้มีเวลาเตรียมใจในการเผชิญกับภาวะสูญเสียที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนบอกเรื่องการปฏิบัติตนภายหลังการสูญเสียในเรื่อง การทำใจ การดูแลสุขภาพ เป็นต้น และนอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งที่กล่าวว่า แพทย์พยาบาลควรเยี่ยมบ้าน ในช่วงระยะเวลา 3-4 เดือนแรก

“...แต่จริง ๆ แล้ว พวกหมอ พยาบาลก็น่าจะมีส่วนช่วยด้วยนะ เพราะจริง ๆ แล้วเวลาที่คนป่วยมีอาการไม่ไหว แล้วเขาน่าจะรู้ก็น่าจะช่วยบอกเรา ว่าอาการเป็นอย่างไร เราจะได้ เตรียมใจไว้ มันคงทำให้เราทำใจได้เร็วขึ้น ป้าคิดอย่างนั้นนะ “ (รายที่ 6)

“ ...แล้วก็พวกหมอ ควรบอกเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของคนไข้ให้ละเอียด เพราะเราจะได้เตรียมใจเวลารับน้ำหนัก... มันจะได้ไม่มากเกินไป “ (รายที่ 7)

“ส่วนใหญ่เขามักคิดว่าคนแก่ คนมีอายุ คงทำได้
มันก็ทำได้นะ แต่ก็ต้องใช้เวลาเหมือนกัน ถ้าคนที่เขาต้องอยู่คนเดียว
ก็ลำบากนะ คนตามมาเยี่ยมบ้างแหละจะดีมาก” (รายที่ 8)

2. **ระยะแรกเมื่อมีการสูญเสีย** ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้สูญเสียมีความรู้สึกช็อก เศร้า ร้องไห้ เศร้า เสียใจ ความเครียด สงสาร เหวง ว้าเหว่ จิตใจหดหู่ ไม่สบายใจ รู้สึกเหมือนขาดอะไรไปอย่างหนึ่ง ซึ่งช่วงนี้ในการปรับตัวเพื่อยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการหลายอย่าง โดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือ

2.1 **การพยายามควบคุมความรู้สึกของตนเอง** โดยอาศัยคำสอนและความเชื่อทางพุทธศาสนาในการจัดการให้ความรู้สึกที่เกิด ณ ขณะนั้น ๆ เพื่อทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น ซึ่งแบ่งออกเป็น ประเด็นย่อย ๆ ดังนี้

2.1.1 **เชื่อว่าความตายหนีไม่พ้น** จากคำสอนในพุทธศาสนาทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเชื่อว่า ความตายเป็นเรื่องธรรมดา ซึ่งทุกคนต้องตายแน่นอน ไม่มีใครหนีพ้นไปได้ เพียงจะมาถึงช้าหรือเร็วเท่านั้นเอง ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลเชื่อในสิ่งเหล่านี้จึงทำให้รู้สึกดีขึ้นได้

“...เคยร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมาจนบัดนี้ แต่ก็ทำใจ
ได้แล้วนะ พระท่านบอกว่า **ความตายมันเป็นธรรมดาของโลกห้าม
ไม่ได้** ซึ่งเราไปวัดทำบุญบ่อยๆ มันก็ทำให้เห็นตามความเป็นจริง
ก็เลยเบาใจ” (รายที่ 3)

“คิดว่าคนเราเกิดมาต้องตายทุกคน เมื่อก่อนลุงเขาพูด
เสมอๆ ว่า หากถึงเวลาต้องตายแล้วอะไรก็ฝืนไม่ได้ ยื้ออย่างไรก็
หยุดไม่ได้หรอก **จะกลัวไปทำไมความตายนะ**” (รายที่ 5)

“...ฟังพระท่านสอน ท่านบอกว่า**ความเจ็บป่วย
ความเกิด ความตายเป็นของธรรมดา ทุกคนหนีไม่พ้น** มันจะมาช้า
หรือเร็วเท่านั้นเอง ไข้ใหม่ เราก็อายอมรับได้มากยิ่งขึ้น...” (รายที่ 6)

“อ้อ ในระยะนั้นแหละครับ...คือ เราอายุมากแล้ว เคยบวช
เคยเรียน แล้วมันก็ คือ หมายถึง ทำใจได้ คือ **คนเราไม่แน่นอน
มันมีเกิด แก่ เจ็บ ตายแบบพระท่านว่า พอทำใจได้...**” (รายที่ 7)

2.1.2 **คิดว่าเขาหมดเวรหมดกรรม** เนื่องจากพุทธศาสนาสอนเรื่องกฎแห่งกรรม เมื่อผู้ดูแลคิดตามได้ว่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยเป็นการหมดกรรมจึงทำให้สบายใจขึ้น

“**คิดว่าเขาหมดเวรหมดกรรมไป** คิดว่าเขาไปได้แล้วแบบว่าไงหละ เขาคงหมดกรรมแล้ว เราก็ทำใจนะ ก็เขา ไม่ได้ไปบับไปแบบว่าเขาให้เวลาเรารักษาดูแลนาน “ (รายที่ 1)

“ คิดว่าคนเราเกิดมาต้องตายทุกคน เมื่อก่อนลุงพูดเสมอว่าหากถึงเวลาต้องตายอะไรก็ฝันไว้ไม่ได้หรอก จะกลัวไปทำไมความตายนะ ป้าก็เลยคิดว่าคงถึงเวลาของเขาแล้วมั้ง เขาก็เลยจากไป ...แต่เขาก็**ไปสบายหมดเคราะห์กรรมไปแล้ว**” (รายที่ 5)

“...อย่างพระอาจารย์ประสานก็จะคอยแนะนำ บอกเรื่องเวรกรรมบอกให้เราปลงว่า **เขาหมดกรรมแล้ว ...**” (รายที่ 6)

2.1.3 **ทำให้ใจให้สงบ** ผู้ให้ข้อมูลครั้งหนึ่ง กล่าวว่าสามารถทำให้ใจให้สงบโดยการสวดมนต์ ภาวนา นั่งสมาธิ เป็นต้น

“ ก็พยายามทำใจ **ทำให้ใจให้สงบ** ไม่คิดอะไร...ทำให้มันสบายใจ อย่างเงี้ย” (รายที่ 1)

“ ตั้งแต่ลุงจากไปป้าก็สวดมนต์เรื่อยมา ภาวนามาเรื่อยๆ ก็เลยเบาใจ ก็พระท่านบอกว่าโยมเป็นทุกข์ ก็ให้ทำอย่างนี้แหละ **ใจมันก็สงบขึ้นนะ**” (รายที่ 4)

“ก็สวดมนต์ตอนเย็น บางทีก็นั่งสมาธิ น้บลมหายใจ **มันก็สงบขึ้น**” (รายที่ 9)

2.1.4 **ทำบุญ** ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวว่า เมื่อได้ทำบุญอุทิศส่วนกุศลไปให้ผู้ตาย ตามความเชื่อทางพุทธศาสนา ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ายังสามารถทำอะไรให้กับผู้ตายได้จึงทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น

“คือ กรวดน้ำ ใส่บาตร อุทิศส่วน บุญกุศล ไปให้ทุกวัน ทำให้เรา
สบายใจขึ้นทำเป็นปึก ด้วย เราก็ลืมๆ ไป เราก็หยุด “ (รายชื่อที่ 1)

“ก็ หาอะไรทำ ทำบุญมากขึ้นบ่อยขึ้น ไปวัด
ทำสมาธิบ้าง คุยกับเพื่อนๆ บ้างมันก็ สบายใจขึ้นนะ แล้วเขาก็ไป
สบายแล้วนะ...” (รายชื่อที่ 3)

“ทำบุญกรวดน้ำไปให้เขาเยอะๆ ใจมันก็ดีขึ้นตามลำดับ” (รายชื่อที่ 5)

2.1.5 พยายามทำใจ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่พยายามทำใจไปเรื่อยๆ
ตามหลักคำสอนและหลักปฏิบัติทางพุทธศาสนาที่ได้รับมาจากพระ และนำมาปฏิบัติตามอย่างต่อ
เนื่อง

“อ้อ ในระยะนั้นหอรอครับ ก็พยายามทำใจ คือ เราอายุ
มากแล้ว เคยบวชเคยเรียนแล้วมันก็ คือหมายถึง ทำใจได้ คือ คนเราไม่
แน่นอน มันมีเกิดแก่เจ็บตายแบบพระท่านว่า พอทำใจได้ แต่ว่ากว่าจะ
ทำใจได้ก็ใช้เวลานานเหมือนกัน ค่อยๆ คิดแก้ไป” (รายชื่อที่ 7)

“ทำใจไง .. ทำบุญกุศลให้เยอะๆ อุทิศส่วนกุศลให้เขามาก “
(รายชื่อที่ 8)

“ทำใจ พยายามทำใจให้ได้นั่น “ (รายชื่อที่ 10)

2.1.6 ไปวัดหรือไปคุยกับพระ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวว่าเมื่อได้
ไปทำบุญ รักษาศีล ทำสมาธิและได้พบกับเพื่อนๆ ที่วัด รวมถึงได้ฟังธรรมและสนทนาธรรมกับ
พระ ทำให้ได้ข้อคิดและแนวทางปฏิบัติที่ทำให้จิตใจสบายขึ้น

“ก็ หาอะไรทำ ทำบุญมากขึ้นบ่อยขึ้น ไปวัด ทำสมาธิบ้าง
คุยกับเพื่อนๆ บ้างมันก็ สบายใจขึ้นนะ แล้วเขาก็ไปสบายแล้วนะ...”
(รายชื่อที่ 3)

“ ตอนนั้นลูกๆ เขาก็มาพูดคุยให้กำลังใจ อยู่เป็นเพื่อน
...ไปวัด ...ใจสงบกันนอนหลับดีขึ้น” (รายที่ 5)

“ ก็ใช้เวลา **ไปทำบุญ** ทำอะไรบ้าง หาพระหาเจ้า
ท่านก็จะสอนว่า...ก็ดีขึ้นพระท่านบอกมาให้เรายอมรับมัน เลิกฆ่า
ปลาไปเลยคือ ทำความดีมากขึ้น เพราะเมื่อก่อนไม่ค่อยทำบุญ
ก็เลยไม่อยาก ทำบาปเพิ่มขึ้น” (รายที่ 6)

2.2 ต้องการให้บุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบข้างเอาใจใส่ดูแล ในช่วง
เวลาหลังจากมีการสูญเสียในภาวะเศร้าโศกก็ต้องการให้บุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบข้างให้
การเอาใจใส่ดูแล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่บอกว่าเมื่อได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ญาติ
พี่น้อง เพื่อน ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลบอกว่า ต้องการเข้ารับคำปรึกษาเกี่ยวกับ
ภาวะสุขภาพของตนเอง ดังนี้

2.2.1 กำลังใจจากลูก ๆ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวว่า ขณะที่รู้สึกเสีย
ใจ เมื่อ ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน ๆ มาพูดคุย ปลอบโยน ให้กำลังใจ ทำให้ตนเองรู้สึกสบาย
ใจ อบอุ่นใจ และมีกำลังใจในการในการมีชีวิตอยู่ ทำให้จิตใจสงบ ทานข้าวได้มากขึ้น นอน
หลับดีขึ้น และทำให้ทำใจได้เร็วขึ้น

“ ตอนนั้นลูก ๆ เขาก็มาพูดคุยให้กำลังใจ อยู่เป็นเพื่อน
เขาบอกว่า แม่อยู่เป็นหลักให้กับลูกหลานเถอะนะ.....เราก็สบายใจ
ทานได้มาก ขึ้น ใจสงบกันนอนหลับดีขึ้น” (รายที่ 4)

“ ตามความรู้สึกของผมนึกเหลือลูกคนเล็กอีก 1 คน
เป็นห่วง แต่ในกรณีที่แม่เขาเสียไปแล้ว พี่ ๆ 3 คนนี้ เขาก็รับปากกับ
ผมว่าไม่ต้องกังวล เขาจะรับดูแลแล้วก็การศึกษาเล่าเรียนของน้อง
พวกเขาจะรับผิดชอบเองไม่ต้องห่วง ก็เลยค่อยสบายใจขึ้นมาหน่อย
มีกำลังใจมากขึ้น...ก็ญาติ ๆ ทั้งฝ่ายผมและคนที่ตาย เขาก็มา
แสดงความเสียใจ” (รายที่ 7)

“ **ก็ได้ลูก ๆ** เขามาอยู่ใกล้ ๆ ก็อบอุ่นใจ เราก็มีกำลังใจ
ใจอยู่เพื่อลูกเพื่อหลาน” (รายที่ 9)

“ เราก็ต้องพยายามทำใจให้ได้เร็ว ๆ เพราะตอนนั้นลูก ๆ

ก็เป็นห่วงเรา มากเหมือนกัน เราก็เลยก็เลย ได้คิดว่า เราควรที่จะเป็นทำใจปกติให้เร็วขึ้น เพราะลูกๆ เขาจะ ได้ไม่เป็นห่วงเรา เวลาเขาเอาข้าวมาให้กิน เขาเห็นเรากินน้อย เขาพยายามคะยั้นคะยอให้เรากินมากขึ้น เราก็พยายามนะ ก็ได้พวกเขานี้แหละ เป็นกำลัง ใจให้” (รายที่ 10)

2.2.2 ปรีกษาแพทย์ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลบางรายมีโรคประจำตัว และเป็นคนที่เครียดง่าย ดังนั้นเมื่อคู่สมรสเสียชีวิตไปแล้วเมื่อมีปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจจึงไปพบแพทย์

“ ก็ปรีกษาหมอ หมอเขาให้ยาคลายเครียด มีอะไรก็หาหมอตลอด โดยเฉพาะตอนที่เขาป่วยใหม่ๆ ก็ต้องไปดูแลเขาที่โรงพยาบาลทุกวัน เครียดเหมือนกัน เพราะหากไม่ไปทุกวันก็น่าเกลียด กลับมากก็ต้องเสีย ค่าใช้จ่ายเยอะ “ (รายที่ 2)

“ก็ไปหาหมอบ่อยขึ้นนะ ตอนที่เสียลูกเขาไปไม่นาน สุขภาพจิต ไม่ค่อยดี พอตอนหลังเริ่มทำใจได้ ก็ห่างหมอบ้างหน่อย” (รายที่ 6)

“ ปกติของผม ปฏิบัติอยู่นี่ คือหลังจากที่สูญเสียอันนี้ที่ แล้วร่างกาย จิตใจถ้าผิดปกติอะไร ผมก็พบแพทย์ทันที เพราะว่าเรามั่นสะดวกต่อการพบแพทย์ พยาบาลเพราะว่าเรา มันอยู่ใกล้ โรงพยาบาล ใกล้หมอ มันจึงสะดวก มีอะไรก็ไปปรึกษา ไปหาแล้วเขาก็ให้ยามา” (รายที่ 7)

2.3 ทำงานหรือทำกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมที่ทำเป็นกิจกรรมที่ทำเพื่อความเพลิดเพลินให้แก่ตนเอง หรือเป็นกิจกรรมที่สนับสนุนงานในบ้านหรือเป็นกิจกรรมที่ทำเพื่อส่งเสริมรายได้ ดังต่อไปนี้

2.3.1 เลี้ยงหลาน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวว่า การเลี้ยงหลานทำให้รู้สึกจิตใจไม่ฟุ้งซ่าน คลายความเงา และสร้างความเพลิดเพลิน ทำให้สบายใจขึ้น

“ เลี้ยงหลานให้มันลืมๆ ไปไม่ฟุ้งซ่าน” (รายที่ 3)

“อยู่เลี้ยงหลาน มันก็เพลินๆ ดี” (รายที่ 4)

“แล้วก็มีหลานมาอยู่ด้วย พอมาเลี้ยงหลานก็ดีขึ้น...
แต่เวลาปิดเทอมก็มีหลานคนอื่นอีก ก็เอามาเลี้ยง ก็คลายเหงาไปบ้าง “
(รายที่ 8)

2.3.2 ไปเที่ยวหรือคุยกับเพื่อนๆ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ กล่าวว่า การได้ไปเที่ยว และพูดคุยกับเพื่อนๆ ทำให้รู้สึกคลาย ความเครียด ความเหงา มีความสบายใจขึ้น

“ก็คลายเครียดโดยการไปเที่ยวกับเพื่อนๆ บ้าง ”
(รายที่ 2)

“ไปนั่งคุยกับเพื่อนๆ บ้าง พอให้รู้สึกคลายเหงาไปได้บ้าง
ถ้าอยู่บ้าน มันเหงา จะทำให้คิดมาก ก็เลยรู้สึกที่ไม่ค่อยอยากอยู่บ้าน
ไปทำอย่างอื่นกับเพื่อนๆ ไปอยู่กับเพื่อนๆ มันก็จะเพลินๆ ถ้าอยู่คนเดียว
ก็คิดมากจริงๆ “ (รายที่ 8)

“โทรศัพท์ไปคุยกับเพื่อน ๆ บ้างมันก็สบายใจนะ
ช่วงนั้นเพื่อน ๆ เขาช่วยกัน ปลอบ บางคนที่เขาเสียสามีเหมือนเราเขา
ก็จะเข้าใจเรามาก ได้เขาเป็นเพื่อนคุย ก็คุยบ่อย ก็สบายใจขึ้น
ทำใจง่ายขึ้น” (รายที่ 10)

2.3.3 ทำงานบ้าน ผู้ให้ข้อมูลครึ่งหนึ่งกล่าวว่า การทำงานบ้านทำให้รู้สึก
เพลินเพลิน คลายเครียด และลืมเรื่องการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ทำให้สบายใจขึ้น ไม่ฟุ้งซ่าน

“ก็แบบว่า ทำงาน ทำการอะไร ในบ้านให้มันลืมไป
ทำอันโน้นอันนี้ให้มันลืมไป หยิบอันโน้นหยิบอันนี้ไม่รู้หละ.....ทำงาน
ในบ้านนี้แหละทำให้มันเพลินเพลินมันก็จะมันลืมไป.....ลืมความที่นึกคิด
อะไรแล้ว พอนั้นพอเราเหนื่อยมา เราก็มานั่งแล้วเราก็ค่อยๆ คลายเครียดไป
มันก็จะค่อยๆ ลงตัวไปที่ละน้อย ทีละน้อย มันก็จะปกติ “ (รายที่ 1)

“ ก็ทำงานบ้าน ให้มันลึมๆ ไปไม่ฟังชาน...ทำกับข้าว
 บัดกวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ งานบ้านทั่วๆ ไป..ก็ทำไปเรื่อยๆ ไม่ฟังชานดี”
 (รายชื่อที่ 4)

2.3.4 อ่านหนังสือ ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่า การอ่านหนังสือช่วยทำให้ช่วยให้
 ให้สามารถทำใจได้เร็วขึ้น

“ ผมก็อาศัยอ่านหนังสือ... ก็ค่อยยังชั่วขึ้น” (รายชื่อที่ 7)

“ ไม่ก็อ่านหนังสือ ไปอย่างนั้นแหละ ก็ทำใจได้ พออยู่ได้”
 (รายชื่อที่ 8)

2.3.5 ทำขนมขาย ผู้ให้ข้อมูลเพียงรายเดียวที่กล่าวว่า การทำขนมขายทำให้
 ตนเองมีความเพลิดเพลิน

“ ทำขนมขายมันก็เพลินๆ ดี” (รายชื่อที่ 4)

2.3.6 การทำสวน ผู้ให้ข้อมูลเพียงรายเดียวที่กล่าวว่า การทำสวนทำให้ตน
 เองรู้สึกว่าจะ ทำให้ใจดีขึ้นเรื่อยๆ

“ อืม...ทำสวน มันก็เพลิน ๆ ไป ...ใจมันก็ดีขึ้นตามลำดับ “
 (รายชื่อที่ 5)

3. ระยะเวลาผ่านความเศร้าโศก ในระยะนี้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มปรับตัวได้ หลังจากที่ทำใจให้
 คลายจากความเศร้าโศกด้วยวิธีการต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดนับถือพุทธ
 ศาสนา จึงได้นำคำสอนเหล่านั้นมาช่วยในการทำให้ใจสบายขึ้น และผู้ให้ข้อมูลทั้งหลายก็เริ่ม
 ทำใจยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้

“ ยายอายุมากแล้ว ผ่านอะไรก็เยอะ มันก็ทำให้...
 ยาย รู้สึกว่าสุดท้ายแล้ว เราก็ต้องพรากจากคนที่เรารักในที่สุด
 ก็รู้สึกปลงนะ” (รายชื่อที่ 3)

“ **ปลง ก็ยอมรับได้** พระท่านบอกว่าหากเรายอมรับว่ามัน เป็นเรื่องธรรมดา คือทุกคนต้องเจอไม่ช้าก็เร็ว แล้วชีวิตที่เหลืออยู่ก็ ทำให้เราไม่ประมาท เราก็มีความสุขใจมากขึ้น” (รายที่ 6)

“ ก็รู้สึกเสียใจมากอย่างที่บอก..ก็ทำใจยอมรับได้มากขึ้นแล้ว ก็เหมือนกับ **ปลงนั่นแหละ**” (รายที่ 7)

2. **การสูญเสียรายได้** หมายถึง ความเศร้าโศกที่มีขณะเผชิญความสูญเสียส่งผลถึงสถานะทางการเงินทั้งเรื่องรายได้ และค่าใช้จ่ายในครอบครัว ได้แก่ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าเล่าเรียนของลูก ค่าใช้จ่ายส่วนตัว เป็นต้น เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานทำให้รายได้ประจำลดลง หรือในกรณีที่ผู้ดูแลเคยได้รับรายได้จากผู้ป่วยและเมื่อผู้ป่วยจากไปจึงรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการขาดรายได้ของตนเองแต่ในขณะเดียวกันยังมีรายจ่ายเท่าเดิม เครียดจากกังวลเรื่องเงินที่ผู้ป่วยสะสมไว้หากใช้หมดไปแล้วตนเองจะทำอย่างไร นอกจากนี้ยังกังวลเรื่องการเบิกสวัสดิการ ค่ารักษาพยาบาลที่หมดไปพร้อมกับการเสียชีวิตของผู้สมรสอีกด้วย

“แล้วพอดีลาออกจากงานมาแล้วด้วย ตอนที่เราทำงานเราก็มีเพื่อนเยอะใช่ไหม มีเพื่อนเยอะสนุก พอมาอยู่บ้าน เราก็เหมือนอยู่คนเดียว เราก็คิดมาก และ**ต้องใช้เงินด้วย เดือนนึงหลายหมื่นบาท ลูกยังเรียนด้วย ค่าใช้จ่ายเยอะเหมือนกัน แหมเดือนนึงจ่ายเป็นแสนนะ** ถึงมีเงินจ่าย ก็คิดเหมือนกัน ซึ่งลูกอยู่ที่ต่างประเทศด้วย ค่าเล่าเรียนค่าหน่วยกิตเป็นแสน ค่ากินเขาก็ดูเดือนละประมาณ 30,000บาท” (รายที่ 2)

“ ก็ตอนนี้สุขภาพเริ่มไม่ค่อยดี ก็พอหลงเสีย ก็รู้สึกเครียดว่า ตนเองจะอยู่ยังไงคนเดียว **เพราะเรื่องค่ารักษาพยาบาลเมื่อก่อนก็เบิกกับลุง แล้วเมื่อลุงเสียแล้วจะทำยังไง เพราะเราเป็นแม่บ้านไม่ได้ทำงานอะไร** ก็เริ่มใจไม่ดี(เสียงสั่น น้ำตาคลอ) “ (รายที่ 6)

สรุปความหมายและประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม

ผลการศึกษาปรากฏการณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 10 ราย สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นใหญ่ คือ

ประเด็นหลักที่ 1 ความหมายของความเศร้าโศก แบ่งออกเป็น 2 ความหมาย คือ

- 1.) ความเศร้าโศกมีผลต่อจิตใจ
- 2.) ความเศร้าโศกมีผลต่อร่างกาย

ประเด็นหลักที่ 2 ประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ประเด็นหลัก 2 ประเด็น คือ 1) การปรับตัว และการสูญเสียรายได้

- 1.) การปรับตัว โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ
 - 1.1 ระยะเวลาก่อนการสูญเสีย
 - 1.2 ระยะเวลาแรกหลังการสูญเสีย
 - 1.3 ระยะเวลาหลังผ่านความเศร้าโศก
- 2.) การสูญเสียรายได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดของ Husserl (Koch, 1985) ซึ่งเป็นการสืบค้นข้อมูลเพื่ออธิบายและให้ความหมายกับชีวิตมนุษย์ เปิดเผยปรากฏการณ์ภายใต้การศึกษา ตามสถานการณ์ที่เป็นจริงและตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ ผู้วิจัยต้องแยกความเชื่อและสิ่งที่ผู้วิจัยรู้ เกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นออกจากสถานการณ์ที่ศึกษา (Koch, 1985) ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ทั้งนี้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพจะเป็นไปในเรื่องของการศึกษาข้อมูล จากผู้ที่มีคุณสมบัติตรง มีประสบการณ์ในเรื่องที่สนใจและสามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ตรงตามปรากฏการณ์ที่อยู่ในความสนใจ ดังนั้น การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) และการบันทึกภาคสนาม ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหา ตามขั้นตอนของ Colaizzi (1978 cited in Holloway and Wheeler, 1996) จนข้อมูลอิ่มตัวโดยมีจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 10 ราย และนำเสนอประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม เป็น 2 ประเด็นหลัก และ 4 ประเด็นย่อย ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความหมาย

ประเด็นย่อย ได้แก่

1.1 ความเศร้าโศกมีผลต่อจิตใจ

1.2 ความเศร้าโศกมีผลต่อร่างกาย

ประเด็นที่ 2 ประสบการณ์

2.1 การปรับตัว

ประเด็นย่อย ได้แก่

2.1.1 ระยะก่อนการสูญเสีย

2.1.2 ระยะแรกหลังการสูญเสีย

2.1.3 ระยะหลังผ่านความเศร้าโศก

2.2 การสูญเสียรายได้

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เกี่ยวกับความหมายและประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม แสดงถึงเรื่องราวที่ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสได้ประสบมา และความรู้สึกตั้งแต่รับรู้ว่ามีอาการการสูญเสียคู่สมรสที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมที่เกิดขึ้น ตลอดจนการปรับตัวเพื่อให้ตนเองยอมรับความสูญเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งผลการวิจัยแบ่งออกเป็น ประเด็นหลัก 2 ประเด็นหลัก ดังนี้ คือ ความเศร้าโศกมีผลต่อจิตใจ ความเศร้าโศกมีผลต่อร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับ Owen et al., (1997) และ Hegge and Fischer (2000) ที่ให้ความหมายของความเศร้าโศกจากงานวิจัยหลาย ๆ ชิ้นไว้ว่า ความเศร้าโศกมีผลกระทบทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความหมายของความเศร้าโศกของคู่สมรส

ความหมายของความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมนั้น ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ให้ความหมายของความเศร้าโศกไว้โดยตรง แต่จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของความเศร้าโศก ไว้ 2 ประการ คือ

ประเด็นย่อยที่ 1 ความเศร้าโศกมีผลต่อจิตใจ

ความเศร้าโศกมีผลต่อจิตใจ หมายถึง ความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นเมื่อรับรู้ว่าคุณป่วยเสียชีวิตไปแล้ว ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเสียใจ เศร้าใจ หดหู่ ไม่สบายใจ ร้องไห้ เกรียด การหวนระลึกถึง สิ่งทีกระตุ้นให้หวนระลึกถึง ซึ่งแบ่งความเศร้าโศกที่มีผลต่อจิตใจออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะแรก ความรู้สึกที่เกิดขึ้นทันที ทราบว่าคุณป่วยได้จากไปแล้ว ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่บอกว่า รู้สึก เสียใจ เศร้าใจ หดหู่ ร้องไห้ เกรียด เป็นต้น ซึ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้นนี้ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมแต่ละคนมีความแตกต่างกันไป ผลการวิจัย พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ระบุว่าความรู้สึกแรกที่เกิดขึ้นคือ รู้สึกเศร้าใจ หรือ เสียใจ สอดคล้องกับ เขียวรัชย์ งามทิพย์วัฒนา (2535) ที่กล่าวว่า ความรู้สึกเสียใจ เป็นความรู้สึกที่พบได้บ่อยที่สุดภายหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และความรู้สึกที่พบรองลงมาคือ ความเกรียด

เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกวิตกกังวล คิดมากในเรื่องต่าง ๆ หลายเรื่องในเวลาเดียวกัน เนื่องจากการสูญเสียคู่สมรส ซึ่งทำให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความไม่แน่นอนในอนาคตที่อาจเกิดขึ้น ไม่รู้ว่าตนเองจะดำเนินชีวิตอย่างไรเมื่อปราศจากคู่ชีวิต โดยจากการวิจัยครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และไม่ได้ประกอบอาชีพ เมื่อสูญเสียคู่สมรสไป จึงรู้สึกว่าอนาคตไม่แน่นอน สอดคล้อง กับ เจียรชัย งามทิพย์วัฒนา (2535) ที่กล่าวว่า “ความเครียดของผู้ที่สูญเสียเกิดขึ้น นั้นมีสาเหตุมาจากความกังวลว่าจะอยู่อย่างไรเมื่อปราศจากผู้ตาย” โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลที่สูญเสียไปเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดที่สุด ทำให้เกิดความวิตกกังวลกับชีวิตของตนเอง และรู้สึกถึงความไม่แน่นอนของชีวิตสอดคล้องกับ Horowitz et al (1997) ที่กล่าวว่า คู่สมรสจะเกิดความรู้สึกอนาคตไม่มั่นคงจากการที่สูญเสียบุคคลที่สามารถพึ่งพาได้ โดยพบว่าในช่วง 1 เดือนแรกภายหลังการสูญเสีย คู่สมรสจะรู้สึกว่า อนาคตไม่แน่นอน ไม่มั่นคง

ความรู้สึกเหงา ว้าเหว เป็นอารมณ์ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ เกิดความรู้สึกนี้เนื่องจากใช้ชีวิตคู่ร่วมกันมายาวนาน และหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปทำให้รู้สึกว่าเหมือนตนเองอยู่เพียงลำพังคนเดียว หงอยเหงาเวลาอยู่ที่บ้าน รู้สึกโหวง ๆ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Shuchter and Zisook (1993) พบว่า 1-2 เดือนแรก หลังการสูญเสียคู่สมรส ผู้สูญเสียร้อยละ 59 จะรู้สึกว้าเหว ร้อยละ 37 รู้สึกว้าเหวเมื่ออยู่กับคนอื่น ๆ และความรู้สึกนี้จะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 39 และ 23 ตามลำดับ ภายในระยะ 2 ปีหลังการสูญเสีย อย่างไรก็ตาม Horowitz, et al. (1997) พบว่า ภายหลังจากการสูญเสีย 6 เดือนจะพบความว้าเหวเพียงร้อยละ 38 และจะมีความรู้สึกนี้อยู่นานถึง 14 เดือน นอกจากนี้ Townsend (1955 cited in Ryan and Patterson, 1987: 8) พบว่า ความว้าเหวมีความสัมพันธ์กับความสูญเสียมากกว่าการแยกตัวออกจากสังคม ผู้ที่เพิ่งเป็นหม้ายที่มีความว้าเหวมากที่สุดและพบว่ามีอารมณ์รุนแรงมากขึ้นถ้าผู้สูงอายุผู้นั้นไม่มีบุตรหลาน

นอกจากนี้ ความรู้สึกหดหู่ไม่สบายใจ เป็นความรู้สึกกังวลที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียคู่สมรสที่เกิดขึ้น และการร้องไห้ออกมา ซึ่งบางรายบอกร้องไห้ 3-4 เดือนแรก ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งแบบแผนของการแสดงความรู้สึกออกมาจะได้รับอิทธิพลทางวัฒนธรรม เช่น การทำพิธีศพ และการไว้ทุกข์เป็นธรรมเนียม ประเพณีที่ยอมรับกันของวิธีการแสดงความรู้สึกในสังคมนั้นๆ โดยเฉพาะในสังคมไทยที่ทำให้เพศหญิงแสดงความรู้สึกออกมาอย่างเปิดเผย มีการร้องไห้สะอึกสะอื้น (ปาริชาติ สุขุม, 2539) เป็นต้น ในขณะที่ผู้ดูแลที่เป็นเพศชายสามารถแสดงอารมณ์ ความรู้สึกออกมาเช่นกัน เช่น “ผมรู้สึกเสียใจ เสียใจมากครับ” (รายที่ 7) อย่างไรก็ตามเนื่องจากมีผู้ให้ข้อมูลที่เป็เพศชายเพียงคนเดียวอาจทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ชัดเจนมาก ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม ในประเด็น ความแตกต่างของการแสดงความรู้สึกระหว่างชายหญิงและระยะของภาวะเศร้าโศกในบริบทของสังคมไทย

ระยะหลัง ความเศร้าโศกมีผลต่อจิตใจของผู้สูญเสียในระยะหลัง หมายถึง ความรู้สึกคิดถึง หวนระลึกถึงผู้ตาย จากภาวะการสูญเสียอันเป็นที่รัก (States of Bereavement) ของ John Bowlby (1961) ได้แบ่งภาวะของการสูญเสียอันเป็นที่รักมี 4 ภาวะ และการวิจัยพบว่า สอดคล้องกับภาวะที่ 2 คือ การคิดถึงและการค้นหา (Yearning and searching) ผู้สูญเสียจะรู้สึกกระวนกระวายและหมกมุ่นกับผู้ตาย จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะคิดถึงการทำร่วมทุกข์ร่วมสุข ความผูกพันและความดีของผู้ตาย โดยที่ความรู้สึกคิดถึง และการฝันถึง จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสบายใจขึ้น เช่น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“คือว่า เมื่อก่อนนี้เราลำบากมาก เราก็ควรจะสบายบ้าง

ก็เลยเป็นห่วงก็เลยคิดถึงกัน” (รายที่ 7)

“ก็บางทีเวลาเห็นรูปก็นึกถึง เลยกินข้าวด้วยกัน คือ มัน

ทำให้เราคิดถึงน้อยลง คือ มันเหมือนขาดเพื่อนที่รู้ใจ คือ ตอนที่เขาดี ๆ

เขาก็ดีกับเรามาก เป็นคนดี ดูแลครอบครัวดี...พอทำงานอะไรเพลิน ๆ

เราก็คลายความ คิดถึงไป ใจเราก็สบายขึ้น” (รายที่ 4)

นอกจากนี้อาจรู้สึกโล่งใจ เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการที่เห็นผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและผู้ดูแลก็รู้สึกผ่อนคลายจากการที่ดูแลผู้ป่วยมานาน โดยผู้ให้ข้อมูลบอกว่า ผู้ป่วยได้หลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย และเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางบุคลิกภาพ พฤติกรรม และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ซึ่งใช้เวลานาน ตั้งแต่ 2 ถึง 10 ปีขึ้นไป ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ตนเองจึงรู้สึกโล่งใจ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาหนึ่งที่พบบ่อยภายหลังการสูญเสีย และเมื่อใดความรู้สึกนี้หมดไปแสดงว่าความเศร้าโศกจากการสูญเสียได้สิ้นสุดลง (เจียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2539) นอกจากนี้ อาจเกิดจากความรู้สึกสงสาร ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลนึกถึงความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับขณะมีชีวิตอยู่ และพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ยังมีการหวนระลึกถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เช่น การนึกถึงคุณความดี การให้ความรักความเอาใจใส่ โดยมีภาพเก่าๆ ที่เป็นรูปหรือเสื้อผ้าของผู้ป่วยเป็นตัวกระตุ้นให้หวนระลึกถึงผู้ป่วยมากขึ้น

ประเด็นย่อยที่ 2 ความเศร้าโศกมีผลต่อร่างกาย หมายถึง ความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมีความรู้สึกเสียใจ และความรู้สึกนี้ก็ส่งผลกระทบต่อร่างกายต่าง ๆ เช่น

มีน้ำหนักตัวลดลง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ บางรายมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้นหรือโรคกระเพาะ
กำเริบ เป็นต้น ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้ คือ

ระยะแรก เนื่องจากในวัยผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย และจิตใจ (พิษณุภรณ์
มุลศิลป์, 2539) ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุเกิดความเครียดอาจทำให้ผู้สูงอายุมีภูมิคุ้มกันต่ำ และมีโอกาสรับ
เชื้อเข้าสู่ร่างกายได้ มีน้ำหนักตัวลดลงซึ่งบางรายลดถึง 10 กิโลกรัม ทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคภัยและเจ็บ
ป่วยซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจ มีผลต่อการรับประทานอาหารไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ
นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์ (2542) นอกจากนี้ยังพบว่า การสูญเสียมีผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้อาการ
ป่วยที่เป็นอยู่เดิมมีความรุนแรงขึ้นและมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย (เถียรชัย งามทิพย์วัฒนา,
2539; Owen et al., 1997; Hegge and Fischer, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ที่สุขภาพ
ของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสบางรายมีระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น แต่ได้แก้ไขโดยเข้ารับการตรวจ
รักษาจากแพทย์ทันที และรับประทานยาตามแพทย์สั่งทำให้ระดับความดันจึงลดลง และในรายที่
โรคกระเพาะกำเริบ ผู้ให้ข้อมูลก็ไปพบแพทย์บ่อยขึ้น ซึ่งชี้ชัดว่า ความเครียดอาจมีผลกระทบต่อร่าง
กายอย่างชัดเจน ส่วนในรายที่มีน้ำหนักลดลง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ก็เกิดจากผู้ให้ข้อมูล มี
ภาวะเครียดใจมากซึ่งสอดคล้องกับ เถียรชัย งามทิพย์วัฒนา (2539) และ Owen et al. (1997) และ
Hegge and Fischer, 2000 ที่กล่าวถึง ความรู้สึกเครียดของคู่ดูแลอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลง
ของพฤติกรรมที่พบได้บ่อย คือ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ความสามารถในการตัดสินใจ
เปลี่ยนแปลงไป แยกตัว เก็บตัว ไม่ค่อยที่จะสนใจเข้าสังคม จากวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วน
ใหญ่ มีการฝันถึงบุคคลที่ตายไปแล้วซึ่งสัมพันธ์กับ เถียรชัย งามทิพย์วัฒนา (2535) ที่กล่าวว่า
อาการหนึ่งที่พบได้บ่อย คือ การฝันถึงบุคคลที่จากไปแล้ว ซึ่งทำให้ผู้ฝันรู้สึกสบายใจขึ้น

ระยะหลัง หลังจากที่คุณดูแลที่เป็นคู่สมรสพบว่าความเครียดอาจมีผลด้านร่างกาย ดังกล่าว
แล้ว ในระยะต่อมา เมื่อผลกระทบทางด้านร่างกายลดลง ก็ทำให้ผู้ให้ข้อมูลนอนหลับดีขึ้น และ
ลดขนาดของยาคลายเครียดลง

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้ สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวถึงประสบการณ์ความเครียดภายหลังการ
สูญเสียคู่สมรสที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม ในมุมมองของการปรับตัวและการสูญเสียรายได้ ดังนี้

1. **การปรับตัว** หมายถึง ระยะที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การสูญเสียที่เกิดขึ้น
ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปรับความรู้สึกนึกคิด เพื่อที่เผชิญกับความสูญเสีย

ที่เกิดขึ้น ซึ่งรวมทั้งใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อมาจัดการความรู้สึกตนเอง เพื่อให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น สอดคล้องกับ Fontraire and Flether (2000) และ Rich (2002) ที่บอกว่า ความเศร้าโศกเป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อปรับตัวต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นและมีพัฒนาการเป็นช่วงเพื่อให้เกิดการยอมรับและเป็นประสบการณ์ที่ช่วยทำให้บุคคลเข้มแข็งและสามารถดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ สามารถสรุปการปรับตัวมีดังต่อไปนี้

ประเด็นย่อยที่ 1 ระยะก่อนการสูญเสีย เป็นระยะที่เมื่อพบว่าจะมีการสูญเสียเกิดขึ้นแน่นอนแล้ว ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะว่า แพทย์ พยาบาล ควรบอกอาการผู้ป่วยเพื่อให้ญาติได้มีเวลาเตรียมใจ ซึ่งสอดคล้องกับกับ เบียร์ชย์ งามทิพย์วัฒนา (2535) กล่าวว่า จุดประสงค์ของการช่วยเหลือ ในระยะนี้ คือ ช่วยให้อาาติและผู้ป่วยสามารถที่จะจากกันได้อย่างไม่ทุกข์นัก ไม่เกิดความรู้สึกติดค้าง หรือรู้สึกผิดกับอีกฝ่ายหนึ่ง เตรียมใจที่จะพบกับความเป็นจริงของการรักษา

ประเด็นย่อยที่ 2 ระยะแรกเมื่อมีการสูญเสีย ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้สูญเสีย มีความรู้สึกช็อก เศร้า ร้องไห้ เศร้า เสียใจ ความเครียด สงสาร เหนงา ว่าเหว่ จิตใจหดหู่ ไม่สบายใจ รู้สึกเหมือนขาดอะไรไปอย่างหนึ่ง ผู้ดูแลยังยอมรับไม่ได้ บางรายอาจมีการร้องไห้ทุกวัน ทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ ซึ่งช่วงนี้ในการปรับตัวเพื่อยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้นผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการต่าง ๆ ในการทำให้ความรู้สึกเศร้าโศกดีขึ้น จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลจะใช้วิธี คือ 1) การพยายามควบคุมความรู้สึกของตนเอง 2) ต้องการให้บุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบข้างเอาใจใส่ดูแล 3) หางานหรือกิจกรรมทำ

1) การพยายามควบคุมความรู้สึกของตนเอง จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลพยายามควบคุมความรู้สึกของตนเองโดยได้รับอิทธิพลมาจากคำสอนและความเชื่อทางพุทธศาสนาในการจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น ณ ขณะนั้นให้ดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลอาศัยความเชื่อ ต่างๆ ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน จึงมีความถนัดในการทำกิจกรรมภายในบ้านเป็นส่วนใหญ่

ประเด็นย่อยที่ 3 ระยะหลังผ่านความเศร้าโศก ในระยะนี้ผู้ดูแลอาจใช้วิธีการปรับตัวที่แตกต่างกันไปตามหลักความเชื่อทางศาสนา จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลนับถือศาสนาพุทธทั้งหมดและได้นำวิธีการต่าง ๆ จากการไปวัด ไปฟังธรรมมาประพฤติปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความรู้สึกปลง และสามารถยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ มีการยอมรับว่าการเสียชีวิตเป็นเรื่องธรรมดา เพียงแต่จะมาช้าหรือเร็วเท่านั้น ซึ่งแตกต่างจากคริสต์ศาสนาที่บอกว่า ความตายเป็นที่มีความเชื่อว่า พระเจ้าทรงอยู่เหนือความตายและเรียกร้องให้มนุษย์แสวงหาความหมายทางศาสนาจากความทุกข์จากชีวิตและความตาย และ ถือว่าพระคริสต์คือผู้ไถ่บาป

และสนับสนุนให้มนุษย์มีชัยเหนือความตาย (สุวรรณา สถาอานันท์, 2539) จึงทำให้แนวปฏิบัติใน
ระยะนี้อาจแตกต่างกันออกไป

2. การสูญเสียรายได้ หมายถึง ผลกระทบจากความเศร้าโศกที่มีต่อภาวะเศรษฐกิจ
ของครอบครัว ซึ่งเกิดจากการเสียชีวิตของครอบครัว ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีรายได้ลดลงโดยเฉพาะ
อย่างยิ่งในรายที่ลาออกจากราชการมาดูแลผู้ป่วย และในกรณีที่ผู้ดูแลเคยได้รับรายได้จากผู้ป่วยมา
ก่อนและเมื่อผู้ป่วยจากไป จึงรู้สึกกังวลเกี่ยวกับเรื่องรายได้ สวัสดิการ ค่ารักษาพยาบาลของตน
เอง และรู้สึกเครียดหากเรื่องเงินที่ผู้ป่วยสะสมไว้หากใช้หมดไปจะทำอย่างไรต่อไป สอดคล้องกับ
A Consumer Health Science (cited in sey, 2001) ที่บอกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจะได้รับผล
กระทบทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องลาออกจากราชการ หรือ เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตก็ไม่ได้ประกอบ
อาชีพอะไร เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแล
ที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม โดยใช้วิธีการศึกษา
ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพยาบาล ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเกินกว่าครึ่งหนึ่ง บอกว่า แพทย์พยาบาล ควรแจ้งอาการผู้ป่วย
ให้ญาติทราบเพื่อที่จะได้มีเวลาเตรียมใจในการเผชิญกับภาวะสูญเสียที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนบอก
เรื่องการปฏิบัติตนภายหลังการสูญเสียในเรื่อง การทำใจ การดูแลสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้น สำหรับ
พยาบาลประจำการ ในระยะที่พบว่าผู้ป่วยใกล้ตายเสียชีวิต พยาบาลควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการ
รักษา การเปลี่ยนแปลงของโรคที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการเตรียมญาติให้เผชิญต่อการสูญเสียที่
เกิดขึ้น จะเป็นการช่วยให้ญาติและผู้ป่วยจากกันอย่างไม่มีความทุกข์มากนัก ไม่เกิดความรู้สึกติดค้าง
หรือรู้สึกผิดกับอีกฝ่ายหนึ่งได้

2. สนับสนุนและส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง ตลอดจนเพื่อน ๆ มีส่วนร่วม
ในการดูแลและเอาใจใส่ผู้ดูแลที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก

3. แนะนำให้ผู้ที่อยู่ในภาวะสูญเสียและมีความเศร้าโศกเข้ากลุ่มสนับสนุนกับผู้ที่ประสบ
กับความสูญเสียในลักษณะเดียวกัน เพื่อให้มีโอกาสพูดคุยกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และ
สามารถให้ความช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกันได้ จะช่วยให้คลายความเศร้าโศกลงได้

4. ส่งเสริมกิจกรรมความเชื่อทางพุทธศาสนา ส่วนใหญ่ผู้ดูแลซึ่งก็เป็นผู้สูงอายุจะมีความสนใจในการทำสมาธิ สวดมนต์ การทำทานบริจาค อุทิศส่วนกุศล โดยมีความเชื่อที่ว่าทำแล้วจะทำให้ตนเองมีความสุข สุขใจและเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจในระหว่างที่กำลังอยู่ในภาวะเศร้าโศก ดังนั้นจึงควรส่งเสริมกิจกรรมเหล่านี้และควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติร่วมกับผู้สูงอายุปฏิบัติอย่างต่อเนื่องด้วย

5. แพทย์พยาบาลควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านหรือ สอบถามความรู้สึก ภาวะสุขภาพของผู้สูญเสียเป็นระยะ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผ่านพ้นภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียและกลับไปมีชีวิตตามปกติได้เร็วขึ้น

ด้านการวิจัยทางพยาบาล

1. จากการวิจัย พบว่า การยึดถือความเชื่อทางพุทธศาสนา ที่เชื่อว่า ความตายเป็นเรื่องธรรมดา ซึ่งทุกคนต้องตายแน่นอน ไม่มีใครหนีพ้นไปได้ เพียงจะมาถึงช้าหรือเร็ว ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกดีขึ้นได้ มาพัฒนาการศึกษาวิจัยจะได้องค์ความรู้ที่ชัดเจนขึ้น

2. จากการวิจัยในครั้งนี้เป็นองค์ความรู้พื้นฐาน เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัย เพื่อค้นหารูปแบบในการให้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่องต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากร. ภาวะสมองเสื่อม : การรักษาภาวะสมองเสื่อมโดยการใช้จ่ายที่จำเพาะต่อโรค. **คลินิก** 19(มิถุนายน 2546): 485-498.
- กันยารัตน์ เจยเจริญ. **การศึกษาความเศร้าโศกและความต้องการการดูแลของมารดาที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล แม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- กัมมันต์ พันธจินดาและศรีจิตรา บุญนาค. สมองเสื่อมโรคหรือวัย: รวบรวมข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์และการดูแลรักษา. กรุงเทพมหานคร : โครงการจัดพิมพ์คบไฟ, 2540.
- กัมมันต์ พันธจินดา. **การจำแนกและการวินิจฉัยแยกโรคผู้ป่วยที่มาด้วยอาการสมองเสื่อม**. ใน การประชุมวิชาการ ด้านประสาทวิทยาศาสตร์ เรื่องสมองเสื่อม พ.ศ. 2532. กรุงเทพมหานคร: โครงการวิจัยชีววิทยาระบบประสาทและพฤติกรรม สถาบันวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- จนณะจง เพ็งจาด. ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 15(2546): 1-9.
- จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. **คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์**. ใน มาโนช หล่อตระกูล บรรณาธิการ. กรมสุขภาพจิต, 2544.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. กรณีศึกษา : ผลการให้คำปรึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. **วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 14(กันยายน-ธันวาคม 2545): 66-73.
- ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์. อัลไซเมอร์โรคน่ากลัวของผู้สูงอายุ. **ใกล้หมอ** 24(กรกฎาคม 2543): 18-29.
- ฉนพรรณ สิทธิสุนทร. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. ใน กัมมันต์ พันธจินดา บรรณาธิการ. **สมองเสื่อมโรคหรือวัย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โครงการจัดพิมพ์คบไฟ, 2536.
- ฉนา นิลชัยโกวิทย์. ความเศร้าโศกเสียใจที่เกิดจากการสูญเสียและการตาย. ใน มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์ บรรณาธิการ. **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2539.
- เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา. การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่โศกเศร้า. **คลินิก** 8(มกราคม 2535): 29-34.

- นิตยา ชูโต. **การวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : พีเอ็นการพิมพ์, 2540.
- นิตยา ชูโต. **การวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : พีเอ็นการพิมพ์, 2545.
- บรรลุ ศิริพานิช. **ผู้สูงอายุไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2542.
- ประณีต ส่งวัฒนา, วิภาวี คงอินทร์ และเพลินพิศ สุวานิวัฒนานนท์. ความเหมือนและความต่างในการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล : ปรากฏการณ์วิทยา, ทฤษฎีพื้นฐาน และชาติพันธุ์วรรณา. **วารสารสภาการพยาบาล** 152 (เมษายน – มิถุนายน 2543) : 12-24.
- ประกาศรี เบญจศิริลักษณ์. ความเศร้าโศกของหญิงตั้งครรภ์ที่สูญเสียบุตร: บทบาทพยาบาล. **วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม** 3(สิงหาคม-ธันวาคม 2545): 36-45.
- ประเวศ วะสี. **พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ: ธรรมนูญสุขภาพของคนไทย เครื่องมือ นวัตกรรมทางสังคม**. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, 2545.
- ปาริชาติ สุขุม. ความทุกข์โศกจากความตาย. ใน ประสาน ต่างใจ บรรณาธิการ. **มุมมองเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย**. กรุงเทพมหานคร : โครงการจัดพิมพ์คบไฟ, 2539.
- พนัส ธัญญะกิจไพศาล. **คู่มือผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พีเค โพรมิเนนท์, 2544: 1-21.
- พรรณวดี ต้นเลิศ. **ความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นคัดสรรและภาวะเศร้าโศกในหญิงที่สูญเสียทารกในครรภ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล แม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
- พิชญาภรณ์ มูลศิลป์และคณะ. **รายงานการวิจัย ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุภายหลังการเกษียณ**. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข, 2536.
- มานิช ทับมณี. ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. **วารสารจิตวิทยาคลินิก** 32(กรกฎาคม 2544): 43-56.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. **รามาริบัติพยาบาลสาร** 2(มกราคม-เมษายน 2539): 84-92.
- รัชฎา รักขนาม. **สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2543.
- รุจา ภูไพบูลย์. **การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์, 2541.
- วรรณพรณ เสนาณรงค์และคณะ. การศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของแบบทดสอบ Thai-Mental State Examination และ Chula Mental test. **สารศิริราช** 50 (มิถุนายน 2541): 569-575.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ครอบครัวและผู้สูงอายุ. ใน ศ. นพ. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล บรรณาธิการ.

โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย” พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพมหานคร, 2544.

ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์และสมพร ชินโนรส. ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียคู่ชีวิต. **รามาธิบดี
พยาบาลสาร 7** (กันยายน-ธันวาคม 2544): 238-243.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. **เอกสารประกอบการจัดประชุมวิชาการประจำปี
และอบรมเชิงปฏิบัติการ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ณ
ห้องประชุมวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก 2** (กันยายน พ.ศ. 2543): 1-9.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์, Bryar, R. M & Newens, A. J. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม : การศึกษาการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัวในสังคมพุทธศาสนาใน
ประเทศไทย. **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1** (ตุลาคม-ธันวาคม
2543): 15-24.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. แนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแล. **เอกสารประกอบการจัดประชุมวิชาการประ
ประจำปี สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ณ ห้องประชุมวิทยาลัยโรงพยาบาลสงฆ์
3** (กันยายน พ.ศ. 2544): 1-9.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. การพยาบาลผู้ใหญ่สูงอายุโรคอัลไซเมอร์. **การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ.
พิมพ์ครั้งที่ 1.** นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2546ก.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. ทักษะการของผู้ดูแล. **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
4** (กรกฎาคม-กันยายน 2546ข): 39-42.

สมภพ เรื่องตระกูล. **ตำราจิตเวชศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้ว,
2542.

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมสำหรับประชาชน. **เอกสารการจัดประชุมวิชา
การประจำปีและอบรมเชิงปฏิบัติการ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย
ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลสงฆ์ 4** (กันยายน 2545): 1-21.

สิรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์. การศึกษาเปรียบเทียบภาระและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมอง
เสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2544.

- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. **ปัญหาสุขภาพภาพผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 3 . กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การดูแลระยะยาว (Long-term care) และทิศทางนโยบายที่ควรจะเป็นสำหรับประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก. **วารสารพุดตาวินิจฉัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 3** (ตุลาคม-ธันวาคม 2545): 40-42.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ภาวะ : ปัญหาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีสมองเสื่อม. **คลินิก 19** (มิถุนายน 2546): 478-498.
- สุนิศา สุขตระกูล. **ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะโกล้ตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544.
- สุภางค์ จันทวานิช. **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ . กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- สุภาวดี ดาวดี. **ความตระหนักในตนเองและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- สุรกุล เจนอบรม. **วิทยาการผู้สูงอายุ**. ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- อัจรา เอ็นท์และปรียา รุ่งใสภาสกุล. **การศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

ภาษาอังกฤษ

Almberg, B.E. Caregivers of Relations with Dementia: Experiences Encompassing Social Support and Bereavement. **Aging & Mental Health 4** (February 2000): 13607863.

Alzheimer's Society (UK). Caring for someone with dementia. **Alzheimer's Society Advice Sheet** (January 2000): 1-3.

- American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Baarsen, B & Broese Van Groenou, M.J. Partner loss in later life: Gender difference in coping shortly after bereavement. **Journal of loss and Trauma** 6 (2001): 243-262.
- Bauer, J. J. & Bonanno, G. A. I Can, I Do, I Am: The Narrative Differentiation of Self-Efficacy and Other Self-Evaluations while Adapting to Bereavement. **Journal of Research in personality** 35 (2001): 424-448.
- Beeson, R. A. Loneliness and Depression in spousal caregivers of those with alzheimer' s disease versus non caregiver spouse. **Archives of psychiatric nursing** 13 (June 2003): 135-143.
- Benchasiriluck, P. **Marital relationship and grief of women pregnancy loss**. Master Thesis, of Nursing Science (Maternal and child Nursing) Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 2002.
- Bodnar J. C. & Kiecolt-Glaser. Caregiver depression after bereavement: chronic Stress Isn' over when It's over. **Psychology and Aging** 9 (1994): 372-380.
- Bookwala, J. & Schulz, R. The role of neuroticism and mastery in spouse caregivers' Assessment of and response to a contextual stressor. **Journal of Gerontology: Psychological Science** 53B (March 1998): 155-164.
- Bonanno, G. A. & Kaltman, S. The varieties of grief experience. **Clinical Psychology Review** 21 (2001): 705-734.
- Bowlby, J. **Loss: sadness and depression(attachment and loss)**. 3rd ed. New York: Basic Books, 1980. cited in Bonanno, G. A. & Kaltman, S. The varieties of grief experience. **Clinical Psychology Review** 21 (2001): 705-734.
- Blaxter M. **Health & Lifestyle**. London and New York: Routledge, 1990.

- Brechenridge, J. N. et al. Characteristic depressive symptoms of bereave elders.
Journal of Gerontology 41 (1986): 163-168.
- Brodady, H & Luscombe, G. Phychological morbidity in caregivers is associated with depression in patient with dementia. **Alzheimer Diesase and Associated Disorder** 12(1998): 62-70. Cited in Bond, M. J. et al. The qlulity of life of spouse dementia caregivers: changes associated with yielding to formal care and widowhood. **Social Science & Medicine** (2003): 1-11.
- Canine, J.D. **The psychosocial aspect of death and dying**. Standford: Appleton& Lange, 1996.
- Carlson, C. E. **Behaviral concepts & nursing intervention**. Philadephia: J. B. Lippincott, 1970.
- Carter, A. **Loneliness in older Adults**. [online]. Available from: [http:// www.McKesson HBOC Clinical Reference Systems. com](http://www.McKessonHBOC Clinical Reference Systems. com) [2004, Jan, 20]
- Craven, J. & Wald, F. S. Hospice Care of Dying Patient. **The American Journal of Nursing** 75 (October 1975): 1816-1822.
- Cleiren, et al. **Death after a long term disease : anticipation and outcome in bereaved**. Pharos International: Autumn-Winter, 1988.
- Cobb, A. K. & Forbes, S. Qualitative Research: What Does It Have to Offer to the Gerontologist? **Journal of Gerontology: Medical Science** 57A (April 2000): M197-M202.
- Costello, J. et al. Grief and older people : The Marking or Breaking of Emotional bond following Partner loss in later life. **Journal of Advanceed Nursing** 32 (December 2000): 6058959.
- Cowles, K. V. Cultural perspectives of grief: an expanded: Concept analysis. **Journal of Advance Nursing** 23 (February 1996): 287-294.
- Cowles, K. V. & Rodgers, B.L. The concept of grief: An Evluationary Perspective. In Rodgers, B. L. & KnafI, K.A. editor. **Concept Development In Nursing: foundations, Techniques, and Applications**. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2000.
- Clyburn, et al. Predicing Caregiver Burden and Depression in Alzheimer's Diseease. **Journal of Gerontology: Social Science** 55B (January 2000): S2-S13.

- Downie RS., Fyfe C. & Tannahil A. **Health promotion – Models and Values**. Oxford University Press, 1990.
- Duke, S. An exploratory of anticipatory grief: the lived experience of people during their spouses' terminal illness and in bereavement. **Journal of Advance Nursing** 28 (1998): 829-839.
- Dutton, et al. Depression and grief reaction in hospice caregivers: from pre-death to 1 Year after wards. **Journal of Affective Disorders** 69 (2002): 53-60.
- Ebersole, P. & Hess, P. **Towards Healthy Aging**. 5th ed. St. Louise, MU: C.V. Mosby, 1998.
- Ewles L., Simnett I. **Promoting Health – A Practical Guide**. 3rd ed. London: Scutari Press, 1995.
- Farberrow, N. L. et al. Chang in grief and mental health of bereaved spouse of older suicides. **Journal of gerontology: Psychological Sciences** 47 (1992): 357-366.
- Farran, C.J. Family Caregiver Intervention Research: Where Have We Been? Where Are We Going?. **Journal of Gerontological Nursing** 27 (July2001): 38-45.
- Folkman et al. Post bereavement Depressive Mood and Its Prebereavement Predictors inHIV+ and HIV- Gay Man. **Journal of Personality and Social Psychology** 70 (1996): 336-348.
- Fontaine, K. L. & Fletcher, J.S. **Essentail of Mental Health Nursing**. 3rd ed. California: Addison- Wesley Nursing, 1995.
- Fontaire, K. L. & Fletcher, J.S. **Mental Health Nursing**. 4th ed. St. Louise, MU: C.V. Mosby, 2000.
- Friedman, M. M. **Family Nursing: Theory and Assessment**. New York: Appleton Century Crosfts, 1986.
- Greenberg, M. Good grief the different ways to cope after loss. **Psychology Today** (January - Febuary2003): 44.
- Gruetzner, H. **Alzheimer's: a caregiver's guide and sourcebook**. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons, 2001.
- Habbard, et al. Beyond words Older people with dementia using and interpreting nonverbal behaviour. **Journal of Aging Studies** 16 (2002): 155-167.
- Henderson, V. **The Nature of Nursing**. New York: Mcmillan Company, 1966.

- Hegge, M. & Fischer, C. Grief Response of Seniors and Elders: Practice Implications. **Journal of Gerontological Nursing** 26 (February 2000): 35-43.
- Helm, D. B. & Turner, J.S. **Lifespan Development**. 5th ed. Philadelphia: Harcourt Brace and Company, 1995.
- Hogan, N. S. Development and validation of The Hogan Grief reaction Checklist. **Death Studies** 25 (January 2001): 07481187.
- Hospice Foundation of America (HFA). What is grief? **HFA's Newsletter** (2001): 1-3.
- Holloway, J. & Wheeler, S. **Qualitative Research for Nurse**. 1st ed. USA: Blackwell Science, 1996.
- Hooker, et al. Behavioral Change in Person With Dementia: Relationships With Mental And Physical Health of Caregivers. **Journal of Gerontology: Psychological Science** 57B (May 2002): 453-460.
- Horowitz, A. Family caregiving to the frail elderly. **Annual review of gerontological and Geriatrics** 5 (1985): 194-246.
- Horowitz, et al. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. **American Journal of Psychiatry** 154 (1997): 904-910.
- Isaacs, A. **Lippicott's Review Series: Mental health and Psychiatric Nursing**. 3rd ed. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins , 2001.
- Jasper, M. A. Issues in phenomenology for researchers of nursing . **Journal of Advanced Nursing** 19: 309-314.
- Johnson, B. S. **Psychiatric-Mental Health Nursing: Adaptation and Growth**. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Company , 1993.
- Jultanmas, R. **Factors related to maternal grief after prenatal loss**. Thesis Master of Nursing science (Maternity and Newborn Nursing) Faculty of Graduate Studies Mahidol University, 2002.
- Kastenbaum, R. J. **Death, Society, and Human Experience**. 6th ed. USA: A Viacom Company, 1998.
- Kemp, C. **Terminal illness: A Guide to Nursing Care**. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 1999.
- Knaack, P. Phenomenological Research. **Western Journal of Nursing Research** 6 (1): 107-114.

- Knight, B. G. et al. A Sociocultural stress and coping model for mental health outcomes among African America caregivers in southern California. **Journal of Psychological Sciences** (2000): 142-150.
- Kozier et al. **Introduction to nursing: Loss & Grieving**. California: Addison-Wesley, 1989.
- Kokko, M. **The notions of primary nurse concerning the recognition and treatment of depression** Academic dissertation oulu: Acta Universitatis Ouluensis, D511, 1999 cited in Kaunonen, M. **Support for a Family in Grief**. Academic dissertation. Faculty of Medicine University of Tampere Finland, 2000.
- Krause, et al. Religion, Death of a loved One, and Hypertension Among Older Adults in Japan. **Journal of Gerontology: Social Sciences** 57B (May 2002): S96-S107.
- Krause, N. A Comprehensive Strategy for Developing Closed-Ended Survey Items for Use in Studies of Older Adults. **Journal of Gerontology: Social Sciences** (May 2002): S263-S274.
- Koch, T. Interpretive approaches in nursing research: the influence of Husserl and Heidegger. **Journal of advances Nursing** 21 (1995): 827-836.
- Kuhn, D. Living with Loss in Alzheimer's Disease. **Alzheimer's Care Quarterly** 2 (January 2001): 12-22.
- Kubler-Ross, G. **On death and dying**. 1st ed. New York: Macmillan, 1969.
- Larsen, L.S. Effectiveness of a Counseling Intervention to Assist Family Caregivers of Chronically Ill Relatives. **Journal of Psychosocial Nursing** 36 (August 1998): 26-32.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. **Stress Appraisal and Coping**. New York: Springer Publishing Company, 1984.
- Lehman, et al. Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle. **Journal of personality and Social Psychology** 52 (1987): 218-231.
- Lindgren, C. L., Connelly, C. T. & Gaspar, H. L. Grief in spouse and children caregivers of dementia patients. **West Journal of Nursing Research** 21 (Aug 1999): 521-37.
- Lindstrom, T. C. Coping with bereavement in relation to different feminine gender roles. **Scandinavian Journal of Psychology** 40 (1999): 33-41.

- Luchins, D.J., Hurahan, P. & Murphy, K. Criteria For Enrolling Dementia Patients in Hospice. **Journal of American Geriatric Society** 45 (1997): 1054-1059.
- Lueckenotte, A. G. **Gerontological Nursing**. St Louis: mosby, 1996.
- Loos,C & Bowd, A. Caregiver of Persons with Alzhiemer's Desease : Some Neglected Implications of Experience of Personal Loss and Grief. **Death Study** 21 (Sep-Oct 1997): 07481187.
- Magai, C. & Cohen, C. I. Attachment Style and Emosion Regulation in Dementia Patients and Their Relation to caregiver Burden. **Journal of Gerontology: Psychological Science** 53B (March 1998) : 147-154.
- Marwit, S.J. & Meuser,T. M. A Comprehensive, Stage-Senitive Model of Grief in Dementia Caregiving. **The Gerontologist** 41 (May 2001): 658-670.
- Marris, P. **Widows and their families**. London: Routledge and Kegan Paul, 1958. cited in Bonanno, G. A. & Kaltman, S. The varieties of grief experience. **Clinical Psychology Review** 21 (2001): 705-734.
- Mcbride, J & Simms, S. Death in the family adapting a family systems framework to the grief process. **The American Journal of family therapy** 29 (2001): 59-73.
- Mchorney, C.A. & Moa, V. Predictor of bereavement depression and its health services consequences. **Medical Care** 26 (1988): 882-893.
- Mcdermott et al. Sleep in the Wake of Complicated Grief Symtoms : An Exploatory Study. **Society of Biological Psychiatry** 41 (1997): 710-716.
- Mendes de Leon, C. F., Kasl, S. V. & Jacobs, S. A prospective study of widowhood and changes in symtoms of depression in community sample of the elderly. **Psychological Medicine** 24 (1994): 613-624.
- Meuser,T. M. & Marwit,S.J. Development and Initial validation of an Involuntary to Assess Grief in Caregivers of Persons With Alzeimer's Disease. **The Gerontologist**. 42 (June2002): 751-765.
- Mitchell, et al. Perspective on human response to health and illness. **Nursing Outlook**. 30(4): 154-157.
- Naidoo J., Wills J. **Health Promotion-Foundations for Practice**. London: Bailliere Tindall, 1994.

- Nolen-Hoeksema, S. & Lason, J. **Coping with loss**. Mahwah, NJ: Erlbaum, 1999. Cite in Gilbar, O. & Benzur, H. Bereavement of Spouse Caregivers of Cancer Patients. **American Journal of Orthopsychiatry** 72 (2002): 422-432.
- Neieboer, A., Lindenberg, S.M.& Ormel, J. Conjugal bereavement and well-being of elderly men and women: Apreliminary study. **Omega: Journal of Death and Study** 38(1998-1999): 113-114. Cited in Bond, M. J. et al. The qluity of life of spouse dementia changes associated with yielding to formal care and widowhood. **Social Science & Medicine** (2003): 1-11.
- O' Conner, D. W. et al. Problems reported by relatives in a community study of dementia. **Britist Journal Psychaitry** 156 (1990): 835-841.
- Oliver, L. Effects of a child's death on the marital relationship: A review. **Omega** 39 (1999):197-227.
- Omery, A & Mark, C. Phenomenology and Science. In Omery, A., Mark, C. E. Page, G . G. Search of Nursing Science. Thosand: Sage, 1995.
- Ott, A. et al. Prevalence of Alzheimer' s disease and Vascular dementia : association with education. **Britist Medical Journal** 310 (1995) 970.
- Parkes, C. M. Bereavement. **Britist Journal Psychaitry** 146 (1985): 11-17.
- Parkes, C. M. Bereavement in adult life. **Britist Medical Journal** 316 (1998): 09598146.
- Parkes, C. M. Grief: Lessons from the past, Visions for the future. **Death Studies** 26 (2002): 367-385.
- Paley, J. Husserl,phenomenology and nursing. **Journal of advanced nursing** 26 (1997): 187-193.
- Peplau, L. A. & Perlman, D. **Loneliness: a sourcebook of current theory, research, and therapy**. 1st ed. USA: Wiley-Interscience Publication, 1982.
- Prigenson, H. G. et al. Complicate grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouse. **American Journal of Psychiatry**. 151 (1995): 22-30.
- Prigenson, H. G. et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. **American Journal of Psychiatry**. 154 (1997): 616-623.
- Pike S. & Forster D. **Health Promotion for All**. New York: Churchill Livingstone,1995.

- Rabin, P. V. Psychosocial aspects of dementia. **Journal of Clinical Psychiatry** 49 (May 1988): 29-31.
- Randall, F. & Downie, R. S. **Palliative Care Ethics**. New York: Oxford University Press. 1996. Cited in Gilbar, O. & Benzur, H. Bereavement of Spouse Caregivers of Cancer Patients. **American Journal of Orthopsychiatry** 72 (2002): 422-432.
- Reid, J. k. & Dixon, W. A. The Relationships Among Grief Experience, Problem-Solving Appraisal and Depression: Exploratory Study. **Journal of Personal & Interpersonal Loss** 5 (January-March 2000): 10811443.
- Rempusheski, V. F. & Hurley, A. C. Advance Directives and Dementia. **Journal of Gerontological Nursing** 26 (October 2000): 24-37.
- Riedel, S. E., Fredman, L. & Langenberg, P. Association among caregiving difficulties, Burden and rewords in caregivers to older post- rehabiyation patients. **Journal of Gerontology: Psychological Science** 53B (March 1998): P165-P174.
- Rich, S. Caregiver Grief: Taking Care of Ourselves and Our Patients. **International Journal of Trauma Nursing** 8 (January-March 2002): 24-28.
- Rogers, B. L. Concept Analysis: Evolutionary View .In Eoyang, T. **Concept Development In Nursing: Foundation, techniques, and Applications**. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2000.
- Rousseau, P. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. **Clinical Geriatrics** 1 (2001): 1-2.
- Rosenblatt, P. Guest editorial: grief in families. **Mortality** 7 (2002): 1-2.
- Ryan, M. C. & Patterson, J. Lonliness in elderly. **Journal of Gerontological Nursing** 13 (1987): 7-11.
- Sanders, S., Marano, C. & Corley, C. S. The Expressions of loss and Grief among male caregivers of individuals with Alzheimer's disease . **Journal of Gerontological Socail Work** 39 (2002): 3. (abstract)
- Sasat, S. **Caring for Dementia in Thailand : A study a family care for demented elderly relatives in Thai Buddhist Society**. Unpublished Ph.D. Thesis, University of Hull: UK,1998.
- Schweitzer, R. Understanding Grief. **Nursing** (1992): 32H-33J.

- Shuchter, S. R. & Zisook, S. **The course of normal grief. Handbook of bereavement: theory, research and intervention.** Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1993.
Cited in Bonanno, G. A. & Kaltman, S. The varieties of grief experience. **Clinical Psychology Review** 21 (2001): 705-734.
- Schulz, et al. The effects of Bereavement After family Caregiving. **Aging & Mental Health** 1 (August 1997): 13607863.
- Sey, M. The Importance of elderly detection in the treatment of Alzheimer' s disease. **Clinical Geriatrics** 9 (May 2001): 78-81.
- Shapiro, C. H. **When Part of the Self Is Lost.** San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1993.
- Sikkema, K. et al. Coping strategies and emotional wellbeing among HIV-Infected men and woman experiencing AIDS-related Bereavement. **AIDS CARE** 12 (2000): 613-624.
- Skoog, I. et al. A Population base study of dementia in 85-Year-Olds The New England. **Journal of Medicine** 21 (1993): 378.
- Smith, S. H. Fret No More My Child...For I'm All Over Heaven All Day ": Religious Beliefs In The Bereavement of African America, Middle- Aged Daughter Coping With The Death of An Elderly Mother. **Death Studies** 26 (2002): 309-323.
- Strauss, F. et al. Aging and Occurrence Dementia. **Arch Neural** 56(1999): 587-592.
- Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. **Qualitative Research In Nursing.** 3rd ed. Philadelphia: Lippicott Willams & Wilkins, 2003.
- Stroebe, M., Stroebe, W. & Schut, H. Bereavement research: methodological issues and ethical concerns. **Palliative Medicine** 17 (2003): 235-240.
- Stroebe, W et al., The role of loneliness and social support in adjustment to loss: a test of attachment versus stress theory. **Journal of persolnality and social psychology** 70 (1996): 1241-1249.
- Tipton, Z.C. et al. Clinical diagnosis . In: Hamdy, R.C. et al editors. **Alzheimer' s disease : A Handbook for Caregivers.** 2nd ed. St.Louise : Mosby, 1994: 319-42.
- Thompson, L. et al. Effects of bereavement on self-perceptions of physical health in elderly widows and widowers. **Journal of Gerontology** 39 (1984): 309-314.

- Tudiver, F., Hilditch, J., & Permaul, J. A. A comparison of psychosocial characteristics of new widowers and married men. **Family Medicine** 23 (1991): 501-505.
- Turnbull, J.M. Clinical diagnosis . In: Hamdy, R.C. et al editors. **Alzheimer' s disease : A Handbook for Caregivers**. 2nd ed. St.Louise : Mosby, 1994: 319-42.
- Walmsey & Associates. Lneliness. [online]. Available From: [http:// www. Walmsey & Associates.com.html](http://www.Walmsey & Associates.com.html) [2004, Jan, 20]
- Winblad, B. et al. Nicergoline in Dementia: a review of its pharmacological properties and therapeutic potential. **CNS Drugs** 14 (Oct 2000): 268-283.
- Wimo, A. et al. Time spent on informal and formal care giving for persons with dementia in Sweden. **Health Policy** 61 (2002): 255-268.
- World Health Organization. World Health Assembly: Resolution WHA51.12 on **Health promotion agenda Item 20**. WHO: Geneva. 16 May 1998.
- Zinook, S., Devaul, R. A. & Click, M. A. Measuring symptoms of grief and bereavement. **American Journal of Psychiatry** 139 (1982): 1590-1593.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวจริยา ชำรัมย์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ติดต่อ 70/29 ถนนเพชรบุรี ซอย 7 แขวงพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้
 - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาถึงความหมายและประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม
 - 4.2 วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาถึงความหมายและประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม
5. ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ครั้งละ 45-60 นาที เกี่ยวกับความหมายและประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม จำนวนครั้งที่สัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้
6. ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวจริยา ชำรัมย์ โทรศัพท์เคลื่อนที่ 01-6601545 ตลอด 24 ชั่วโมง
7. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งในด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ชักช้า
8. ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการของท่านจะได้รับแต่ประการใด
9. ไม่มีค่าตอบแทนให้แก่ท่านที่เข้าร่วมในการวิจัย
10. ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน จะถูกแยกออกจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อป้องกันการระบุถึงบุคคลผู้ให้สัมภาษณ์ และเก็บไว้กับผู้วิจัยเพียงผู้เดียว ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของท่านจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์
11. เทียบวันที่การสัมภาษณ์จะเก็บไว้เป็นความลับและลบทำลายทันทีเมื่อสิ้นสุดการวิจัย
12. จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 8-12 คน

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลสร้างจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัย เป็นแนวคำถามกว้างๆ สามารถปรับได้ตามสถานการณ์และข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. ชั้นเริ่มสนทนา

ผู้วิจัยพูดคุยและซักถามเรื่องทั่วไปและสร้างสัมพันธภาพและความรู้สึกที่ดีในการสัมภาษณ์ อธิบายระยะเวลาและเป้าหมายสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์และสิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยมีแนวคำถาม ดังนี้

1. ขณะนี้ท่านพักอาศัยอยู่กับใครบ้าง
2. ขณะนี้สุขภาพของท่านเป็นอย่างไรบ้าง

2. ชั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์

คำถามหลัก

1. จากการที่ท่านให้การดูแล.....เป็นระยะเวลาานาน ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อสูญเสีย... ไปในที่สุด
2. มีประเด็นอะไรบ้างที่ทำให้ท่านรู้สึกอย่างนั้น
3. เมื่อเกิดความรู้สึกนั้นขึ้น..... ความรู้สึกนั้นได้ส่งผลกระทบต่อท่านอย่างไรบ้าง
4. กรุณาเล่าให้ฟังว่า เมื่อเกิดปัญหานั้นขึ้นท่านทำอย่างไรบ้าง
 - 4.1 ท่านคิดอย่างไรต่อสิ่งที่ท่านกระทำ
 - 4.2 และสิ่งที่ท่านกระทำ มีความหมายต่อตัวท่านอย่างไร

คำถามรอง

คำถามรอง เป็นคำถามที่สร้างขึ้นเพิ่มเติมตามเรื่องราวที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์โดยเทคนิคการทวนความ การสรุปความ การสะท้อนความคิด และบอกเล่าเรื่องราวเพิ่มเติม เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้ครบถ้วนและตรงตามความเป็นจริง

ตัวอย่างคำถามเช่น

1. ช่วยกรุณาเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ..... (ประเด็นที่ต้องการ)
2. ที่คุณเล่ามา.....คุณพูดถึง.....ใช่ไหม..
3. ช่วยอธิบายให้ฟังอีกหน่อยเกี่ยวกับ.....(ประเด็นที่ต้องการ)
4. ที่เล่าว่า.....หมายความว่าอย่างไร
5. ที่คุณเล่าหมายถึง.....ใช่ไหม

3. ขั้นปิดการสนทนา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามหรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม มีแนวคำถาม ดังนี้

1. ท่านต้องการที่จะกล่าวอะไรเกี่ยวกับประเด็นที่คุยกัน.....ในเรื่องอื่นๆ อีกหรือไม่
2. ท่านต้องการกล่าวถึงสิ่งอื่นๆ ที่ผู้วิจัยไม่ได้ถาม หรือไม่ หรือต้องการซักถามผู้วิจัย

หรือไม่ กรุณาพูดตามความรู้สึกของท่าน

หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่สนทนาในครั้งนี้และนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ปรับปรุงครั้งที่ 2 (31 พฤษภาคม 2547) (ปรับปรุงขณะสัมภาษณ์เพื่อให้เกิดการสื่อน้ำไหลของคำถาม)

1. ขั้นเริ่มสนทนา

ผู้วิจัยพูดคุยและซักถามเรื่องทั่วไปและสร้างสัมพันธภาพและความรู้สึกที่ดีในการสัมภาษณ์ อธิบายระยะเวลาและเป้าหมายสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์และสิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยมีแนวคำถาม ดังนี้

คำถามอุ่นเครื่อง

1. ขณะนี้ ท่านพักอาศัยอยู่กับใครบ้าง
2. ขณะนี้ สุขภาพของท่านเป็นอย่างไรบ้าง

2. ขั้นสู่ประเด็นที่ต้องการจะศึกษา

คำถามนำ

1. กรุณาเล่าให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ ว่า ขณะที่ท่านดูแล.....ท่านได้ทำอะไรบ้าง
2. คุณ.....เสียชีวิตเมื่อไหร่คะ

คำถามหลัก

1. ช่วยกรุณาเล่าให้ฟังว่า ท่าน....รู้สึกอย่างไรจากการเสียชีวิตของ.....
 - 1.1 ความรู้สึก....ส่งผลกระทบต่อตัวท่านอย่างไร
 - 1.2 ท่านทำอย่างไรเพื่อให้ความรู้สึกนั้นดีขึ้น
2. การเสียชีวิตของ....มีความหมายต่อท่านอย่างไร บ้าง
3. ถ้าพูดถึงความรู้สึก...ที่เกิดจากการเสียชีวิตของ.....ท่านนึกถึงเหตุการณ์อะไรบ้าง และท่านรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นอย่างไร
4. กรุณาเล่าประสบการณ์ (ขณะที่ท่านเผชิญความเศร้าโศก) ที่เกิดขึ้นหลังการเสียชีวิตของ....ให้ฟังหน่อยได้ไหมคะว่า มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นบ้าง และท่านรู้สึกอย่างไร

คำถามรอง

6. ช่วยกรุณาเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ..... (ประเด็นที่ต้องการ)
7. ที่คุณเล่ามา.....คุณพูดถึง.....ใช่ไหม..
8. ช่วยอธิบายให้ฟังอีกหน่อยเกี่ยวกับ.....(ประเด็นที่ต้องการ)
9. ที่เล่าว่า.....หมายความว่าอย่างไร
10. ที่ท่านเล่าหมายถึง.....ใช่ไหม

3. ขั้นตอนปิดการสนทนา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามหรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม มีแนวคำถาม ดังนี้

- 3.1 ท่านมีประเด็นอะไรอีกหรือไม่ ที่ท่านยังไม่ได้เล่าหรืออยากเล่าเพิ่มเติม
 - 3.1 ท่านต้องการจะซักถามผู้วิจัยหรือไม่ กรุณาพูดตามความรู้สึกของท่าน
- หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและสรุปประเด็นที่สนทนาในครั้งนี้อย่างรัดกุม และนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกการถอดความการสัมภาษณ์

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล

การสัมภาษณ์ครั้งที่ วันที่..... เวลา.....

สถานที่.....

บรรทัดที่	การถอดความ	การวิเคราะห์ข้อมูล
	 <p data-bbox="357 1365 1250 1617">สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจริยา ชำรัมย์ เกิดวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2518 ที่จังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ.2540 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี พ.ศ.2545 เข้ารับการศึกษาระดับหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 4 โรงพยาบาลศูนย์บุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย