

ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า



นางสาวณัฐกฤตา เขาวนัรารักษ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

LIVED EXPERIENCES OF ELDERLY CAREGIVERS CARING FOR ELDERLY DEPRESSED
PATIENTS

Miss Natkitta Chaowarak



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and

Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรค
ซึมเศร้า

โดย

นางสาวณัฏฐ์กฤตา เขาวนัวรารักษ์

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ณัฐฤกษ์ฤดา เขาวนัวรารักษ์ : ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. (LIVED EXPERIENCES OF ELDERLY CAREGIVERS CARING FOR ELDERLY DEPRESSED PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.รังสิมันต์สุนทรไชยา, 104 หน้า.

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุจำนวน 10 ราย ที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่อาศัยอยู่ในชุมชน ที่ให้การดูแลมาเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ผู้ให้ข้อมูลได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ใช้แนวคำถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ 45 -60 นาที และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลได้ให้ความหมายของประสบการณ์ชีวิตในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าคือ เป็นการแสดงความห่วงใย และการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ส่วนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การดำเนินชีวิตอย่างมีข้อจำกัด ประกอบด้วย ขาดการเข้าสังคม มีการเปลี่ยนแปลงการใช้ชีวิตประจำวัน และมีการปรับตัวในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย 2) สิ่งที่ได้จากการดูแล ประกอบด้วย ภูมิใจ สุขใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ท้อแท้ที่ต้องดูแล ความสัมพันธ์ใกล้ชิดเพิ่มขึ้น และ 3) ความคาดหวังและความต้องการของผู้ดูแลวัยสูงอายุ ประกอบด้วย ผู้ดูแลคาดหวังให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามลดลงและมีความสุขเพิ่มขึ้น ส่วนด้านความต้องการ ผู้ดูแลต้องการเวลาพักผ่อนเพิ่มขึ้น โดยมีผู้ช่วยเหลือคอยสลับเปลี่ยนเวลาในการดูแล

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในเรื่องความคาดหวังและความต้องการของผู้ดูแลวัยสูงอายุ รวมทั้งการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลวัยสูงอายุและผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติ

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิติต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5477305036 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: EXPERIENCES OF ELDERLY CAREGIVER / DEPRESSED PATIENTS / ELDERLY CAREGIVER

NATKRITTA CHAOWARARAK: LIVED EXPERIENCES OF ELDERLY CAREGIVERS CARING FOR ELDERLY DEPRESSED PATIENTS. ADVISOR: ASST. PROF. RANGSIMAN SOONTHORNCHIYA, Ph.D., 104 pp.

The purpose of this qualitative study was to describe lived experiences of elderly caregivers who took care of elderly depressed patients. Ten participants were elderly caregivers who took care of elderly depressed patients in a community for more than six months. These participants were purposively selected with inclusion criteria; they were asked to in-depth interviewed by using semi structured questions for 45-60 minutes. Audio – tape interviews were transcribed verbatim. Data were analyzed using Content analysis.

Findings were found that elderly caregivers provided the meanings of lived experiences in caring for elderly depressed patients as concerning experiences and encouraging of each other. Three themes of caring experiences for elderly depressed patients were: 1) Limited lifestyle included lack of social life, changing in daily life, and adaptation to live with the patients, 2) Consequence of caring included being proud, being happy, feeling self-esteem, feeling discourage to care for, increasing closed relationship, and 3) The expectation and needs of elderly caregivers were presented. Elderly caregivers' expectation included decreasing depressive symptoms and increasing happiness of elderly depressed patients. Regarding elderly caregivers' needs, having more time to rest by someone who helped to switch the time to care was required.

Research conclusion included the foundation of guideline development to improve caregiver's competence in caring for older persons with depression regarding the expectations and needs of elderly caregivers including promoting the relationship between elderly caregivers and the elderly depressed patients to live for everyday life.

Field of Study: Mental Health and
Psychiatric Nursing

Student's Signature

Advisor's Signature

Academic Year: 2013

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประสบความสำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง ของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้กำลังใจ ให้ความรู้ คำแนะนำตลอดจนชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงได้ ศิษย์ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ในที่นี้

พร้อมทั้งขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์และรองศาสตราจารย์ ดร. จอนฉะจง เพ็งจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะแนวทางการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนฉะจง เพ็งจาด อาจารย์ ดร.วิมลนันท์ พุฒิวิณชพงศ์ และนางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาตรวจสอบ ให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแนวคำถามการสัมภาษณ์ในการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาในการอ่านบทสัมภาษณ์เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลและให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวช ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมให้คำแนะนำที่ดีสำหรับผู้วิจัย

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานด้านเอกสารในการดำเนินการวิจัย

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อยิ่งฮวด และคุณแม่ศรีพลอย แซ่เฮง ที่คอยห่วงใยให้กำลังใจ ตลอดการศึกษาแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอ ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น อดทน จนกระทั่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้จนสำเร็จ ขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ปลอดภัยและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา

สุดท้ายนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอมอบให้แก่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าทุกท่านให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์แข็งแรงต่อไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	2
คำถามการวิจัย.....	2
ขอบเขตการวิจัย.....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2	5
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ	6
3. แนวคิดทฤษฎีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ดูแล.....	23
3.1 การเปลี่ยนผ่านบทบาท (Role Transition).....	23
4. แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์ทางวิทยาศาสตร์.....	30
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	40
บทที่ 3	43
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	43
1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants).....	43
2. การเก็บรวบรวมข้อมูล	45
3. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล	48
4. การวิเคราะห์ข้อมูล	49
5. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness).....	50
บทที่ 4	52

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย	52
บทที่ 5	70
อภิปรายและข้อเสนอแนะ	70
รายการอ้างอิง	76
ภาคผนวก.....	83
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	84
ภาคผนวก ข จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เอกสารรับรอง โครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการวิจัยในคน	86
ภาคผนวก ค ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ข้อมูลสำหรับประชากร ตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	92
ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามราย.....	92
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	104

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่แพร่หลายทั่วโลกที่ส่งผลกระทบต่อและเป็นภาวะโรคอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ (Williams & Hagerty, 2005; Shives, 2002) โรคซึมเศร้าเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบได้บ่อย มีอัตราความชุกสูงและเป็นปัญหาที่สาธารณสุขทั่วโลกให้ความสนใจเนื่องจากโรคซึมเศร้านำไปสู่การสูญเสียสมรรถภาพของบุคคลและสูญเสียเศรษฐกิจโดยรวม และมีการประมาณความสูญเสียทางสุขภาพที่เกิดจากโรคซึมเศร่าคาดว่า โรคซึมเศร่าระดับรุนแรงเป็นภาระต่อสังคมและเศรษฐกิจ จากอันดับ 7 ในปี 1991 เป็นอันดับ 1 เคียงคู่กับโรคหัวใจขาดเลือดในปี 2020 (รณชัย คงสกนธ์, 2548 WHO, 2001) นอกจากนี้โรคซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียความสามารถซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดการทำร้ายตนเอง แม้ว่าจะได้รับการรักษา แต่อาจมีอาการกลับเป็นซ้ำได้ (เอกอุมา วิเชียรทอง, 2551) และพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 20-35 ของผู้ที่ฆ่าตัวตาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

จากการศึกษาของ The Dutch Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) พบว่าประชากรที่มีอายุระหว่าง 55-85 ปี เป็นช่วงอายุที่เกิดโรคซึมเศร่ามากที่สุด โดยมีอัตราการเกิดของผู้หญิงเป็น 2:1 เท่าของผู้ชาย (Buschmann et al., 1995; Blazer, & Hybels, 2005) มีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร่าของผู้สูงอายุ พบว่าอายุที่มากขึ้นส่งผลให้อัตราชุกของโรคซึมเศร่าในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นตาม จึงเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเป็นประชากรที่มีโอกาสเกิดโรคได้มากกว่าวัยอื่น (Green et al., 2000) สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทยปี 2542 ซึ่งได้เปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ 135 ประเภท โดยวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและการเจ็บป่วย พบว่าโรคซึมเศร่าจะก่อความสูญเสียเป็นอันดับที่ 1 ในผู้หญิงไทยเป็นอันดับ 3 ในผู้ชายเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ

ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร่าวัยสูงอายุนั้นเป็นเรื่องที่ยากสำหรับผู้ดูแลเนื่องจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ามักไม่สนใจดูแลตนเองทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการซึมเศร่ามากมักจะทำร้ายตนเองมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร่าวัยสูงอายุนั้นก็จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะญาติผู้ดูแล (family caregivers) ในด้านสุขภาพกาย/จิต ภาวะตึงเครียด ซึมเศร่า วิตกกังวล ความรู้สึกเป็นภาระ การศึกษาพบผู้ดูแลมีภาวะตึงเครียด 12.9% ภาวะซึมเศร่า 16.6% (Coughlin, 2010) จากการ

วิเคราะห์ผลกระทบจากการดูแลด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตพบว่า มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าและความเครียดสูงขึ้นในผู้ดูแลโดยเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ใช่ผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pinquart & Sorensen, 2003) โดยชี้ให้เห็นปัญหาสุขภาพกายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุซึ่งพบว่าผู้ดูแลขาดการเอาใจใส่ในสุขภาพกายของตนเองซึ่งจะก่อให้เกิดการเจ็บป่วยตามมาได้ เช่น มีอาการปวดหลัง ปวดศีรษะ ปวดท้อง การรับประทานอาหารมากหรือน้อยเกินไป การไม่ออกกำลังกาย (Gallant & Connell, 1998; Schulz & Beach, 1999; Schulz et al., 1997; Teel & Press, 1999; Vitalino et al., 2003) และยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีภูมิต้านทานโรคต่ำ มีการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นกว่าผู้ที่ไม่ใช่ผู้ดูแลผู้ป่วย (Esterling & Kiecolt-Glaser, 1996) มีการใช้ยารักษาโรคมกกว่าผู้ที่ไม่ใช่ผู้ดูแล (Schulz et al., 1997)

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันจากข้อมูลประชากรพบว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2547 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี 2567 ทำให้บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยต้องตกไปอยู่กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ทว่าเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายซึ่งเป็นจุดนำของการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆของผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการปรับตัว การดำเนินชีวิต ความทุกข์ในวัยสูงอายุ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2549) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดในผู้สูงอายุเกิดจากการเสื่อมถอยของพัฒนาการสูงอายุและมักมาควบคู่กับโรคภัยไข้เจ็บ (Craig, 1991) ด้วยแล้วนั้นในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลวัยสูงอายุนั้นอาจส่งผลกระทบต่อหรือทำให้ผู้ดูแลวัยสูงอายุต้องเผชิญกับภาระการดูแลโดยพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร่านั้นมีความผิดปกติของสมองส่วนหน้าซึ่งมีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพได้ (Chen, S.Y. Hou, Y.C. Yeh, et al, 2010)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงคุณภาพเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลักว่าเป็นผู้ดูแลวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน และมีความยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth Interview) โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งมีโครงสร้างและการบันทึกเทปการสัมภาษณ์ ทำการวิจัยในพื้นที่จังหวัดราชบุรี โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่บ้าน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยยึดความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นสำคัญ และสิ้นสุดการสัมภาษณ์เมื่อข้อมูลที่ได้อิ่มตัว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิต หมายถึง สิ่งที่ผู้ดูแลรับรู้เหตุการณ์ เรื่องราวที่ได้ประสบ ความคิด ความรู้สึก และถ่ายทอดออกมาเป็นเรื่องราว ผ่านการบอกเล่าโดยตรงของผู้ดูแลวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เกี่ยวกับการกระทำหรือการปฏิบัติและสิ่งที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรง ตามความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกตามความเข้าใจของผู้ดูแล

ผู้ดูแลวัยสูงอายุ หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า อาจเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่ก็ได้ โดยมีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ไม่จำกัดเพศและอาจได้รับหรือไม่ได้รับค่าตอบแทน หรือค่าจ้างในการดูแล โดยให้การดูแลผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยตามองค์การอนามัยโลก International Classification of Disease and Related Health Problem 10th revision (ICD-10) ว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ทั้งเพศชายและเพศหญิงโดยมีอายุ 60 ปี ขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อให้การสนับสนุนในด้านต่างๆแก่ผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
2. นำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปพัฒนาเป็นแนวทางในการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาสู่การศึกษาริวิจัยในรูปแบบอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
4. เพื่อให้บุคคลากรทางการแพทย์เข้าใจผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการบรรยายความหมายของประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์จริง โดยปราศจากอคติและการคิดไตร่ตรองไว้ก่อนที่จะเกิดความคิด ความรู้ที่มีอยู่เดิมของผู้วิจัย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องก่อนที่จะทำการวิจัย เพื่อให้เกิดความตระหนักและความเข้าใจถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าและจัดละวาง หรือแยกความรู้เดิม (Bracketing) ของผู้วิจัยไว้ เพื่อป้องกันการเกิดอคติในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่า ดังนั้น เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผู้วิจัยได้ทบทวนเพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษาแบบกว้างๆ จึงประกอบด้วย

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.2 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุ
 - 1.3 เกณฑ์การวินิจฉัย อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.4 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลวัยสูงอายุ
 - 2.1 ทฤษฎีการสูงอายุ
 - 2.2 ความหมายของผู้ดูแล
 - 2.3 ประเภทและบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล
 - 2.4 ผลกระทบจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ
 - 2.5 ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นวัยสูงอายุ
3. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว
 - 3.1 การเปลี่ยนผ่านบทบาท (Role Transition)
 - 3.2 บทบาทที่มากเกินไป (Role Overload)
 - 3.3 บทบาทที่มีความเครียด (Role Stress)
 - 3.4 บทบาทที่มีความขัดแย้ง (Role Conflict)

4. แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา
 - 4.1 ลักษณะเชิงกลยุทธ์ของการวิจัยเชิงคุณภาพ
 - 4.2 องค์ประกอบในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา
 - 4.3 การสร้างแนวคำถาม
 - 4.4 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In – depth interview)
 - 4.5 การสังเกต (Observation)
 - 4.6 บันทึกภาคสนาม (Field Note)
 - 4.7 การเลือกบุคคลหรือกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคทางจิตเวชจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ มีการให้ความหมายของโรคซึมเศรูดังนี้

Rooseand Sackeim (2004) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นโรคที่เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านกระบวนการคิด พฤติกรรมการนอนหลับและความอยากอาหารโดยอาการดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อการทำงาน สัมพันธภาพและควมมีคุณค่าในตนเองโดยเฉพาะความคิดอยากทำร้ายตนเองเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศรูดรุนแรงจะมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองสูง

ดวงใจ กสานติกุล (2542) อธิบายว่า ผู้สูงอายุที่ถูกรบกวนด้วยปัญหาต่างๆ รุมเร้าก่อให้เกิดความเครียด เพราะคับแค้นใจน้อยใจโดยอาการอาจแสดงออกทางประสาทอัตโนมัติตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ใจหวิว ใจสั่น วิงเวียน มึนศีรษะ จุกเสียดท้อง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร บางรายมีอาการมากจะรู้สึกหมดอาลัยตายอยาก ไม่อยากพบหรือพูดคุยกับใคร บ่อยครั้งที่มีความคิดฆ่าตัวตายไม่ยอมอยู่เป็นภาระของลูกหลาน

สมภพ เรืองตระกูล (2544) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะมีอาการแตกต่างไปจากที่พบในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยคือ ผู้ป่วยจะมีอาการไม่สบายทางกายมากแต่ในขณะที่ความผิดปกติทางอารมณ์อาจมีไม่มากและมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกายจึงทำให้เข้าใจว่าโรคซึมเศร้าเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุที่เป็นไปตามวัยและไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

มาโนช หล่อตระกูลและคณะ (2550) ให้ความหมายว่า โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มความผิดปกติของอารมณ์โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ผู้ป่วยอาจไม่บอกว่าเป็นเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด ใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์เศรูดังนี้จะเป็นเกือบ

ทั้งวันและเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป อารมณ์หงุดหงิดพบได้บ่อย เช่น ผู้ป่วยรู้สึกทนเสียงดังหรือคนรบกวนไม่ได้ มักอยู่คนเดียวเงียบๆ

ดังนั้นสรุปความหมายของโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางอารมณ์โดยมีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ที่เด่นชัดเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจและมีอาการร่วมกับอาการสำคัญอื่นๆ เช่น มีปัญหาการนอนหลับ ความอยากอาหารเพิ่มขึ้นหรือลดลง ความรู้สึกไม่สุขสบายทางกายต่างๆ เช่น อาการปวดเมื่อยตัว ปวดหลัง ปวดศีรษะ และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมีความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ลดลง ไม่มีสมาธิ มีการเคลื่อนไหวช้าลง กระสับกระส่ายมีความรู้สึกว่าตนไร้ค่า รู้สึกเหงา หดหู่ท้อแท้ สิ้นหวัง เฉยชากับสิ่งแวดล้อม และถ้าอาการรุนแรงมากอาจมีความรู้สึกอยากทำร้ายตนเองจนไปถึงการคิดฆ่าตัวตาย

1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยพบว่าเป็นหญิงมากกว่าผู้ชาย (ในต่างประเทศถ้าอายุมากกว่า 80-84 ปี ในผู้ชายจะเป็นมากกว่า) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัญหาสุขภาพร่างกาย ปัจจัยทางจิต ความสามารถในการปรับตัวและการแก้ไขปัญหา รวมทั้งความพึงพอใจในชีวิต ปัจจัยทางสังคม เช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์ไม่ดีภายในครอบครัว (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่อธิบายถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าสามารถแบ่งได้เป็น 4 ปัจจัยดังต่อไปนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2544; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา

1.2.1.1 ปัจจัยด้านชีวเคมี (Biochemical factors) จากการศึกษาด้านชีวเคมีพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับระดับอารมณ์ของมนุษย์อย่างมาก เช่น พบว่าบุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้ามีระดับฮอร์โมนนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ต่ำ โดยพบว่าสารกลุ่มนี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้นซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (Neurophysiology) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของระดับชีวเคมีในร่างกายหรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายโซเดียม โพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาทผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ารุนแรงในช่วงเช้าตรู่และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ นอกจากนี้ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Neuro transmitters) เช่น สารเอมีน (Biogenic amine) หรือจุดรับประสาท (Receptor) ที่เชื่อมต่อปลายประสาท (Synapses) และตัวส่งข่าวที่สอง (Second messengers) ของเซลล์สมองบริเวณลิมบิก (Limbic) ที่ลดลงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

1.2.1.2 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors) มีการศึกษาในฝาแฝดพบว่าในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันอัตราความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงพบร้อยละ 50 ในฝาแฝดไข่คนละใบ อัตราความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงพบร้อยละ 10-25

นอกจากนี้ยังพบว่าโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงจะพบในผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย หรือพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกันมากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 1 เท่าครึ่งถึง 3 เท่า

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors)

1.2.2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ อธิบายว่า เป็นอาการเศร้าไม่สนใจโลกภายนอก ขาดความรักและไม่สนใจร่วมกิจกรรมต่างๆ มีความรู้สึกหันเข้าหาตนเองสนใจเฉพาะตนเอง หลงผิดและลงโทษตนเอง อารมณ์เศร้าเกิดจากการสูญเสียสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น การตายจากหรือการถูกปฏิเสธ สำหรับผู้สูงอายุการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก บทบาทหน้าที่การทำงานทำให้เกิดความรู้สึกทางลบไร้ค่าขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2.3 ทฤษฎีพัฒนาการและประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับความล้มเหลวของตนเอง การถูกทอดทิ้งโดยเฉพาะการถูกแยกจากบุคคลที่มีความสำคัญใน 6 เดือนแรกของชีวิตทำให้บุคคลมีความรู้สึกเศร้า มีความคิดและคาดหวังเกี่ยวกับตนเองในทางลบไม่สามารถปรับตัวได้ ทารกที่ถูกทอดทิ้งในขวบปีแรกของชีวิตทำให้เกิดความเศร้า (Analytic Depressions) จะพบว่ามีพฤติกรรมเศร้าร้องไห้มาก รับประทานอาหารไม่ได้ พัฒนาการเคลื่อนไหวล่าช้า ซึมท้อ การเจริญเติบโตหยุดชะงักมีอาการเศร้าตั้งแต่วัยเด็กเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จะมีพฤติกรรมเศร้ามาก ในวัยสูงอายุประสบการณ์จากความล้มเหลว การพลัดพราก การเปลี่ยนสถานภาพทางครอบครัวและสังคมทำให้เกิดความรู้สึกไร้ค่าล้มเหลวหมดหวังกับชีวิต

1.2.3 ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive factors) ทฤษฎีด้านการรับรู้พบว่าความเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางลบคิดโทษตนเองทำร้ายตนเอง (Beck, 1976) ได้ระบุถึงความคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าไว้ 3 ประการ คือ ความคาดหวังด้านสิ่งแวดล้อมในทางลบ ความคาดหวังตนเองในทางลบและความคาดหวังอนาคตในทางลบ ความรู้สึกในทางลบของบุคคลจะมีผลในการทำลายพัฒนาการทางความคิดของบุคคลทำลายความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองทำให้เกิดความรู้สึกที่ว่าตนเองต่ำต้อยและเศร้ามาก เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความคิดและความรู้สึกทางลบต่อตนเองสิ่งแวดล้อมและอนาคตมีมากขึ้น เนื่องจากความสูญเสียและความเปลี่ยนแปลง

1.2.4 ปัจจัยทางสังคม (Social factors) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ทำให้บุคคลนั้นยอมรับสภาพปรับตัวให้เข้ากับสังคมดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติทางลบและแยกตัวตามมา สำหรับผู้สูงอายุการปรับเปลี่ยนสถานภาพบทบาททั้งในครอบครัวและสังคมรวมทั้งรายได้ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความเคารพและยอมรับจากบุตรหลานหรือคนรอบข้างลดลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) นอกจากนี้เหตุการณ์ร้ายในชีวิต (stressful

life event) เช่น การสูญเสียคนรัก การเริ่มป่วยเป็นโรคทางกายภาพ การเกษียณจากหน้าที่การงาน การสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตน เป็นต้น ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้า (Mazure, 1998)

1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงถือตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ทั่วไปดังนี้ โดยระบบการจำแนกโรคที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 2 ระบบ ได้แก่ (มานิช หล่อตระกูล และคณะ, 2550)

1.3.1. Manual of Diagnostic and Statistic Mental Disorder 4th Edition (DSM-IV) เป็นระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 เริ่มใช้ ค.ศ.1994 และปัจจุบันมีการเรียบเรียงคำอธิบายของโรคที่เกี่ยวข้องตามบริบทวัฒนธรรมต่างๆเพิ่มขึ้นจึงเป็นฉบับ Text Revision เริ่มใช้ ค.ศ.2000 เป็นต้นมา โดยหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (มานิช หล่อตระกูล, 2548) มีอาการดังต่อไปนี้

- 1). มีอารมณ์ซึมเศร้าเกือบตลอดเวลาทั้งวันและเป็นติดต่อกันทุกวัน
- 2). ความกระตือรือร้น ความรู้สึกสนุกสนานในกิจกรรมที่เคยทำ เคยชอบจะลดลงมาก มีพฤติกรรมเฉื่อยชาตลอดเวลาเกือบตลอดเวลาหรือติดต่อกันเกือบทุกวัน
- 3). ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง อาจลดลงหรือเพิ่มขึ้นทุกวันหรือเกือบทุกวันทำให้น้ำหนักเปลี่ยนแปลงชัดเจน ถ้าเบื่ออาหารน้ำหนักก็จะลดลงชัดเจน ถ้าอยากอาหารน้ำหนักก็จะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน
- 4). การนอนผิดปกติอาจนอนไม่หลับหรือหลับบ่อยเกินไปหรือหลับนานผิดปกติจากเดิมเกือบทั้งวัน
- 5). มีการเปลี่ยนแปลงทางการเคลื่อนไหวทางร่างกาย เช่น กระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่งมากกว่าปกติหรือเชื่องช้าหรือความคิดเชื่องช้าหรือคิดฟุ้งซ่านมากขึ้นเกือบทุกวัน อ่อนแรง ไม่มีแรงเกือบทั้งวัน
- 6). มีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกที่ตนเองผิดหรือไม่ดีอย่างมากเกินเหตุเกือบทุกวัน ความรู้สึกนี้อาจรุนแรงถึงขั้นหลงผิด (Delusion) สมมติไม่ตีความสามารถในการตัดสินใจลดลง จนไม่สามารถตัดสินใจได้ โดยมีอาการเช่นนี้เกือบทุกวัน

3.1.2. International Classification of Disease and Relate Health Problem 10th revision (ICD-10) เป็นระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 เริ่มใช้ ค.ศ.1992 (สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) มีดังนี้

- 1). มีอารมณ์ซึมเศร้าส่วนใหญ่ของวันหรือแทบทั้งวัน
- 2). ความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมต่างๆทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมากแทบทุกวัน

- 3). น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้เป็นจากการคุมอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
- 4). นอนไม่หลับหรือหลับมากไปแทบทุกวัน
- 5). Psychomotor agitation
- 6). อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน
- 7). รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป
- 8). สมาธิหรือการคิดอ่านลดลง
- 9). คิดถึงเรื่องความตายอยู่เรื่อยๆ Retardation แทบทุกวัน (จากการสังเกตของผู้อื่น)

อาการที่เกิดขึ้นอยู่นาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการ 1 ข้อ ของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า (2) เบื่อหน่ายไม่มีความสุข

1.4 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้มีการพัฒนาการรักษาให้มีประสิทธิภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ซึ่งแบ่งการรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันได้เป็น 2 ประเภท คือ การรักษาทางร่างกายและการบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ (Lewin, 2003; มานิต ศรีสุกานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542; สุชาติ พหลภาคย์, 2542 อ้างถึงใน อัจจวารรณ แก่นอินทร์, 2548) มีรายละเอียดดังนี้

1.4.1 การรักษาทางกาย (Somatic Treatment)

1) การบำบัดด้วยยา (Pharmacological Therapy) ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น หลังจากได้รับยาแล้วอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะเฉียบพลัน (Acute treatment) ใช้เวลา 6-12 สัปดาห์ เพื่อลดอาการซึมเศร้าลง ระยะการรักษาต่อเนื่อง (Continuation treatment) ใช้เวลา 4-9 เดือน เพื่อเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) และการรักษาแบบคงสภาพ (Maintenance treatment) รักษาติดต่อกันนาน 3 ปี เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (Recurrence)

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) เป็นการรักษาโดยมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้นๆ (Brief electrical stimulus) เพื่อให้เกิดการชักของสมอง (Cerebral disorder) ปัจจุบันการรักษาด้วยไฟฟ้า มีวิธีทำอยู่ 2 วิธี คือ วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบเดิม (Non-modified ECT) และการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ใส่ยาสลบช่วย (Modified ECT)

1.4.2 การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Treatment) ได้แก่ การทำจิต

บำบัดระยะสั้น (Short-term psychotherapy) การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal therapy) การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) และพฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy)

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (American Nurse Psychiatric Association, 2000)

อ้างอิงใน ชาวนี ล่องซุผล, 2548; อัจจวรรณ แก่นอินทร์, 2548 และ พูลสิน เฉลิมวัฒน์, 2552

จุดมุ่งหมายในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่สำคัญมี 3 ประการ คือ

ประการแรก ให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มักไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่เศร้ามากมักจะทำร้ายตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์ การป้องกันการฆ่าตัวตาย แม้ไม่อาจป้องกันได้ทั้งหมด แต่การทราบถึงปัจจัยเสี่ยง หรือบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยสังเกตจากพฤติกรรมหรือคำพูดของผู้ป่วยที่อาจบ่งชี้เป็นนัยก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวัง และให้ความเอาใจใส่มากขึ้น ดังนี้

- 1). จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย มีบรรยากาศแจ่มใส
- 2). ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยสูงอายุ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และยินดีช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวันทั้งด้านการพักผ่อน นอนหลับ การรับประทานอาหาร และอื่นๆ
- 3). ให้การดูแลใกล้ชิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยที่สุด สำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือการอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามักต้องการเพื่อนต้องการคนเข้าใจช่วยปลอบโยนให้กำลังใจโดยเฉพาะช่วงตื่นนอนใหม่ๆหากมีคนพูดคุยด้วย จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกอบอุ่นที่มีคนห่วงใย
- 4). จัดสิ่งของที่อาจมีอันตรายออกให้หมด ได้แก่ อาวุธของมีคม หรือสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายต่างๆ เช่น แก้ว เชือก เข็มขัด ตลอดจน หน้าต่าง ประตู กระจก หรือทางเข้าออกสู่ระเบียงภายนอกที่ลึบตา ควรหมั่นตรวจสอบไม่ให้ผู้สูงอายุเก็บยาไว้ ยาที่ใช้รักษาต้องให้รับประทานต่อหน้า เพื่อป้องกันการเก็บสะสมยา
- 5). ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มที่ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว เช่น เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าให้ผู้สูงอายุให้ตรงขนาด ตรงเวลา และติดตามอาการข้างเคียงของยาหรือผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจจำเป็นต้องรักษาด้วยการช็อคไฟฟ้า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีอาการหลงผิดประสาทหลอน บางครั้งอาจได้รับการผูกมัด ควรให้การดูแลใกล้ชิดหมั่นตรวจสอบอาการผู้ป่วยสูงอายุและปลดเครื่องผูกมัดบ่อยๆเพราะการผูกมัดอาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเป็นอันตราย
- 6). พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพทั่วไปให้ดีขึ้น และการทบทวนประเด็นปัญหาให้กระจ่าง แยกแยะสิ่งที่ถูกต้องและสิ่งที่บกพร่องควรแก้ไข เพื่อลดความรู้สึกลบ หรือตำหนิตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ
- 7). ควรทำสัญญากับผู้ป่วยสูงอายุว่าจะไม่ทำร้ายตนเอง เช่น “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายภายในสัปดาห์นี้” หรือ “ฉันจะไม่ฆ่าตัวตายขณะอยู่โรงพยาบาล” หรือ “ถ้าฉันคิดฆ่าตัวตายฉันจะ

บอกให้ท่านทราบ” เป็นต้น การทำสัญญาและรักษาสัญญาเป็นสิ่งมีประโยชน์ เป็นการสร้างความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยชะลอการเกิดปัญหา และหาแนวทางช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ประการที่สอง ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่านพ้นจากภาวะซึมเศร้าโดยเร็วควรปฏิบัติดังนี้

1). ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุ โดย

ก. ให้ผู้สูงอายุทราบว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีประสบการณ์ มีความรู้ และมีผู้ที่ห่วงใยในผู้สูงอายุ เช่น บุคลากรที่มสุขภาพ ญาติ และเพื่อนๆ เป็นต้น ทั้งนี้ เพราะปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย ได้แก่ เจตคติของคนในสังคมที่ทำให้ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุลดลง ฉะนั้นพยาบาลต้องเป็นคนช่างสังเกต การพูดจาและท่าทางที่แสดงต่อผู้สูงอายุ ควรให้ความยกย่อง นับถือ เพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าของผู้สูงอายุ

ข. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึก เพื่อให้ทราบความคิดเห็นว่าเกิดอะไรขึ้นในชีวิต สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุกลัว ความรู้สึกผิด ต่ำหนีดตนเอง หรือความสูญเสียต่างๆ การระบายความรู้สึก จะช่วยคลายความอัดอั้น ระบายความเครียด ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

ค. รับฟังความคิดเห็นและการยอมรับการแสดงออกของผู้สูงอายุ เช่น อารมณ์โกรธ หรือเศร้าเสียใจ ร้องไห้ โดยไม่คัดค้าน เพราะผู้สูงอายุจะไวต่อการถูกปฏิเสธ หรือการไม่ยอมรับของผู้อื่น ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระวนกระวายมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบ ให้ความสนใจสิ่งที่ผู้สูงอายุพูด และพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ง. ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน พยายามจัดสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมที่เหมาะสม สะดวก ปลอดภัย เพื่อให้ผู้สูงอายุช่วยตนเองได้ หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจำกัดต่างๆที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยไม่จำเป็น

จ. กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ เพื่อนหรือผู้สูงอายุอื่นๆ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกในสิ่งที่ถนัด หรือมีประสบการณ์ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุคิดถึงสิ่งใหม่ๆที่ดีแก่ชีวิต เช่น มีเพื่อน มีสังคม และมีกิจกรรมใหม่ที่พอใจ เป็นต้น

2). ให้ผู้สูงอายุทบทวนภาวะซึมเศร้าของตนเอง

ก. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุทบทวนสถานการณ์และวิเคราะห์ความสูญเสียหรือปัญหาที่เกิดขึ้นมานั้นว่าเหมาะสมเพียงใด ผู้สูงอายุเศร้าเกินไปหรือไม่

ข. ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรับรู้สิ่งดีๆในชีวิต โดยกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตด้านที่ดีที่พึงพอใจ เป็นการมองด้านบวก เช่น ความอาทรห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว การประสบความสำเร็จในชีวิต การช่วยเหลือผู้อื่น การมีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เป็นต้น

ค. ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความกระจำงในประเด็นปัญหาหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตามความจริง เพื่อลดความรู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเอง หรือความขมขื่น ไม่พอใจต่างๆให้น้อยลง และให้มองอีกด้านที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

ง. ให้กำลังใจผู้ป่วยสูงอายุในการเผชิญปัญหา และแก้ไขสถานการณ์ โดยชี้ให้เห็นถึงความเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านอุปสรรคต่างๆมากมาย เป็นผู้ที่ม่ประสบความสำเร็จชีวิตหลากหลาย ซึ่งจะช่วยเหลือคลายปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผ่านไปด้วยดี

3). ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ก. ให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าภาวะซึมเศร้า เป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในผู้ป่วยสูงอายุและจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องเช่นเดียวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้อาการต่างๆดีขึ้น

ข. อธิบายให้ทราบสาเหตุ อาการและการลดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การแยกตัวจากสังคมเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า การดื่มแอลกอฮอล์ จะส่งเสริมให้คิดทำร้ายตนเอง การมองสิ่งต่างๆในด้านดีช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น เป็นต้น

ค. กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูงอายุระบายความรู้สึก และวิธีคิดที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้า

ง. ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม

จ. ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติ ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ การปรับตัวที่เหมาะสม และวิธีลดความเครียด เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า เช่น การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมองโลกในแง่ดี และการออกกำลังกายเพื่อลดความเครียด เป็นต้น

ฉ. ให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติทราบถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านเศร้า ซึ่งจะเริ่มได้ผลเมื่อผ่านไป 2-3 สัปดาห์ และจำเป็นต้องรับประทานยาต่อไป เพื่อให้อาการดีขึ้น พร้อมทั้งสังเกตอาการหรือผลข้างเคียงของยา เช่น อาการท้องผูก ปากแห้ง ตาพร่า ถ่ายปัสสาวะลำบาก หรือเหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง

ประการที่สาม ผู้ป่วยสูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต จากลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มักไม่สนใจตนเอง ละเลยการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งด้านสุขอนามัย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย จึงมักมีอาการท้องผูก เนื่องจากดื่มน้ำน้อย และเคลื่อนไหวร่างกายน้อย อาจมีอาการบวมตามแขน ขา และมีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบาก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากยาต้านเศร้า ดังนั้นพยาบาลควรสังเกต และให้ความเอาใจใส่ โดย

1). ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ ตลอดจนมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ ควรบันทึกปริมาณอาหารและน้ำที่ร่างกายได้รับ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ

2). ชั่งน้ำหนักตัว เพื่อสังเกตการบวมและติดตามภาวะโภชนาการ

3). จัดให้มีกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกดีขึ้น ได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความอยากอาหาร และนอนหลับได้ดีขึ้น

4). ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายที่สวยงาม จะทำให้จิตใจสดชื่น ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

5). บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ ให้น้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความไม่สุขสบาย ทั้งจากภาวะซึมเศร้า และจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผลข้างเคียงจากยารักษาโรคด้วย ฉะนั้นการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสุขสบายขึ้นจากปัญหาต่างๆ เหล่านี้ จะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุลดลง

6). จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย เพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง เช่น แสงสว่างเพียงพอ แว่นตาที่มองเห็นได้ชัดเจน และเครื่องช่วยฟังที่ใช้งานได้ดี ต้นไม้และสัตว์เลี้ยง เพื่อให้เพลิดเพลินเกิดความรู้สึกรักและผูกพันเป็นต้น

โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาของความรู้สึกเศร้าที่มีความซับซ้อน พยาบาลจิตเวชจะต้องเข้าใจกระบวนการการดำเนินโรคทั้งหมด เพื่อเลือกแนวทางของการรักษาตลอดจนการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคลให้ครอบคลุม เพื่อเป็นการให้การดูแลแบบองค์รวม ลดอาการ และช่วยให้ทำหน้าที่ได้เป็นที่น่าพอใจ ส่งผลให้มีการฟื้นคืนสภาพ และลดการกลับเป็นซ้ำ (Lewin, 2003) นอกจากนี้หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ การดูแลเรื่องสุขอนามัยและความปลอดภัยของตัวผู้ป่วยและผู้อื่น การดูแลเรื่องการให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัวและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาเป็นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2545)

2. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุ

การศึกษาภาวะสูงอายุได้มีนักทฤษฎีเสนอแนวคิดและทฤษฎีที่อธิบายปรากฏการณ์ของภาวะสูงอายุในลักษณะของเนื้อหาสาระและกระบวนการเกิดความสูงอายุที่แตกต่างกันดังนี้

2.1 ทฤษฎีการสูงอายุ

ทฤษฎีความสูงอายุ ความสูงอายุ ความชราหรือความแก่ เป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับสิ่งมีชีวิตทุกชนิดอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ นักทฤษฎีหลายคนได้พยายามที่จะอธิบายในเรื่องปรากฏการณ์ของการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยชรา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของความสูงอายุนี้จะแตกต่างกันไป ขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ทำให้สาเหตุของความชราแตกต่างกันไป มีกระบวนการเกิดและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความสูงอายุต่างๆกันไม่สามารถที่จะอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเท่านั้น แต่ต้องอาศัยหลายๆทฤษฎีมาประกอบกัน ทฤษฎีความสูงอายุ ประกอบด้วย

2.1.1 ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological theory of aging)

ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายความชราทางชีววิทยา ซึ่งเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่เกิดขึ้นภายในร่างกายของสิ่งมีชีวิตทุกชนิด เมื่อเข้าสู่วัยชรากระบวนการเปลี่ยนแปลงของความชราที่เกิดขึ้น มักจะสัมพันธ์กับอายุของสิ่งมีชีวิตซึ่งอธิบายในเรื่องของผลกระทบของความชราที่ทำให้ระบบการทำงานที่ของอวัยวะในร่างกายทำงานได้ลดลงจนกระทั่งไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติเหมือนในวัยเด็กหรือวัยหนุ่มสาว ซึ่งทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพที่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบันได้แก่ ทฤษฎีความสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Genetic theory) ทฤษฎีที่พบ ได้แก่

2.1.2 ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (General genetic theory) กล่าวคือ อายุขัยของ

สัตว์แต่ละชนิดจะมีอายุขัยไม่เท่ากัน ทั้งนี้ถูกกำหนดขึ้นโดยรหัสพันธุกรรม เช่น แมลงหวี่ มีอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 1 วัน หนู 2-3 ปี สุนัข 12 ปี ม้า 25 ปี และมนุษย์ 70 ปี สำหรับผู้หญิงจะมีอายุขัยยืนยาวกว่าผู้ชายโดยเฉลี่ยประมาณ 8 ปีลักษณะทางเพศถูกกำหนดขึ้นโดยเพศชายจะมีโครโมโซม XY ส่วนเพศหญิงมีโครโมโซม XX และเนื่องจากเพศหญิงมีโครมาติน X มากกว่าเพศชาย จึงทำให้มีอายุยืนกว่านอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวใดที่มีบรรพบุรุษที่มีอายุขัยยืนยาว บุคคลในครอบครัวนั้นก็จะมีอายุขัยยืนยาวด้วยเช่นกัน แต่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมก็จะมีผลให้รหัสพันธุกรรม ซึ่งเป็นตัวกำหนดอายุขัยเปลี่ยนไปได้เช่นกัน

2.1.3 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error theory of aging) ภายในนิวเคลียสของเซลล์มีรหัสพันธุกรรมซึ่งเป็นโครงสร้างของโมเลกุลของ DNA รหัสพันธุกรรมจะถูกคัดลอก และแปลอีกหลายขั้นตอน จึงจะได้โมเลกุลของโปรตีนหรือเอนไซม์ตัวสุดท้าย โปรตีนที่เกิดขึ้นจะประกอบด้วยกรดอะมิโน ซึ่งจะมีการสร้างบนไรโบโซม (Ribosome) รหัสพันธุกรรมจาก DNA ที่จะถ่ายทอดไปยังไรโบโซมจะต้องอาศัยโมเลกุลของ DNA (Dibonucleic acid) ที่เรียกว่า m-RNA (Messenger RNA) ฉะนั้น ถ้ามีความผิดพลาดเกิดขึ้นในขั้นตอนของการถ่ายทอดข้อความในการสังเคราะห์โปรตีนหรือเอนไซม์ จะทำให้มีการจำลองโปรตีนหรือเอนไซม์ ซึ่งมีลักษณะและคุณสมบัติผิดไปจากเดิม และไม่สามารถทำหน้าที่ดังเดิมได้ เป็นเหตุให้เซลล์ตายให้เซลล์ตายในที่สุด นอกจากนี้พบว่าเอนไซม์ส่วนใหญ่จะทำหน้าที่ได้น้อยลง เมื่ออายุมากขึ้น ในขณะที่เอนไซม์บางชนิดจะทำหน้าที่ได้มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงจะเกิดได้มาก ในวัยหนุ่มสาวอัตราการเกิดจะเป็นเร็วขึ้น ทำให้เซลล์ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ต่อมาเซลล์ก็จะตาย ความสูงอายุเกิดจากการสะสมความผิดพลาด หรือความบกพร่องเกี่ยวกับส่วนประกอบระดับโมเลกุลของเซลล์ ซึ่งเกิดในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการทางชีวเคมีของการสร้างโปรตีนในเซลล์ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นในวัยหนุ่มสาว ต่อมาเมื่อสูงอายุมากขึ้นอัตราการเกิดจะเป็นเร็วขึ้น ถ้าความผิดพลาดสะสมถึงระดับหนึ่งเซลล์หรือเนื้อเยื่อจะค่อย ๆ เสื่อมสภาพและตาย หรือเซลล์อาจไม่ตายแต่การทำหน้าที่อาจจะหยุดชะงักทำให้เสียสมดุลการควบคุมของร่างกาย โดยเฉพาะเซลล์สำคัญ เช่น เซลล์สมอง เป็นต้น

2.1.4 ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) ความสูงอายุมีการปรับตัวตามวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิต โดยมีการสร้างสรรค์สิ่งที่ดีกว่าเพื่อความอยู่รอดในสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความสูงอายุเป็นสิ่งที่ผนวกเข้าเป็นช่วงชีวิตหนึ่งของการเจริญและแพร่พันธุ์ของระยะเวลาที่มีชีวิตจะสั้นลงเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง

2.1.5 ทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ (Watch spring theory) ความสูงอายุถูกกำหนดไว้โดยรหัสที่อยู่ในยีนส์กำหนดให้เซลล์ต่าง ๆ หรือระบบแก่งเมื่อถึงเวลาที่กำหนดให้ สำหรับมนุษย์ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีจะมีอายุเฉลี่ยประมาณ 85 - 90 ปี กระบวนการของความสูงอายุประกอบด้วย การเจริญเติบโต การพัฒนาและเสื่อมลงจนกระทั่งตายไปในที่สุด เป็นวัฏจักรที่เกิดขึ้นภายในช่วงระยะเวลาหนึ่งที่มีการกำหนดไว้แล้ว

ทฤษฎีความสูงอายุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Nongenetic cellular theory) ทฤษฎีนี้เกี่ยวข้องกับระยะเวลาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเซลล์ ซึ่งแบ่งออกได้อีกหลายทฤษฎี คือ

2.1.6 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and tear theory) ทฤษฎีนี้ได้เปรียบเทียบสิ่งมีชีวิตคล้ายกับเครื่องจักร เมื่อมีการใช้งานมากก็จะเกิดความผิดปกติขึ้นแต่มนุษย์และเครื่องจักรจะแตกต่างกัน เพราะมนุษย์สามารถที่จะซ่อมแซมตัวเองและใช้งานต่อไปได้โดย

กระบวนการสร้างใหม่เพื่อทดแทน เช่น เซลล์ของผิวหนัง เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว เป็นต้น แต่มีเซลล์บางชนิดไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก ได้แก่ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์กล้ามเนื้อลาย และเซลล์ประสาทเมื่ออายุมากขึ้นเซลล์ก็จะเสื่อมลงและตาย ทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆลดลง

2.2 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล หรือ ญาติผู้ดูแลที่บ้าน หรือ ผู้ดูแลในครอบครัว หรือศัพท์ภาษาอังกฤษที่เขียนในบทความ หรือรายงานวิจัยต่างๆ คือ Family caregiver นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา หรือ Carers นิยมใช้ในสหราชอาณาจักรออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย เช่น

Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

Horowitz (1985 อ้างถึงใน ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมในการดูแลคือ

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการทำกิจกรรมในการดูแลโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง เป็นบุคคลอื่นที่มีหน้าที่ทำกิจกรรมในการดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแล คือ ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่างๆที่บ้านโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ (Ross & Mackenzie, 1996)

ผู้ดูแล คือ ใครบางคนที่ให้การดูแลญาติหรือเพื่อนที่เจ็บป่วย ทูพลภาพ หรือจากการสูงอายุ โดยไม่สามารถดูแลจัดการตนเองที่บ้านได้ โดยปราศจากการช่วยเหลือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการจะไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล (Carers UK, 2005)

ผู้ดูแล คือ ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความสัมพันธ์กันแบบญาติให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทน การดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแหล่งที่อยู่อาศัย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

สรุป ผู้ดูแล คือ สมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเจ็บป่วย พิกการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้ โดยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ และให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน

ผู้ดูแลวัยสูงอายุ

ผู้ดูแลวัยสูงอายุ คือ บุคคลที่ให้การช่วยเหลือ ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย พิการ หรือ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้ดูแลวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมทางร่างกาย ทำให้เกิดความบกพร่อง ในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลง บกพร่องในการสื่อสาร เช่น สูญเสียการได้ยิน ทำให้ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารกับบุคคลอื่นรู้เรื่อง ส่งผล ให้เกิดภาวะในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลทั่วไป ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีการเจ็บป่วยด้วยโรค เรื้อรังทางกาย จึงมีความยุ่งยากในดูแลผู้ป่วยร่วมกับการดูแลตนเองมากขึ้น จึงเกิดความรู้สึกเบื่อ หน่าย และไม่ยอมเข้ารับการรักษา เพราะรู้สึกเป็นภาระกับผู้อื่น จึงมักมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจาก เดิมทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การกินอาหาร การนอนหลับ ความรู้สึกเบื่อหน่าย หมด สนุก อารมณ์ที่ขื่นๆ ลงๆ ในแต่ละช่วงของวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และมีความคิด หมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย

2.3 ประเภทและบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล

การแบ่งประเภทของผู้ดูแล

ประเภทของผู้ดูแล การพิจารณาผู้ดูแลโดยแบ่งตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและ ผู้รับการดูแลเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้ (Alzheimer Research, 2003; Bell & Gibbons, 1989; Parker, 1992. อังโน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

1) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver/carers) หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็น วิชาชีพ จากสถานพยาบาล หรือองค์กรต่างๆ ที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน เป็นผู้ดูแลที่ไม่มี ความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้างดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ รวมทั้ง ผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Care assistant) โดยอาจจะไม่รับ หรือรับ ค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ ตามข้อตกลง

2) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver/carers) หมายถึง ผู้ดูแลให้การ ช่วยเหลือในชีวิตประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วยโดยไม่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนาน 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่ามีความสัมพันธ์แบบ 1 ต่อ 1 (Ungerson, 1990) ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล การดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพัน สำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจ ของการดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัว ลูก หลาน ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับ ค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล ในกลุ่มของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ อาจมีผู้ที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน หลายคน Parker (1992) ได้อธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ ตามลักษณะ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ ดังนี้

2.3.1 แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1). ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือญาติผู้ดูแล (Family caregiver/carers) คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งเป็นผู้ดูแลไม่เป็นทางการที่พบบ่อยในสังคมไทย ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาตินี้ อาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกบางคนดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน บางคนดูแลเรื่องค่าใช้จ่าย บางคนดูแลเรื่องการพาไปพบแพทย์ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสะดวกหรือความคล่องตัว ในการติดต่อประสานงาน เป็นต้น

2). ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (Informal helper) คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่นๆ เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ที่ให้การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทน การช่วยเหลือมาจากความรัก ความผูกพัน หรือการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลนี้มาก่อนในอดีต

2.3.2 แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ มีดังนี้

1). ผู้ดูแลหลัก (Main carers/major/primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น บุคคลที่ได้รับการระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลายาวนานหรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด หรือผู้ที่อาจยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ดูแล (Self-identified) ทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลสุขภาพส่วนตัว ดูแลเรื่องการกินยา การทำแผล เป็นต้น โดยให้เวลาของการดูแลสม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น (ศิริพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่เผชิญกับความเครียดสูงสุด และผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพต่างกันจะมีระดับของความเครียดต่างกัน (ศิริพันธ์ุ สาสัติย์, 2549)

2). ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver/carers) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง หรือมีระยะเวลาของการดูแลคิดเป็นชั่วโมงน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทน เป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ พาผู้ป่วยไปปฏิบัติธรรม (ศิริพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลัก ในการดูแลเท่านั้น

2.4 ผลกระทบจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ

2.4.1 ผลกระทบที่เกิดจากการดูแล

Department of Social Change and Mental Health, WHO 2000 (อ้างถึงในศิริพันธ์ุ สาสัติย์, 2551) ได้แบ่งผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล ดังนี้

2.4.1.1 ผลกระทบทางด้านจิตใจ (Psychological problem) ความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล

1. อารมณ์เศร้า (Sad) เกิดเมื่อสูญเสียบุคคลที่ตนเองรักทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่ คือ ผู้ป่วยสูญเสียความจำไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ
2. ความรู้สึกผิด (Guilt) ผู้ดูแลอาจโกรธ หรือทะเลาะกับผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล แล้วมั่งรู้สึกผิดกับการกระทำของตนเองในภายหลัง
3. ความโกรธ (Anger) อาจโกรธตนเอง ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ สถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้
4. ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) ผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ ก่อให้เกิดความอับอายแก่ผู้ดูแลได้
5. ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) การที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ขาดการติดต่อกับเพื่อนฝูง ทำให้รู้สึกเหมือนถูกตัดขาดจากสังคม
6. ความรู้สึกเครียด (Stress and Strain) ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีภาวะเครียดจากการดูแลผู้ป่วย

2.4.1.2 ผลกระทบทางด้านร่างกาย (physiological problem) ปัญหาที่พบบ่อยได้แก่

1. ปวดหลัง (Backache) เกิดจากการช่วยเหลือผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และปัญหาการปวดหลังอาจเป็นอาการที่เกิดมาจากภาวะจิตใจ (Psychosomatic) สาเหตุจากความเครียดที่เกิดจากการดูแล
2. อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (Weakness) ผู้ดูแลได้รับการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นผลจากการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และยังส่งผลให้ผู้ดูแลหงุดหงิด โมโหง่าย ส่งผลกระทบต่อให้การดูแล
3. มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (Increase health problem) ผู้ดูแลที่มีอายุมาก มักจะมีโรคประจำตัว จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วย จึงทำให้การดูแลตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ รับประทานอาหารและยาไม่ตรงตามเวลา ส่งผลให้อาการของโรคที่เป็นอยู่ยิ่งแย่ลง

2.4.1.3 ผลกระทบทางด้านสังคม เศรษฐกิจ (socio – economic problem)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน (Change in working pattern) ผู้ดูแลอาจต้องเปลี่ยนงานจากการทำงานเต็มเวลา มาเป็นการทำงานบางเวลา หรืออาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย
2. รายได้ลดลง (Lower income) จากการปรับเปลี่ยนงาน ทำให้ส่งผลกระทบต่อรายได้ของผู้ดูแล หรืออาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้น

3). ความขัดแย้งภายในครอบครัว (Family conflict) ถ้าไม่มีการบริหารจัดการภายในครอบครัวให้ดี อาจทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวขึ้น ยิ่งผู้ดูแลที่มีครอบครัวแล้ว อาจส่งผลให้มีเวลาให้ครอบครัวลดลง ทำให้เกิดปัญหาตามมา

2.4.2 สิ่งที่ได้จากการดูแล

นอกจากภาวะเครียด (stress) ความรู้สึกเป็นภาระ (burden) หรือภาวะซึมเศร้า (depression) ที่เกิดจากการดูแลแล้ว พบว่า ความรู้สึกทางบวกที่เกิดจากการดูแลก็มีเกิดขึ้นเช่นกัน ซึ่งมีด้วยกันหลายประการ ดังนี้

1). ได้ทดแทนบุญคุณจากบริบทของสังคมไทยที่ได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธมี ความเชื่อเรื่องการทดแทนพระคุณการได้ดูแลเป็นการทดแทนบุญคุณทำให้มีความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย

2). ได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำในฐานะเป็นสามี ภรรยา หรือเป็นลูกหลาน

3). การตอบแทนคุณความดี เนื่องจากในอดีตผู้ป่วยเคยดีกับผู้ดูแลมาก จึงทำให้ ทอดทิ้งไปไม่ได้ ผู้ดูแลจึงยินดีให้การดูแลเพื่อตอบแทนบุญคุณนั้น

4). ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลดีขึ้น เนื่องจากมีเวลาใกล้ชิดกันมากขึ้น และผู้ป่วยให้ความรักแก่ผู้ดูแลมากขึ้น

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าในบริบทของสังคมไทย ที่เชื่อเรื่องการทดแทนบุญคุณ ความกตัญญูกตเวที ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบิดามารดาสูงอายุในครอบครัว เป็นสิ่งที่พึงกระทำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2543) เรื่องความกตัญญูกตเวที และการดูแลบิดามารดา ที่เจ็บป่วยสูงอายุ ในครอบครัวไทยในเขต กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าความกตัญญูกตเวทีประกอบด้วยลักษณะ 3 ด้าน ได้แก่ บุญคุณของบิดามารดา หมายถึง สิ่งที่เกิดประโยชน์ ก่อให้เกิดผลในทางที่ดีที่บิดามารดาได้ทำให้แก่บุตร กตัญญู เป็นความรู้สึกถึงบุญคุณ การรับรู้ถึงพระคุณที่บิดามารดามีให้แก่บุตร กตเวที เป็นการตอบแทนบุญคุณที่บุตรพึงกระทำ หรือทำเพื่อตอบสนองแก่บิดามารดา ผลของการวิจัย จำแนกลักษณะการดูแลได้เป็น 3 ด้าน คือ การดูแลทางกาย (Physical Caregiving) การดูแลทางจิตใจ (Psychological caregiving) และการดูแลด้านสิ่งยึดเหนี่ยว ความเชื่อทางจิตใจ (Spiritual Caregiving) การดูแลทางกายจะเน้นด้านการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันทั่วไป เช่น การรับประทานอาหาร อาบน้ำ ขับถ่าย เคลื่อนไหว สวมเสื้อผ้า นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการดูแลในลักษณะที่ซับซ้อน ในกรณีที่บิดามารดาเจ็บป่วยหรืออยู่ในอาการหนัก เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะจากท่อหายใจ การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น การดูแลทางด้านจิตใจจะเป็นลักษณะ การพูดคุย การอยู่ด้วยตลอดเวลา ทำให้รู้สึกอบอุ่นใกล้ชิด ตลอดจนการใช้อารมณ์ขันพูดคุยกับบิดามารดา ทั้งนี้เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งจากผู้ดูแล และผู้ได้รับการดูแล สำหรับการ

ดูแลด้านสิ่งยึดเหนี่ยวทางความเชื่อทางจิตใจได้แก่ การทำบุญ สวดมนต์ ไหว้พระ หรือการประกอบกิจกรรมทางศาสนา หรือความเชื่อโดยหวังว่าสิ่งที่บุตร ทำให้จะส่งผลให้อาการมารดาดีขึ้น

นอกจากนี้พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลจำแนกเป็น 2 ด้านใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม อันได้แก่ ฐานะความเป็นอยู่การเงินของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล (บุตร) กับบิดามารดา การช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่นในครอบครัว สัมพันธภาพภายในครอบครัวระหว่างพี่น้อง อีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม อันได้แก่ ค่านิยมความเชื่อเรื่องการทดแทนบุญคุณบิดา มารดา ซึ่งกำหนดถึงหน้าที่รับผิดชอบที่บุตรหลานที่ดีพึงมีต่อบุพการี หรือผู้มีพระคุณ พบว่าหากผู้ดูแลมีปัญหาด้านเศรษฐกิจสังคม จะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกในการดูแล ผลจากการเป็นผู้ดูแลบิดา มารดาสูงอายุที่เจ็บป่วยจะแสดงออกมาได้ในลักษณะต่างๆ 3 ลักษณะ คือ ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกทั้งเชิงบวกและลบ ในการเป็นผู้ดูแล เนื่องจากความรับผิดชอบและบทบาทของการเป็นผู้ดูแลซึ่งเป็นภาระงานที่หนัก ต้องทุ่มเทเสียสละพลังงานทั้งกายและใจที่สูงมาก ผู้ดูแลเหล่านี้จึงอาจมีความรู้สึกเหนื่อยล้า เครียด รู้สึกว่าตนเองต้องมีภาระรับผิดชอบ มีความรู้สึกขัดแย้งในใจกับพี่น้องในกรณีที่พี่น้องไม่ให้ความช่วยเหลือส่งผลให้สุขภาพตนเองทรุดโทรม ในทางตรงกันข้ามการเป็นผู้ดูแลทำให้เกิดความรู้สึกเชิงบวกแก่ผู้ดูแลได้เช่นกัน เช่น มีความรู้สึกเป็นสุข รู้สึกได้บุญ ได้รับการยกย่อง ได้รับคำชมจากผู้อื่น ประสบกับสิ่งที่ดีในชีวิต เป็นต้น ขณะเดียวกันพบว่า ผู้ดูแลบางคนได้แสดงความรู้สึกถึงความไม่แน่ใจว่า สิ่งที่ทำเป็นสิ่งที่ถูกหรือผิด เป็นบุญหรือบาป เพราะบางครั้งรู้สึกว่าการดูแลที่ตนทำให้บิดา มารดานั้นอาจจะพูดหรือทำในสิ่งที่ไม่เหมาะสม แต่ก็พยายามทำในสิ่งที่ดี คือ ได้ดูแลบิดามารดาตามที่ตนจะทำได้ บุตรที่เป็นผู้ดูแลโดยรวมแล้วยังเห็นว่าความกตัญญูกตเวทีเป็นสิ่งที่จำเป็นในสังคมไทยที่บุตรหรือลูกหลานพึงกระทำต่อบิดามารดา

2.5 ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นวัยสูงอายุ

จากการศึกษาวิจัยต่างๆ ได้เสนอแนวทางช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับปัญหาต่อไปได้มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัย 3 ประการต่อไปนี้ (Parker ,1992 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

- 1). ผู้ดูแลต้องการมีเวลาหยุดพักจากการดูแล (Time off from careing) เป็นการหาเวลาปลีกตัวจากผู้ป่วยหรือผู้รับการดูแล
- 2). ผู้ดูแลต้องการการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Help from others) เป็นความพึงพอใจจากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ที่อยู่ในเครือข่ายของผู้ดูแล เช่น จากเพื่อน เพื่อนบ้าน หรือชุมชนในการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ความเมตตา การช่วยเหลือทางสังคม
- 3). ต้องการการให้บริการด้านต่างๆ จากจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Provision of services) บทบาทของการบริการที่ช่วยลดภาวะเครียด ในผู้ดูแล เช่น การช่วยเหลืองานบ้าน ได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลชุมชน เป็นต้น

3. แนวคิดทฤษฎีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ดูแล

3.1 การเปลี่ยนผ่านบทบาท (Role Transition)

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านเป็นทฤษฎีระดับกลาง (Middle-range theory) ซึ่งมีความเป็นนามธรรมน้อยกว่าทฤษฎีระดับกว้าง (Grand theory) และเป็นทฤษฎีที่ผู้วิจัยและนักปฏิบัติการสามารถเข้าถึงได้ อีกทั้งทฤษฎีระดับกลางนี้ยังสามารถใช้ในปรากฏการณ์ที่เฉพาะเจาะจงได้ การพัฒนาทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านนั้นเกิดขึ้นมาจากหลายเหตุผล อาทิเช่น 1) การใช้เวลาในการปฏิบัติการค่อนข้างมากในการดูแลบุคคลที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน 2) ความสนใจในเรื่องของการเปลี่ยนผ่านมีมากขึ้น 3) การใช้เทคโนโลยีในการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้นผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลต่อเนื่อง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนผ่านที่มีความซับซ้อนและมีความต้องการการเข้าถึงที่แตกต่างกัน 4) สถานการณ์ต่างๆ ในโลกมีความหลากหลายที่อาจจะมีผลที่ทำให้บุคคลบอบช้ำจากผลของสถานการณ์นั้นต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิต 5) การมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดความแตกต่างที่ท้าทายในการจัดการการดูแลสุขภาพที่มีความต้องการการดูแลในรูปแบบที่แตกต่างจากพยาบาล 6) สถานการณ์ทางธรรมชาติของโลกมีมากมายหลากหลาย เช่นน้ำท่วม สึนามิ แผ่นดินไหว เฮอร์เคน ฯลฯ หรือสถานการณ์ที่เกิดจากฝีมือมนุษย์ อาทิเช่น สงคราม การระเบิดนิวเคลียร์ ฯลฯ ที่ต้องการการเกี่ยวข้องอย่างทันท่วงทีของการดูแล (Meleis, 2007)

3.1.1 ความหมายของการเปลี่ยนผ่าน

การเปลี่ยนผ่าน คือ การเคลื่อนผ่านจากช่วงชีวิตหนึ่ง ช่วงเงื่อนไขหนึ่ง หรือช่วงภาวะหนึ่งไปสู่อีกช่วงชีวิตหนึ่ง อีกช่วงเงื่อนไขหนึ่ง หรืออีกช่วงภาวะหนึ่ง (Chick and Meleis, 1986) เมลิสและคณะ (Meleis, et al. 2000) อธิบายทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ว่าประกอบด้วย

- ชนิดและรูปแบบของการเปลี่ยนผ่าน (Types and patterns of transitions)
- คุณสมบัติของประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน (Properties of transition experiences)
- เงื่อนไขที่เอื้ออำนวยและเงื่อนไขที่ยับยั้ง (Facilitating and inhibiting conditions)
- ตัวบ่งชี้ในการดำเนินการ (Process indicators)
- ตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์ (Outcome indicators)
- การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics)

3.1.1.1 ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน แบ่งการเปลี่ยนผ่านออกเป็น 3 ชนิด คือ

3.1.1.1.1. การเปลี่ยนผ่านตามพัฒนาการ (Developmental Transitions)

อธิบายว่า เป็นการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาของชีวิตบุคคล ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านในวัยหนุ่ม

สาว การเปลี่ยนผ่านในวัยหมดประจำเดือน การเปลี่ยนผ่านในการตั้งครรรค์ และการเปลี่ยนผ่านในการเป็นบิดามารดา เป็นต้น

3.1.1.1.2. การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational Transitions) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ ซึ่ง อธิบายได้ว่า ความหลากหลายของบทบาททางการศึกษา และทางหน้าที่การงานเป็นการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ที่ได้รับความสนใจ ซึ่งตัวอย่าง ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านจากบทบาทของนักปฏิบัติทางคลินิกเป็นผู้บริหาร และการเกษียณอายุงาน นอกจากนี้ การเปลี่ยนผ่านจากสถานภาพสมรสเป็นสถานภาพหม้าย การเปลี่ยนผ่านในการอพยพย้ายถิ่น เป็นต้น

3.1.1.1.3. การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health-Illness Transitions) ตัวอย่างการเปลี่ยนผ่าน อาทิเช่น การเปลี่ยนผ่านจากบุคคลธรรมดาเป็นบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย การติดเชื้อเอชไอวี หรือการบาดเจ็บไขสันหลัง เป็นต้น

3.1.2.1 รูปแบบของการเปลี่ยนผ่าน

การเปลี่ยนผ่าน มีหลายรูปแบบ กล่าวคือ การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นเพียงการเปลี่ยนผ่านเดียว (single transition) ที่เกิดขึ้นหลายการเปลี่ยนผ่านในเวลาเดียวกัน (Multiple transitions) ที่เกิดขึ้นเรื่องหนึ่งแล้วมีการเปลี่ยนผ่านเกิดขึ้นต่อมาอีกเรื่องหนึ่งตามลำดับ (Sequential transitions) ที่มากกว่าหนึ่งการเปลี่ยนผ่านเกิดขึ้นพร้อมกัน (Simultaneous transitions) การเปลี่ยนผ่านที่มีความเกี่ยวข้องกัน (Related transitions) หรือที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน (Unrelated transitions) พยาบาลควรให้ความสนใจในรูปแบบของการเปลี่ยนผ่านของบุคคลมากกว่าชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al. 2000) ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านของบุคคลสามารถเกิดขึ้นได้ในหลากหลายรูปแบบด้วยกัน บุคคลแต่ละบุคคลจะมีการเผชิญรูปแบบของการเปลี่ยนผ่านที่แตกต่างกัน ดังนั้น การประเมินทางการพยาบาลจึงมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งในการให้การพยาบาลบุคคลที่ประสบกับการเปลี่ยนผ่านในชีวิต ไม่ว่าจะเกิดขึ้นเพียงการเปลี่ยนผ่านเดียวหรือมากกว่าหนึ่งการเปลี่ยนผ่านในระยะเวลาเดียวกัน พยาบาลควรประเมินทางการพยาบาลบุคคลนั้นๆ และให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการต่อการเปลี่ยนผ่าน

คุณสมบัติของประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน

คุณสมบัติของประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย 5 คุณสมบัติดังนี้ คือ

1. การตระหนักรู้ (Awareness) มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ ความรู้และการสำนึกของประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน ชิคและเมลิส (Chick and Meleis, 1986) อธิบายว่าการเปลี่ยนผ่านเป็นปรากฏการณ์ส่วนบุคคลโดยกระบวนการและผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านมีความเกี่ยวข้องกับการให้ความหมายและการให้ความหมายซ้ำของการเปลี่ยนผ่าน ดังนั้นการที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในภาวะของการเปลี่ยนผ่านบุคคลจะต้องมีความตระหนักรู้ว่ากำลังมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น

2. การเข้าไปเกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนผ่าน (Engagement) เป็นระดับที่บุคคลแสดงความเกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ระดับของการตระหนักรู้มีอิทธิพลต่อระดับของการเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่าน การเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านจะเกิดขึ้นไม่ได้ถ้าไม่มีการตระหนักรู้ ตัวอย่าง เช่น สตรีตั้งครรภ์ไตรมาสแรก ถ้าไม่ตระหนักหรือขาดความสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้น อาจไม่ได้ระวังตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารหรือยา ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายได้ (Meleis et al. 2000)

3. การเปลี่ยนแปลงและความแตกต่าง (Change and Difference) การเปลี่ยนแปลงและความแตกต่างเป็นคุณลักษณะที่จำเป็นของการเปลี่ยนผ่าน ถึงแม้จะมีความหมายเหมือนกันแต่คุณลักษณะไม่สามารถที่จะสับเปลี่ยน หรือใช้ในความหมายเดียวกันได้ การเปลี่ยนผ่านทุกชนิดเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง แต่ไม่ใช่ทุกการเปลี่ยนแปลงจะเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่าน เช่น อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไม่ใช่การเปลี่ยนผ่าน เป็นต้น ความแตกต่างสามารถแสดงตัวอย่างได้จากการที่ไม่เคยพบเคยประสบมาก่อน จากความหลากหลายของความคาดหวัง อารมณ์ หรือการมองเห็นโลกในหนทางที่แตกต่างกัน (Meleis, etal. 2000)

4. ระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่าน (Transition Time Span) การเปลี่ยนผ่านทุกชนิดมีคุณลักษณะที่มีการเคลื่อนไหวและไม่อยู่นิ่งตลอดเวลา คุณลักษณะของการเปลี่ยนผ่าน คือระยะเวลา กับจุดจบที่ปรากฏ ซึ่งขยายจากอาการแสดงแรกของการคาดการณ์ล่วงหน้า การรับรู้หรือการแสดงออกของการเปลี่ยนแปลงไปยังระยะเวลาที่ไม่มั่นคง สับสนและทุกข์ และดำเนินต่อไปยังจุดจบของสถานการณ์นั้น จากนั้น บุคคลจะเกิดความพร้อมกับการเริ่มสิ่งใหม่หรือเข้าสู่ระยะเวลาที่มั่นคงของชีวิต (Meleis et al. 2000)

5. จุดวิกฤตและเหตุการณ์ (Critical Points and Events) บางการเปลี่ยนผ่านอาจมีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่โดดเด่น เช่น การเกิด การตาย การผ่าตัด และความเจ็บป่วย เป็นต้น มีหลายการศึกษาที่พบว่า การเปลี่ยนผ่านเกิดขึ้นหลายชนิดในเวลาเดียวกันซึ่งประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านเหล่านั้นจะเกี่ยวข้องกับจุดวิกฤตและเหตุการณ์ ทุกจุดวิกฤตและเหตุการณ์นั้นมีความต้องการความสนใจของพยาบาล ความรู้และประสบการณ์ในหนทางที่แตกต่างกัน (Meleis et al. 2000)

เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition Conditions) เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย เงื่อนไขที่เอื้ออำนวยและเงื่อนไขที่ยับยั้ง แต่อย่างไรก็ตาม เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านทั้ง 2 เงื่อนไข ไม่ว่าจะป็นเงื่อนไขที่เอื้ออำนวยซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ทำให้การเปลี่ยนผ่านดำเนินไปได้ด้วยดี หรือเงื่อนไขที่ยับยั้งซึ่งอาจมีผลทำให้การเปลี่ยนผ่านดำเนินไปได้ด้วยความไม่ราบรื่นนั้น อธิบายได้ว่า เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนของบุคคล (Personal) ส่วนของชุมชน (Community) และส่วนของสังคม (Society)

ส่วนของบุคคล ประกอบด้วย 1) การให้ความหมาย (meanings) ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเร็วในการเปลี่ยนผ่าน อาจมีส่วนเอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่าน 2) วัฒนธรรมความเชื่อ และทัศนคติ (Cultural beliefs and Attitudes) ที่มีต่อการเปลี่ยนผ่านนั้น สามารถเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมหรือขัดขวางให้การเปลี่ยนผ่านดำเนินไปได้ เช่น ประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือนของสตรีเกาหลี วัฒนธรรมของเกาหลีที่จะแสดงออกในเรื่องนี้จะถูกเก็บไว้ ไม่ให้สตรีเกาหลีแสดงออกในอาการและอาการแสดงต่างๆที่เกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือน ดังนั้น การเปลี่ยนผ่านในเรื่องนี้ จึงอาจทำให้สตรีเกาหลีละเลยการตระหนักรู้เมื่อตนย่างเข้าสู่ภาวะหมดประจำเดือน 3) สถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ(Socioeconomic status) เป็นอีกเงื่อนไขหนึ่งที่จะส่งเสริมหรือขัดขวางให้การเปลี่ยนผ่านของบุคคลดำเนินไปได้ เช่น สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจต่ำ ประสบการณ์ของอาการแสดงทางจิตใจและอารมณ์ที่เกิดจากภาวะหมดประจำเดือนจะได้รับความสนใจน้อยกว่าการทำงานเพื่อหาเลี้ยงตนและครอบครัว 4) การเตรียมความพร้อมและความรู้ (Preparation and knowledge) ตามที่ได้คาดไว้ สามารถเอื้อต่อประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านนั้นได้ ในการเตรียมความพร้อมนั้น ความรู้ที่คาดว่าจะต้องมีเมื่อมีการเปลี่ยนผ่านเกิดขึ้นรวมทั้งความรู้ที่จะต้องมิต่อเนื่อง คือ กลวิธีที่สามารถจะจัดการกับการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นให้ดำเนินไปได้ด้วยดี แต่ในทางตรงข้าม การขาดการเตรียมความพร้อมและความรู้ สามารถเป็นอุปสรรคต่อประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านได้เช่นกัน (Meleis et al. 2000)

ส่วนของชุมชน การเอื้อต่อประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากคู่ครองและครอบครัว การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เช่น บุคลากรสาธารณสุขและบุคคลอื่นๆ และการได้รับคำแนะนำจากแหล่งที่ไว้วางใจและมีรูปแบบที่ดี อุปสรรคต่อประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอ การได้รับคำแนะนำในทางลบหรือการเผชิญกับสิ่งลบจากบุคคลอื่น (Meleis et al. 2000)

ส่วนของสังคม สังคมเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่สามารถเอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่าน อาทิเช่น การมองการเปลี่ยนผ่านว่าเป็นการตีตราจากสังคม การเกิดความไม่เท่าเทียมกันทางเพศซึ่งเป็นการกดขี่ในระดับสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสตรี หรือกลุ่มชนชายขอบซึ่งเมื่อกลุ่มบุคคลกลุ่มนี้ประสบต่อการเปลี่ยนผ่านสังคมจะมีผลทำให้การเปลี่ยนผ่านของพวกเขาดำเนินไปได้อย่างไม่ราบรื่น (Meleis et al. 2000)

ตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์ ประกอบด้วย

1. การจัดการตนเอง (Mastery) การเปลี่ยนผ่านที่ดำเนินไปได้ด้วยดี บุคคลจะสามารถแสดงการจัดการในลักษณะของพฤติกรรม และทักษะความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมใหม่

2. ลักษณะที่เปลี่ยนแปลงและไม่อยู่นิ่ง (Fluid Integrative Identities) ประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านมีคุณลักษณะหนึ่ง คือ เป็นผลมาจากการได้หลอมรวมลักษณะของตนเองอีกครั้งซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่นิ่งเปลี่ยนแปลงได้ (Meleis et al., 2000)

การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Therapeutics)

ชูแมชเชอร์และเมลิส (Schumacher and Meleis. 1994) มองการบำบัดทางการพยาบาลว่าประกอบด้วย 3 เกณฑ์การพยาบาลใหญ่ด้วยกัน คือ

1). การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน (Assessment of Readiness) ในการประเมินความพร้อมของบุคคลนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจในตัวของผู้รับบริการ ทั้งนี้เพราะผู้รับบริการแต่ละรายจะมีความแตกต่างกัน ได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกายจิตใจ สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ เศรษฐฐานะ การศึกษา ภูมิหลัง และบริบท ดังนั้น การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่านจึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะช่วยให้การพยาบาลเหมาะสมทำให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านไปได้ด้วยดี

2). การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ (Preparation of Transition) อธิบายว่า การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่นั้น จะต้องประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การศึกษา (Education) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญ ส่วนหนึ่งสำหรับการสร้างภาวะการณ์ที่ดีที่สุดในการเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่าน การเตรียมที่ดีจำเป็นต้องมีเวลาเตรียมที่มีประสิทธิภาพที่จะทำให้พอมองเห็นความรับผิดชอบใหม่ และมีทักษะในการปฏิบัติต่อสภาวะการณ์นั้น และสิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นส่วนที่สามารถถูกสร้างขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้รับบริการสำหรับการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น

3). การใช้บทบาทเสริม (Role Supplementation) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างจริงจังเมื่อบุคคลที่ทำหน้าที่และมีความสำคัญในเรื่องนั้นมองว่าเกิดการแสดงบทบาทนั้นๆ ได้ไม่เต็มที่หรือไม่เต็มความสามารถ ซึ่งการใช้บทบาทเสริมประกอบด้วย ความชัดเจนของบทบาท (Role clarification) และการแสดงบทบาท (Role taking) นอกจากนี้ การใช้บทบาทเสริม เป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่ประกอบด้วยทั้งส่วนของการป้องกัน (Preventive) และการรักษา (Therapeutic) การที่จะสามารถช่วยบุคคลและบุคคลสำคัญ (Significant others) ให้เข้าใจบทบาทและความเป็นตัวตนใหม่ บุคคลเหล่านั้นต้องได้รับการพัฒนา โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้โอกาสและความรู้ที่จะทำให้พวกเขามองบทบาทใหม่ได้อย่างชัดเจน

ดังนั้นในการเปลี่ยนผ่านบทบาทจากผู้สูงอายุโดยทั่วไป มาเป็นผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนั้นหากผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่ดีหรือมีการเตรียมพร้อมต่อการเปลี่ยนผ่านบทบาทในส่วนต่างๆ แล้วก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าใจในบทบาทและสามารถเผชิญกับบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 บทบาทที่มากเกินไป (Role Overload) บทบาทที่มากเกินไป หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่ามีภาระงานเพิ่มมากขึ้นอย่างไม่สมเหตุสมผล และไม่ได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับอุปกรณ์และเครื่องมือในการปฏิบัติงานที่เพียงพอ ทำให้บุคคลรู้สึกที่ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ในขณะนั้นต้องได้รับการช่วยเหลือ รวมทั้งการที่บุคคลรับรู้ว่าจะต้องปฏิบัติงานภายในระยะเวลาจำกัด

3.3 บทบาทที่มีความเครียด (Role Stress) บทบาทที่มีความเครียด ความเครียด เป็นรูปแบบปฏิบัติการตอบโต้ทางอารมณ์และร่างกายที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความต้องการทั้งภายในและภายนอกองค์กร (Greenberg, 2005) ความเครียดจึงเป็นประสบการณ์ทางร่างกายหรือจิตใจหรือการรับรู้ต่อความต้องการที่มากเกินไปของบุคคล (Ivancevich & Matteson, 1987) ส่วนความเครียดในงาน (Job Stress) เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับหน้าที่การงาน อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลให้บุคคลต้องทำงานเปลี่ยนแปลงไปจากหน้าที่ปกติ (Beehr & Newman citing in Luthans, 1989) ความเครียดจึงเป็นการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงเพื่อตอบสนองสถานการณ์ภายนอกซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ก่อให้เกิดการเบี่ยงเบนจากการมีส่วนร่วมในองค์กร (Luthans, 1989)

โดยสรุป ความเครียด คือการตอบสนองเพื่อการปรับตัวต่อสถานการณ์ภายนอก ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ตลอดจนก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนจากปกติ ความเครียดไม่ใช่ความตื่นเต้น ไม่ใช่ความวิตกกังวล อาจจะส่งผลดีในบางกรณี แต่ส่วนใหญ่จะก่อให้เกิดผลกระทบในทางเสียหายมากกว่าผลดี ปัจจัยความเครียดสำหรับคนที่ทำงานประจำมีปัจจัยหลายประการที่เป็นสาเหตุ ก่อให้เกิดความเครียดในองค์กร ได้แก่ (Luthans, 1989 ; Greenberg, 2005)

1). ปัจจัยความเครียดจากภายนอกองค์กร อาทิ เช่น การเปลี่ยนแปลงของสังคม ชุมชนที่อยู่อาศัย การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี สภาพเศรษฐกิจสังคม การเมือง วัฒนธรรม ชีวิตความเป็นอยู่ สภาพภูมิอากาศ ภัยพิบัติ สภาพภูมิอากาศ น้ำท่วม ฝนแล้ง แม้กระทั่งปัญหาการเมืองของประเทศ เช่น การประท้วงของกลุ่มต่างๆ ในประเทศไทย ตลอดจนการเมืองโลก เช่น ความขัดแย้งทางการเมืองของประเทศอื่นๆ ในโลก

2). ปัจจัยความเครียดจากภายในองค์กร ซึ่งสามารถแยกได้ 4 ประการคือ

2.1 นโยบายองค์กร การเปลี่ยนแปลงนโยบายองค์กรในด้านต่างๆ เช่น การทำงาน ค่าตอบแทน สวัสดิการ

2.2 โครงสร้างองค์กร เช่น การเปลี่ยนแปลงหรือมีการปรับเปลี่ยนสายงาน หน่วยงาน การเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร องค์กร หัวหน้างาน การย้ายงาน

2.3 สภาพแวดล้อมของที่ทำงาน เช่น อุณหภูมิที่ร้อนหรือหนาวเกินไป คับแคบ อุดอู้อู ไม่น่ารื่นรมย์

2.4 กระบวนการทำงาน เช่น ความสลับซับซ้อนยุ่งยากในการทำงาน สายบังคับบัญชาที่ผูกขาดอำนาจ ไม่มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจ

3. ความเครียดจากกลุ่มทำงานซึ่งแบ่งได้เป็น 3 แบบ คือ

3.1 การขาดความสามัคคี ความรักความสามัคคีเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งที่ส่งผลต่อบุคลากร โดยเฉพาะบุคลากรระดับล่าง หากบุคลากรไม่สามารถรวมกลุ่มกันได้ ซึ่งอาจจะเนื่องจากการออกแบบงาน ผู้บริหารสั่งห้ามหรือตั้งกฎเกณฑ์จำกัดไว้หรือสมาชิกกลุ่มถูกตัดขาดจากกัน ก็จะเป็นปัจจัยก่อให้เกิดความเครียดกับบุคลากรได้

3.2 การขาดการสนับสนุนทางสังคม การที่บุคลากรมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนปัญหาและสังสรรค์สนุกสนานร่วมกันจะทำให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจในงาน แต่ถ้าปราศจากบรรยากาศแห่งการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานก็จะทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้สำหรับบางสังคมจะมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ย่อมช่วยลดความเครียดของบุคคลได้ การสนับสนุนทางสังคมอาจเกิดได้จากหลายแหล่ง เช่น บรรทัดฐานทางวัฒนธรรม ในสังคมตะวันออก เช่น ญี่ปุ่นมีวัฒนธรรมที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ สถาบันทางสังคม เช่น วัด โบสถ์ พระ อาจารย์แนะแนวความช่วยเหลือจากสภาวิชาชีพ และครอบครัวที่อบอุ่น จะช่วยในการพูดคุยและเปลี่ยนความคิดเห็น ปรับทุกข์ อันเป็นหนทางในการจัดการกับปัญหา และให้มุมมองและทางออกของปัญหา ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจไปจากต้นเหตุแห่งความเครียด และยังเป็นแหล่งสนับสนุนด้านอื่นๆ อีกด้วย เช่น เงิน คำแนะนำ การดูแลยามเจ็บป่วย

3.3 ความขัดแย้ง ซึ่งอาจจะเป็นความขัดแย้งภายในตนเอง ความขัดแย้งระหว่างบุคคล และความขัดแย้งระหว่างกลุ่ม ล้วนเป็นสาเหตุก่อให้เกิดความเครียดต่อบุคคลได้เช่นกัน

4. ความเครียดส่วนบุคคล แบ่งได้หลายประการคือ

4.1 ลักษณะของบทบาท การที่บุคคลต้องมีหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน เช่น บทบาทต่อองค์กร อาชีพ เป็นผู้บริหาร เป็นพนักงาน บทบาทต่อครอบครัว อาชีพ เป็นพ่อแม่ เป็นลูกบทบาทต่อหน้าที่การงาน อาชีพ ต้องรับผิดชอบงานหลายๆ อย่างในเวลาเดียวกัน ซึ่งในแต่ละบทบาทก็อาจจะเกิดความต้องการที่ขัดแย้งกัน จากหลักฐานการวิจัยชี้ว่า ตารางเวลางาน หน้าที่การงาน การแต่งงาน ลูก และคู่ครองล้วนแต่ก่อให้เกิดความกดดันต่อบุคคล นอกเหนือจากความเครียดอันเนื่องมาจากหน้าที่การงาน และครอบครัว ด้านความเครียดจากหน้าที่การงานพบว่าเป็นสาเหตุเนื่องมาจากความคลุมเครือในบทบาท ซึ่งเกิดจากการที่มีข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับหน้าที่การงานไม่พอเพียง การได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ความเครียดส่วนบุคคลยังเกิดได้จากการที่องค์กรมีการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ การบิดเบือนข้อมูลข่าวสารจากผู้บริหารผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน

3.4 บทบาทที่มีความขัดแย้ง (Role Conflict) ความขัดแย้งในบทบาท จะเกิดขึ้นตามประสบการณ์ของแต่ละคนที่ประสบมาหรือเกิดจากการที่พฤติกรรมของบทบาทตั้งแต่สองบทบาทขึ้นไป ไม่สอดคล้องกันและความขัดแย้งเกิดจากการที่ไม่สามารถแสดงบทบาทต่างๆ ได้พร้อมกันในเวลาเดียวกัน เช่น ต้องเป็นประธานในการประชุมในฐานะครูใหญ่ หรือจะต้องออกไปรับลูกที่โรงเรียนในฐานะที่เป็นบิดา

ความขัดแย้งของบทบาท (Role conflicts) หมายถึง เมื่อบุคคลต้องแสดงบทบาทต่างๆ หลายบทบาทในห้วงเวลาเดียวกันและบทบาทนั้นไม่สอดคล้องกัน เช่น มีบทบาทเป็นผู้บริหาร ในขณะที่เดียวกันก็มีบทบาทเป็นสามีที่ต้องทำหน้าที่ประเมินผลการปฏิบัติของ ภรรยาที่เป็นลูกน้องของตนด้วย เป็นต้น และเมื่อบทบาทนั้นไม่ชัดเจน (Role ambiguity) ทำให้บุคคลไม่แน่ใจว่าจะปฏิบัติอย่างไร เช่น การแนะนำจากหัวหน้างานไม่ชัดเจนหรือแนวทางการร่วมปฏิบัติกับเพื่อนร่วมงานไม่ชัดเจน จะส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียด สับสนกับบทบาทของตัวเองที่มีอยู่กับบทบาทที่ถูกคาดหวัง และเมื่อมีมากกว่าหนึ่งบทบาทขึ้นไป จะทำให้เกิดความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) ได้ซึ่งมีอยู่ 4 แบบดังต่อไปนี้ (Moorhead and Griffin, 2001)

1. ความขัดแย้งภายในตัวผู้ส่งข่าวหรือผู้ส่งคำสั่ง (Intra-sender conflict) เช่น กรณีที่หัวหน้าทีม ต้องทำงานในบทบาทที่เท่าเทียมกันในทีม ในขณะที่เดียวกันก็มีบทบาทเป็นผู้บริหารด้วย ต้องทำหน้าที่สั่งการและบังคับบัญชาด้วยจะมีบทบาทที่เท่าเทียมกันในทุกบทบาทคงเป็นไปได้ยาก จึงทำให้เกิดความขัดแย้งภายในตัวเองขึ้น

2. ความขัดแย้งระหว่างผู้ส่งข่าวหรือผู้ส่งคำสั่ง (Inter-sender conflict) เกิดจากคนในกลุ่มมีความขัดแย้งกับคนในกลุ่มอื่นๆ ที่มีบทบาทเดียวกันทำให้เกิดความขัดแย้งเกิดขึ้นระหว่างกลุ่ม

3. ความขัดแย้งระหว่างบทบาท (Inter-role conflict) เมื่อบทบาทต่างกันทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ต่างกันด้วย แต่เมื่อต้องมาทำงานร่วมกันจะพบว่า มีพฤติกรรม ที่เข้ากันไม่ได้ เช่น เมื่อหัวหน้าขอให้ช่วยทำงานล่วงเวลาเพื่อให้งานเสร็จ ในขณะที่เดียวกันก็กังวลกับบทบาทการเป็นแม่บ้านที่ต้องดูแลลูกหลังเลิกงาน ความขัดแย้งจึงเกิดขึ้นระหว่าง เรื่องงานกับบทบาทส่วนตัวที่มีอยู่

4. ความขัดแย้งระหว่างบุคคลกับบทบาท (Person-role conflict) เกิดขึ้นเมื่อเรามีบทบาทอย่างหนึ่ง แต่ไม่สามารถทำตามบทบาทที่ตนมีได้ หรือการที่บุคคลมีความต้องการอย่างหนึ่ง แต่ตามบทบาทที่ถูกกำหนดไว้นั้นทำตามความต้องการของตนเองไม่ได้จะเกิดความขัดแย้งขึ้นได้

4. แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์ทางวิทยา

เป็นการวิจัยที่มีรากฐานมาจากหลักปรัชญา (Philosophy) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ ให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ใน

ปรากฏการณ์นั้นๆ เน้นความเป็นธรรมชาติ (Nature) และความเป็นจริง (Truth) ของปรากฏการณ์ เพื่อสะท้อนให้ทราบถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ ที่ศึกษาหรือธรรมชาติของมนุษย์ โดยเชื่อมโยงระหว่างความจริง การรับรู้ ทฤษฎี และการปฏิบัติ Husserl บิดาแห่งการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา เชื่อว่า จิตเป็นตัวกำหนดความหมายสรรพสิ่งต่างๆ ที่ปรากฏในโลก ซึ่งมีแนวคิดหลักที่สำคัญ คือ การค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่ โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้วิจัย ต้องแยกความคิดนั้นออกจากสิ่งที่กำลังศึกษา (Bracketing) และมีกระบวนการตัด ทอน (Reduction) ของข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออก เพื่อให้ได้ความหมายของปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่าง แท้จริง (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553)

4.1 ลักษณะเชิงกลยุทธ์ของการวิจัยเชิงคุณภาพ

โดยอาศัยแนวคิดของ Patton (1990) และ Le Compte and Schensul (1999) (นิตา ชูโต, 2551; ชาย โพธิสิตา, 2550)

4.1.1 เป็นการวิจัยที่ทำในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ (Natural Setting) โดยมีความหมาย 3 ประการ คือ

ประการแรก หมายถึง การศึกษาพฤติกรรมหรือปรากฏการณ์ในขณะที่สิ่งเหล่านั้น กำลังดำเนินไปอยู่ตามสภาพธรรมชาติของมัน

ประการที่สอง หมายถึง การที่สถานการณ์ที่ศึกษานั้นไม่ถูกดัดแปลงแต่งเติมให้ผิดไป จากธรรมชาติของมัน

ประการที่สาม หมายถึง วิธีการได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นธรรมชาติ นั่นคือ การไม่กำหนดไว้ล่วงหน้าก่อนจะลงมือเก็บข้อมูลแต่เปิดกว้างไว้ให้สิ่งเหล่านั้นปรากฏขึ้นเองตามธรรมชาติ และ ลักษณะเฉพาะของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน

4.1.2 ใช้ตรรกะแบบอุปนัยเป็นหลัก (Inductive approach)

การวิจัยแบบอุปนัย คือ การทำวิจัยที่เริ่มต้นจากสิ่งที่จำเพาะเจาะจง ไปสู่สิ่งที่ทั่วไป โดยสิ่งที่จำเพาะเจาะจง คือ ข้อมูลซึ่งได้มาจากประชากรตัวอย่างที่เลือกมาโดยเฉพาะจำนวนหนึ่ง สิ่ง ที่ทั่วไป คือ ข้อสรุปในรูปของคำอธิบายหรือกรอบแนวคิด ทฤษฎีซึ่งสามารถนำไปใช้ทั่วไปกับ ประชากรและสถานการณ์ในวงกว้าง โดยการไม่มีข้อตกลงเบื้องต้นมาก่อนเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เข้าไปศึกษา แต่จะเข้าไปสังเกต ฝ้าดูเหตุการณ์ต่างๆด้วยตนเองแล้วจึงสร้างรูปแบบการสรุปความเข้าใจ จากข้อมูล ซึ่งหมายถึงนักวิจัยจะต้องเข้าไปใกล้ชิดกับสภาพปัญหาด้วยตนเอง ทำความรู้จักเป็นส่วน บุคคลโดยตรง ใช้ช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลสร้างความสัมพันธ์จนกระทั่งเกิดความไว้วางใจ เชื่อใจ เปิดเผยข้อมูล ความรู้สึก ความลับต่างๆ เป็นต้น การเข้าไปใกล้ชิดกับสถานที่ บุคคลและข้อมูลต่างๆ อย่างแท้จริงและใช้เวลานานพอควรจึงจะทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ได้

4.1.3 การเน้นทำความเข้าใจแบบองค์รวม (Holistic Perspective) การวิจัยจะต้องมุ่งสร้างความรู้และการทำความเข้าใจอย่างเป็นองค์รวม โดยมีสาระสำคัญ คือ การค้นหาว่ามีส่วนประกอบอะไรบ้างและส่วนประกอบเหล่านั้น มีความสัมพันธ์กันอย่างไร ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ การเกี่ยวข้องต่าง ๆ ในบริบท ความซับซ้อนและความแปลกแตกต่างของความคิด ความประพจน์ของบุคคล เป็นต้น มิใช่มองศึกษาเป็นส่วนๆแยกออกจากกันแต่จะศึกษาดูแต่ละส่วนในภาพรวมทั้งหมดของบุคคล ชุมชน องค์กรวัฒนธรรม เป็นต้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจหน้าที่ของแต่ละส่วนในภาพรวม

4.1.4 ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก (Qualitative Data) หมายถึง ข้อมูลทุกรูปแบบที่เป็นข้อความ (Text) อยู่ในรูปแบบของคำพูด หรือไม่ได้อยู่ในรูปของตัวเลข ยังหมายรวมถึงข้อมูลข่าวสารที่อยู่ในรูปอื่น ๆ ด้วย เช่น แถบบันทึกเสียง แถบบันทึกภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ข้อมูลจากการสังเกต ข้อมูลจากเอกสาร แหล่งที่มาหลัก ๆ ของข้อมูลเชิงคุณภาพ คือการทำงานในภาคสนาม (Fieldwork) ที่นักวิจัยมีการติดต่อโดยตรงกับกลุ่มประชากรตัวอย่าง เพื่อทำการรวบรวมข้อมูลจากสถานการณ์ ที่เป็นธรรมชาติ มีข้อมูลรายละเอียดครอบคลุม ครบถ้วน ซึ่งมีทั้งการพรรณนาเกี่ยวกับข้อมูลด้านคุณภาพ มุมมองด้านต่างๆ ของบุคคล การอ้างคำ ภาษาพูดตรงและประสบการณ์ตรงของบุคคลต่างๆ ที่ให้ข้อมูลเป็นการใช้ข้อมูลทุกด้านและแง่มุม

4.1.5 นักวิจัยติดต่อโดยตรงกับกลุ่มวิจัย (Direct contact with participants) ภารกิจสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การเข้าไปสู่สนามและเรียนรู้สิ่งที่ต้องการศึกษาโดยตรง

4.1.6 ให้ความสำคัญแก่พลวัตของสิ่งที่ศึกษา (Dynamic Perspective) โดยการมองปรากฏการณ์ที่ศึกษาว่าเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง แต่เคลื่อนไหวและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงวิวัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะเป็นของส่วนบุคคลและวัฒนธรรมส่วนรวม เพื่อให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์หรือกรณีอย่างลึกซึ้ง

4.1.7 ให้ความสำคัญแก่การศึกษาเฉพาะกรณี (Unique Case Orientation) นั้นคือมุ่งทำความเข้าใจในทางลึกมากกว่าทางกว้างโดยคำนึงถึงปัจจัย สองประการ ประการแรก นักวิจัยต้องเฝ้าสังเกตการณ์สิ่งที่ศึกษาเป็นเวลานาน ประการที่สอง ให้ความสำคัญแก่การศึกษาที่เฉพาะเจาะจงซึ่งอาจเป็นบุคคล องค์กร เรื่องราว หรือชุมชน

4.1.8 ให้ความสำคัญแก่บริบทของสิ่งที่ศึกษา (Context Sensitivity) การวิจัยเชิงคุณภาพเน้นการเข้าถึงความหมายของผู้กระทำ ดังนั้นนักวิจัยต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบริบทอย่างเพียงพอ เพื่อประกอบการตีความข้อค้นพบ ฉาก สถานที่ เวลา รวมทั้งแง่มุมทางประวัติศาสตร์ วิวัฒนาการต่างๆ เป็นต้น เป็นผลสืบเนื่องไปยังความหมาย การตีความเกี่ยวกับความจริง

4.1.9 มีความยืดหยุ่นในการออกแบบการวิจัย (Design Flexibility) คือการไม่กำหนดตายตัวก่อนเริ่มต้นเก็บข้อมูลแต่สามารถยืดหยุ่นได้ ตามความจำเป็นและเท่าที่สถานการณ์ในภาคสนามต้องการ แต่มิได้หมายความว่าไม่มีการวางแผน นักวิจัยอาจวางแผนและมียุทธวิธีไว้ว่าจะ

เข้าไปสนามวิจัยเมื่อไร สัมภาษณ์ สักเกตเวลาใด แต่เมื่อเข้าไปแล้ว พบปัญหาต้องมีความว่องไว รีบแก้ไข ปรับแผน ใช้วิธีหาข้อมูลหลาย ๆ วิธีจนกว่าจะได้ข้อมูลที่มีความหมาย

4.1.10 ใช้เครื่องมือหลายอย่างในการเก็บข้อมูล แต่นักวิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุด (Researcher as an Important Research Instrument) เครื่องมือสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพมีคุณสมบัติสำคัญประการหนึ่ง คือ ไม่มีโครงสร้างที่เคร่งครัด ซึ่งหมายความว่านักวิจัยสามารถปรับให้เหมาะสมกับแหล่งข้อมูลและสถานการณ์ โดยนักวิจัยต้องมีความสามารถ ความชำนาญในการเก็บข้อมูล มีประสบการณ์และมุมมองที่ปราศจากอคติรวมทั้งการสร้างความรู้สึกร่วม จนสามารถเกิดการเรียนรู้ระหว่างการทำวิจัย มีความละเอียดอ่อนในการวิเคราะห์บูรณาการผสมผสานแนวคิด ทฤษฎี และจินตนาการ เพราะนักวิจัยเป็นเครื่องมือในการวิจัย ดังนั้นคุณภาพของการวิจัยย่อมขึ้นกับคุณภาพของนักวิจัยโดยตรง

4.1.11 เน้นความรู้สึกร่วม ความเข้าใจ (Empathy and Insight) ความรู้สึกร่วม คือ การที่ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ให้ข้อมูลจนกระทั่งเกิดความรู้ความเข้าใจ (Insight) เกี่ยวกับสภาพ ความรู้ ประสบการณ์และมุมมองของผู้ให้ข้อมูลตลอดจนเข้าใจคำอธิบายความหมายและโลกของผู้ให้ข้อมูลได้ ทั้งนี้ต้องยึดหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณต่อผู้ให้ข้อมูล

4.2 องค์ประกอบในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

1). ผู้วิจัย ในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยมีหน้าที่ในการทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล และนำข้อมูลนั้นมาเสนอตามความเป็นจริงของข้อมูลในโลกทัศน์ (World view) ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา ตัวผู้วิจัยจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการวิจัย ทั้งนี้เพราะผู้วิจัยต้องเป็นคนเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง โดยบทบาทหนึ่งที่สำคัญที่สุดในการวิจัยในสนาม คือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นบทบาทการสังเกตแบบคนนอกไปจนถึงการสังเกตแบบคนใน อันหมายถึงระดับความเข้าถึงในการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และเกี่ยวข้องขึ้นอยู่กับบทบาทที่ผู้วิจัยตัดสินใจว่าต้องการจะได้อะไรระดับต้น ลึก หนา บาง ภายนอก ภายใน ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

บทบาทแบบคนภายนอก หมายถึง การเข้าไปสู่สนามของผู้วิจัยเพื่อการสังเกตโดยตรงว่าสมาชิกในสังคมนั้นพูดคุยสนทนา ประพฤติ ปฏิบัติอะไร อย่างไร ตลอดจนทำการสัมภาษณ์พูดคุยกับสมาชิกในกลุ่มที่ผู้วิจัยเข้าไปสังเกต บทบาทนี้ผู้วิจัยเปิดเผยตนเอง โดยการสังเกตเฝ้ามองอยู่ห่างๆ ไม่เข้าไปร่วมกิจกรรมด้วย จุดอ่อนของบทบาทแบบคนนอก คือ คุณภาพและความลึกซึ้งของข้อมูลซึ่งขึ้นอยู่กับความไว้วางใจของผู้ให้ข้อมูลและระยะเวลาในการอยู่ในพื้นที่ของผู้วิจัย

บทบาทแบบคนใน หมายถึง การที่ผู้วิจัยสวมใส่บทบาทที่มีอยู่แล้ว ทำให้เกิดความกลมกลืนเป็นไปตามธรรมชาติของสนาม การสืบค้น พูดคุยเพื่อหาข้อมูลจึงเป็นไปอย่างปกติเสมือนดำเนินชีวิตนั้นๆ

2). ผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ให้ข้อมูลหลักถือว่าเป็นเจ้าของประสบการณ์ ผู้วิจัยจึงต้องให้ความเคารพและพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างเคร่งครัด

3). การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยต้องเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษาในลักษณะของ “คนใน” (Emic) ในปรากฏการณ์ศึกษาอย่างแท้จริง นอกจากนี้ ผู้วิจัยต้องคำนึงถึงความสามารถในการสื่อสาร ความเข้าใจในเรื่องภาษาและที่สำคัญคือ ความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น การสังเกต การบันทึกภาคสนาม การสัมภาษณ์ การวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเป็นต้น การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพจะกระทำควบคู่กันไป กล่าวถึงเมื่อได้ข้อมูลจากเอกสาร การสังเกตหรือการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยต้องวิเคราะห์ ตรวจสอบความถูกต้องจากแหล่งต่างๆในสนาม โดยการสังเกต สัมภาษณ์ซ้ำหลายๆแห่ง จากผู้ให้ข้อมูลหลายๆคน ด้วยวิธีหลายๆวิธี แล้วจึงปรับสมมติฐานชั่วคราวจนเกิดความชัดเจนในข้อมูลและการตีความหมาย

4). การจัดการข้อมูล ผู้วิจัยต้องจัดเก็บอย่างเป็นระบบโดยส่วนมากผู้วิจัยมักใช้บันทึกภาคสนาม และการบันทึกเทปการสัมภาษณ์ เป็นกลวิธีการจัดเก็บข้อมูล การบันทึกภาคสนาม คือ การจดบันทึกข้อมูลทั้งจากเหตุการณ์ และปรากฏการณ์โดยผู้วิจัยต้องบรรยายรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาให้ชัดเจนและมากที่สุด รวมทั้งบันทึกปัญหาความรู้สึของผู้วิจัยที่เกิดขึ้นขณะเข้าสู่สนามการวิจัย สำหรับการบันทึกเทปสัมภาษณ์ผู้วิจัยต้องเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์การบันทึกเสียงและแถบบันทึกเสียงให้ดี เพื่อป้องกันปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น และภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยต้องจัดการกับข้อมูลการสัมภาษณ์ทันทีโดยการถอดเทปและตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนของเนื้อหา เพื่อการสัมภาษณ์เพิ่มเติมนอกจากนี้ผู้วิจัยยังต้องนำเอาข้อมูลมาจัดเก็บเป็นแฟ้มข้อมูลที่เป็ระบบ โดยแบ่งแฟ้มข้อมูลนอกเหนือจากแฟ้มต้นฉบับ ดังนี้

4.1 เรื่องหมวดทั่ว ๆ ไป เพื่อติดตามเรื่องราวต่าง ๆ ได้สะดวกรวดเร็ว ควรแยกแฟ้มบุคคล สถานที่ องค์กร เอกสาร เพื่อรู้ว่าอะไรเกิดขึ้นกับใคร เมื่อไร อย่างไร

4.2 หมวดข้อมูลสนาม ผู้วิจัยควรแยกแฟ้มข้อมูล การสังเกต แฟ้มสัมภาษณ์ และแฟ้มบันทึกเกี่ยวกับกระบวนการในการเก็บข้อมูลไว้โดยเฉพาะ เพื่อช่วยในการเขียนวิธีการและกระบวนการเก็บข้อมูลสำหรับรายงานวิจัย

4.3 หมวดการวิเคราะห์ ในขณะที่เก็บข้อมูลและเริ่มต้นวิเคราะห์นั้นผู้วิจัยจะเริ่มมีแนวคิดเกี่ยวกับหัวเรื่อง หัวข้อ เกิดขึ้นแล้วจึงควรเริ่มทำแฟ้มหัวเรื่องต่าง ๆ แยกเก็บเหตุการณ์และบันทึกความคิดในการวิเคราะห์

5). การวิเคราะห์ข้อมูลจะกระทำไปพร้อมๆ กับการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยต้องกระทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยสามารถเลือกวิธีวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับปัญหา และ

แนวคิดการวิจัย รวมทั้งอาจใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยในการวิเคราะห์ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546) โดยมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ 3 ประการ ดังนี้ (นิตยา ชูโต, 2551)

5.1 การลดทอนข้อมูล (Data Reduction) หมายถึง วิธีการเลือกเฟ้นหาจุดที่น่าสนใจ อันจะทำให้เข้าใจง่าย สรุปลย่อ ปรับข้อมูลดิบที่เก็บจากสนาม การปรับลดทอนข้อมูลดิบนั้น ผู้วิจัยต้องทำอยู่ตลอดเวลา ตั้งแต่การเลือกสนาม การตัดสินใจว่าจะเก็บข้อมูลอะไรที่จะแสดงแนวคิด และในช่วงการเก็บข้อมูลจะกระทำเช่นเดียวกันนั้นคือ การลงรหัส ทดสอบแนวคิด รวมเป็นกลุ่ม เขียนข้อสรุปชั่วคราวและแปลงข้อมูลอยู่ตลอดเวลา จนกระทั่งเขียนรายงานเสร็จ การลดทอนข้อมูลจึงเป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์ เพื่อให้เกิดความชัดเจน จนกระทั่งได้บทสรุป

5.2 การแสดงข้อมูล (Data Display) หมายถึง กระบวนการวิเคราะห์ การจัดเลือกเฟ้นสรรหาข้อมูลตัวอย่าง หรือสารสนเทศ ไม่ว่าจะเป็นการสรุปจากรายงาน การสังเกต คำพูดจากการสัมภาษณ์ หรือการกระทำ การแสดงพฤติกรรม แสดงประกอบเป็นหลักฐานของข้อสรุปชั่วคราว เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจและเชื่อมโยงไปสู่การวิเคราะห์และสรุปผลต่อไป

5.3 การสร้างข้อสรุปและยืนยันผลสรุป (Conclusion and Verification) หมายถึง การสังเคราะห์ ปะติดปะต่อข้อสรุปย่อย ๆ ในช่วงแรก ๆ เข้าด้วยกันเป็นบทสรุป และการตรวจสอบยืนยันเป็นผลสรุปการวิจัยช่วงสุดท้าย เพื่อให้ทราบบทสรุปที่น่าเชื่อถือ ผู้วิจัยต้องวิเคราะห์ตรวจสอบซ้ำอีกครั้ง (Second Thought) ในขณะที่เขียนรายงานข้อมูลสนามเพื่อยืนยันผลสรุปวิจัย ด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า โดยการนำผลสรุปการวิจัยตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูล (คนใน) ตรวจสอบความแตกต่าง/คล้ายคลึงของข้อสรุปของวิจัย (คนนอก)

6). ความเชื่อถือและไว้วางใจคุณภาพของการวิจัย (Trustworthiness) Lincoln & Guba (1985) และ Guba & Lincoln (1989) (อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553) กล่าวถึงหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ ไว้ดังนี้

6.1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) เป็นเกณฑ์สนับสนุนการอธิบายข้อสรุป และการแปลผลข้อมูลจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล โดยนักวิจัยแสดงให้เห็นว่าการได้มาของข้อมูลและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล มีการระบุและอธิบายอย่างถูกต้อง วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ได้แก่

6.1.1 อยู่ในสนามเป็นช่วงระยะเวลา นานจนสามารถจัดอคติและตรวจสอบความเข้าใจในความหมายของเหตุการณ์นั้น ๆ

6.1.2 สังเกตอย่างจริงจังเพื่อให้เข้าใจคุณลักษณะสำคัญ ๆ ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่ปกติหรือผิดปกติ พร้อมทั้งทำความเข้าใจในความหมายของเหตุการณ์นั้น ๆ

6.1.3 ถ่ายทอด เล่า ตรวจสอบระหว่างเพื่อนร่วมวิจัย เพื่อดูความแจ่มแจ้งและพัฒนาการของความเข้าใจ ปรัชญาหรือเกี่ยวกับแนวทางการวิจัย

6.1.4 ตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) เป็นการใช้หลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ เช่นตรวจสอบจากสิ่งที่สังเกตได้ และการบันทึกภาคสนาม กับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เป็นต้น

6.1.5 การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Debriefing) เป็นการนำผลการวิเคราะห์และข้อสรุปไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องในประเด็นที่ศึกษา และเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นผู้ตรวจสอบ

6.1.6 การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล เป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลเข้ามาช่วยในการตรวจสอบ หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปเบื้องต้นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล (Preliminary themes) เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลที่มาจากระบบการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลจริง

6.2). การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (Dependability) หมายถึง การใช้วิธีการหลายวิธีเข้าร่วมกันในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความตรงของข้อมูลของแนวคิดทฤษฎี ซึ่งอ้างอิงนักวิจัยหลายคนร่วมสังเกตสิ่งเดียวกัน เพื่อดูว่าผลลัพธ์ที่เกิดจะไปในทิศทางเดียวกันหรือขัดแย้งกัน เป็นต้น

6.3). การถ่ายโอนผลวิจัย (Transferability) หมายถึง ความสามารถอ้างผลวิจัยไปยังสภาพการณ์ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน ควรใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sample) ที่ครอบคลุมแนวคิด และมุมมองของทฤษฎีที่กำลังจะเกิดจากข้อมูล (Grounded Theory) ค้นหาข้อสนเทศในทุก ๆ ด้านอย่างครบถ้วนเพื่อสรุปคำตอบของสมมุติฐานที่วางไว้แล้วสร้างแนวทาง หรือรูปแบบอันอาจทำให้เกิดการถ่ายโอนผลวิจัยไปสู่บริบทอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกันได้

6.4). การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) หมายถึง ความสามารถในการยืนยันผลอันเกิดจากข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ในหลาย ๆ ด้าน เช่น ตรวจสอบแนวคิดสมมุติฐาน เปรียบเทียบกับงานวิจัยคนอื่นที่ทำเรื่องคล้ายคลึงกัน บันทึกสาเหตุและเหตุผลแนวทางในการมองปัญหาของผู้วิจัยอย่างชัดเจน รวมทั้งตรวจสอบแนวคิดกับผู้เชี่ยวชาญหลาย ๆ คน

การสร้างแนวคำถาม

ขั้นตอนของการสร้างแนวคำถามจะต้องทำก่อนที่จะเริ่มลงมือปฏิบัติการวิจัยจริง โดยมีขั้นตอนดังนี้ (เบญจจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงค์ และคณะ, 2541)

1. กำหนดปัญหา ขอบเขต และวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อเป็นแนวทางให้การสัมภาษณ์ หรือ การสนทนาที่สามารถครอบคลุมเนื้อหา และวัตถุประสงค์การวิจัย

2. สร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ตัวแปรและข้อมูลที่ต้องการ โดยสร้างจากการค้นคว้าทฤษฎี การทบทวนผลงานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องประสบการณ์ในอดีต แนวคิดที่สร้างขึ้นเป็นต้นเพื่อเป็นแนวคิดว่าเบื้องต้น

3. สร้างแนวคำถาม โดยแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก หรือในการสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางให้ผู้วิจัย ใช้ตรวจสอบว่าการสัมภาษณ์ หรือการสนทนากลุ่มครอบคลุมทุกเรื่องที่ต้องการ แล้ว แนวคำถามที่ใช้โดยทั่ว ๆ ไปนั้นควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

3.1 แนวคำถามจะมีลักษณะเป็นเค้าโครง (Outline) หรือหัวข้อการสนทนาโดยในแต่ละหัวข้อจะมีคำถามย่อย ๆ เพื่อให้ได้คำตอบที่เป็นรายละเอียด ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการศึกษา

3.2 แนวคำถามจะต้องมีความยืดหยุ่นได้ (Flexible) โดยในการปฏิบัติจริงผู้วิจัยจะต้องใช้วิจารณญาณของตนเอง ในการพิจารณาว่าจะใช้คำพูดใดจึงเหมาะสม คำถามใดควรจะถามเมื่อไร แม้ว่าจะกำหนดหัวข้อ และลำดับของเนื้อหาไว้ในแนวคำถาม แต่การกำหนดนั้นไม่ใช่สิ่งตายตัว อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อถึงเวลาปฏิบัติจริง

3.3 การเรียงลำดับคำถามในแนวคำถาม ควรจะเรียงลำดับหัวข้อคำถามให้เนื้อหามีความต่อเนื่อง สามารถดำเนินการสนทนาได้อย่างราบรื่น ควรเริ่มคำถามที่สร้างความคุ้นเคยกันระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์หรือผู้ร่วมกลุ่มสนทนากับผู้วิจัย หลังจากนั้นเริ่มคำถามเกี่ยวกับความคิดทั่ว ๆ ไปในเรื่องนั้น ๆ ก่อน แล้วค่อยเน้นคำถามหลัก คำถามเจาะ จากนั้นจึงกลับสู่คำถามที่ผ่อนคลาย

3.4 เนื้อหาของแนวคำถามในการวิจัยเรื่องเดียวกันที่ใช้กับตัวอย่างหรือกลุ่มตัวอย่าง แต่ละกลุ่มอาจไม่เหมือนกัน กล่าวคือในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้วิจัยอาจต้องการข้อมูลจากบุคคลหลายประเภท หรือการจัดสนทนากลุ่มในการวิจัยแต่ละเรื่อง อาจแบ่งการสนทนาออกเป็นหลายกลุ่ม ขึ้นกับตัวแปรอิสระที่นำมาร่วมในการพิจารณา

3.5 ความยาวของแนวคำถาม โดยปกติแนวคำถามควรมีความยาวไม่มากนัก คือ ประมาณ 2 – 3 บรรทัดเท่านั้น เพราะเป็นเพียงแนวคำถามที่จะช่วยเรียบเรียงลำดับการสนทนาและช่วยให้ผู้สัมภาษณ์ไม่ลืมประเด็นที่ต้องการศึกษา

4. การทดลองใช้ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลหลักที่ต้องการศึกษา เพื่อพิจารณาว่าแนวคำถามมีความเหมาะสม สามารถได้ข้อมูลครอบคลุมตามที่ต้องการศึกษา และสร้างความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้สามารถตอบคำถามได้ครอบคลุม ชัดเจนเมื่อทดลองใช้แล้วยังไม่สามารถเป็นแนวคำถามที่ดี หรือได้ข้อมูลไม่ครอบคลุม ครบถ้วนให้นำมาปรับข้อความใหม่ให้เหมาะสมขึ้น ก่อนการนำไปปฏิบัติจริง

4.4 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In – depth Interview)

การสัมภาษณ์พูดคุยในสนามเป็นวิธีการสำคัญ และนิยมใช้มากที่สุด ผู้วิจัย และผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถโต้ตอบซักถามในภาคสนาม หรือชุมชนที่ผู้วิจัยเลือกมา เนื่องจากมีคุณสมบัติพิเศษที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่ผู้วิจัยต้องการได้ หรือมีประสบการณ์พิเศษที่แตกต่างไปจากคนอื่น ๆ (ศิริพร จิรวรรณกุล, 2546) โดยอธิบายจนเกิดความชัดเจน เพื่อให้ได้ข้อมูลลึกซึ้ง และสมบูรณ์นอกจากนี้ผู้สัมภาษณ์ยังมีโอกาสสังเกต กิริยาท่าทาง สิ่งแวดล้อมต่างๆของผู้ให้สัมภาษณ์ เพื่อประกอบในการ

ตีความและอธิบายถึงปรากฏการณ์ต่างๆ ได้ อันเป็นวัตถุประสงค์สำคัญในการได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (นิศา ชูโต, 2551)

ขั้นตอนการสัมภาษณ์ประกอบด้วย (นิศา ชูโต, 2551; ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546)

1. การเตรียมตัว ในการสัมภาษณ์เชิงลึก นอกจากเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์บันทึกเสียงแล้ว ผู้วิจัยต้องมีการเตรียมตัวของผู้วิจัย นั่นคือ การมีความรู้ดีในเรื่อง หรือแก่นของเรื่องที่ทำวิจัย คำนึง และรู้ประเด็นคำถาม การเตรียมใจที่ต้องปฏิบัติ คือการสร้างความสัมพันธ์ สร้างความไว้วางใจ เชื่อใจ โดยมีกลยุทธ์การใช้ผู้แนะนำ/ติดต่อ กิริยามารยาทอ่อนน้อม นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview Guideline) ซึ่งเน้นประเด็นสำคัญ ๆ และคำถามปลายเปิด ที่มุ่งให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายให้ความเห็น หรือเล่าประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้น ๆ

2. เริ่มการสัมภาษณ์ นักวิจัยแนะนำตัวขออนุญาตและได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นจึงอธิบายเกี่ยวกับงานวิจัยรูปแบบเวลาที่ใช้พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์ อธิบายถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับใคร ระดับใด ขออนุญาต และอธิบายเหตุผลของการบันทึกเสียง ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่อนุญาตให้บันทึกเสียง นักวิจัยอาจต้องบันทึกโดยการเขียนในขณะสัมภาษณ์ หรือทันทีหลังสัมภาษณ์ อธิบายให้ความมั่นใจ และรับรองเกี่ยวกับการรักษาความลับ หรือถ้าจะเปิดเผยข้อมูล จะอยู่ในรูปแบบใด เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ให้ข้อมูลหลัก

3. ดำเนินการสัมภาษณ์ ขณะดำเนินการสัมภาษณ์นักวิจัยต้องทำตามสบาย และเป็นธรรมชาติ สร้างบรรยากาศของความเป็นกันเอง เพื่อให้ผู้ถูกถามไม่รู้สึกรังเกียจ หรือหวาดระแวงใช้ภาษาที่เข้าใจตรงกันทั้ง 2 ฝ่าย นอกจากนี้ต้องใช้เวลาอย่างคุ้มค่า และมีประสิทธิภาพสูงสุด

4. สิ้นสุดการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ส่วนใหญ่มักไม่สัมภาษณ์ครั้งเดียว นักวิจัยอาจต้องสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก และรองมากกว่า 1 ครั้ง ดังนั้นการสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง นอกจากการแสดงความขอบคุณแล้ว นักวิจัยต้องกรูยทางไว้สำหรับการพบปะครั้งต่อไปด้วย

5. การบันทึกข้อมูลสัมภาษณ์ ถึงแม้ว่าจะมีการบันทึกเสียงแล้วก็ตาม ผู้วิจัยต้องจดประเด็นที่น่าสนใจ และปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งต้องรีบทำทันทีหลังจากการสัมภาษณ์เสร็จ เพราะการบันทึกจะช่วยเตือนความจำเรื่องสำคัญ ที่จะอ้างอิงในการตีความหมายข้อมูลการสัมภาษณ์ หรือการอ้างอิงคำพูดจากการสัมภาษณ์ สำหรับข้อมูลที่บันทึกเสียงไว้นั้นต้องได้รับการถอดเทปแบบพิมพ์คำต่อคำ ห้ามตกแต่งปรับแก้ เพราะข้อมูลดิบเหล่านี้ จะนำมาใช้เพื่อการวิเคราะห์ และอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูลแบบคำต่อคำ ดังนั้นผู้วิจัยต้องตรวจสอบบันทึกสัมภาษณ์ และถอดเทปด้วยตนเอง

4.5 การสังเกต (Observation)

การสังเกต หมายถึง การเฝ้าดู หรือศึกษาเหตุการณ์เรื่องราวโดยละเอียด การสังเกตในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการสังเกตอย่างมีระบบในสภาพธรรมชาติของสนาม เพื่อดู ฟัง และรับรู้สภาพการณ์ในสนาม เป็นวิธีการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสังเกตที่ผู้วิจัยนำมาใช้

เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ จากความสามารถในการดู เก็บ จดจำ นำมาเขียน อ่าน ทำบันทึก แล้วนำมาเขียนเรียง เขียนสะท้อนประสบการณ์ที่ได้จากสนาม ประเภทของการสังเกตแบ่งได้เป็น 5 ประเภท ดังนี้ (Denzin, 1978 อ้างถึงใน นิตา ชูโต, 2551)

1. การสังเกตกายภาพภายนอก เช่น สัญลักษณ์ รูปลักษณ์หรือคุณลักษณะภายนอกที่แสดงออกเป็นเครื่องหมายสื่อไปยังบุคคล หรือพฤติกรรมของบุคคล เช่น การแต่งกาย เครื่องแบบ เครื่องหมาย เครื่องประดับ สามารถบ่งชี้บุคคล และกลุ่มได้ สิ่งเหล่านี้นอกจากสังเกตภายนอกแล้ว ผู้วิจัยควรตรวจสอบด้วยการถามเพื่อให้แน่ใจ แต่ต้องระวังการตอบแบบเหมารวม (Response Set) ของผู้ที่เราสอบถาม รวมทั้งความรู้จากประสบการณ์เดิมของผู้วิจัยด้วย

2. การสังเกตการแสดงออก ของกิริยาท่าทาง หรือภาษาท่าทาง อันเป็นการเคลื่อนไหวของร่างกาย หน้าตา แขนขา และรูปแบบร่างกายของบุคคลโดยธรรมชาติ ตลอดจนความสอดคล้อง หรือขัดแย้งของการแสดงออกกับคำพูด การส่งสัญญาณต่างๆ เหล่านี้ ผู้วิจัยต้องแปลรหัสให้ออกจึงจะเข้าใจความที่ถูกต้อง

3. การสังเกตตำแหน่งแหล่งที่ทางกายโดยปกติมนุษย์จะสงวนอาณาเขตรอบๆตนเองไว้ เป็นส่วนตัวและจะยอมให้บุคคลเข้าไปใกล้ชิดตามระดับความสัมพันธ์ระหว่างกัน ดังนั้นระยะห่างระหว่างบุคคลทางกายภาพจึงสามารถบ่งบอกความสัมพันธ์ของบุคคลได้ กล่าวคือถ้าอยู่ในระยะใกล้แสดงว่ามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดแต่ถ้าอยู่ระยะห่างกันรูปแบบความสัมพันธ์ก็จะห่างออกไป

4. การสังเกตการใช้ภาษา การใช้คำพูดในการสนทนา ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้พูด วิธีการพูด และเวลาพูด อันเป็นเรื่องที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน เนื่องจากภาษาที่ใช้จะแสดงความเป็นกันเองแตกต่างกันไปตามความสัมพันธ์ หรือกลุ่มคนที่อยู่ถิ่นเดียวกัน แวดวงอาชีพเดียวกันก็จะมีรหัสภาษา หรือวิธีการแสดงออกสังเกต ที่เหมือนกัน หรือแตกต่างจากกลุ่มอื่น ดังนั้นการสังเกตและการวิเคราะห์ จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการถามหรือการสัมภาษณ์ควบคู่ไป ในกรณีที่ไม่แน่ใจหรือต้องการจะตรวจสอบ โดยการถามความหมายจากคนใน กรณีที่ภาษาพูดแตกต่างกัน ผู้วิจัยจำเป็นต้องศึกษาภาษาถิ่นให้เข้าใจ และฝึกใช้ให้เกิดความคุ้นเคย เพื่อจะจับรหัส และตีความหมายได้แตกฉาน

5. การสังเกตบริบท เวลา และการใช้เวลา การใช้เวลาของบุคคลและกลุ่มต่างๆ ในกิจกรรมทางสังคม ล้วนแตกต่างกันทั้งเวลา และช่วงเวลา

4.6 บันทึกภาคสนาม (Field Note)

การจดบันทึกข้อมูลภาคสนาม เป็นสิ่งจำเป็นในการเก็บข้อมูลภาคสนาม เนื่องจากในขณะที่ผู้วิจัยศึกษาภาคสนามมีเหตุการณ์หลายอย่างเกิดขึ้น การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในสนามทำให้ความรู้สึก นึกคิดของผู้วิจัยผันแปร ปรับเปลี่ยนได้ ในแต่ละวันเรื่องราว และความรู้สึกนึกคิดต่างๆ ที่เกิดขึ้น และผ่านมาเหล่านี้ ถ้ามีได้เขียน หรือจดบันทึกไว้จะทำให้ลืมได้ การจดบันทึกนอกจากจะช่วย

ให้ผู้วิจัยไม่ลืมเรื่องราวต่างๆ ยังเป็นหลักฐาน ช่วยเตือนให้ผู้วิจัย รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลระลึกเรื่องราว ทำให้การเก็บข้อมูลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล

บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ในสนามเกี่ยวกับบุคคล กิจกรรม ฉาก เรื่องราวต่างๆ เรียงตามวันเวลา บันทึกรายละเอียดนี้สามารถทำได้ทั้งแบบที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยเขียนบรรยายรายละเอียดต่างๆ ให้ครบถ้วน แต่ในบางกรณีการบรรยายสิ่งที่เป็นรูปธรรม อาจต้องบันทึกด้วยภาพ การใช้ภาพจะช่วยให้ผู้วิจัยเห็นภาพของเหตุการณ์ อันจะช่วยกระตุ้นให้ระลึกถึงเรื่องราวในสนามได้ดียิ่งขึ้น

การบันทึกความรู้สึกส่วนตัวของผู้วิจัย เป็นบันทึกที่ผู้วิจัยเขียน เพื่อทบทวนความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับงาน สิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ และทางสังคม เรื่องส่วนตัว และอารมณ์ของผู้วิจัย บันทึกดังกล่าวต้องทำทุกวัน เพื่อตรวจสอบประสบการณ์ภายในของตนเองว่าเปลี่ยนแปลง ผันแปรไปอย่างไรเพื่อช่วยผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหา

4.7 การเลือกบุคคลหรือกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ

การเลือกตัวบุคคลหรือกลุ่มบุคคลเพื่อใช้เป็นตัวอย่างในการศึกษา โดยทั่วไปแล้วมีหลักเกณฑ์กว้าง ๆ อยู่ 2 ประเภทด้วยกัน คือ (ชาย โปธิสิตา, 2550)

1. เลือกแบบสุ่มโดยอาศัยหลักความน่าจะเป็นทางสถิติ (Probability sampling) เป็นการเลือกที่เป็นระบบ มีโครงสร้างชัดเจน โดยแต่ละคน แต่ละหน่วยในประชากรที่กำหนด มีโอกาสหรือมีความน่าจะเป็นในการที่จะถูกเลือกเท่ากัน

2. เลือกแบบยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก (Purposeful sampling) เป็นการเลือกแบบไม่มีโครงสร้างที่เคร่งครัด มีขั้นตอน และวิธีดำเนินการที่ไม่ซับซ้อน จุดมุ่งหมายหลักของการเลือกตัวอย่างแบบนี้ ไม่ใช่เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทน แต่เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เหมาะสมกับแนวคิด จุดมุ่งหมาย และวัตถุประสงค์ของการศึกษา

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชรรัตน์ ตันดีอำนาจ (2550) ศึกษาประสบการณ์และความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 4 ราย เป็นบุตร เพศหญิง จำนวน 6 ราย มีอาชีพรับจ้าง มีหนี้สินจำนวน 5 ราย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยระหว่าง 1-5 ปี ผลการศึกษาสรุปได้ว่าผู้ดูแลให้ความหมายของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 3 ลักษณะคือ 1.ใจคอไม่ดี นอนไม่หลับ ไม่มีแรง อ่อนเพลีย ในระยะนี้มีการรับรู้สุขภาพเป็น 3 ลักษณะคือ 1) แสดงความรู้สึกของจิตใจ 2) แสดงความรู้สึกของร่างกาย และ 3) ป่วยโดยไม่ทราบสาเหตุ 2. มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิม ในระยะนี้มีการรับรู้สุขภาพเป็น 6 ลักษณะ คือ 1) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม 2) ผู้สูงอายุจะแยกตนเองจากบุคคลอื่น เช่น ในห้อง มุมใดมุมหนึ่งของห้อง 3) มีอาการซึมเศร้าหรือนอนอยู่ในท่าเดิมนานๆ

4) เหม่อลอย ไม่มีสมาธิ หลงลืมง่าย พุดถึงเรื่องเก่าๆ 5) มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงในขณะนั้น และ 6) คิดอยากตาย 3. การไม่รับรู้กับสิ่งรอบตัวในระยะนี้มีการรับรู้สุขภาพเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) ผู้สูงอายุจะมีอาการนั่งนิ่งๆนานๆมากขึ้น 2) ละเลยการดูแลตนเอง เช่น การอาบน้ำ สระผม และ 3) หลงผิด หูได้ยินเสียงแว่ว ความรู้สึกของผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุมิ 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีความเต็มใจในการดูแล และ 2) กลุ่มที่มีภาวะจำยอม กลุ่มที่มีความเต็มใจในการดูแลมีการรับรู้เป็น 2 ลักษณะดังนี้ 1. มีความรู้สึกที่ต้องรับผิดชอบเพื่อแสดงความกตัญญูตอบแทนบุญคุณ และ 2. มีความสงสาร เห็นใจและเป็นห่วงผู้ป่วย กลุ่มที่มีภาวะจำยอมมีทัศนคติทางลบกับการดูแลผู้สูงอายุ และมีความเครียดจากการที่จะต้องดูแลผู้สูงอายุ

อภิญา เจริญน้ำ (2551) ศึกษาประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ 1) สภาพจิตใจที่หลากหลาย เมื่อรู้ว่าญาติของตนมีอาการทางจิต คือ ความรู้สึกและความคิดของผู้ดูแลในครอบครัวที่เกิดขึ้น เมื่อรู้ว่าญาติของตนมีอาการทางจิต ได้แก่ ความสงสาร ความเสียใจ ความผิดหวัง ความกังวล ความรู้สึกปลง ความท้อแท้ และความคิดที่จะดูแลผู้ป่วย 2) สภาพจิตใจที่ขึ้นลงเมื่อให้การดูแลผู้ป่วย และ 3) การปรับสภาพจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลในครอบครัวนำมาใช้เพื่อให้สภาพจิตใจของตนดีขึ้น ได้แก่ การทำใจยอมรับ การบอกตนเองให้เข้มแข็ง การยึดความเชื่อหรือหลักทางศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ และการเปรียบเทียบความทุกข์ของตนกับผู้อื่น

ธีรวรรณ คนชม (2552) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การจัดการของญาติผู้ดูแลกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประกอบไปด้วย 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การเข้าใจและการยอมรับ โดยผู้ดูแลต้องเข้าใจอาการของโรค ยอมรับกับความจริงและยอมรับกับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออก 2) การเรียนรู้การดูแล โดยเริ่มจากการค้นหาข้อมูล ทั้งจากผู้ที่มีความรู้ การลองผิดลองถูก และจากประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การค้นหาวิธีการดูแลที่เหมาะสม โดยการใช้ความคิดสร้างสรรค์ การสั่งสมประสบการณ์ การเรียนรู้จากพฤติกรรมและปรับการดูแลให้เหมาะสม 4) การจัดการกับความเครียด โดยการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวและการใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจ

Gonzales et al. (2010) ศึกษาเรื่องประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ในบริบทเชิงวัฒนธรรม เป็นการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีชาติพันธุ์วรรณา ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ดูแลในครอบครัว อายุ 28 - 65 ปี จำนวน 9 คน ที่มีเชื้อชาติละตินอเมริกา ผลการศึกษาพบ 2 ประเด็นหลักคือ 1) การรับรู้การเป็นโรค และ 2) การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นงานที่ซับซ้อนต้องการการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ประเด็นย่อยของการรับรู้การเป็นโรค ได้แก่ 1. ความ

ต้องการที่จะให้การดูแล 2. พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยากต่อการยอมรับของผู้อื่น 3. มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ไม่มีความสนใจในชีวิต ไม่พบความหมายในชีวิต 4. มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจระหว่างซึมเศร้า และเป็นสุข 5. เป็นช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต มีการสูญเสียสมาชิกในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ 6. ความรู้สึกโดดเดี่ยว 7. พฤติกรรมถดถอย และประเด็นย่อยของการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ ความรับผิดชอบในการปรับเจตคติต่อการเจ็บป่วย และความผูกพันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและรอบด้านจากความรู้สึที่แท้จริงเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของสูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง จึงต้องดำเนินการสัมภาษณ์จากผู้ที่มีประสบการณ์นั้นโดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ที่ผู้วิจัยกำหนด ดังนี้

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลัก ที่พักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้จะต้องได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้านานเป็นเวลาดังแต่ 6 เดือนขึ้นไป
3. ไม่จำกัดเพศ และต้องมีอายุ 60 ปีขึ้นไป
4. สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้โดย

1. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบและค้นหาผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยขอข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบชุมชนนั้นๆ ว่าพักอาศัยอยู่ที่ใด มีผู้ดูแลวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ด้วยและให้การดูแลหรือไม่ หากมีผู้ดูแลสามารถให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ ถ้าผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะขอพบที่บ้านและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตามข้อความในใบพิทักษ์สิทธิ

สอบถามความสมัครใจอีกครั้ง เมื่อผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก จึงให้เซ็นยินยอม และเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสะดวก ก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงคำพิทักษ์สิทธิอีกครั้ง สอบถามความสมัครใจ และเริ่มเก็บข้อมูลโดยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง และสนทนาเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างความไว้วางใจ เริ่มสัมภาษณ์ถึงข้อมูลส่วนบุคคล และสัมภาษณ์ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักจนข้อมูลมีความอิ่มตัว โดยพิจารณาจากการสัมภาษณ์เริ่มได้ประเด็นซ้ำๆ และคำตอบที่ได้เป็นคำตอบที่เหมือนเดิม ไม่มีองค์ประกอบสำคัญใหม่

สนามการวิจัย สนามวิจัยที่ใช้ในการทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เลือกพื้นที่ในจังหวัดราชบุรีและในการวิจัยครั้งนี้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 - 15 ราย ซึ่งเป็นผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ใช้วิธีการเข้าสู่สนามวิจัยแบบเปิดเผย (Overt) คือได้ดำเนินการขออนุญาตไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี เพื่อประสานงานกับหน่วยงานในสังกัด ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในแต่ละโรงพยาบาล และให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ทำการติดต่อผู้ให้ข้อมูลหลัก ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า นัดวัน เวลาเพื่อเข้าไปสอบถามความสมัครใจ และยินยอมให้ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักสมัครใจ และยินยอม ผู้วิจัยจึงเข้าพบ และสร้างสัมพันธภาพ อธิบายเกี่ยวกับงานวิจัยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และยินยอมเปิดเผยข้อมูล พร้อมทั้งให้ใบข้อมูลประชากรตัวอย่าง และใบแสดงความสมัครใจเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย และการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล จากนั้นจึงเริ่มทำการสัมภาษณ์ โดยใช้บริเวณบ้านของผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นพื้นที่ในการสัมภาษณ์ เนื่องจากสะดวกต่อการสัมภาษณ์ และไม่เป็นภาระรบกวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าของผู้ให้ข้อมูลหลัก อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลหลักไม่ต้องเสียเวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อไปสัมภาษณ์ในที่อื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวผู้วิจัย เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. แถบบันทึกเสียง (Tape Recorder)
3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (Face Sheet)
4. แบบบันทึกภาคสนาม
5. แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. นำแนวคำถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความชำนาญเรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา และตรงกับความต้องการของผู้วิจัย และครอบคลุมเนื้อหาที่กำลังศึกษาค้นคว้า

2. หลังจากให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว จึงนำมาปรับแก้ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลหลัก

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์เป็นวิธีหลัก โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ ผู้วิจัย และแถบบันทึกเสียง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการวิจัยและได้ผลการวิจัยที่มีความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยได้เตรียมตนเองทั้งระยะก่อน และระหว่างดำเนินงานวิจัย ดังนี้

- 1) .ระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนนิสิตปริญญาโท สาขาจิตวิทยา 3 หน่วยกิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และศึกษาหลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาด้วยตนเองจากตำรา เอกสาร ผลงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษา รวมทั้งฝึกปฏิบัติการสัมภาษณ์ซึ่งเป็นงานที่ได้รับมอบหมายในรายวิชาวิจัยเชิงคุณภาพ
- 2) ด้านความรู้โดยการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ แนวคิดการดูแลในครอบครัว เป็นต้น เพื่อให้มีความพร้อมในการตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความรู้สึก ความคิดที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ ก่อนการรับฟัง และการแปลความ การให้ความหมายข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล เพื่อระมัดระวังความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล
- 3) การวางแผนการวิจัย ผู้วิจัยมีความตระหนักว่าตนเองเป็นผู้วิจัย เป็นเครื่องมือสำคัญที่ต้องเข้าไปในสนาม เพื่อรับข้อมูลที่เป็นความจริงจากผู้ให้ข้อมูลหลัก จึงต้องมีความพร้อมในด้านเทคนิคการสัมภาษณ์ โดยฝึกฝนให้เป็นผู้กระตือรือร้นในการฟัง (Active listening) มีการใช้คำถามเพื่อค้นหาข้อมูล (Exploring question) มีทักษะในการบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการตีความ ให้ความหมาย โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลัก และจริยธรรมของผู้วิจัยตลอดการดำเนินการวิจัย และผู้วิจัยควรลดอคติในการสัมภาษณ์ โดยทำการบันทึกความคิด ความรู้สึกของตนเองหลังการ

สัมภาษณ์ทุกครั้ง เพื่อเตือนตนเอง ขณะดำเนินการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ต้องมีการวางแผนการวิจัยเป็นขั้นตอน ตั้งแต่ก่อนเข้าสนาม ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล และหลังออกสนาม

4) ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การคุ้มครองสิทธิผู้ให้ข้อมูลหลัก เทคนิคและวิธีการสัมภาษณ์ การให้ความหมายและรหัสข้อมูล การจัดกลุ่มประเด็นของความหมายและรหัสข้อมูล รวมทั้งการเขียนอธิบายประเด็นอย่างละเอียด

5) ผู้วิจัยตระหนักอยู่เสมอว่าผู้ให้ข้อมูลหลักถือเป็นผู้ร่วมวิจัย เนื่องจากต้องการศึกษาประสบการณ์ของผู้ให้วิจัยข้อมูลหลัก ผู้วิจัยจึงต้องให้ความสำคัญ และให้ผู้ให้ข้อมูลหลักมีส่วนร่วมในการศึกษา โดยเคารพในความเป็นผู้มีประสบการณ์ ให้เกียรติและยอมรับข้อมูลทุกอย่างที่ได้มา และใช้ทักษะต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบายประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาด้วยความเต็มใจ

2.2 การเตรียมแนวคำถามในการสัมภาษณ์ (Semi-structure interview)

แบ่งแนวคำถามออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.) ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามตามแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยวัยสูงอายุ และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังจากนั้นเขียนเป็นแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิด และมีความยืดหยุ่นตามการสนทนา ไม่จำกัดจำนวนคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุม ตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา และนำแนวคำถามมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถามเพื่อให้ได้ข้อมูลตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2.) นำแนวคำถามไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลหลักที่กำหนดไว้จำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความชัดเจนของคำถาม ทำการถอดเทปแบบคำต่อคำและวิเคราะห์ข้อมูล จากนั้นนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อทำการปรับแนวคำถามให้เหมาะสม และสามารถสื่อไปยังสิ่งที่ต้องการศึกษาได้ หลังจากนั้นนำข้อคำถามที่ได้ ไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ตามขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองในภาคสนามใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) โดยมีแนวทางสัมภาษณ์เป็นวิธีการหลัก รายละเอียดการเก็บข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอดำเนินการเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ และร่างแนวคำถามประกอบการพิจารณา

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ จึงประสานงานกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ตามเขตที่รับผิดชอบ เพื่อขอความร่วมมือ และ

ความช่วยเหลือในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด จากนั้นผู้วิจัยจึงเข้าไปพบผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ความลับของผู้ป่วยและจริยธรรมในการวิจัย โดยจะไม่เข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนที่เจ้าหน้าที่หน่วยงานต้นสังกัดจะตรวจสอบความสมัครใจ และอนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบ ผู้วิจัยจึงเข้าไปแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย แจกใบข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/Participant Information Sheet) เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักได้อ่านและทำความเข้าใจแล้วจึงแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

3. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวก่อน จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์และเริ่มทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อราย และเฉลี่ยเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง โดยผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการสัมภาษณ์เหมือนกันทุกราย แบ่งเป็น การเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่ 1 คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ให้ข้อมูลหลัก และเก็บข้อมูล ส่วนที่ 2 คือ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกถึงการให้ความหมาย และประสบการณ์การดูแลของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์พร้อมกับบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง ซึ่งในขณะที่สัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้ทักษะการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิผู้ป่วย

4. สังเกตลักษณะท่าทางของผู้ให้ข้อมูลหลัก เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักแสดงอารมณ์ร่วมขณะตอบคำถามหรือบอกเล่าประสบการณ์ เช่น ร้องไห้ เจ็บ ผู้วิจัยจะเปลี่ยนบทบาทจากผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลักระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ ผู้วิจัยรับฟังอย่างตั้งใจ แสดงความเห็นใจ เข้าใจ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถควบคุมสติ อารมณ์ของตนเองได้จึงดำเนินการสัมภาษณ์ต่อ แต่ถ้าผู้ให้ข้อมูลหลักไม่สามารถให้การสัมภาษณ์ได้ต่อ ก็อนุญาตให้ผู้ให้ข้อมูลไปพักก่อนหรือสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในครั้งนั้น

5. การสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยพิจารณาจากระยะเวลาในการสัมภาษณ์ตามความเหมาะสม และความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล หรือเมื่อสังเกตเห็นพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลที่แสดงถึงความไม่พร้อมในการให้สัมภาษณ์ รวมทั้งการได้ข้อมูลการสัมภาษณ์ที่เพียงพอ ก่อนจบการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบ และยอมรับ นอกจากนี้ได้นัดหมายสำหรับการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป กรณีที่ยังได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

6. ภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ผู้วิจัยบันทึกภาคสนาม ซึ่งประกอบด้วยการอธิบายเหตุการณ์ขณะสัมภาษณ์ ลักษณะ ท่าทาง อารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมทั้งความรู้สึกและอารมณ์

ของผู้วิจัย ปัญหาที่พบขณะสัมภาษณ์ หลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกราย เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

7. ภายหลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยการถอดข้อความ (Transcribe) จากเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (Transcript) ด้วยตนเอง ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วน โดยเปรียบเทียบการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ สรุปประเด็นปัญหาที่พบหรือประเด็นปัญหาที่ต้องการเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการปรับแนวคำถามให้เหมาะสมและกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ครอบคลุมสำหรับทำการวิเคราะห์และสรุปประเด็นต่อไป

8. หลังจากผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยจนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว คือ ได้ข้อมูลซ้ำกัน ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลราชบุรี โดยคำนึงถึงจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลักตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้

1. คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ หลังจากผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด บอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตการบันทึกเสียง การสนทนา จำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ การรักษาความลับด้วยการลบทำลายแถบบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่จะสามารถเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูล การนำข้อมูลเอกสารจากการสัมภาษณ์ไปอภิปรายเผยแพร่ในลักษณะข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล โดยรวบรวมเฉพาะการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆ ของการวิจัยได้ โดยการที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิเสธการให้ข้อมูล จะไม่มีผลใดต่อตัวผู้ให้ข้อมูล และผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ผู้ให้ข้อมูลดูแลอยู่ ผู้วิจัยอธิบายข้อมูล และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจเข้าร่วมมือในการวิจัยด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ หากมีสถานการณ์ที่สร้างความกระทบกระเทือนจิตใจต่อผู้ให้ข้อมูลหลัก เช่น เกิดความรู้สึกเศร้าหรือร้องไห้ ผู้วิจัยต้องยุติการสัมภาษณ์และเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ให้

คำปรึกษา (Counseling) โดยรับฟังปัญหาของผู้ให้ข้อมูลหลัก ให้กำลังใจ ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาเบื้องต้น

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ของ Bumard (1991) ดำเนินการตั้งแต่เริ่มต้นเก็บข้อมูลจนสิ้นสุดการวิจัย โดยกล่าวถึงกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ ดังนี้

1. ขั้นตอนแรก นักวิจัยต้องนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปคำให้สัมภาษณ์มาอ่าน เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นๆ ของผู้ให้ข้อมูล
2. นักวิจัยเริ่มที่จะตั้งคำ หรือประโยคที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาออกมาให้มากที่สุด
3. นำส่วนที่ได้จากข้อ 2 มากำหนดความหมายให้กับคำ ประโยค หรือย่อหน้าที่คิดว่าเป็นปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษา และตรงประเด็นที่ศึกษา
4. นักวิจัยดำเนินการซ้ำตามข้อ 1-3 สำหรับข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลคนต่อไป แล้วนำมาจัดกลุ่มประเด็นต่างๆ ถ้าเป็นประเด็นเรื่องเดียวกัน ก็จะรวบรวมไว้ด้วยกัน โดยยังไม่ต้องพิจารณาว่าประเด็นใดเป็นประเด็นหลัก และประเด็นใดเป็นประเด็นย่อย ในขั้นตอนนี้ ต้องตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วย โดยนำข้อความที่ดึงมา กลับไปตรวจสอบกับข้อความต้นฉบับ
5. เมื่อได้ประเด็นต่างๆ จำนวนมาก และไม่พบประเด็นใหม่ จึงหยุดสัมภาษณ์
6. พยายามลดทอนข้อมูล โดยพิจารณาการจัดหมวดหมู่ให้กับประเด็นเหล่านั้น ว่าข้อความใดควรเป็นประเด็นหลัก และข้อความใดควรเป็นประเด็นย่อย
7. นำการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ และทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ

1. อ่านคำบรรยายหรือข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการถอดเทปซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในภาพรวมของปรากฏการณ์ (Acquire of feeling for them)
2. อ่านข้อความเดิมอีกครั้งและดึงข้อความหรือประโยคที่สำคัญ ๆ (Extract significant phrases or statement) ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการศึกษา
3. พยายามให้ความหมายในข้อความหรือประโยคที่สำคัญ (Formulation meaning)

4. นำข้อความหรือประโยคที่กำหนดความหมายแล้ว มาจัดกลุ่มตามประเภทหรือลักษณะที่มีความหมายในทำนองเดียวกัน (Organize the formulate meaning into clusters the theme) ซึ่งจะได้ทั้งกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อย

5. อธิบายความหมายของปรากฏการณ์ให้ละเอียดและรอบคอบ (Exhaustive description of the phenomenon) ตามข้อค้นพบบนพื้นฐานของข้อมูลจากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูลหลังจากที่ได้ข้อมูลในแต่ละประเด็นมามากพอแล้ว

6. นำคำอธิบายปรากฏการณ์อย่างละเอียดไปรวบรวมกันแล้วสรุปเป็นโครงสร้างพื้นฐานของปรากฏการณ์ (Essential structure of the phenomenon)

7. นำข้อมูลที่เขียนขึ้นย้อนกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ

5. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ โดยใช้เกณฑ์ของ Lincoln & Guba (1985) และ Guba & Lincoln (1989) (อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553) ดังนี้

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) เป็นเกณฑ์สนับสนุนการอธิบายข้อสรุป และการแปลผลข้อมูลจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล จึงเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยผู้ให้ข้อมูลทุกคนเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลมีการวางแผนการดำเนินการวิจัยอย่างมีขั้นตอน ใช้เวลาอยู่ในสนามวิจัยเป็นเวลานานเพื่อการสัมภาษณ์และสังเกตสิ่งต่าง ๆ จนได้ข้อมูลที่มีประเด็นซ้ำ ๆ การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการถอดเทปแบบคำต่อคำและตรวจสอบความถูกต้องด้วยการฟังเทปซ้ำ และนำประเด็นต่าง ๆ ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักมีส่วนร่วมในการตรวจสอบความถูกต้อง (Member checking) โดยนำข้อมูลที่ถอดรหัสแล้วกลับมาให้ผู้ให้ข้อมูลหลักทำการอ่านทบทวนอีกครั้งว่าตรงกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการบอกหรือไม่ นอกจากนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) หรืออาจารย์ที่ปรึกษา

2. การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (Dependability) หมายถึง การใช้วิธีการหลายวิธีเข้าร่วมกันในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความตรงของข้อมูลของแนวคิดทฤษฎี ทำโดยผู้วิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายครั้งละประมาณ 45 – 60 นาที แล้วนำเสนอข้อมูลอย่างละเอียดและครอบคลุมโดยเฉพาะขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล การถอดรหัส การตีความซึ่งทำให้ได้ประเด็นหลักและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญ หรืออาจารย์ที่ปรึกษาร่วมตรวจสอบอีกครั้ง

3. การถ่ายโอนผลวิจัย (Transferability) หมายถึง ความสามารถอ้างผลวิจัยไปยังสภาพการณ์ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน

4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) หมายถึง ความสามารถในการยืนยันผล อันเกิดจากข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ในหลาย ๆ ด้าน เช่น ตรวจสอบแนวคิด สมมติฐาน เปรียบเทียบกับงานวิจัยคนอื่นที่ทำเรื่องคล้ายคลึงกัน บันทึกสาเหตุและเหตุผล แนวทางในการมองปัญหาของผู้วิจัยอย่างชัดเจน รวมทั้งตรวจสอบแนวคิดกับผู้เชี่ยวชาญหลาย ๆ คน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อบรรยายถึงการให้ความหมายของประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า โดยผู้ให้ข้อมูลหลักในงานวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) จนได้ข้อมูลที่มีความอึดตัวของข้อมูลที่จำนวน 10 รายและทำการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้เสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ส่วนที่ 2 ความหมายของประสบการณ์การดูแลของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ในการศึกษานี้ผู้ให้ข้อมูลมีความอึดตัวอยู่ที่ 10 ราย โดยมีลักษณะทั่วไป จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแล ดังแสดงในตารางที่ 1 และลักษณะของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามราย

จากการวิจัยนี้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 10 ราย โดยมีอายุระหว่าง 60-85 ปี โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนมาก มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 65 ปี จำนวน 5 ราย รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 66 – 70 ปี จำนวน 2 ราย และอายุ 71 ปีขึ้นไปจำนวน 3 ราย โดยเป็นเพศชาย 4 ราย เพศหญิง 6 ราย ทุกรายนับถือศาสนาพุทธ และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดราชบุรี เพชรบุรี สมุทรสงคราม โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีลักษณะมีบ้านอยู่ใกล้เคียงกันสามารถไปมาหาสู่กันได้ โดยสภาพแวดล้อมส่วนใหญ่เป็นธรรมชาติร่มรื่น มีแหล่งพบปะพูดคุยระหว่างเพื่อนบ้าน ได้แก่ ร้านขายของชำ วัด เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คือจำนวน 4 ราย รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 2 ราย ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 2 ราย ระดับอนุปริญญา จำนวน 1 ราย ไม่ได้เรียนหนังสือจำนวน 1 ราย โดยปัจจุบันมีอาชีพรับจ้างจำนวน 4 ราย ประกอบธุรกิจส่วนตัวจำนวน 3 ราย ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 2 ราย และ

ข้าราชการบำนาญ จำนวน 1 ราย มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบสามีจำนวน 3 ราย แบบภรรยา จำนวน 2 ราย แบบบุตรชาย 1 ราย แบบบุตรสาว 1 ราย แบบน้องสาว 1 รายและแบบลูกจ้าง 2 ราย และผู้ดูแลมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 1 ปี จำนวน 3 ราย น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 2 รายและมากกว่า 5 ปี จำนวน 6 ราย

ตารางที่ 1 : ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูล รายที่	อายุ (ปี)	เพศ	การศึกษา	อาชีพ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ระยะเวลาที่ให้การดูแล
1.	65	หญิง	ประถมศึกษาปีที่ 6	ค้าขาย	ภรรยา	มากกว่า 10 ปี
2.	60	หญิง	มัธยมศึกษาตอนต้น	รับจ้าง	ลูกจ้าง	1 ปี
3.	72	หญิง	ประถมศึกษาปีที่ 6	ค้าขาย	น้องสาว	8 ปี
4.	84	ชาย	ไม่ได้รับการศึกษา	พ่อบ้าน	สามี	มากกว่า 10 ปี
5.	65	หญิง	ประถมศึกษาปีที่ 6	รับจ้าง	ลูกจ้าง	7 ปี
6.	70	ชาย	มัธยมศึกษาตอนต้น	รับจ้าง	สามี	8 ปี
7.	63	ชาย	อนุปริญญา	เกษียณอายุราชการ	สามี	3 ปี
8.	62	หญิง	มัธยมศึกษาตอนปลาย	ค้าขาย	บุตรสาว	2 ปี
9.	60	ชาย	มัธยมศึกษาตอนปลาย	รับจ้าง	บุตรชาย	7 ปี
10.	78	หญิง	ประถมศึกษาปีที่ 6	แม่บ้าน	ภรรยา	มากกว่า 10 ปี

ส่วนที่ 2 การให้ความหมายของประสบการณ์การดูแลของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

ผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าในการศึกษานี้ เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันในครอบครัวหรือเป็นบุคคลใกล้ชิดติดกันกับผู้ป่วย เป็นบุคคลที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งด้านอารมณ์ สังคมและจิตใจ ซึ่งความหมายของประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าถ่ายทอดความหมายออกมาตามการรับรู้และประสบการณ์ที่ตนเองประสบมา โดยได้ให้ความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 2 ประเด็น คือ 1) การแสดงความห่วงใย 2) การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การแสดงความห่วงใย

ความหมายของการดูแลของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า หมายถึง การแสดงความห่วงใย โดยการกล่าวกระตุ้นเตือนด้วยความห่วงใย เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ลดความวิตกกังวล ลดความตึงเครียด ไม่คิดเรื่องต่างๆ จนก่อให้เกิดการเจ็บป่วยได้ โดยมีความมุ่งหวังว่าจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุอาการดีขึ้นหรือไม่ทำให้อาการทรุดลงจากเดิม ซึ่งการแสดงออกถึงความห่วงใย ผู้ดูแลได้แสดงออกมาในรูปแบบของการให้ความช่วยเหลือ การชวนพูดคุย การกล่าวกระตุ้นเตือน การพูดปลอบใจ ปลอบโยน ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“วันๆหนึ่งนะป้าก็คอยสอดส่องดูลงอยู่เสมอๆนะ โดยเฉพาะเรื่องยาป้าก็ถามเขานะ ว่ากินยาหรือยัง? วันนี้พออย่าลืมกินยานะ แล้วก็ทวนเขาว่าวันนี้กินยาไปกี่เม็ด ตามที่หมอให้มาใหม่ เป็นห่วงเขา เพราะไม่อยากให้เขาลืมกินยาเดี๋ยวมีอาการกำเริบขึ้นอีก” (ID1)

“พอเวลาที่ป้าเห็นแกนั่งเฉยๆ ป้าก็กลัวว่าเดี๋ยวแกจะนั่งคิดโน่นคิดนี่ ป้าก็เลยชวนแกคุย บางครั้งก็บอกแกว่า ทำไมไม่เปิดทีวีดูละ รายการตลกๆข่าวก็มี จะได้คลายเครียดจะได้ไม่มีเวลาคิดโน่น คิดนี่ อีก” (ID2)

“ก็มีเวลาที่เขาพูดมากๆ จนเราสังเกตเห็นล่ะว่าไม่ยอมหลับยอมนอน เราก็บอกให้เขาหยุดพูดเถอะแล้วไปเข้านอนซะ เพราะมันตึกแล้ว บางทีเขาก็เหนื่อยใจเราหาว่าเรารำคาญเขาแต่เปล่าหรอกฉันก็อยากให้เขาได้นอนเต็มที่ ทำไงได้พอน้อยใจ เราก็ต้องตามเข้าไปง้อเขา ตามไปล้อเล่นกับเขา แล้วก็พูดหยอกๆว่า โอ๊ะ!! เตือนแค้นนี้ทำโกรธ แค้นนี้จนเหวอ แปปเดียวเดี๋ยวเขาก็หายงอนล่ะ” (ID3)

“เวลาเราเครียดๆ ก็อย่าไปนึกถึงมัน คิดว่าเราจะไปเที่ยวที่ไหนกันดี ถึงเวลากินก็ต้องกิน อย่าไปเครียด เรื่องมันมีไปแล้วจะไปเครียดกับมันทำไม ก็เฉยๆไปสิ” (ID4)

“เขาเป็นคนนอนไม่ค่อยหลับ แล้วก็ชอบดูหนังฝรั่งนะ แล้วก็ชอบดูเรื่องที่มีมันต้องเสียดเสียด เสียดเนื้อ ดูหนังแบบรุนแรง แบบที่มีมันมีตัดแขนตัดขา ตัดอะไรแบบนั้นนะ เราก็คอยบอกเขาว่า ดูทำไมหนังโหดร้ายแบบนี้มันทำให้จิตใจเราไม่ดี ดูแล้วทำให้เครียด เราก็เลยชวนให้ดูอะไรที่มีมันทำให้เราหัวเราะ ดูแล้วเราขำขัน มันตลกแบบนี้” (ID5)

“บางทีเราก็ต้องล้อเล่นกับเขาบ้าง พอเขาอารมณ์ไม่ดี เขาก็ไม่เล่นด้วย บางทีเราก็อยาก让他อารมณ์ดีอะ เราก็ต้องคอยแหย่ ได้ผลมั่ง ไม่ได้ผลมั่ง บางครั้งถ้าเขาอารมณ์ไม่ดีจริงๆ เราก็เดินลงมาดูต้นไม้ใบหญ้าไป” (ID6)

“ฉันก็คอยถามเขาว่าเขาอยากทำอะไรในวันไหน ไปหาหมอหรือยัง เพราะบางทีแกก็หลงๆ ลืมๆ ไร้เราก็ต้องทำงานหลายอย่าง” (ID8)

ประเด็นที่ 2 การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าว่า หมายถึง การแสดงออกทั้ง ทางร่างกาย ทางวาจา การร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเป็นการบ่งบอกถึงการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน คอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“อย่างไรดีล่ะ เราก็ไม่มีอะไรที่จะช่วยเขาได้ นอกจากคอยให้กำลังใจ พุดปลอบใจ ว่าอย่าคิดมาก เดียวปัญหาหมันก็ได้รับการแก้ไข เราอย่าไปเครียดกับมันมาก มีอะไรก็ขอให้บอกกันจะได้ช่วยคิดช่วยแก้ได้” (ID1)

“เราก็ไม่ได้ดูแลอะไรหรอกนะ อะไรที่เขาชอบทำ เราก็ไปทำร่วมกับเขา อย่างการออกกำลังกายเนี่ยะ พอตี 5 เราก็ออกไปวิ่งที่สนามกีฬาไปกับเขา ถึง 7 โมงเช้าจากนั้นก็กลับมากินข้าวอาบน้ำ แล้วก็แต่งตัวมาขายของด้วยกัน เป็นอย่างนี้เกือบทุกวัน พอเราเห็นเขาทำแล้วมีความสุขเราก็สุขไปกับเขาด้วย” (ID1)

“ก็ไม่ต้องทำอะไร อยากทำอะไร อยากกินอะไร ก็ไปกินกัน อยากไปทานอาหารนอกบ้านเราก็ไปกัน อีกร่างคือเราต้องคอยให้กำลังใจ ไม่ชวนทะเลาะ พยายามจะไม่มีเรื่องต้องมาทะเลาะเบาะแว้งกัน เพราะถ้าบรรยากาศในบ้านมันดีนะ อารมณ์เขาก็จะดีไปด้วยเราคิดอย่างนั้น” (ID1)

“บางครั้งเราก็ชวนเขา แต่งตัวสวยๆออกไปเดินช้อปปิ้งในตลาด เพราะอยากให้เขาได้เปิดหูเปิดตา เปลี่ยนบรรยากาศบ้าง ได้ซื้อของอร่อยๆมากินกันมันจะไร้มั้ง พอทำแล้วเห็นแกมีความสุขสดชื่น กระจิบระเปร่า เราก็มีความสุข” (ID3)

“เมื่อก่อนนี้ทะเลาะกันบ่อย เรื่องเงินไม่พอใช้ เดียวนี้ฉันไม่ค่อยทะเลาะกัน เพราะมีตังค์ก็แบ่งๆกันใช้ นี่ขนาดลูกๆเค้าแยกให้เงินคนละคระเปาะนะ ฉันก็แบ่งๆให้ไปไม่อยากจะมาทะเลาะกัน” (ID4)

“ที่อยู่ด้วยกันทุกวันนี้ก็ดี คือช่วยกันไปช่วยกันมา เขาก็คอยเป็นห่วงเราว่าเราทำอะไรอยู่ เราก็คอยดูว่าเขาทำอะไรอยู่ เป็นยังไงมั้ง” (ID5)

“การดูแลก็ไม่เห็นมีอะไร ก็อยู่ด้วยกัน คอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ป้าแกดูแลผม ผมก็ดูแลเขา ต่างคนต่างอยู่ด้วยกันแบบอบอุ่น ไม่ได้ปล่อยให้เขาอยู่แบบแปลกแยก แตกต่างว่าเป็นคนไข้” (ID7)

“ผมว่า ตอนที่เขาป่วยนี้ ผมกับเขามีความสุขนะ มีความอบอุ่นที่ได้ดูแล มีความรู้สึกมีความเป็นกันเอง หันหน้าเข้าหากัน คอยดูแลซึ่งกันและกัน เมื่อก่อนนี้ไปคนละคระทาง ทะเลาะกันบ้างอะไรบ้าง จนวันหนึ่งเขาก็บอกผมว่า เขาจะไม่พูดอะไรในทางลบ เขาจะพูดแต่ในทางบวก คือมีอะไรให้คุยกัน สุดท้ายผมก็ให้กำลังใจเขา แล้วก็ไม่ได้กังวลอะไรเลย กลัวว่าเขาจะท้อนะ แต่สุดท้ายผมกับเขาก็อยู่ด้วยกันมาแบบไม่ค่อยมีปัญหาอะไร” (ID7)

“เราก็คอยพูดให้แกคลายความวิตกกังวล พยายามพูดกับแกตลอดเวลา อย่าให้แกมีเวลาอยู่คนเดียว คอยให้กำลังใจแก เพราะถ้าแกอยู่คนเดียวก็จะเกิดอาการซึมเศร้าอีก” (ID9)

“ฉันกับเขาพอดีๆกันก็ไม่ทะเลาะกัน ก็มีให้กำลังใจกัน ปลอดภัยกัน บางครั้งตอนลง แกดดี้ แกก็บอกว่าฉันจะไม่ค่าเอ็งแล้วนะ เราเองก็รู้สึกดีนะจะได้ไม่ต้องฟังลุงแกบ่นประปอดกระ แปด เพราะแกด่าเก่ง ฉันก็ไม่อยากฟัง” (ID10)

ตารางที่ 2 ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ประเด็นหลักและประเด็นย่อย

<p>ประเด็นหลักที่ 1 การดำเนินชีวิตอย่างมีข้อจำกัด</p> <p>ประเด็นย่อยที่ 1 การเข้าสังคม</p> <p>ประเด็นย่อยที่ 2 การใช้ชีวิตประจำวัน</p> <p>ประเด็นย่อยที่ 3 การปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย</p>
<p>ประเด็นหลักที่ 2 สิ่งที่ได้จากการดูแล</p> <p>ประเด็นย่อยที่ 1 ภูมิใจ สุขใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</p> <p>ประเด็นย่อยที่ 2 ความสัมพันธ์ใกล้ชิดเพิ่มขึ้น</p> <p>ประเด็นย่อยที่ 3 ท้อแท้ที่ต้องดูแล</p>
<p>ประเด็นหลักที่ 3 ความคาดหวังและความต้องการของผู้ดูแล</p> <p>ประเด็นย่อยที่ 1 ความคาดหวังของผู้ดูแล</p> <p>ประเด็นย่อยที่ 2 ความต้องการของผู้ดูแล</p>

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นประสบการณ์ที่เกิดจากความรู้สึก ความคิดและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมต่างๆขึ้น โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้อธิบายว่า การเป็นผู้ดูแลนั้นต้องมีการปรับตัว ทั้งด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข โดยสามารถแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลักดังต่อไปนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การดำเนินชีวิตอย่างมีข้อจำกัด

ผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าให้การดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ด้านสังคม อารมณ์และจิตใจ โดยมุ่งหวังเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในการทำกิจกรรมในแต่ละวันได้ด้วยตนเอง และให้กิจวัตรประจำวันนั้นเป็นไปได้ด้วยดี กิจวัตรประจำวันนั้นได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การพักผ่อนนอนหลับ การแต่งตัว การเดินทาง การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงการเข้ามามีบทบาท หน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลหลักให้แก่ผู้ป่วย ว่าเป็น การเข้ามาทำหน้าที่ทั้งแบบตั้งใจและไม่ตั้งใจ ทั้งได้รับค่าจ้างและไม่รับค่าจ้าง ขึ้นอยู่กับสถานภาพของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแล อันจะส่งผลให้เกิดประสบการณ์การดูแลของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันออกไป โดยผู้ให้ข้อมูลเข้าใจว่าด้วยภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านการเข้าสังคม การใช้ชีวิตประจำวัน ตลอดจนด้านการสื่อสารเหล่านี้ ทำให้ผู้ดูแลเองต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้ามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการเข้าสังคม การใช้ชีวิตประจำวัน การแสดงออกด้านพฤติกรรมและอารมณ์ โดยสามารถแยกเป็นประเด็นย่อยๆได้คือ 1) การเข้าสังคม 2) การใช้ชีวิตประจำวัน 3) การปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย

ประเด็นย่อยที่ 1 การเข้าสังคม

เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยนั้นจำเป็นจะต้องให้ความสำคัญกับผู้ป่วยทั้งทางด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเข้าใจถึงอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องมีข้อจำกัดบางอย่าง เช่น การพักผ่อน การรับประทานอาหารนอกบ้าน การไปทำธุระนอกบ้าน การทำงาน การไปเยี่ยมญาติ เหล่านี้ล้วนต้องถูกจำกัดลงเพื่อให้การใช้ชีวิตร่วมกันกับผู้ป่วยราบรื่น ไม่มีปัญหาต่างๆตามมา ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ก็ไม่ถึงกับเก็บเนื้อเก็บตัวหรอก อย่างออกไปทานข้าวนอกบ้านหรือไปเที่ยวเนี่ย เขาก็มีความรู้สึกที่ไม่อยากไป คือช่วงแรกๆนี่ ขวนไปเที่ยว ไปทานข้าวนอกบ้านก็ไม่ไปนะ จะอยู่แต่ในบ้าน แล้วก็ไปออกกำลังกายแค่นั้น พอเขาไม่ไปเราก็ไม่ไป เราจะไปกินคนเดียวก็ไม่ได้ แล้วใครจะดูแลเขา เราก็ทิ้งเขาไปไม่ได้ ก็เป็นห่วงอีก ใจใหม่ละ” (ID1)

“นี่เขาก็บอกเราว่าถ้ามีธุระให้บอกก่อน 1 เดือนนะ จะได้หาคนช่วยดูแลแทนให้ แต่ นี่แกก็มาขาคอีก ป้าว่าจะกลับบ้านที่สกลนคร ไปหาลูกชายกับสามี ก็เลยไม่ได้กลับซะที สงสารแก ไม่มีใครว่างดูแลต่อ ก็เลยต้องอยู่ดูแลแกเนี่ย เลยต้องโทรไปบอกคนที่บ้านว่าตอนนี้ไม่ว่างกลับไปนะ” (ID2)

“ป้าจะไม่ไปไหนนอกบ้านนะ ไปห้างก็ไม่อยากไปนะเพราะ ชื้อกับข้าวอะไรเนี่ย ป้า ไม่ไป ป้าจะขอเป็นคนทำอย่างเดียว แต่ก็เขียนว่าวันนี้จะทำอะไร ให้ซื้ออะไรมาใส่ กระดาษเอาไว้ ให้ลูกชายซื้อ มันยังง้อะ คือเราอยากอยู่แต่ในบ้าน ไม่อยากออกไปไหน เพราะเป็นห่วง กังวล ถ้าเรา ไม่อยู่แกจะเป็นอย่างไร จะทำอะไร เพราะแกจะต้องอยู่คนเดียว เราก็ไม่อยากทิ้งเอาไว้” (ID5)

“ก็เมื่อก่อน เรายังมีเวลาพักผ่อนของเราบ้าง พอเลิกขายของตอนเช้าเราก็เข้ามา นอนเอาแรง แต่เดี๋ยวนี้เวลาพักผ่อนของเรา ก็เอามาดูแลเขา เพราะเขาเป็นพ่อเป็นแม่เรา ถ้าเราไม่ทำ ใครจะทำไหม” (ID8)

“ก็มีบ้างเรื่องหยุดงานบ่อย ต้องใช้เวลา เสียเวลาในการดูแล บางที บางวันแกก็ เรียกร้องความสนใจ บางทีก็ไม่ได้เป็นอะไรมากมาย แกก็ร้องไห้แง เราก็เป็นห่วงและเป็นกังวลว่าจะ เป็นอะไรไหมถ้าเราไม่อยู่ดูแล แกจะทำร้ายตัวเองไหม พอคิดไปคิดมา ทำให้เราต้องหยุดงานดูแลแก บางครั้งเราก็เครียดนะ ถึงกับต้องกินยาแก้ปวด บางครั้งถึงขนาดไปซื้อยานอนหลับมากินนะ” (ID9)

“บางทีมันก็เครียดๆนะ เวลาเขาพูดมาก บ่นมาก ฉันทก็เครียด บางทีฉันทก็บอกให้เขา หยุดพูด อยู่สงบๆไปมั่ง ฉันทจะได้พักผ่อนนอนหลับมั่ง เพราะฉันทเครียดกับสิ่งที่เขาพูด บางทีฉันทก็ไม่ อยากอยู่ อยากไปไหนต่อไหน แต่ก็ได้ไป เพราะติดไอ้ตัวเล็กเนี่ย (หลานสาว) อยากไปเที่ยวมั่ง ไป บ้านญาติบ้างอะไรบ้าง แต่พอเราคิดจะไปเราก็คือเป็นห่วง ไปไม่ได้ห่วงทั้งสองคนนั่นแหละ” (ID10)

ประเด็นย่อยที่ 2 การใช้ชีวิตประจำวัน

ผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้กล่าวถึงการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การไปทำธุระส่วนตัว การประกอบอาชีพ การงาน เหล่านี้ล้วนเปลี่ยนไปจากเดิม เนื่องจากต้องใช้เวลาให้กับการดูแลผู้ป่วยควบคู่ไปด้วยในแต่ละวันส่งผลให้การใช้ชีวิตประจำวันของผู้ให้ข้อมูลต้องได้รับผลกระทบไปด้วยดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ข้าเองก็อยากออกไปกินข้าวนอกบ้านบ้าง อะไรบ้าง อยากไปกินโน่นกินนี่บ้าง แต่ก็ต้องตัดใจ เพราะถ้าเขาไม่ไปด้วยเราก็ไม่อยากทิ้งเขาไว้คนเดียว เป็นห่วงเขา” (ID1)

“บางทีฉันก็อยากนอนพักบ้าง อย่างกลับมาจากขายของตอนสายๆนะ เมื่อก่อนฉันก็นอนพักสักแป๊บหนึ่ง แต่เดี๋ยวนี้นะ กลับจากขายของก็ต้องมาดูแลเตี้ยมั่ง แม่่มั่ง มันเหนื่อยอะ อยากนอนพักกลางวันบ้าง แต่ก็ต้องทำโน่น นี่ นั่น อีก ที่นี้ก็ไม่ได้นอนละ หมดเวลา” (ID8)

“ลุงเองก็ต้องวิ่งไปวิ่งมาระหว่างบ้านกับที่ทำงาน บางวันแกอยากกินกล้วยจืดตอนกลางวัน ลุงก็ต้องวิ่งไปซื้อมาให้ที่บ้าน แล้วค่อยกลับไปทำงานต่อ เป็นอย่างนี้ ถ้าเราไม่ไปซื้อให้เขาก็ไม่ได้ด้วยนะ เพราะไม่เงินแกก็มีอารมณ์เอะอะ งอแงกับเราอีก”

ประเด็นย่อยที่ 3 การปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกได้ถึงความต้องการปรับตัว ปรับอารมณ์ ปรับความคิดและปรับพฤติกรรม เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเห็นว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะมีอารมณ์แปรปรวน ฉุนเฉียว ซ้ำ โหมโท น้อยใจเก่ง เอาแต่ใจตนเอง และบางครั้งชอบแยกตัว ทำให้ผู้ดูแลต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับ

สภาวะที่ผู้ป่วยกำลังเป็นอยู่ เช่น การเป็นผู้รับฟังปัญหา การเดินเข้าไปง้อหรือหยอกล้อให้หัวเราะ การรักษาสุขภาพร่างกายตนเองให้แข็งแรง เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกันกับผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้อย่างมีความสุข ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ก็พยายามให้อารมณ์เย็นๆ เพราะบางครั้งอารมณ์จะร้อน มีอะไรนิดอะไรหน่อยก็จะหงุดหงิด ฉุนเฉียวนิดหน่อยเลยแหละ ก็พยายามบอกตัวเองว่า เนี่ยต้องพยายามอย่าให้อารมณ์ฉุนเฉียว ให้อารมณ์เย็นๆอะไรอย่างเนี่ย เพราะถ้าเราอารมณ์ฉุนเฉียว มันก็จะทำให้เราเครียด เห็นปะเวลาคนเราโมโห มันจะเครียด พอเราปล่อยให้อารมณ์เย็นๆมันก็จะไม่เครียด”(ID1)

“เราก็คอยให้กำลังใจ จะไม่ชวนทะเลาะ พยายามจะไม่ให้มีเรื่องทะเลาะเบาะแว้ง ถ้าหากเกิดเรื่อง หรือมีเรื่องที่มีความคิดเห็นไม่ตรงกัน ป้าก็จะเป็นคนเงียบ ไม่ต่อความ เพราะถ้าเรายังขวาง ก็จะทำให้เขายิ่งเครียด ป้าเองก็เครียด แต่เรื่องแบบนี้ป้ายอมได้ ก็ไม่ค่อยจะได้อะไรกับตรงนี้เท่าไรไร้อ้อๆ อ้อๆ กันไป อันนี้ก็จบๆไป”(ID1)

“นี่ป้าทุมมาก็บอกกับป้าศรีอุทัยเลยนะ ว่าถ้าอยากให้อ้อทุมมาอยู่นานๆ เวลาจะมีอะไรให้บอกกันตรงๆ ไม่ปิดกัน ตอนนั้นก็พูดคุยกันขโมยโงงเงง แต่ถ้าเมื่อไหร่ที่แกโมโหอะไรเนี่ย เราก็ปล่อยแก เรื่องของแก เราก็สงบปากสงบคำ ไม่ต่อความ เดี่ยวแกก็ดีของแกเอง”(ID2)

“ก็มีช่วงเวลาที่เรารำคาญ พอแกพูดมากๆ ป้าก็บอกให้เขาหยุดพูดแล้วไปนอนซะ บางทีแกก็น้อยใจเรา เราก็พอมองออกว่าแกงอน เราก็ตามไปง้อ ไปแซวเขา ว่าอ๊ะ !!! แค่นี้โกรธ แค่นี้งอนหรือ อะไรแบบเนี่ยะ ทั้งๆที่เราก็เป็นห่วงแกนั่นแหละ อยากให้พักผ่อน กลายเป็นว่ามาหาว่าเราเอ็ดเขา ก็เลยพาลมาโกรธเราอีก ทีนี้ก็ต้องตามง้อ เป็นอย่างนั้นไป”(ID3)

“เวลาเราเครียดๆ ก็อย่าไปนึกถึงมัน คิดว่าเราจะไปเที่ยวไหนดี เวลากินต้องกิน อย่าไปเครียด เรื่องมันก็มีไปแล้วนะ จะไปเครียดทำไม เฉยๆไป เมื่อก่อนนี้ทะเลาะกัน เงินทองไม่พอใช้ คิดดู ไหนเขาจะไม่สบาย ไหนจะลูกเต้า ทุกอย่างอยู่กับเราหมด แต่เราก็ผ่านมาได้หมดแล้ว ” (ID4)

“ก็ต้องปรับตัวให้เข้ากับเขาไป บางทีเราก็ต้องล้อเล่นกับเขามั้ง พอเขาอารมณ์ไม่ดี เขาก็ไม่ให้เราเล่น ไม่ให้อะไรอย่างเนี่ย บางทีเราก็อยากจะให้เขาอารมณ์ดีอะ เราก็คอยแหย่ ได้ผลมั้ง ไม่ได้ผลมั้ง บางครั้งเวลาเขาอารมณ์ดีจริงๆเราก็งงมาดูต้นไม้มั้งอะไรมั้ง คือว่ามันเครียดอะ แก่เครียดบ้าง บางทีก็ถอนหญ้า ถากหญ้าไป เราก้ให้เขาอยู่คนเดียว พอเข้าเขาก็คุยกับเราใหม่ได้เหมือนเดิม ” (ID6)

“เคยมีลูกชายทดลองมาอยู่ด้วย ก็อยู่ด้วยไม่ได้หรอก เพราะเวลาเขามีเรื่อง ลัพเพพระ บางทีเรื่องบางเรื่องเนี่ยเขาไม่เข้าใจหรอก เขาก็ไม่รู้จักปล่อยวาง บางทีป่าแกพูดจาเลอะเทอะ ลูกชายมันไม่เข้าใจ มันรำคาญ มันก็ว่า เอาเรื่องคนนั้นเรื่องคนนี้มาพูด เราก้ต้องเตือนลูกชายว่า เวลาที่แม่เขาพูดอะไร เราไม่พอใจ เราก้แค่เดินหนีไปซะ อย่าไปทะเลาะกัน อย่าไปต่อเรื่องกัน เดี่ยวจะอยู่ด้วยกันไม่ได้” (ID6)

“ก็มีนะ บางทีเอาไม่ดี แต่เขาดีเราไม่ถูกหรอก พอเขาเหนื่อย เขาก็เลิก ยอมรับนะ ว่าจำทน คนแถวนี้เขายังพูดเลยว่าลุงนี้เก่ง ทน ไม่มีใครรับได้หรอก เพราะไม่มีใครมาช่วยเราอะ เราต้องอดทนมากๆ เรายังนึกย้อนเลย ถ้าเราเป็นเขา เขาจะอดทนเหมือนเราไหม บางทีเราโกรธเขา เขามองเป็นเรื่องตลก บางทีเขาไล่ตีเรา เราก้หัวเราะ วิ่งหนีทำเป็นเรื่องตลกไป ไม่อย่างนั้นถ้าเราเก็บเอามาคิด ก็หันหลังให้กัน พาลให้หงุดหงิดกันเปล่าๆ” (ID6)

“จะพยายามทำตัวให้แข็งแรง ถ้าต่อไปวันข้างหน้า ร่างกายเราเจ็บป่วย เราก็จะไม่ค่อยไหว เราก็ค่อยๆทำไป อาจจะช้าหน่อย แต่เราก็ทำได้ แต่ถ้าด้านจิตใจเนี่ย ลึ้นะ ลึ้ๆ มีอะไรเราก็สู้ไว้ก่อน บางครั้งมันก็มีท้อบ้าง อ่อนใจบ้าง แต่มันก็ต้องทำ ทำหน้าที่อะ ทำให้ดีที่สุดคิดเอาอย่างนี้” (ID8)

ประเด็นหลักที่ 2 สิ่งที่ได้จากการดูแล

การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุนั้นทำให้เกิดผลที่ตามมาจากการดูแล เมื่อผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้ป่วยไประยะหนึ่งแล้ว ซึ่งผลที่เกิดจากการดูแลหรือสิ่งที่ได้จากการดูแลขึ้นอยู่กับสภาพและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยสิ่งที่ได้นั้นอาจเป็น ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ หรืออาจเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เปลี่ยนแปลงไปตามวันและเวลา และสถานการณ์ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึง ประเด็นความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยหลังจากได้เป็นผู้ดูแล ทั้งด้านบวกและด้านลบและประเด็นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยสามารถแบ่งเป็นประเด็นย่อยๆได้ ดังนี้คือ

1) ภูมิใจ สุขใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2) ท้อแท้ที่ต้องดูแล 3) ความสัมพันธ์ใกล้ชิดเพิ่มขึ้น

ประเด็นย่อยที่ 1 ภูมิใจ สุขใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

หลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ให้มีอาการที่ดีขึ้นอาการคงที่หรือไม่ทรุดลงจากเดิมที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยเองก็มีความสุข สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าได้ทำสิ่งที่ดี ที่เหมาะสม และการกระทำนั้นได้ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจที่ได้ทำ ได้ดูแล และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือบุคคลอันเป็นที่รัก ให้มีความสุขกาย สบายใจ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังนี้

“แบบว่า มันพูดถึงเรื่องเงินค่าจ้าง เงินเดือนนี่ มันก็อยู่ได้นะ แต่ทำแล้วมีความสุขเต็มใจทำ อยากทำให้ อยากช่วย สงสารเขา” (ID2)

“ก็พอใจ ภูมิใจ คือทำให้เขาแล้วเขาก็เมตตาให้เราอยู่ด้วย มีความเต็มใจที่จะทำตรง
นี้ พอใจมาก เพราะเคยไปอยู่ที่อื่นก็จะไม่เป็นแบบนี้ เรียกว่า พอใจที่จะทำให้เขา เต็มใจ เอื้ออาทร
เห็นใจกัน แล้วเขาก็เป็นคนดี ซึ่งเราก็เคารพ เขาก็ดูแลเรา เวลาเราไม่สบาย เขาก็พาเราไปหาหมอ
อะไรอย่างเนี่ย ไม่ลำบากเลย แล้วก็ไม่มีอะไรที่มันหนักหนาสำหรับเรา เราทำได้ พอใจ” (ID5)

“ก็ภูมิใจนะ ที่เรายังมีกำลังที่จะดูแลเขา ถึงแม้ว่าเราจะดูแลเขาในแบบของเรา
อาจจะไม่ดีเหมือนคนอื่น แต่เราก็ภูมิใจที่ในฐานะลูกเราก็ได้ดูแลท่านในยามเจ็บป่วย” (ID8)

“ถึงแม้ว่าป้าจะไม่ได้ดูแลเขาดีเลิศเลอนะ แต่เราก็รู้สึกว่าคุณค่าสำหรับเขา
นะ แล้วเราก็ภูมิใจที่ได้ดูแลเขา” (ID10)

ประเด็นย่อยที่ 2 ท้อแท้ที่ต้องดูแล

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึง กิจกรรมต่างๆที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันและด้วยตัว
ผู้ให้ข้อมูลเป็นวัยสูงอายุ และส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวทำให้ต้องรับภาระหน้าที่อื่นๆ
ภายในบ้านร่วมกับ ผู้สูงอายุบางราย อาจจะต้องดูแลบุตรหลานร่วมกับ บางรายอาจจะต้อง
รับผิดชอบธุรกิจการค้าขายควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วย บางรายต้องหาเช่ากินค่า ทำให้ผู้ให้ข้อมูล
บางครั้งเกิดความรู้สึกท้อแท้ เหนื่อยใจ จนก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลได้ ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้
จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ต้องดูแลด้วย แล้วต้องไปทำงานด้วย บางทีเขาก็บ่น เขาก็ด่าว่ามั่ง เราก็เครียดสิ
บางทีเราก็เอ็ดเขามั่ง พอทะเลาะกัน เรานึกขึ้นได้เราก็หยุด เราก็เฉย พอมาระยะหลังๆ มาปีนี้ ค่อยยัง
ชั่วหน่อย ไม่งั้นบางทีเราก็ท้อใจ เพราะทุกวันนี้เราก็อุ่นเวลาให้เขาหมดแล้ว แต่ก็แค่ความคิดแว็บเดียว
เท่านั้น” (ID6)

“บางครั้งเราก็รู้สึกท้อนะ เพราะว่าเราก็เริ่มแก่แล้ว ต้องมาดูแลคนแก่อีกสองคน อย่างแม่เนี่ย เขาก็ชอบบ่น ชอบว่าเราสารพัด เราก็คิดว่าเราทำดีแล้วนะ เขาก็ยังไม่พอใจเราอีก ก็ทำให้ฉันรู้สึก เออ!! ท้อแท้ได้เหมือนกัน ที่ลูกคนอื่นเขายังไม่มาดูแลเลย” (ID8)

“รู้สึกท้อเหมือนกันนะ เพราะว่าเราว่าเราเต็มทีกับแก่แล้วนะ หยุตงานก็แล้ว เอาใจแก่สารพัด แก่อยากกินอะไร ก็หามาให้ พยายามทำทุกอย่างให้แก่สบายใจ คลายกังวล เราก็ต้องแลกกับความเหนื่อยที่เราต้องคอยตามใจแก่อยู่ ทุกวันนี้ทำงานไม่ถึง 10 วันก็ต้องลามาดูแล” (ID9)

“เราก็แก่แล้วนะ จะมาให้ตามใจตลอด มันก็ไม่ไหวนะ บางทีฉันก็ดูแลหลานๆ ไร้อ้ว เล็กเนี่ย แล้วยังจะต้องมาคอยอาบน้ำ หางของโน่น หานี้ให้ลูกแก่อีก ฉันก็ไม่ค่อยจะไหวแล้วนะ บางครั้งก็รู้สึกท้อแท้ อยากไปอยู่ไกลๆ ไม่อยากอยู่แบบนี้อีกแล้ว” (ID10)

ประเด็นย่อยที่ 3 ความสัมพันธ์ใกล้ชิดเพิ่มขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึง การร่วมทำกิจกรรมต่างๆที่ทำให้ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเช่น การไปเดินช้อปปิ้ง การไปออกกำลังกาย การดูทีวีรายการโปรด การพูดคุยกัน เหล่านี้เป็นการร่วมกันทำกิจกรรมของทั้งสองฝ่ายจึงเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจกัน เห็นอกเห็นใจกัน ส่งผลให้ความสัมพันธ์ใกล้ชิดเพิ่มมากขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ตามความรู้สึกและความคิดของผู้ดูแล ดังนี้

“เมื่อก่อนป่ากับป่าเฉลี่ยว ไม่ค่อยสนิทกันเท่าไรหรอกก็ไปไป มามา ไปมาหาสู่กันบ้าง พอเขาเจ็บป่วยแรกๆก็วิ่งไปหาตอนเช้า เย็นๆก็กลับมาบ้าน แต่พอหลังๆมานี้ เราก็รู้สึกสงสารเขาเนาะ มีอะไรก็คอยดูแลช่วยเหลือเขา เพราะเรามีกัน 3 คนพี่น้อง อีกคนเขาเป็นผู้ชายเขาก็ไม่ได้มาสนใจเอา

ใจใส่เท่าไร ก็มีแต่ฉันนี่แหละเป็นผู้หญิงด้วยกัน ก็เลยสนิทกันมากกว่า มากกว่าแต่ก่อนด้วยนะ แล้ว ยิ่งมารู้ว่าแกเป็นแบบนี้ เราก็ยิ่งต้องดูแลเขา ใกล้ชิดกับเขามากขึ้น” (ID3)

“ก็อยู่ด้วยกันมา 50- 60 ปี แล้ว รักกันตามประสาคนแก่ อยู่เป็นเพื่อนกัน เมื่อก่อน ยังรู้สึกว้าวไอนั่นมั้ง ไอนี้มั้ง อะไรก็ดูวุ่นวายไปหมด แต่ว่าหลังๆมานี้ เริ่มดีขึ้นมาละ ไม่มีมาทะเลาะกัน เริ่มเข้าใจกันมากขึ้น พุดคุยกันมากขึ้น” (ID4)

“คือเราทั้งกันไม่ได้ มีความหวังผูกพันกัน ชีวิตเราผูกพันกันมานาน ยังไงก็ทั้งกัน ไม่ได้ ความสัมพันธ์นี้เราต้องพยายามให้มันได้อยู่ตลอดนะ ยิ่งเขาเป็นแบบนี้ ผมเองก็ยิ่งต้องดูแลเขาให้มากขึ้น ต้องดูแลใกล้ชิดเขาให้มากขึ้น อยู่ด้วยกัน เราต้องให้ใจเขาให้หนัก มีร้อยนี้ก็ให้เต็มร้อยเลย” (ID6)

“พูดจริงๆนะผมว่า ตอนที่เขาป่วยนี้ ผมกับเขามีความสุขมากกว่านะ มีความอบอุ่นที่ได้ดูแล มีความรู้สึกเป็นกันเอง หันหน้าเข้าหากัน คอยดูแลซึ่งกันและกัน เมื่อก่อนไปคนละทิศละทาง แต่ก็ไม่ได้ทะเลาะกันนะ พอหลังๆมานี้ เราอยู่ดูแลซึ่งกันและกัน บรรยากาศมันดี มันก็เออ!! เขามีความสุข เราก็มีความสุข เหมือนว่าความสัมพันธ์มันใกล้ชิดกันมากขึ้นนะ ผมว่า”

“เมื่อก่อน ตอนที่แกยังไม่ป่วยนะ ฉันก็ไม่ค่อยได้ดูแลแกเท่าไรหรอก ฉันก็ทำงานอยู่กรุงเทพฯ ไปๆมาๆ ก็ไม่ค่อยได้ดูแลเท่าไร แต่พอแกมาป่วยเลยต้องออกจากงานมาดูแลเอง เพราะลูกๆคนอื่นเขาไปมีครอบครัวกันหมดแล้ว จะเหลือก็แต่ฉัน แรกๆนะฉันเบื่อแม่่มาก บ่นมาก พุดมาก เราก็เสียงบ้างอะไรบ้าง แต่ก็ดีกว่าเมื่อก่อนนะ เพราะฉันรู้สึกว่า ความสัมพันธ์แม่กับลูกมันมีมากขึ้น ฉันมีโอกาสที่จะได้ดูแลแกมากขึ้นนะ” (ID8)

“ผมว่า เมื่อก่อน ตอนแกยังไม่ป่วย ผมไม่มีโอกาสได้ดูแลแก่เท่าไรหรอก พอแกมาเริ่มป่วยนี่แหละ ผมก็รับหน้าที่ดูแลเพราะพี่น้องคนอื่นเขามีครอบครัวกันหมด ส่วนพี่ชายอีกคนก็ติดคุก แต่ผมก็รู้สึกดีนะครับ ถือโอกาสนี้ได้ดูแลแก่ ใกล้ชิดแกมากกว่าแต่ก่อน” (ID9)

ประเด็นหลักที่ 3 ความคาดหวังและความต้องการของผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยตลอดจนการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยว่า ในการดูแลบางครั้งก็ต้องการกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง เพื่อให้ฝ่าฟันกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายที่รุมเร้าเหล่านั้นไปได้ มีความคาดหวังบางอย่างที่แตกต่างกันออกไป ผู้ให้ข้อมูลบางราย มีความหวังอยากเห็นผู้ป่วยอาการเป็นปกติ สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ดังเดิม ผู้ให้ข้อมูลบางรายคาดหวังว่าจะมีคนเข้ามาช่วยดูแลแทนเมื่อผู้ดูแลไม่สามารถอยู่ดูแลได้ โดยผู้ให้ข้อมูลได้ถ่ายทอดออกมาดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 1 ความคาดหวังของผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงความคาดหวัง เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยสักระยะหนึ่งแล้วว่าจะอยากให้ผู้ป่วยได้รับโอกาสในด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วย เช่น การได้รับยาที่ดี การดูแลเฉพาะเจาะจง การช่วยเหลือในเรื่องต่างๆเพื่อให้ผู้ป่วยกลับมามีอาการที่ดีขึ้น หรือเป็นการสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความสุข ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ก็ไม่ได้คาดหวังอะไร ก็แค่คาดหวังว่าหายเร็วๆ เมื่อไหร่หายเราก็ไปไหนมาไหนได้อย่างตอนแรกที่เป็น เราอยากไปไหนมาไหน เค้าก็ไม่อยากไป ชวนไปไหนก็ไม่อยากไป บอกเปื้อ!!!”(ID1)

“ก็คาดหวังว่าอยากให้แกอาการดีขึ้น เห็นเขาเหนื่อยมาเยอะแล้ว ไม่อยากให้แกกลับไปเป็นเหมือนอย่างเดิม เราก็พยายามพาไปหาหมอ พาไปตรวจตามนัด เพื่อหวังว่าเขาจะหายจากโรคนี้อะ” (ID2)

“คืออยากให้หมอรักษาดีๆ กว่านี้หน่อยก็คงจะดี บางครั้งเขารู้สึกว่าไม่ดี เราไม่รู้เพราะเราไม่ได้รักษา แต่คนป่วยเขาว่า คล้ายๆว่าเขาอยากหาย ทำไมหมอรักษาเขาไม่หาย คนไข้เขารู้สึกว่ายาที่ได้มันไม่ดี เราก็เลยรู้สึกสงสัยเหมือนกันนะว่าทำไมหมอไม่ให้ยาที่ดีๆไปเลย คนไข้จะได้หายเร็วๆ” (ID6)

“คาดหวังอยากให้เขามีความสุข ความสุขทางใจ อะไรที่มันขัดแย้งในใจเขา ผมก็จะพยายามเปิดให้เขามองว่ามันเป็นเช่นนั้นเอง อย่าไปสนใจอะไร ให้มองดูอะไรให้ปล่อยวาง ไม่เก็บไปคิด ผมไม่คาดหวังว่าการรักษาจะช่วยให้เขาหายขาดจากอาการอย่างนี้ได้เยอะ ผมว่า ขึ้นอยู่กับสังคมและการดูแลแบบนี้จะช่วยได้มาก” (ID7)

“บางครั้งก็คาดหวังอยากให้แกหาย แต่ผมก็รู้ว่าโรคนี้อันตรายไม่หายขาด แต่ต้องดูแลทางด้านจิตใจ บางครั้งพอแกอาการดีขึ้นสักระยะ แกก็เริ่มร้องไห้คนเดียว ถ้าทำอะไรให้แกหายเป็นปกติได้ก็อยากจะทำ” (ID9)

ประเด็นย่อยที่ 2 ความต้องการของผู้ดูแล

ความต้องการของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย ผู้ให้ข้อมูลจึงมีความวิตกกังวล ในเรื่องของบุคคลที่จะเข้ามาดูแลผู้ป่วยต่อจากตน หากตนเองไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งในบางโอกาสผู้ดูแลหรือผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการผู้ช่วยเหลือในการดูแลเพื่อมาสลับสับเปลี่ยน เพื่อไปทำธุระส่วนตัวบ้าง ส่วนอีกประเด็นคือต้องการให้บุคคลากรทางด้านสาธารณสุขจัดกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เพื่อเป็นการแบ่งเบาความเครียดหรือแลกเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้ป่วย ดังตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ป้าก็ไม่รู้ว่าจะอยู่ได้อีกนานขนาดไหน ก็อยากได้คนดูแลต่อ หรือมาช่วยดูแลแทนเรา เพราะถ้าไม่มีใครมาแทนเรา หาตัวแทนไม่ได้ จะไปไหนมาไหนก็เลยลำบาก” (ID2)

“ก็อยากจะมีคนมาแบ่งเบาบ้าง แก่จนปานนี้แล้ว อยากให้มีคนมาช่วยเราดูแล แต่ตอนนี้เราก็ต้องดูๆกันไปอย่างนี้ ก็คาดหวังนะว่าต่อไปจะมีคนดูแลแทน ตอนนี้ก็มีบ้างคนที่เขาหยุดงานนานๆ เขาก็จะมาที”(ID4)

“ผมก็คิดนะ ว่าต่อไป ถ้าผมอายุเยอะมากขึ้นกว่านี้ ผมจะดูแลไม่ไหว ซึ่งผมก็เป็นคนดูแลหลักๆ แล้วใครจะมาดูแลต่อจากเรา แต่ตอนนี้ยังไหว ป้าแกเองก็ยังคงเดินช่วยเหลือตัวเองได้ ยังไม่ล้มหมอนนอนเสื่อ ผมก็ยังดูแลไหว แต่ถ้าแกเดินไม่ได้ก็จะมีปัญหาเรื่องการดูแลแน่ๆ ถ้าถึงเวลานั้นผมว่าก็ต้องมีคนมาช่วยดูแลกับผมนะ” (ID9)

“ผมนะอยากให้ทางโรงพยาบาลจัดกิจกรรมอะไรก็ได้ ชมรมผู้สูงอายุก็ได้ จัดกิจกรรมให้คนไข้ได้เข้าร่วมบ่อยๆ เพราะผมเห็นเวลาแก่ไปร่วมทีไร แก่ดูมีความสุข อย่างน้อยก็ได้เจอเพื่อนๆ ได้พูดได้คุย แต่ก็นานๆมีครั้งหนึ่ง ผมก็อยากให้จัดขึ้นบ่อยๆ มากกว่านี้นะ” (ID9)

“คงต้องอยู่กันไปอย่างนี้เรื่อยๆ เพราะเราอยู่ด้วยกันมานานแล้ว จะคิดเป็นอื่นไม่ได้ มันต้องอยู่อย่างนี้ จนกว่าจะตายจากกัน เพราะว่าถ้าเราไปไหน เราก็จะคอยห่วงเขา เป็นห่วงว่าใครจะดูแลเขา ใครจะทำให้เขา แต่ถ้าถึงเวลานั้นจริงๆ ก็อยากมีใครสักคนเข้ามาดูแลต่อจากเรา”(ID10)

บทที่ 5

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายความหมายประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งเป็นการศึกษาความจริงเกี่ยวกับการให้ความหมายตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในประสบการณ์นั้น โดยผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้คือผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตาม ICD 10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้าและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยทั้งนี้การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาเพื่อบรรยายข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจึงเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง มีผู้ให้ข้อมูลรวม 10 ราย ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการบันทึกภาคสนาม ในการวิจัยครั้งนี้ได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเฉลี่ยรายละ 1-2 ครั้ง ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหา และนำเสนอประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลในภาพรวม ซึ่งผลของการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้เกิดความเข้าใจความหมายและประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าหลายประเด็นดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ความหมายของประสบการณ์การดูแลที่ผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าได้ให้ความหมาย คือ การกล่าวเตือนด้วยความหวังดี การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
2. ประสบการณ์การดูแลของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าแบ่งเป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การดำเนินชีวิตอย่างมีข้อจำกัด

- ประเด็นย่อยที่ 1 การเข้าสังคม
- ประเด็นย่อยที่ 2 การใช้ชีวิตประจำวัน
- ประเด็นย่อยที่ 3 การปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย

ประเด็นหลักที่ 2 สิ่งที่ได้จากการดูแล

- ประเด็นย่อยที่ 1 ภูมิใจ สุขใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- ประเด็นย่อยที่ 2 ท้อแท้ที่ต้องดูแล

ประเด็นย่อยที่ 3 ความสัมพันธ์ใกล้ชิดเพิ่มขึ้น

ประเด็นหลักที่ 3 ความคาดหวังและความต้องการของผู้ดูแล

ประเด็นย่อยที่ 1 ความคาดหวังของผู้ดูแล

ประเด็นย่อยที่ 2 ความต้องการของผู้ดูแล

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยเชิงปรากฏการณ์ เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า แสดงถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลได้ประสบมาและรับรู้ตามความรู้สึกของตนเอง ทั้งการดำเนินชีวิต การเผชิญกับปัญหา รวมถึงความคาดหวัง และความต้องการของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งผลการวิจัย แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความหมายของประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่านการรับรู้เหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน โดยถ่ายทอดผ่านความคิด ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่ง ความหมายของประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง คือ การแสดงความห่วงใยและการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

การให้ความหมายดังกล่าวนี้ เกิดจากความรู้สึกของตัวผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความสำคัญต่อผู้ดูแล อันเนื่องมาจาก การเป็น บิดา-มารดา สามี-ภรรยา หรือนายจ้าง-ลูกจ้าง โดยความสัมพันธ์เหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยเดียวกับผู้ป่วย เกิดความรู้สึก ความคิด ที่ถ่ายทอดออกมาเป็นความหมายของการดูแล ที่เป็นไปในด้านบวก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Lopez, Arrieta. & Crespo, 2005) กล่าวว่าความรู้สึกดีๆ เกิดจากสัมพันธ์ภาพที่ดี และรักใคร่ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยที่อยู่ในความอุปการะ และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพันธ์ สาสัตย์ (2551) ที่กล่าวว่า บริบทของสังคมไทยที่ได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่อง การทดแทนบุญคุณ การได้ดูแลเป็นการทดแทนบุญคุณ เป็นหน้าที่ที่พึงกระทำ ในฐานะ สามี-ภรรยา หรือเป็นลูก-หลาน การแสดงความรักความห่วงใย ซักถามถึงความต้องการของผู้ป่วย การเตือนในเรื่องการกินยา การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่อาจส่งผลเสียแก่ตัวผู้ป่วย เหล่านี้ เป็นการแสดงความรัก ความ

ห่วงใยของผู้ดูแล ที่มีต่อผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยก็สามารถรับรู้ได้ถึงความรู้สึกห่วงใยนี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความ รู้สึกอบอุ่น และรู้สึกว่ายังมีคนที่รักอยู่ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

2. ด้านประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นการถ่ายทอดความรู้สึกและการแสดงพฤติกรรมผ่านการบอกเล่าและการเรียบเรียงเป็นภาษา ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ ประเด็นหลักที่ 1 การดำเนินชีวิตอย่างมีข้อจำกัด จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) การเข้าสังคม 2) การใช้ชีวิตประจำวัน 3) การปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย ประเด็นหลักที่ 2 สิ่งที่ได้จากการดูแล จำแนกเป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) ภูมิใจ สุขใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2) ท้อแท้ที่ต้องดูแล 3) ความสัมพันธ์ใกล้ชิดเพิ่มมากขึ้น ประเด็นหลักที่ 3 ความคาดหวังและความต้องการของผู้ดูแล จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) ความคาดหวังของผู้ดูแล 2) ความต้องการของผู้ดูแล ซึ่งประเด็นหลักและประเด็นย่อยเหล่านี้สามารถอภิปรายเป็นรายด้านได้ ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การดำเนินชีวิตอย่างมีข้อจำกัด

ประเด็นย่อยที่ 1 : การเข้าสังคม/การใช้ชีวิตประจำวัน

การเข้ามารับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยของผู้สูงอายุนั้นเป็นอีกหน้าที่หรือบทบาทหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตไป เพื่อให้เหมาะสมกับสภาวะการณ์ในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันบางอย่างเกิดขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีข้อจำกัดบ้าง ในการดูแลผู้ป่วยบางรายเพื่อให้เกิดความสมดุลในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะในด้านการเข้าสังคมและการใช้ชีวิตประจำวัน กล่าวคือ ด้วยอาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว บกพร่องเรื่องการเข้าสังคม และการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงส่งผลต่อผู้ดูแลต้องปรับตัวตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Roose and Sackeim, 2004 ที่กล่าวว่า โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นโรคที่เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านกระบวนการคิด การนอนหลับ ความอยากอาหาร โดยอาการดังกล่าวจะส่งผลต่อการทำงานสัมพันธ์ภาพและคุณค่าในตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพร โอตระกูลม, 2538 (อ้างใน ทวีศักดิ์ หล้าภูเขียว, 2547) ได้กล่าวถึงการสูญเสียสมรรถภาพของผู้สูงอายุด้านร่างกายและจิตใจ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพา ดังนั้น การดูแลส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภูมิใจในตนเองและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและรู้สึกว่าตนเองยังมีค่า

ประเด็นย่อยที่ 2 : การปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย

ในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลจะต้องใช้ความพยายามและความอดทนอย่างมาก เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้ ประกอบกับผู้ดูแลบางรายไม่มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า มาก่อนจึงไม่ทราบว่าต้องให้การดูแลผู้ป่วยหรือจะต้องปฏิบัติตนอย่างไรในการให้การดูแล แต่เมื่อผู้ดูแลให้การดูแลไปสักระยะหนึ่งแล้ว ผู้ดูแลจะเกิดการเรียนรู้และพยายามปรับตัวเพื่อที่จะใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยต่อไปได้อย่างมีความสุข ซึ่งในการปรับตัวนั้นอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล แต่ก็ต้องเผชิญกับปัญหาเหล่านั้นเพื่อหาทางออกให้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lazarus & Folkman (1984) ที่กล่าวถึงการเผชิญความเครียดว่ามี 2 ลักษณะ คือ 1. มุ่งจัดการกับปัญหา (Problem focus coping) 8 คือ การที่บุคคลพยายามจัดการกับสภาพแวดล้อมเพื่อเปลี่ยนแปลงให้สถานการณ์ดีขึ้น และ 2. การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional focus coping) คือ การที่บุคคลพยายามปรับอารมณ์และความรู้สึกเพื่อลดความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น ดังนั้นในการปรับตัวของผู้ดูแลจึงต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการจัดการกับปัญหาโดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมต่างๆ และการจัดการกับอารมณ์ของตนเองให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์เหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีความราบรื่นและทำให้ผู้ดูแลสามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยต่อไปได้อย่างมีความสุข

ประเด็นหลักที่ 2 สิ่งที่ได้จากการดูแล

ประเด็นย่อยที่ 1: ภูมิใจ สุขใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

เมื่อผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลอันเป็นที่รักด้วยความเต็มใจแล้ว ย่อมส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปด้วยความสุขใจ ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจ ต่อการได้ดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ การดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นนั้น ต้องอาศัยความอดทนของผู้ดูแลอย่างมาก

ประเด็นย่อยที่ 2 : ท้อแท้ที่ต้องดูแล

เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลวัยสูงอายุที่เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลอันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุร่วมกับความผิดปกติของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เหนื่อยหน่าย กับการให้การดูแลผู้ป่วย อีกทั้งภาระหน้าที่อื่นที่ผู้สูงอายุต้องรับผิดชอบร่วมในครอบครัวนั้น ก็จะมีส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจมากกว่าภาวะปกติ (Forbes, While, & Mathes, 2007) สอดคล้องกับ Robinson et al., 2009 ที่ศึกษาผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลระยะยาว พบว่าผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และไม่สามารถหยุดพักการดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จนทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้อีก อาจทำให้

ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลตามมา (Phillips et al., 2009) การปรับตัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเวลาการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน หรือทำให้ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดที่สูงขึ้น (อรุณี ชุนหบดี และคณะ, 2556)

ประเด็นย่อยที่ 3: ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันเพิ่มขึ้น

เป็นความรู้สึกที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นคู่สามี-ภรรยาและมารดา-บุตร ซึ่งเป็นบุคคลที่รักและมีความผูกพันกันมาก ทำให้การเข้ามาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นไปด้วยความเต็มใจและมีความยินดีให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ตลอดจนมีความพยายามที่จะเข้าไปใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีคุณค่าเป็นที่รักของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Gonzalez et al., 2010 ที่ศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่า จากการดูแลผู้ป่วยความผูกพันระหว่างตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น การพูดคุยก็เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลทำมากที่สุด โดยสามารถสื่อสารถึงความรู้สึกต่างๆ เป็นการบอกเล่าสิ่งที่อยู่ในใจ ระบายความรู้สึกที่มีแสดงออกถึงความเปราะบางเป็นโยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี และทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของลูกหลาน การดูแลทางจิตใจของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ Kespichaya wattana (1999) เป็นการพูดคุย การอยู่ด้วยตลอดเวลา ทำให้รู้สึกอบอุ่นใกล้ชิด การใช้อารมณ์ขันเพื่อพูดคุยเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งจากผู้ดูแลและผู้ป่วย

ประเด็นหลักที่ 3 ความคาดหวังและความต้องการของผู้ดูแล

ประเด็นย่อยที่ 1: ความคาดหวังของผู้ดูแล

ผู้ดูแลวัยสูงอายุด้วยพัฒนาการสูงอายุตามวัยของตัวเองนั้น เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีความซับซ้อนในด้านการดูแล ดังนั้นการที่ผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลบุคคลอื่นเป็นที่รัก ไม่ว่าจะเป็นสามี ภรรยา พี่ น้อง หรือนายจ้าง ย่อมมีคาดหวังต่อการดูแล โดยผู้ให้ข้อมูลเน้นความคาดหวังในเรื่องของตัวผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับจากสถานบริการด้านสาธารณสุข ตลอดจนความคาดหวังถึงผลของการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หรือเพียงเพื่อให้ผู้ป่วยนั้นมีความสุข

ประเด็นย่อยที่ 2 : ความต้องการของผู้ดูแล

ด้วยความสูงอายุของผู้ดูแล ที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายด้วยแล้วทำให้ผู้ดูแลเองเกิดความรู้สึกเป็นกังวล เพราะเมื่อให้การดูแลเป็นระยะเวลาหนึ่งก็จะมีอาการเหนื่อยล้า และเบื่อหน่ายบ้างเป็นบางเวลา ฉะนั้นผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ดูแลจึงมีความต้องการมีผู้ช่วยหรือตัวแทนในการดูแลเพื่อมาสับเปลี่ยนบ้าง หากผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลหรือมีกิจวัตรประจำวันได้ และผู้ให้ข้อมูลดูแลบาง

เรามองหากิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันและอาจส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้เปลี่ยนบรรยากาศ ลดความเครียด และส่งผลต่อการดูแลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทราบถึงการให้ความหมายของประสบการณ์การดูแลของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ทำให้เข้าใจถึงความหมายการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าของผู้ดูแลสูงอายุ ในมุมมองตามการรับรู้ของผู้ดูแลผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยทางการพยาบาลดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ใช้เป็นความรู้ในการวางแผนเพื่อส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
2. จัดกิจกรรมเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ หรือเปิดช่องทางการขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า เพื่อป้องกันภาวะเครียด ซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ดูแลสูงอายุ
3. จัดให้มีการเยี่ยมบ้านเพื่อเป็นการเฝ้าระวัง และส่งเสริมกิจกรรมต่างๆแก่ผู้ดูแล ตลอดจนร่วมค้นหาผู้ดูแลรองในครอบครัวเพื่อลดภาระและยังเป็นขวัญและกำลังใจแก่ผู้ดูแล
4. ให้ความสำคัญและจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเพื่อเป็นการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ควรมีการศึกษาถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลสูงอายุในภูมิภาคอื่นๆด้วยเนื่องจากอาจมีบริบทที่แตกต่างกันจะได้ทราบถึงความต้องการและปัญหาที่เกิดจากการดูแลได้
2. นำผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการวิจัยเพื่อให้การดูแลผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

รายการอ้างอิง

- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, จันทรเพ็ญ แสงเทียนฉาย, ยุพิน อังสุโรจน์ และ Berit Ingresoll - Dayton. (2543). ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย : การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารพญาวินิตวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1(3) : 21 - 34.
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2546). ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เชียงใหม่ โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2550). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้ง,
- ชรัตน์ ต้นดีอำนวย. (2550). ประสบการณ์และความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยนครสวรรค์.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- ดวงรัตนา สุขบูรณ์. (2547). บทบาทสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. การศึกษาค้นคว้าอิสระ ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ. (2554). ทศนคติและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 1(1) : 58 - 65.
- ต้นติมา ดั่งโยธา และคณะ. (2553). การศึกษาและพัฒนาความหยั่งตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล. วารสารพฤติกรรมศาสตร์ 16(2) : 50 - 65.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ อูมาพร อุดมทรัพย์กุล. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 56(2) : 103 - 116.
- ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธรมินทร์ กองสุข และคณะ. (2551). ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย : ผลจากการสำรวจระดับชาติ วิทยาโรคทางจิตเวชในคนไทยการศึกษาระดับชาติ ปี 2551.
http://164.115.5.58/seminar/file/20110707/oral_presentation6/o6_04.pdf สืบค้นเมื่อ 19 เมษายน 2555
- ธีรวรรณ คนชม. (2552). ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุที่ภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตา ชูโต. (2551). การวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : พรินต์โพร,

- นงลักษณ์ ทรงลำเจียก. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อภาวะใน การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. โครงการศึกษาอิสระ โรงพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิกา ทวีชาชาติ. (2548). ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- นุสรุา วรภัทรารท. (2547). ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบ็ญจลักษณ์ อัครพสุชาติ. (2550). บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในเขตเทศบาลเมือง อุดรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์. (2546). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. สงขลานครินทร์เวชสาร 21(4) : 249 - 258.
- ปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม. (2544). ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทาง จิตเวชด้านจิตวิญญาณ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณี สมเทศน์. (2550). การดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัว : กรณีศึกษาบ้านนาศรีดงเค็ง ตำบล สะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์ เพื่อการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
- พลสิน เถลิวัฒน์. (2552). ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมกับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยวัยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- พอลลีน กิณเฑาะดี และ สายศิริ ตำนวัฒน์. (2552). คู่มือประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สหพัฒนไพศาล,
- ภาวดี เหมทานนท์. (2546). ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยที่บ้าน และผลลัพธ์จากการดูแล. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิต ศรีสุรงานนท์ และจำลอง ดิษยวนิช. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสง ศิลป์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2549). คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2542). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สุวีชาญการพิมพ์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ที่ คิว พี,
- มยุรี กลั้ววงศ์ และคณะ. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทของผู้ดูแล. วารสารพฤติกรรมศาสตร์ 15(1) : 57 - 75.

- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). **ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัจจัยในการวิจัย**. งามาธิบดีพยาบาล สาร. 1 : 84 - 94.
- วันเพ็ญ แสงสงวน. (2539). **การพัฒนาแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ**. เอกสาร การวิจัย เรื่อง การพัฒนาแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พ.ศ.2538. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). **ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน : มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- ศิริพันธ์ สาส์ตย์. (2551). **การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : แอคทีฟ พรินท์,
- ศศิธร ช่างสุวรรณ. (2548). **ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพัตรา พุ่มพวง. (2547). **ความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2543). **แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณ3.
- สุวิมล สมัตถะ. (2541). **ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). **การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล**. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2549). **จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์,
- สถิตย์ วงศ์สุรประภิต. (2542). **ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สยาม มุสิกไชย. (2549). **ความต้องการการดูแลหลังการบำบัดรักษาของผู้ป่วยยาเสพติด**. จาก <http://www.sdtc.go.th/paper/73> สืบค้นเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2555
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2553). **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ**. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). **อาการซึมเศร้าในเด็ก: การศึกษาโดยใช้ Children's Depression Inventory**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย: 41(4); 222- 228.

- อัจฉารวรรณ แก่นอินทร์. (2548). การศึกษาการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคอง ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ. โครงการศึกษาอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิัญญา เจริญฉ่ำ. (2551). ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และ ลัดดา ดำริการเลิศ. (2553). การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า และ ผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สมมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง,
- Ahlstrom B. H., Skarsater I., and Danielson E. (2009). Living with major depression: experiences from families' perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Science*, **23**, 309-316.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper Row.
- Beck, A.T., et al. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York : Guilford.
- Belanoff, et al. (2001). Current Opinion in Psychiatry . *Am J Psychiatry* 16 (1) :89-119.
- Biegler P. (2008). Autonomy, Stress and treatment of depression. *BMJ* ; 36:1046-1050.
- Bosworth H. B. et al. (2002). Psychosocial and clinical predictors of unipolar depression outcome in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17(3) : 238 - 246.
- Chakrabarti, S., Kulhara, P., 1999. Family burden of caring for people with mental illness. *British Journal of Psychiatry* 174, 463.
- Chakrabarti, S., Kulhara, P., Verma, S.K., (1992). Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 86, 247- 252.
- Concha A., Ramirez A., DelaFuente M.A., et al. (2003). Concept of health and health needs of suburban residents in a developing country: Qualitative study. *Asia Pacific Family Medicine*, **2**, 107-113.
- Covinsky, K. E., Eng, C., Lui, L. Y., Sands, L. P., Sehgal, A. R., Walter, L. C., Wieland, D., Eleazer, G. P , & Yaffe, K. (2003). Reduced employment in caregivers of frail elders: Impact of ethnicity, patient clinical characteristics, and caregiver characteristics . *Journals of Gerontology: Medical Sciences* , 56A , M707 – M713 .
- Covinsky , K. E. , Newcomer, R., Fox, P., Wood, J., Sands, L., Dane, K., Yaffe, K. (2001). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia . *Journal of General Internal Medicine* ,18, 1006 – 1014.

- Coughlin, J. (2010). Estimating the impact of caregiving and employment on well-being. **Outcome and Insight**, 2(1), 1-7.
- Dangdomyouth P. (2006). **Family caregiving process for a person with schizophrenia**. Thesis Doctor degree Chulalongkorn University.
- Davis, L.L. (1992). Building a science of caring for caregivers. **Family and Community Health**, 15 : 1-9.
- Dowrick C. et al. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression : multicentre randomized controlled trial. **BMJ**; 321: 1-6.
- Ell K., & Enguidanos S. (2004). **Evidence-based Depression Care for Elders in Home Health & Geriatric Care Management**. *National Gerontological Social Work Conference, Anaheim, CA, March*.
- Fadden, G., Bebbington, P., Kuipers, L., (1987a). The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. **British Journal of Psychiatry** 150, 285– 292.
- Fadden, G., Bebbington, P., Kuipers, L., (1987b). Caring and its burdens: a study of the spouses of depressed patients. **British Journal of Psychiatry** 151, 660– 667.
- Garrido, M.M., Kane, R. L., Kaas, M. Kane, R. A. (2009). Perceived need for mental health care among community-dwelling older adults. **Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences**, 64(B), 6, 704-712.
- Goldberg D., Huxlay P. (1992). **Common mental disorders : a biosocial model**. London : Rutledge.
- Gonzalez L. A. M. et al. (2010). The experience of family caregivers of older people with depression. **Rev Esc Enferm USP** 44(1) : 32 - 38.
- Lee K. H. (2010). Help-seeking behaviors by Korean Americans with depression or anxiety. Unpublished doctoral dissertation. University of Illinois at Chicago. Retrieved from <http://web.ebscohost.com> September 9, 2011
- Lewin, L. (2003). **The Client with a Depressive Disorder** . In : Deborah, Antai-Otong CD, editor. *Psychiatric Nursing : Biological & Behavioral Concepts*. United States : Thomson Learning, Inc.
- Lotrakul M. (2005). Suicide in the north Thailand. **J Med Assoc Thai** 88 : 944 - 948.
- Mellor D. et al. (2008). The Management of Depressed Elderly Care Recipients : Family Perspectives on the Skills of Professional Carers. **Journal of Community Health Nursing** 25 : 44 - 61.

- Mojtabai.R& Olfson.M. (2004). Major depression in community – dwelling middle – aged and older adults : prevalence and 2 – and 4 – year follow – up symptoms. **Psychological Medicine** 34(4) : 623 - 634.
- Paykel E. S. and Priest R.G. (1992). Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. **BMJ** ; 161:633-7.
- Persky, T. (2011). Overlooked and Underserved: Elders in Need of Mental Health Care. Retrieved from <http://www.mhaging.org/info/olus.html> January 21, 2012
- Sidik.S.M, Zulkefli.N.A.M, Mustaqim.A. (2003). Prevalence of depression with chronic illness among the elderly in a rural community in Malaysia. **Asia Pacific Family Medicine** 2(4) : 196 - 199.
- Van Wijngaarden, B., Schene, A. H., & Koeter, M. W. (2004). Family caregiving in depression: Impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. **Journal of Affective Disorders**, 81, 211–222.
- Watson J. (2008). **The Philosophy and Science of Caring**. Boulder: University Press of Colorado;.
- Worakul P., Thavichachart N., Lueboonthavatchai P. (2007). Effects of Psycho – educational Program on Knowledge and Attitude upon Schizophrenia of Schizophrenic Patients' Caregivers. **J Med Assoc Thai** 90(6) : 1199 - 1204.

ภาคผนวก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

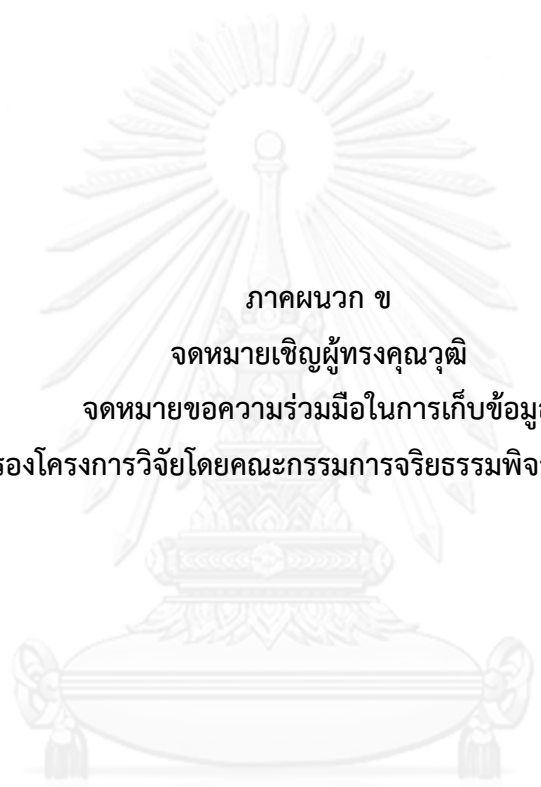
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
2. อาจารย์ ดร. วิมลนันท์ พุฒิวณิชพงศ์ คณะพยาบาลศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย โรงพยาบาลท่าเรือ พระนครศรีอยุธยา



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ข
จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
เอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการวิจัยในคน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

18-JUL-2013 14:00

P. 01

วิจัย 6 คุณอุณา

วิทยาลัยพหุเทคโนโลยี
สภามหาวิทยาลัย
ส. 1605/2556
วันที่ 8 ก.ค. 2556
เวลา 13.09.76

ที่ ศบ 0512.11/0965

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

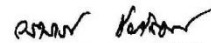
เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฐกฤตา เขาวนรารักษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรโชชา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. จอนฉะจง เพ็งจาด อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร. จอนฉะจง เพ็งจาด

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรโชชา โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวณัฐกฤตา เขาวนรารักษ์ โทร. 081-012-8407

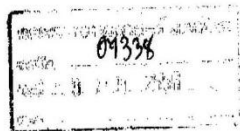
FROM :

FAX NO. : **ตำรวจนครบาล**

Jul. 18 2013 01:01PM P1

ถึง คุณณัฐกฤตา

ที่ โทร 0512.11/0965



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทพพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
- 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฐกฤตา เขาวรรักษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรโชทยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. วิมลนันท์ พุฒินิซพงศ์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน คณบดี
 เพื่อใบเสนอ
 สำเนาเรื่องเรียน **ดร. วิมลนันท์ พุฒินิซพงศ์**
 เรื่องส่ง **ณัฐกฤตา**

ขอแสดงความนับถือ
วรารกรณ์ ชัยวัฒน์
 (รองศาสตราจารย์ ดร. วรารกรณ์ ชัยวัฒน์)
 รองคณบดี
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
 อนุมัติ
นาง พงษ์ วัฒนา

ส่วนเรียน ดร. วิมลนันท์ พุฒินิซพงศ์ (รองศาสตราจารย์ ดร. พงษ์คำ ติลกสกุลชัย)
 ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130 คณะพยาบาลศาสตร์
 อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรโชทยา โทร. 0-2218-1159 - 9 ก.ค. 2556
 ขอนิสิต นางสาวณัฐกฤตา เขาวรรักษ์ โทร. 081-012-8407

เรื่องส่ง สारบรรณตอบเก็บ
 สำเนา - **ภาควิชา ภาควิชาจิตเวชและอาจารย์ ดร. วิมลนันท์**
 - งาน
 กรกฎาคม 10 ก.ค. 56

ที่ ศธ 0512.11/๐๙๖๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าเรือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฐกฤตา เขาวนรารักษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวณัฐกฤตา เขาวนรารักษ์ โทร. 081-012-8407

ที่ ศธ 0512.11/ 1062



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์สมบูรณ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฏฐ์กฤตดา เขาวนัวรารักษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 20 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แนวคำถามที่ใช้ในการวิจัย และแบบบันทึกภาคสนาม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวณัฏฐ์กฤตดา เขาวนัวรารักษ์ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารักษ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา โทร. 0-2218-1159

ชื่อนิสิต

นางสาวณัฏฐ์กฤตดา เขาวนัวรารักษ์ โทร. 081-012-8407



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชบุรี(กลุ่ม พรส.) โทร.๐๒๔๔
ที่รบ.๐๐๓๒.๑๐๒.๑/ ๘๕๓๖ วันที่๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๖
เรื่อง อนุญาตการดำเนินงานวิจัยในโรงพยาบาลราชบุรี

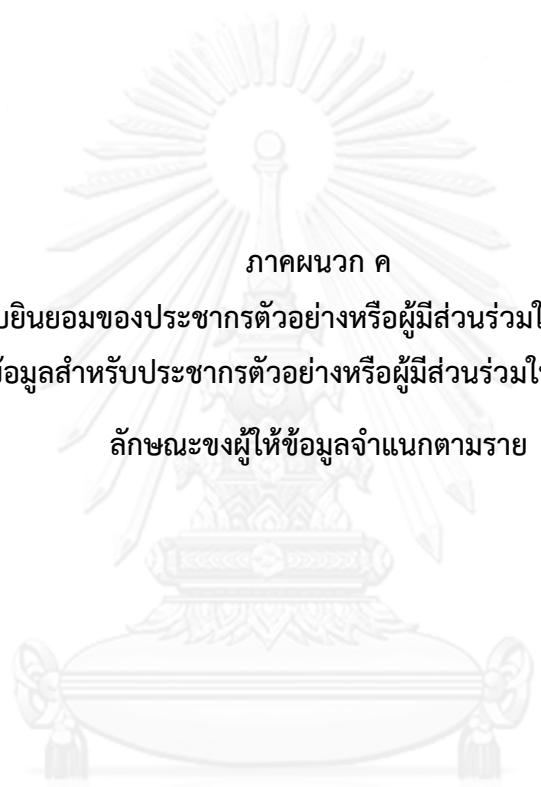
เรียน นางสาวฉวีลักษณ์ กฤตฤตา เขาวนัวรารักษ์

สืบเนื่องจากการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี
ประชุมประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ชื่อผลงานวิจัย “ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรค
ซึมเศร้า” ผู้วิจัยหลัก นางสาวฉวีลักษณ์ กฤตฤตา เขาวนัวรารักษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการพิจารณามีมติ อนุมัติ ให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลราชบุรีตามโครงร่าง
งานวิจัยที่เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายสุพจน์ จิระชาวีโร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชบุรี



ภาคผนวก ค

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามราย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)**

ชื่อการวิจัย ประสพการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า

เลขที่ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจ จากผู้วิจัยชื่อ นางสาวณัฐกฤตา เขาวนัรารักษ์ ที่อยู่ 69 ม.1 ต.หนองปรัง อ.เขาย้อย จ.เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์ 081-0128407 ถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับหัวข้อในการสนทนาในเรื่อง ประสพการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ และจะทำการลบทำลายเทปทิ้งหลังสิ้นสุดการวิจัยทันที

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิจะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่ผลกระทบต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น และตัวผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ข้าพเจ้าให้การดูแล

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกัข้าพเจ้าจะเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

..... ลงนาม.....

สถานที่/วันที่ (.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

..... ลงนาม.....

สถานที่/วันที่ (นางสาวณัฐกฤตา เขาวนัรารักษ์)

ผู้วิจัย

..... ลงนาม.....

สถานที่/วันที่ (.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการ ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวณัฐกฤตา เขาวนัวรารักษ์
 นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน กลุ่มงานการพยาบาล
 โรงพยาบาลปากท่อ อ.ปากท่อ จ. ราชบุรี
 หมายเลขโทรศัพท์ 081-0128407

E-mail address : Natkritta.jeab@gmail.com

4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ผู้ให้ข้อมูล หรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า และนำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการพยาบาลที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ เพื่อพัฒนาเป็นแนวทางในการเรียนการสอน การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และเป็นแนวทางในการพัฒนาสู่การศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่นที่เกี่ยวข้อง

4.2 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่คาดหวังระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ อาจเกิดการกระทบกระเทือนทางจิตใจได้ เมื่อเกิดสถานการณ์นั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะยุติการสัมภาษณ์ และบำบัดช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ดูแลทันที หรือถ้าหากการกระทบกระเทือนจิตใจยังไม่ดีขึ้น ผู้ดูแลสามารถปฏิเสธการให้สัมภาษณ์และขอยุติการสัมภาษณ์ได้ทันที และในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทปเพื่อความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จะระบุถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า และข้อมูลที่ได้จะถูกลบออกมาเป็นรหัส ใช้เป็นนามสมมุติ และผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีข้อมูลใดๆ ที่สามารถเชื่อมโยงไปสู่ผู้ให้ข้อมูลได้ เทปในการสัมภาษณ์จะไม่มีใครเข้าถึงได้นอกจากตัวผู้วิจัย และจะถูกลบทำลายทิ้งทันทีหลังสิ้นสุดการวิจัย

5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ

5.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ จะได้รับการติดต่อจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ โดยมีการให้ใบข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มี

ส่วนร่วมในการวิจัย (Information sheet) พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจ เกี่ยวกับความยินดีให้ข้อมูลและ ยินดีให้ผู้วิจัยเข้าพบ เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความสมัครใจให้ติดต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อแจ้งให้ผู้วิจัยติดต่อโดยตรงเพื่อเข้าร่วมการวิจัยและเป็นผู้ให้ข้อมูล

5.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกำหนดวัน เวลา สถานที่ที่จะทำการสัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความเป็นส่วน ความสะดวกในการเดินทาง โดยสัมภาษณ์อย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป ใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 45 – 60 นาที และสัมภาษณ์ต่อจนกว่าจะได้ข้อมูลครบถ้วน

6. หากมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติม และสามารถโทรติดต่อในกรณีฉุกเฉิน ได้ที่นางสาวณัฐกฤตดา เขาวนรารักษ์ เบอร์โทรศัพท์ 081-0128407

7. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านผลประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการแจ้งให้ทราบทันที

8. ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธจะไม่มีผลใดๆ กับตัวผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยที่ดูแล

9. การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน และไม่มีการเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

10. การแปลผลข้อมูลจะเป็นการแปลผลในภาพรวม ชื่อและที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูลจะปกปิดเป็นความลับ การเผยแพร่ข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยจะได้รับการอนุมัติจากบัณฑิตศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการเผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวจะได้รับสิทธิเผยแพร่ในห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ และสถาบันวิทยาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

11. จำนวนผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้ประมาณ 10 – 15 คน การหยุดเก็บข้อมูลจะทำเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว หรือได้ประเด็นซ้ำๆ

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมด สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-218-8147 โทรสาร 02-218-8147 E-mail : eccu@chula.ac.th

แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....นามสมมุติ/รหัส.....

วัน/เดือน/ปี ที่สัมภาษณ์.....เวลา.....

ครั้งที่.....สถานที่.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา.....
4. สถานภาพสมรส.....
5. ระดับการศึกษา.....
6. อาชีพก่อนเป็นผู้ดูแล.....อาชีพในปัจจุบัน.....
7. จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน.....คน
ประกอบด้วย.....
8. แหล่งที่มาของรายได้ในครอบครัว.....
9. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
() เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
10. สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย.....
11. ผู้ช่วยเหลือในการดูแล () มี.....คน () ไม่มี
12. ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล.....
13. ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน
เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน.....ชั่วโมง/วัน
14. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย
() มี.....ปี ผู้ป่วยเป็นโรค.....
() ไม่มี
15. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

แนวคำถามที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้สิ่งที่จะต้องการทราบมาสร้างเป็นแนวคำถามหลัก ถ้าคำถามหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไม่เข้าใจ ให้ใช้คำถามรองในการสัมภาษณ์และพยายามสัมภาษณ์ในเชิงลึกมากขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน ตัวอย่างแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

คำถามเกริ่นนำ

ท่านให้การดูแลใครอยู่ และมีความเกี่ยวข้องกับท่านอย่างไร

คำถามหลัก

1. ช่วยเล่าประสบการณ์ในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยให้ฟังว่าเกิดอะไรกับท่านบ้าง
2. ท่านรู้สึกอย่างไรกับสิ่งที่ท่านทำให้กับผู้ป่วย
3. ท่านคิดว่าสิ่งที่ท่านทำให้กับผู้ป่วยมันคืออะไรและเป็นอย่างไร
4. ผลจากการที่ท่านอยู่กับผู้ป่วยเกิดผลกระทบอะไรขึ้นบ้าง
5. แล้วท่านคิดว่าจะทำอย่างไรต่อไป
6. ท่านคิดว่าอายุของท่านที่มากขึ้นมีผลต่อการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยหรือไม่อย่างไร
7. ท่านคิดว่าโรคประจำตัวของท่านมีผลต่อการใช้ชีวิตและการดูแลผู้ป่วยหรือไม่
8. ท่านคิดว่าตนเองสามารถดูแลและใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้หรือไม่
9. ท่านมีความคาดหวังหรือความต้องการในชีวิตในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร
10. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้ป่วยเป็นอย่างไร
11. อะไรที่เป็นสิ่งที่ทำให้ท่านยังใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วย

คำถามรอง

1. ท่านมีความรู้สึกอื่นๆอีกมั้ยคะที่ท่านอยากบอกให้ทราบ
2. มีเหตุการณ์อื่นเพิ่มเติมอีกมั้ยคะนอกจากที่ท่านได้เล่ามานี้
3. ช่วยอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับ.....(ประเด็นที่ต้องการทราบ)

คำถามก่อนสิ้นสุดการสัมภาษณ์

ท่านมีอะไรที่อยากเล่าเพิ่มเติมอีก นอกเหนือจากที่ท่านเล่ามานี้

ผู้หญิงไทยอายุ 65 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 ปัจจุบันประกอบอาชีพค้าขาย ให้การดูแลสามีซึ่งป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาเป็นเวลามากกว่า 10 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามี 2 คน มีบุตรทั้งหมด 3 คน สัมพันธภาพภายในครอบครัวดี ผู้ให้ข้อมูลไม่มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าเลย แต่ทราบถึงอาการและการดูแลจากเพื่อนบ้านและบุคคลากรทางการแพทย์เพียงเล็กน้อย ซึ่งตลอดการรักษาของสามีผู้ให้ข้อมูลจะเป็นคนพาผู้ป่วยไปพบแพทย์สลับกับบุตรชาย โดยผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูลให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดี

ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลผู้ให้ข้อมูลให้ความร่วมมืออย่างดีในการตอบคำถาม มีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส และมีสีหน้าวิตกกังวลเล็กน้อยเมื่อพูดถึงการเจ็บป่วยของสามี และเมื่อผู้วิจัยถามถึงความต้องการของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยผู้ให้ข้อมูลได้แสดงออกถึงความต้องการด้านการดูแลในเรื่องต่างๆอย่างมีความหวัง เมื่อจะสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ให้กำลังใจแก่ผู้ให้ข้อมูลและกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลในการให้ความร่วมมือ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวยินดีและพร้อมที่จะให้ข้อมูลตลอดเวลา

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2

ผู้หญิงไทยอายุ 60 ปี ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ปัจจุบันประกอบอาชีพรับจ้างให้การดูแลผู้ป่วยตามบ้าน โดยปัจจุบันให้การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาประมาณ 1 ปี โดยอาศัยอยู่รวมกันกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งในครอบครัวมีผู้อาศัยร่วมอยู่ด้วย 3 คน คือ พี่ชาย และน้องสาวผู้ป่วย ทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องให้การดูแลไปด้วย

ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าที่สดชื่น แจ่มใส พูดคุยด้วยน้ำเสียงที่มีความสุข ขณะพูดคุยมีการหัวเราะบ้างเมื่อมีการพูดถึงสิ่งที่ดีขึ้น จากการพูดคุยผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่ามีมีความสุขที่ได้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย รู้สึกถึงความรักและผูกพันกับบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยทำให้ไม่รู้สึกรอติดกับการดูแล แต่จะกล่าวถึงความไม่สะดวกต่อการใช้ชีวิตประจำวันของตนเองเพราะต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ไม่มีผู้ดูแลรอง จึงมีความต้องการผู้ดูแลผู้ป่วยรองจากตนเอง เพื่อเมื่อมีเหตุจำเป็นหรือมีธุระตนเองจะได้สามารถปลีกตัวไปทำธุระได้

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3

ผู้หญิงไทยอายุ 72 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพค้าขาย และมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเป็นผู้ที่ให้การดูแลหลักแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุซึ่งเป็นพี่สาวของตนเอง โดยให้การดูแลมาเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี และจะมีผู้ดูแลซึ่งเป็นหลานช่วยดูแลบ้างเป็นครั้งคราว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้ข้อมูลอยู่ในเกณฑ์ดี ผู้ให้ข้อมูลหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยจนอาการผู้ป่วยคงที่แล้วผู้ให้ข้อมูลจึงได้ดูแลแบบเดินทางเข้าไป เย็นกลับ แต่ก็ยังให้การดูแลแบบสม่ำเสมอ มีความเป็นห่วงเป็นใยพี่สาว

ระหว่างที่มีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลพูดหยอกล้อกับผู้ป่วยด้วยสีหน้าเบิกบานเป็นพักๆ แต่ก็แสดงสีหน้าวิตกกังวลเมื่อกล่าวถึงอนาคตในวันข้างหน้า เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลกลัวว่าจะไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยต่อจากตนเอง เพราะผู้ป่วยเป็นโสด ไม่มีครอบครัว อยู่ตัวคนเดียวมาตลอด โดยผู้ให้ข้อมูลมีความมุ่งหวังให้ผู้ป่วยอาการคงที่ไม่มีอาการกำเริบมากขึ้น หรือคาดหวังให้ผู้ป่วยหายจากอาการซึมเศร้าเพื่อที่จะสามารถดูแลตนเองได้เหมือนบุคคลปกติทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4

ผู้ชายไทยเชื้อชาติจีน อายุ 84 ปี ไม่ได้รับการศึกษา ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็นพ่อบ้านคอยดูแลหลานๆ โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นภรรยามานานมากกว่า 10 ปี โดยเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดมาโดยตลอด แต่มาระยะหลังๆผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่หนักเหมือนเมื่อก่อน ประกอบกับบุตร หลานเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล แต่ผู้ให้ข้อมูลก็ยังเป็นผู้ดูแลหลัก อยู่อาศัยกับผู้ป่วยตลอด โดยผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยว่าเมื่อก่อนมีทะเลาะเบาะแว้งกันบ้าง เนื่องจากจากปัญหาต่างๆเข้ามากระทบ แต่ในปัจจุบันสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยดีขึ้น

ระหว่างสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าเรียบเฉย แต่เมื่อกล่าวถึงอดีตที่ผ่านมาผู้ให้ข้อมูลมีน้ำเสียงและท่าทางที่ตื่นตัวโดยกล่าวถึงความยากลำบากในการให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว และเมื่อผ่านพ้นช่วงเวลานั้นมาผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวแสดงความภาคภูมิใจในสิ่งที่ตนเองได้ผ่านมา และในปัจจุบันก็มีความคิดว่าตนเองสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไปได้

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5

ผู้หญิงไทยอายุ 65 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปัจจุบันประกอบอาชีพรับจ้างให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมาเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ และบุตรชายของผู้ป่วย โดยมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและงานบ้านทั่วไป

ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้ายิ้มแย้ม น้ำเสียงเรียบเฉย และมักจะกล่าวถึงผู้ป่วยในทางบวก ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความผูกพันกันเหมือนญาติพี่น้อง จึงอยากที่จะให้การดูแล โดยผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงชีวิตประจำวันของตนเองว่าราบเรียบไม่หวือหวา อาศัยอยู่ในบ้านตลอดไม่ชอบสูงส่งกับใครชอบที่จะอยู่คนเดียว ไม่อยากออกสังคม อยากอยู่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด ไม่อยากทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว แม้เพียง 1-2 ชั่วโมง ผู้ดูแลไม่เคยไปเที่ยวกับเพื่อนๆ เป็นคนมีเพื่อนน้อยและไม่สนิทกับคนในครอบครัวตนเอง

เมื่อพบกันครั้งที่ 2 ผู้สัมภาษณ์ได้ให้คำแนะนำในเรื่องของการออกสังคม การออกกำลังกายบ้างเพื่อผ่อนคลาย ผู้ให้ข้อมูลรับฟังและปฏิบัติตาม และยังบอกว่ามีผลทำให้สมองปลอดโปร่งมากขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 70 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ปัจจุบันประกอบอาชีพรับจ้างให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุประมาณ 8 ปี ซึ่งเป็นภรรยาของผู้ให้ข้อมูล ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและมีบุตรชาย สะใภ้และหลานสาวอยู่ร่วมกัน แต่ผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลยังต้องทำงานรับจ้างร่วมด้วยทำให้ต้องเดินทางไปกลับระหว่างบ้านกับที่ทำงานเป็นระยะๆซึ่งไม่ไกลมากนักเพื่อแวะเข้ามาดูแลผู้ป่วย โดยนายจ้างอนุญาตและเข้าใจในความจำเป็นของผู้ให้ข้อมูล สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งในปัจจุบันผู้ป่วยซึ่งเป็นภรรยาอาการยังกำเริบเป็นระยะๆ มีร้องไห้คนเดียวบ้างบางครั้ง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความเป็นห่วงและรู้สึกกังวลหากไม่ได้อยู่ใกล้ชิด

ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าสดชื่น ร่าเริง พุดหยอกล้อกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความขบขัน ทำให้ผู้ป่วยหัวเราะได้ แต่เมื่อกล่าวถึงความต้องการของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อการดูแลผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมหรือให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยได้เพลิดเพลินแทนการอยู่บ้านคนเดียว จากการบอกเล่าผู้ให้ข้อมูลได้พาผู้ป่วยออกสังคมบ้างเพื่อเปลี่ยนบรรยากาศ ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ที่ดีขึ้น

และเมื่อพบกันครั้งที่ 2 ผู้สัมภาษณ์ได้ให้คำแนะนำถึงการหากิจกรรมยามว่างมาให้ผู้ป่วยได้ทำ โดยอาจทำร่วมกับบุคคลในครอบครัว โดยผู้ให้ข้อมูลได้นำเสนอถึงการทำสวน การทำอาหารร่วมกัน ซึ่งได้ผลช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น มีอารมณ์แจ่มใสมากขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 63 ปี ระดับการศึกษาอนุปริญญา มีอาชีพรับราชการ ปัจจุบันเกษียณอายุราชการแล้ว ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นภรรยาตนเองมาเป็นระยะเวลา 3 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่ร่วมกันเพียง 2 คน จะมีลูกหลานเข้ามาเยี่ยมเยียนบ้างเป็นครั้งคราว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้ข้อมูลอยู่ในเกณฑ์ดี ไม่มีทะเลาะเบาะแว้งกัน มีความเข้าอกเข้าใจกันดี

ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี บอกเล่าถึงประสบการณ์การดูแลที่ผ่านมาอย่างสนุกสนาน แสดงความคิดเห็นในเรื่องราวต่างๆ ที่ตนเองประสบมา ซึ่งปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าผู้ป่วยอาการเหมือนคนปกติทั่วไป ตนไม่รู้สึกรว่าภรรยาเป็นคนป่วย แต่ก็ยังมารับยาต่อเนื่อง และผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่าการพักผ่อนโดยการพาไปเที่ยวสถานที่ต่างๆทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น ซึ่งจากการสังเกตของผู้วิจัยผ่านการบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการนอนหลับ มีปัญหาเรื่องการนอน ผู้วิจัยจึงได้แนะนำเรื่องการทำสมาธิ การฟังธรรมะก่อนนอน การออกกำลังกายในช่วงเย็น เพื่อแก้ไขปัญหานอนหลับ ผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยรับฟังและจะลองปฏิบัติตาม

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8

ผู้หญิงไทย อายุ 62 ปี ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ไม่ได้แต่งงาน มีอาชีพค้าขาย ปัจจุบันอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยซึ่งเป็นมารดา ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลผู้ป่วยซึมเศร้ามาเป็นระยะเวลา 2 ปี โดยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ให้การดูแลทั้งงานบ้านและบิดาซึ่งนอนป่วยเป็นอัมพาตร่วมด้วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้ข้อมูลไม่ค่อยดีนัก ทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นประจำ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกว่ารุมตักบุตรชายมากกว่าบุตรสาว ทำให้เมื่อทำอะไรมักจะถูกต่อว่าอยู่เสมอ

ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าเรียบเฉย แต่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี มีความสนใจถึงคำแนะนำ หรือข้อมูลจากผู้สัมภาษณ์ให้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล แต่มีบางช่วงที่มารดาเข้ามาสนทนาด้วยและมักจะพูดจากับผู้ให้ข้อมูลด้วยน้ำเสียงดุตัน แต่ผู้ให้ข้อมูลก็ไม่ได้แสดงความไม่พอใจ จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีความคาดหวังที่จะได้รับการช่วยเหลือ หรือการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐในการเข้ามาดูแลผู้ป่วยมากกว่าที่เป็นอยู่ เพราะผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่ายังได้รับการดูแลที่ไม่เพียงพอกับความต้องการ

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้าง ให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุซึ่งเป็นมารดามาประมาณ 7 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและมีพี่ชาย

และหลานสาวอยู่ด้วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ดี ผู้ให้สัมภาษณ์ยังไม่มีครอบครัว จึงรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัวโดยได้รับเงินค่าดูแลเพียงเล็กน้อย

ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีสีหน้าเรียบเฉย ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลดี มีข้อซักถามบ้างเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรืออาการที่ผู้ป่วยเป็น ซึ่งแสดงถึงความเอาใจใส่ของผู้ให้ข้อมูลต่อการดูแลผู้ป่วย และจากการให้ข้อมูลพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการด้านการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรม เพราะมีความรู้สึกว่าการที่ผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้น ซึ่งในปัจจุบันพบว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นมีน้อยและจำนวนจำกัดทำให้การเข้าถึงนั้นเป็นไปได้ยาก จึงอยากให้จัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยมากขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 78 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ให้การดูแลบุตรหลานและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นสามีมาประมาณ 10 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย บุตรสาว และหลาน มีหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งสามีเป็นอัมพาตท่อนล่างและป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร่วมด้วย โดยสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้ข้อมูลไม่ตึงเครียด มีทะเลาะเบาะแว้งกันบ้างเป็นปกติ ผู้ป่วยมักเสียงดัง ตะคอกใส่ผู้ให้ข้อมูล และมักจะหาเรื่องว่ากล่าวอยู่เป็นประจำ บางครั้งผู้ให้ข้อมูลรู้สึกอยากออกจากบ้าน ออกจากบรรยากาศเดิมๆที่เป็นอยู่ เช่นไปอยู่บ้านญาติพี่น้อง แต่ก็ไม่สามารถตัดใจไปได้ เนื่องจากยังมีความห่วงใยผู้ป่วยอยู่

ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ร้องไห้ เพราะเพิ่งมีปัญหากับผู้ป่วย ประกอบกับภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลในบ้านทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ บางครั้งมีความคิดฆ่าตัวตาย จึงอยากให้มีส่วนช่วยเหลือที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยแทนตนเองบ้าง แต่เมื่อพูดคุยกะยไปสักระยะหนึ่งผู้ให้ข้อมูลก็สามารถปรับอารมณ์ให้เป็นปกติได้ โดยมีหลานๆเข้ามาให้กอดทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกเย็นลง และยิ้มได้ในที่สุด ผู้สัมภาษณ์จึงให้คำแนะนำเรื่องการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของผู้ให้ข้อมูลกรณี que ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ในเขตรับผิดชอบให้ทราบถึงอาการของผู้ให้ข้อมูลเพื่อป้องกันการสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้นได้

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวณัฐกฤตา เขาวนัรารักษ์ เกิดวันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2523 ภูมิลำเนาจังหวัด เพชรบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนীরาชบุรี เมื่อปี พ.ศ.2545 และเข้ารับการศึกษต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคนอกเวลา) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี การศึกษา 2554 ปัจจุบันรับราชการ โดยปฏิบัติงานในงานกลุ่มการพยาบาล ดำรงตำแหน่งพยาบาล วิชาชีพชำนาญการ ประจำหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลปากท่อ อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY