

ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในระยะพึ่งพิง

พนัธมน สุภารี* พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

จิราพร เกศพิชญพัฒนา** Ph.D. (Gerontological Nursing)

บทคัดย่อ :

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในระยะพึ่งพิง โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของมาร์ติน ไฮเด็กเกอร์ ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ หญิงสูงวัยที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และเกี่ยวข้องเป็นภรรยา จำนวน 14 ราย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การสังเกต และการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในระยะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ดูแลด้วยความผูกพัน และ 2) ลำบากด้วยกันมาต้องช่วยเหลือกันไป และพบว่า ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในระยะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป 2) การยอมรับและเรียนรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแล ซึ่งต้องปรับตัวให้เข้าใจกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และ 3) การเป็นผู้ดูแลในบริบทของภรรยา ผลการศึกษาดังกล่าวนี้นี้จะช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในระยะพึ่งพิง เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้การดูแลภรรยาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ประสบการณ์ชีวิต หญิงสูงวัย ภาวะพึ่งพิง สามีที่เจ็บป่วย

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,

E-mail: wattanaj@yahoo.com

วันที่รับบทความ 28 พฤษภาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 26 กรกฎาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 30 กรกฎาคม 2564

Lived Experience of Older Women Caring for Frail Dependent Elderly Spouses

Pantamon Suparee M.N.S. (Gerontological Nursing)*

*Jiraporn Kespichayawattana** Ph.D. (Gerontological Nursing)*

Abstract:

This research aimed to study the lived experience of older women caring for a frail, dependent elderly spouse using the qualitative research method and phenomenology of Martin Heidegger. The key informants were 14 older women who were the main caregivers of a frail, dependent elderly spouse, selected through the purposive sampling method. The data were collected through an in-depth interview, observation, notes, and tape recordings. The data were then transcribed using verbatim transcription and analyzed using content analysis. The results indicated that the meanings of being a caregiver to a frail, dependent elderly spouse provided by the informants could be divided into two points: 1) taking care with deep connection and 2) taking care because they had been through difficulties together. It was also found that the experience of older women caring for a frail, dependent elderly spouse could be categorized into three themes, which were 1) life changed, 2) acceptance and learning of being caregivers, and 3) being a caregiver in the context of being a wife. The findings of this study could lead to an understanding of lived experiences of older women caring for a frail, dependent elderly spouse and serve as guidelines to help wives who take care of a frail, dependent elderly spouse for efficient care.

Keywords: Lived experience, Older women, Dependent, Elderly spouse

**Master's student, Master of Nursing Science Program (Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Chulalongkorn University*

***Corresponding author, Assistant Professor, Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University,*

E-mail: wattanaj@yahoo.com

Received May 28, 2021, Revised July 26, 2021, Accepted July 30, 2021

ความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโลกมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ รวมถึงในประเทศไทยที่กำลังมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจำนวนมากถึง 12 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด¹ จากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุกำลังเผชิญกับปัญหาเรื่องของสุขภาพ อันเนื่องมาจากการเสื่อมถอยของอวัยวะหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลของการเจ็บป่วยเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ด้วยตนเอง เกิดภาวะทุพพลภาพหรือพิการอันจะนำไปสู่ภาวะพึ่งพิง (dependents) ได้ในที่สุด² ทั้งนี้จากการสำรวจเกี่ยวกับแนวโน้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พบว่าอัตราความชุกของภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุเพศชาย มีมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง³ และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2580 ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น¹

จากการที่ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการใช้ชีวิตประจำวันพื้นฐาน (Activities of Daily Living: ADLs) การช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติได้ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีมากถึงร้อยละ 20.7 แบ่งเป็นผู้สูงอายุเพศชายร้อยละ 16.6 และผู้สูงอายุเพศหญิงร้อยละ 4.1¹ เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ด้วยตนเองจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ รวมทั้งเกิดการในการดูแลของบุคคลในครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุของการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุมี 4 สาเหตุ คือ 1) ภาวะสมองขาดเลือด 2) โรคเรื้อรังร่วม 3) ภาวะสมองเสื่อม 4) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เนื่องจากประสบกับปัญหาความอ่อนแอของร่างกายและความเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ⁴ การที่ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงทำให้ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันต่าง ๆ จากแนวโน้มการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้ชายมีอัตราการเกิดภาวะพึ่งพิงสูงกว่าผู้หญิง เนื่องจากผู้ชายมีการเจ็บป่วยที่เกิดจากพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ⁵ ซึ่งส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพของประชาชนปี พ.ศ. 2560 ที่พบว่า ผู้สูงอายุชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงถึงร้อยละ 14.2 และดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 3.1⁶ ประกอบกับผู้ชายที่เป็นสามีสวนใหญ่จะมีอายุมากกว่าภรรยา ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุชายเกิดการเจ็บป่วยขึ้นบทบาทในการดูแลจึงตกเป็นของสมาชิกในครอบครัว⁷ เนื่องจากปัจจุบันครอบครัวมีขนาดเล็กส่งผลให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 21⁶ จึงทำให้บทบาทหน้าที่ในการดูแลสามีวัยสูงอายุเป็นของภรรยาที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สอดคล้องกับการสำรวจที่พบว่า ภรรยาที่อยู่ในวัยสูงอายุจะต้องรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลสามีเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือภาวะพึ่งพิงเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 51.3¹

ในบริบทของสังคมไทยยังคาดหวังว่าผู้หญิงจะต้องทำหน้าที่ในการดูแลสามีและดูแลครอบครัว⁸ ดังนั้นเมื่อสามีเกิดการเจ็บป่วย หรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง ภรรยาจึงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสามีที่อยู่ในวัยสูงอายุ เมื่อภรรยาเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ที่กลายเป็นผู้ดูแล ทำให้ภรรยารู้สึกว่าตนสูญเสียอิสรภาพ⁹ เนื่องจากสูญเสียเวลาส่วนใหญ่ในการดูแลสามีจึงรู้สึกว่าการดูแลสามีกลายเป็นความรับผิดชอบใหม่ที่เกิดขึ้นในชีวิต ความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยาเปลี่ยนไปกลายเป็นความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยแทน¹⁰ เช่นเดียวกับสังคมในต่างประเทศที่คาดหวังว่าผู้หญิงมีความละเอียดอ่อนมากกว่าผู้ชาย ผู้หญิงจึงต้องเป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว และมักจะมองว่าความต้องการของครอบครัวมีมากกว่าความต้องการของตนเอง¹¹ เมื่อผู้หญิงถูกคาดหวังจากสังคมในการรับบทบาทหน้าที่ในการดูแล ทำให้ผู้หญิงเกิดความเครียด อาจส่งผลต่อการเกิดโรคทางกายต่าง ๆ ตามมา¹²

ดังนั้น ผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ ดังคำกล่าวที่ว่า ผู้ดูแล คือ “ผู้ป่วยซ่อนเร้น” (hidden patient)¹³ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดจากการเสื่อมถอยของวัยสูงอายุซึ่งมักจะมาควบคู่กับปัญหาสุขภาพ หรือ โรคภัยไข้เจ็บ¹⁴ อีกทั้งยังต้องรับผิดชอบดูแลบ้านควบคู่ไปกับการทำหน้าที่ดูแลสามที่เจ็บป่วยด้วยซึ่งเป็นเรื่องส่งผลต่อความยากลำบากในการดูแล¹⁵ ดังนั้น การเป็นภรรยาวัยสูงอายุที่ดูแลสามที่เจ็บป่วยอาจส่งผลกระทบหรือทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาระในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลวัยอื่น¹⁶ และอาจส่งผลให้ผู้ดูแลอยู่ในภาวะพึ่งพิงได้นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ดูแลที่เป็นภรรยามีความเครียดมากในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล¹⁷

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงภายใต้บริบทของสังคมไทย ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาไว้บ้างแล้ว แต่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การจัดการกับความเครียด ผลกระทบจากการรับบทบาทหน้าที่ในการดูแล สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวจากการดูแลตนเองมาเป็นผู้ดูแล การเผชิญกับปัญหา ซึ่งเป็นการศึกษาในเชิงแลกเปลี่ยนความรู้จากประสบการณ์แห่งตน ยังไม่มีผู้ที่ศึกษาไว้ ดังนั้น การศึกษาโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของมาร์ติน ไฮเด็กเกอร์ (Martin Heidegger)¹⁸ โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) จึงเป็นวิธีที่ช่วยให้เข้าถึงข้อมูลและเข้าใจถึงประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่ได้ประสบพบมาด้วยตนเองโดยตรง ซึ่งคำนึงถึงภูมิหลังและบริบทที่ผ่านมา โดยประสบการณ์ดังกล่าวเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในช่วงชีวิตของมนุษย์¹⁹ ช่วยให้สามารถเก็บรายละเอียดข้อมูลที่เป็นความรู้สึกนึกคิด ตลอดจนค่านิยม อุดมการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างลึกซึ้งและลงประเด็นที่สนใจได้²⁰

ดังนั้น ในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงอายุที่ดูแลสามที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง จะทำให้เกิดการเรียนรู้และ

เข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงอายุที่ดูแลสามที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงได้อย่างชัดเจนมากขึ้น และนำความรู้ ประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษา ไปถ่ายทอดรวมถึงให้คำแนะนำใช้ในการช่วยเหลือผู้ดูแลรายอื่น ๆ ให้สามารถนำมาปรับใช้ในการดูแลได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงอายุที่ดูแลสามที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของมาร์ติน ไฮเด็กเกอร์ ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยตรง มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจโลกหรือปรากฏการณ์แลประสบการณ์จริงของผู้ให้สัมภาษณ์¹⁹ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงอายุที่ดูแลสามที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง โดยมุ่งวิเคราะห์ว่าผู้ดูแลบอกเล่าประสบการณ์ในการดูแลสามที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นอย่างไร

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant)

การวิจัยครั้งนี้ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant) แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) หญิงสูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลสามที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (inclusion criteria) ที่ผู้วิจัยกำหนด ดังนี้ 1) เป็นเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ในฐานะภรรยา 2) ให้การดูแลสามที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินคัดกรองความสามารถ

ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในระยะพึ่งพิง

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily Living: ADLs)²⁰ ได้คะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน และระยะเวลาในการดูแลอย่างน้อย 6 เดือน²¹ 3) มีบทบาทเป็นผู้ดูแลหลัก หรือเป็นผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลโดยใช้เวลาในการดูแลอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน 4) มีความสนใจและพร้อมให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ และ 5) สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยคือ เครื่องมือที่สำคัญในการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ (researcher as instrument) กล่าวคือ ผู้วิจัยเป็นผู้วางแผนการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยสัมภาษณ์แบบเชิงลึก สังเกต จดบันทึก และวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงมีการเตรียมความพร้อมด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อศึกษาและเรียนรู้ระเบียบวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ และผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงจากงานวิจัย แนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ ตลอดจนข่าวสารทางเครือข่ายสังคม (social network) ทั้งในและต่างประเทศ นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องส่งผลให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงทั้งในสังคมไทยและต่างประเทศ อีกทั้งยังเข้าใจถึงบทบาทของภรรยาในการเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงในสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ครอบครัวเฉลี่ย แหล่งที่มาของรายได้ ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลในแต่ละวัน และระยะเวลาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง

3. แนวทางการสัมภาษณ์ (interview guideline) ยกตัวอย่างเช่น “คุณเริ่มให้การดูแลสามีที่เจ็บป่วยตั้งแต่

เมื่อไรคะ แล้วสามีท่านป่วยเป็นอะไรคะ...” “การที่ต้องเป็นผู้ดูแลส่งผลต่อคุณอย่างไรบ้าง และคุณมีวิธีการจัดการอย่างไร...” “การดูแลสามีที่เจ็บป่วย ในความรู้สึกรู้สึกของคุณ มีความหมาย หรือความสำคัญกับตัวของคุณอย่างไร...” อะไรที่ทำให้คุณยังคงดูแลสามีต่อไป แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยจะเป็นประสบการณ์ที่หนักหน่วงสำหรับคุณ...” เป็นต้น

4. แบบบันทึกภาคสนาม เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก วันและเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ สิ่งที่เกิดขึ้นได้ เช่น สภาพแวดล้อมโดยรอบบ้าน อากัปกิริยา ท่าทางของผู้ให้ข้อมูล ปัญหาและความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างการสัมภาษณ์

5. อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง และอุปกรณ์เครื่องเขียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งข้อคำถามที่ใช้เน้นคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้เต็มที่ โดยเครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนี้ยังมีการเชื่อมโยงข้อมูลต่าง ๆ ทั้งที่ได้จากการสัมภาษณ์ การบันทึกเทป การสังเกต การจดบันทึกภาคสนาม เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างแท้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 193/2562 และจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ 037/2019 เมื่อโครงการผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยแสดงหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงข้อมูลการวิจัยต่อผู้ให้ข้อมูลทุกราย หากผู้ให้ข้อมูลไม่สนใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถปฏิเสธ

ไม่ตอบคำถามและยุติการให้ข้อมูลได้ทันที โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา กรณีที่สมัครใจในการให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุลของตนเองและหน่วยงานที่เข้ารับการรักษา ผู้วิจัยป้องกันผลกระทบทางลบต่อผู้ป่วย และภาพลักษณ์ของหน่วยบริการ ด้วยการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม การวิเคราะห์และการแปลผลข้อมูลโดยไม่อ้างอิงถึงตัวบุคคล หน่วยงาน และโรงพยาบาลไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น แบบบันทึกเสียงและแบบบันทึกข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงสร้างการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาที่เป็นสถานที่ของข้อมูลวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา และมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเพื่อขอความช่วยเหลือในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล โดยตรวจสอบคุณสมบัติที่ตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

2. หลังจากพบว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของการเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่เพื่อเข้าไปพบผู้ให้ข้อมูลหลักในแต่ละราย และขอความร่วมมือในการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งได้แนะนำตัวและประวัติของผู้วิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการดำเนินการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลให้ได้รับทราบการขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา การจดบันทึกภาคสนาม ขณะทำการสัมภาษณ์ การรักษาความลับโดยการทำลายเทปบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย จากนั้นจึง

ให้เซ็นใบยินยอมเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนไป

3. ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ พร้อมกับบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20-50 นาที ในสถานที่ที่มีความสงบเป็นส่วนตัว ไม่มีผู้คนพลุกพล่าน ในขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายอยู่เพียงคนเดียว ไม่มีสมาชิกท่านอื่นภายในบ้านร่วมการสนทนาด้วย ผู้วิจัยใช้ทักษะของการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก โดยคำนึงถึงสิทธิ์และศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล มีการปรับคำถามในการสัมภาษณ์เพื่อความชัดเจนของข้อมูลตามบริบท ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความรู้สึกหรือแสดงออกถึงความรู้สึกอย่างเต็มที่ โดยรับฟังอย่างตั้งใจแสดงความเห็นใจและนั่งเป็นเพื่อนผู้ให้ข้อมูล ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละรายมีการเข้าไปสัมภาษณ์ 1-2 ครั้ง มีผู้ให้ข้อมูล 3 รายที่เข้าไปสัมภาษณ์ 2 ครั้งเนื่องจากการสัมภาษณ์ครั้งแรกได้ข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจนและยังไม่ครอบคลุม

4. เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งผู้วิจัยพิจารณาระยะเวลาในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งตามความเหมาะสมและความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลหรือเมื่อสังเกตเห็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความไม่พร้อมในการให้สัมภาษณ์ในครั้งต่อไปของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งการได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่เพียงพอได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (saturated data) ก่อนจบการสัมภาษณ์ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงสิ่งที่ได้จากการสนทนาให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบอย่างคร่าวๆ และทำการนัดหมายสำหรับการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปในกรณีที่ยังได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis)²² ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ 1) การ

ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในระยะพึ่งพิง

อ่านข้อความทั้งหมดที่ได้จากการถอดเทป แล้วตัดส่วนที่เป็นข้อความสำคัญ และจัดทำเป็นรหัส 2) จัดหมวดหมู่และตรวจสอบข้อมูลในแต่ละราย เพื่อสร้างข้อสรุปชั่วคราว 3) สร้างประเด็นที่ศึกษา (theme) จากข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย และ 4) นำข้อสรุปที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์เพื่อค้นหาประเด็นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล ตามเกณฑ์การพิจารณาของกุกา และลินคอน²³ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้รับความตรง และเชื่อถือได้มากที่สุด ผู้วิจัยมีแนวทางในการตรวจสอบเพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ โดยให้อิสระในการตัดสินใจยินยอมเข้าร่วม หรือการถอนตัวออกจากงานวิจัย และในขณะที่ทำการจดบันทึก ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนเสมอ รวมทั้งบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนต่าง ๆ ผู้วิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจและกล้าเปิดเผยข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยทำการเลือกรูปแบบในการสัมภาษณ์ให้มีลักษณะใกล้เคียงกับการสนทนาในชีวิตประจำวัน สร้างบรรยากาศให้มีลักษณะของความเป็นกันเอง เพื่อช่วยให้ผู้ให้ข้อมูล ไม่รู้สึกเกร็งในการตอบคำถาม เมื่อได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์ โดยให้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 ราย เข้ามาช่วยในการตรวจสอบข้อมูล หรือแสดงความคิดเห็นว่าข้อมูลที่ได้นั้นตรงกันหรือไม่ (member checking) เพื่อความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย ทำการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่จบการศึกษา

ระดับปริญญาโท (peer review) จำนวน 2 ท่าน และทำการตรวจสอบร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (peer debriefing) ตลอดระยะเวลาในการวิเคราะห์ข้อมูล ช่วยให้ผู้วิจัยลดอคติที่มีต่อการศึกษาวิจัย พิจารณาเห็นพ้องต้องกัน เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ผู้วิจัยนำผลการวิจัยที่ได้ไปอ้างอิง ในปรากฏการณ์หรือกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลหลัก และอยู่ในลักษณะสถานการณ์ และบริบทที่คล้ายคลึงกันกับผู้ให้ข้อมูลหลักเท่านั้น คือ ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง เพื่อสร้างแนวทางอันจะทำให้เกิดการถ่ายโอนผลการวิจัยไปสู่บริบทอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกันได้

3. ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยในการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน โดยการนำเสนอข้อมูลอย่างละเอียด ถูกต้อง โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นอกจากนี้ยังมีการเชื่อมโยงข้อมูลต่าง ๆ ทั้งที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต และการจดบันทึกภาคสนาม เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างแท้จริง

4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ผู้วิจัยได้ทำการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบระเบียบ มีการเก็บสำรองข้อมูล สามารถตรวจสอบได้ ทั้งบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทป และบทสัมภาษณ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และบทสัมภาษณ์ โดยการฟังเทปซ้ำ มีการยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลในบทสัมภาษณ์บางตอนมาประกอบการนำเสนอในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความหมายของการเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่

ประเด็นที่ 1 ดูแลด้วยความผูกพัน

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความหมายการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงว่า การดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพันที่มีต่อกันเป็นระยะเวลายาวนาน สร้างปฏิสัมพันธ์อันดีต่อกัน มีการเกื้อกูลกัน ห่วงหาอาทร และเข้าอกเข้าใจกัน มีการถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน ความรักความผูกพันจึงเปรียบเสมือนแรงจูงใจหรือแรงเสริม ให้ภรรยาที่เป็นผู้ดูแลได้พยายามแสวงหาวิธีการต่างๆ ที่ช่วยให้สามีมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุขตามอัตภาพ และคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่มีค่า และความภาคภูมิใจในอนาคต

“ปากก็ดูแลให้กำลังใจลงเขาตลอดนะ ไม่อยากให้เขาท้อใจ ลงก็ให้กำลังใจไปเหมือนกัน ทุกวันนี้นมันถึงอยู่กันมาได้แบบนี้ เมื่อก่อนลงก็ให้กำลังใจไปแบบนี้เหมือนกัน มันก็คงเพราะเราแต่งงานอยู่กันมานาน ผูกพันกัน เข้าใจกันปากถึงได้ดูแลอยู่อย่างนี้ แกก็คงไม่อยากจะเป็นอย่างนี้หรอก ไปไหนมาไหนก็ไม่ได้” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L19-23)

ประเด็นที่ 2 ลำบากด้วยกันมาต้องช่วยเหลือกันไป

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความหมายการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงว่า การดูแลเปรียบเสมือนสายใยของคู่ชีวิตที่ไม่อาจทอดทิ้งกันได้ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพในอดีตที่แน่นแฟ้น มีการเกื้อหนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน ดูแลซึ่งกันและกัน ร่วมทุกข์ร่วมสุขผ่านช่วงเวลาที่มีความสุขและมีความสุขทุกข์ลำบากมาด้วยกันทำให้ไม่สามารถทอดทิ้งกันได้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่า สิ่งสำคัญที่ทำให้ตนเองสามารถก้าวผ่านความลำบาก ความเครียดมาได้คือ สามีที่คอยให้กำลังใจและพยายามนึกถึงสิ่งที่ดีที่สามีเคยทำให้ตนเองในอดีต ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“มันก็เป็นเรื่องธรรมดา อยู่กันไป ไม่ผิดเป็นก็เมียเป็น มันก็แล้วแต่ คู่ชีวิตเรานั้นก็อยู่กันไปดูแลกันไป ก็ทุกข์ด้วยกัน ทุกข์ด้วยกันสุขด้วยกันนะ

บางทีก็มีทะเลาะกันบ้าง เสียงดังบ้าง เราก็เหนื่อย เรียกเราบ่อย ๆ จะเอาฉันเอานี่ บางทีเราก็อยากทำงานให้เสร็จเหนื่อยด้วยเราก็บ่นบ้างละนะแต่เดี๋ยวก็นุ้ยดี ไม่ได้มาโกรธอะไรกัน” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L123-126)

นอกจากนี้จากผลการศึกษา ยังพบว่า ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

เมื่อภรรยาประสบกับปัญหาที่ในการเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมของผู้ให้มูล ซึ่งต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบของการทำงานเพื่อให้สามารถดำเนินไปพร้อม ๆ กับการดูแลสามีที่เจ็บป่วยได้ รวมทั้งยังต้องเสียสละเวลาส่วนตัว และลดกิจกรรมทางสังคมเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยจนไม่สามารถทำงานได้เหมือนปกติเพื่อให้การดูแลอย่างเต็มที่เต็มเวลา ส่งผลให้ชีวิตขาดความยืดหยุ่น ทำให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า ส่งผลให้การดูแลไม่มีประสิทธิภาพ และเกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพของผู้ดูแลอีกด้วย ในทางกลับกันผู้ดูแลบางรายมองว่า การได้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยทำให้เกิดความใกล้ชิดผูกพันกันมากขึ้น จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังจากการเป็นผู้ดูแล ดังนี้ 1.1) เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก และ 1.2) เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก

เนื่องจากสามีภรรยาใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันมาเป็นระยะเวลายาวนาน ในขณะที่ยังไม่มีการเจ็บป่วยสัมพันธภาพในผู้ให้ข้อมูลและสามีบางรายดำเนินไปในทางที่ดี แต่เมื่อสามีเกิดการเจ็บป่วยจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ภรรยาจึงต้องดูแลสามีและใช้เวลาในการดูแล ทำกิจวัตรประจำวันเป็นระยะเวลานาน ทำให้ภรรยาและสามีเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันเพิ่มมากขึ้น

ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในระยะพึ่งพิง

รวมถึงการที่ต้องมาเป็นผู้ดูแลสามีทำให้ภรรยาดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้สามารถดูแลสามีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“ตั้งแต่ลุงป่วยนะเขาพึ่งพาพูดมากกว่าเมื่อก่อน เมื่อก่อนนะไม่พึ่งใครเลยลุงต้องบอกยาก ใครบอกเขาก็ไม่ฟัง ยิ่งเขากินเหล้านะ เป็นอีกคนไปเลย นี่เขาป่วยหรือหอก หมอเขาให้หยุดกินเหล้า เขาเลยไม่กิน เตี้ยวันลุงเขาก็เพล่า ๆ ลงนะ ดึกกว่าเมื่อก่อนเยอะ บอกอะไรก็เชื่องหมด” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L63-67)

“ลุงแก่แล้วกลัวว่าป้าจะทิ้งให้แกอยู่คนเดียวละมั้ง ใครจะทิ้งลงถ้าป้าทิ้งแกไปใครเขาจะมาดูแลได้ แกก็ต้องตายใครบอกแกก็ไม่ฟังหรือหอก เมื่อก่อนบอกอะไรนะทำสวนทางตลอด แกมาเชื่อฟังบ้างก็ตอนที่แกมาป่วยเข้าโรงพยาบาลนี่แหละ ทุกวันนี้ก็มีแต่ป้าที่บอกแกได้” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L88-91)

1.2 เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ

การรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงอย่างใกล้ชิด เป็นระยะเวลายาวนานในแต่ละวัน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำได้เต็มที่ เช่น การเข้าสังคม การมีเวลาส่วนตัว รวมถึงการที่ผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับบทบาทเชิงซ้อน กล่าวคือผู้ให้ข้อมูลต้องดูแลงานบ้าน หารายได้ และยังต้องดูแลสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอีกด้วย ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า อาจส่งผลให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ดูแลตามมา ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“ตาแก่เป็นคนขี้หงุดหงิด บอกอะไรก็ไม่ฟัง ถ้าแกไม่พอใจเราแกจะกระแทกงานขามใส่เราเลยนะ เหล้าแกก็กิน เมามานี้ใครขัดใจก็ไม่ได้ ยาลิ้นแก้ก็สูบบอกแกห้ามแกไม่ได้หรือหอก

เมื่อก่อนไม่ได้โดยหงุดหงิดใส่ฉันตลอด ทุกวันนี้ดีแกเถียงไม่ได้ ฉันก็จะได้ไม่ว่าอะไร บางทีก็สงสาร” (ID13 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L23-25)

“ตาป่วยมา 3 ปีนี้ยายไม่ได้ทำอะไรเลย เคยทำอะไรได้ ไปไร่ไปนา ปลุกหัก ทำสวน พอตาป่วยก็ไปไหนไม่ได้ จะไปไหนก็หว่านตายก็เจ็บขา ปวดเมื่อย ไปไหนก็ยาก ลำบากไปหมด” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L46-49)

“ตอนลุงแก่ได้อยู่ก็ช่วยกันทำมาหากิน พอแก่ป่วยบ้างก็ต้องทำคนเดียว ไหนจะทำกับข้าว ดูแลลุงล้างแผล หาข้าวหาปลาให้กิน เงินเราก็มไม่มี ลูกเขาให้นะ ก็ไม่พอใช้เพราะเขาก็ไม่มีอ้ายว่าป้าเป็นคนชอบหาปลา ถ้าวินไหนเราหาได้มากก็เอาไปแบ่งขาย พอได้เงินมาบ้างบางทีป้าก็ไปเก็บผักมาขาย ทำงานเหมือนเราเป็นเสาหลัก หนักเพิ่มกว่าเดิมสองเท่า จะทำยังไงได้ แกก็คงไม่อยากเป็นแบบนี้หรือหอก มันเป็นมาแบบนี้ก็ต้องดูแลกันไป” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L107-112)

ประเด็นที่ 2 การยอมรับและเรียนรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแล

การที่จะต้องเป็นผู้ดูแลสามีวัยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นผลกระทบต่องานชีวิตคู่เป็นอย่างมากโดยเฉพาะช่วงแรกที่มีเริ่มมีการเจ็บป่วย อีกทั้งยังเพิ่มภาระหน้าที่และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว เกิดการเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนจากสถานะของภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาลดน้อยลง ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละรายมีการปรับเปลี่ยนตนเองให้เข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น พยายามเรียนรู้การดูแลให้ดีที่สุด แต่การที่ต้องดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนานทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้า ท้อแท้และเกิดความเครียด เกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องปรับใจยอมรับกับ

บทบาทในการเป็นผู้ดูแล ถึงแม้ว่าจะมีภาวะดังกล่าวผู้ดูแลแต่ละรายก็สามารถผ่านพ้นความยากลำบากเหล่านี้ไปได้ด้วยกำลังใจที่เกิดขึ้นจากตนเองและบุคคลรอบข้าง รวมถึงการได้เห็นอาการเปลี่ยนแปลงของสามีในทางที่ดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลพยายามยอมรับกับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล และพร้อมที่จะเรียนรู้ในการดูแลสามี ผู้ให้ข้อมูลมองว่า การที่ต้องดูแลสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่ใช่ภาระ เป็นการดูแลด้วยความรักความผูกพัน ทำให้สามารถให้การดูแลได้ด้วยจิตใจที่ดีขึ้น สามารถรับมือกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้อย่างดี ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“ก็อยู่กับเขามาแล้ว ตัดสินใจมาอยู่กับเขา มาเป็นเมียเขาแล้ว ก็ไม่รู้ว่าทำไมถึงลงเขาเป็นคนดีเขาไม่มีหลายบ้าน ทำงานเย็นมาเขาก็ไปกินเหล้า ได้เงินมาเขาไม่เคยเก็บให้ป่าหมด มีแต่ขอตอนไปกินเหล้าขอให้เขา บางทีขายข้าวโพดได้เงินมาก็แบ่งให้เขาบ้างนิด ๆ หน่อย ๆ เขาเป็นแบบนี้ถ้าเราไม่ดูเขาใครจะมาดู พี่น้องเขาก็ไม่มีเขาตัวคนเดียวมีแต่เราลูก ๆ เขาก็มีครอบครัวกันหมดแล้ว ไม่มีใครจะมาดูได้เท่าเราหรอก” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L112-116)

“ถ้าไม่ใช่ยายใครจะมาดู ใครจะมาทำได้อยู่ด้วยกันมาจนเฒ่าจนแก่ ตาแก่ก็มีแต่ยายนี้แหละ คนเป็นเมีย ผัวตัวเองป่วย ก็ต้องดูแลกันไป ตอนตาไม่ป่วยไม่เคยทำอะไรให้เสียใจ มีแต่กินเหล้า ถึงแก่จะกินเหล้าแต่แก่ก็ไม่เคยตีลูก ตีเมียเหมือนบ้านอื่นเขา แก่กินได้แต่เข้ามาแกก็ไปทำงาน ดูแลกันตั้งแต่อยู่กินกันมาจะ 50-60 ปีเจ็บไข้ได้ป่วยมาใครจะหนีไปไหนได้หนู” (ID10 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L25-28)

“ป้าถือว่าคนเรานั้นมีกรรมร่วมกันมา ถึงต้องมาใช้ชีวิตด้วยกันมาอยู่ร่วมกัน คอยดูแลกัน เทวดาเขาสร้างให้มาเกิดอยู่ด้วยกัน เราก็ต้องดูแลกัน ถ้าเราไม่มีกรรมด้วยกันมาก่อนเราก็

ไม่ได้มาใช้ชีวิตอยู่ด้วยกัน แสดงว่าเขากำหนดมาแล้ว เราคิดแบบนี้เราก็ดูแลเขาได้สบายใจ คนอื่นไม่ได้ทำกรรมร่วมกันมาอย่างเราเขาก็ไม่ได้มาดูแลใจเราทำมาด้วยกันก็ต้องดูแลเขาคนเดียว” (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L29-33)

ประเด็นที่ 3 การเป็นผู้ดูแลในบริบทของภรรยา ในบริบทของสังคมไทย ภรรยาถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสามี และบุคคลในครอบครัว โดยการดูแลเกิดจากรักความผูกพัน ความผูกพัน แม้ในยามปกติหรือยามเจ็บป่วย เมื่อสามีอยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ภรรยาจึงเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลสามีถึงแม้ว่าการดูแลที่เกิดขึ้นจะทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อย และเครียดอยู่ตลอดเวลา แต่เพราะความรัก ความผูกพันที่มีให้ตลอดมา จึงกลายเป็นแรงบันดาลใจ ที่ทำให้สามารถดูแลสามีได้ในเวลาต่อมา ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า

“ก็รักเขา ผัวเมียกันก็ต้องรักกันจริงไหม สงสารเขาด้วยเขาป่วยเราก็ต้องดูแลเขา ตอนดีเราก็ดูแลกัน ป่วยก็ต้องดูแลกัน ใครจะมาดูแลได้ดีเท่าเรา ลูกเขาก็มีครอบครัว เขาแยกไปเขาไม่ได้อยู่กับเราเขาต้องทำงาน จะมาก็ลำบาก แต่เขาก็มาเยี่ยมมาหาเรื่อย ๆ” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L135-137)

“ตาป่วยมายายก็ได้ทำอะไรอยู่ นะ ไม่ได้ว่าต้องทำทุกอย่างให้ตาหมด ทุกวันนี้ตาแกพอช่วยตัวเองได้บ้าง แต่ยายก็ต้องอยู่ใกล้ ๆ ออกไปไหนนานไม่ได้ ถ้าเราไม่อยู่ก็เป็นห่วงแกกลัวจะล้มตกบันไดบ้าน” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L87-88)

“ลุงเขาเป็นคนดีเขาไม่มีหลายบ้าน ทำงานเย็นมาเขาก็ไปกินเหล้า ได้เงินมาเขาไม่เคยเก็บให้ป่าหมด มีแต่ขอตอนไปกินเหล้า ขอให้เขา บางทีขายข้าวโพดได้เงินมาก็แบ่งให้เขาบ้างนิด ๆ หน่อย ๆ เขาเป็นแบบนี้ถ้าเราไม่ดูเขา

ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในระยะพึ่งพิง

ใครจะมาดู พี่น้องเขาก็ไม่มีเขาตัวคนเดียวมีแต่เรา
ลูก ๆ เขาก็มีครอบครัวกันหมดแล้ว” (ID4
สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L112-116)

การอภิปรายผล

ความหมายของการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ดูแลด้วยความผูกพัน ภรรยาที่ทำหน้าที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงให้ความหมายของการดูแลสามีว่าการดูแล คือความรักความผูกพันที่มีต่อกันในอดีตที่ผ่านมาทำให้เกิดความเข้าใจในอาการและปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล การดูแลต้องอาศัยความรัก ความผูกพัน ความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง อันจะนำไปสู่การดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เช่นเดียวกับวีสัน²⁴ ที่ได้อธิบายว่า การดูแลเป็นพฤติกรรม การช่วยเหลือกันระหว่างบุคคลหนึ่งต่ออีกบุคคลหนึ่ง (human to human service) ที่ทั้งผู้ให้และผู้รับการดูแลต่างฝ่ายต่างเข้าถึงความรู้สึกและสัมผัสถึงจิตใจซึ่งกันและกัน การดูแลบนพื้นฐานของความรักที่คู่ชีวิตมีต่อกัน เป็นปัจจัยการดูแลหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

ประเด็นที่ 2 ลำบากด้วยกันมาต้องช่วยเหลือกันไป การดูแลด้วยความรัก ความเอาใจใส่และความเข้าใจกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกันมา ผ่านช่วงเวลาที่มีความสุขและช่วงเวลาที่มีความทุกข์ความยากลำบากมาด้วยกัน ทำให้ไม่สามารถทอดทิ้งกันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ แก้วตา มีศรี²⁵ ที่พบว่า การดูแลด้วยความรักความเอาใจใส่และความเข้าใจ เปรียบเสมือนสายใยของครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้งกันได้ ถึงแม้ว่าจะได้รับความยากลำบากในการดูแล แต่ยังคงให้การดูแลด้วยความรัก ความเอาใจใส่ ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย²⁶ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนัก และสร้างความเครียดต่อผู้ดูแล แต่สาเหตุที่ยังดูแลผู้ป่วยเพราะมีความรักความผูกพัน ไม่สามารถทอดทิ้งผู้ป่วยได้²⁷

ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็น 1 ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อภรรยา รับบทบาทเป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปส่งผลกระทบต่อชีวิตคู่เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในช่วงแรกที่เกิดการเจ็บป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา ทั้งในทางบวกและในทางลบ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลให้ชีวิตคู่มีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงสูง โดยมีปัจจัยต่าง ๆ เช่น การเงิน สุขภาพ อาชีพการงาน ล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการความเป็นสุขของชีวิตคู่ ซึ่งการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้ เช่น การเข้าสังคม การมีเวลาส่วนตัว เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก จากการศึกษาที่ผู้ดูแลคือภรรยาที่ทำหน้าที่ในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งต้องใช้เวลาในการดูแลที่ยาวนาน ส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาเป็นไปในทางที่ดีขึ้น มีความเข้าใจกัน เห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น พุดคุยกันมากขึ้น ทะเลาะเบาะแว้งกันลดลง²⁸ มีการศึกษาของลินดาว และคณะ²⁹ พบว่า คู่สามีภรรยาที่ดูแลกันระหว่างการเจ็บป่วย มีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน เกิดความรักซึ่งกันและกัน เนื่องจากมีเวลาใกล้ชิดกันมากขึ้น³⁰ รวมถึงการพุดคุยสื่อสารที่ดีระหว่างกัน นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของซิม และคณะ³¹ พบว่า ภรรยาที่ดูแลสามีมีความรู้สึกพึงพอใจในการดูแล และสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสดีขึ้น ไม่รู้สึว่าการดูแลเป็นภาระ

1.2 เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ การรับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลที่ต้องให้ การดูแลสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างใกล้ชิด ทำให้ภรรยาไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้ รวมถึงการสูญเสียรายได้ของครอบครัวไป

ส่งผลให้ภาระความรับผิดชอบทั้งหมดตกเป็นของภรรยา สอดคล้องกับการศึกษาของคิตโคและฮับชิน¹⁵ พบว่าการดูแลสามีที่เจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น เช่น การดูแลจัดการภายในบ้าน การดูแลตนเอง รวมถึงการให้การดูแลอีกด้วย อีกทั้งยังพบว่าการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย เกิดความเครียด ความวิตกกังวล เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว เหนื่อยล้า และเกิดปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น จากการที่ต้องรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล⁴

ประเด็นที่ 2 การยอมรับและเรียนรู้เกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแล บทบาทในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง เป็นภาระงานที่หนัก ส่งผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ ภรรยาจึงต้องปรับใจให้ยอมรับกับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล เรียนรู้วิธีการดูแล เพื่อให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดการกระทำหรือคำพูดที่รุนแรงในระหว่างให้กิจกรรมการดูแล⁴ จากการศึกษาในครั้งนี้ ภรรยาผู้ดูแลหลายรายทำความเข้าใจและยอมรับกับการเจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิง ปรับใจยอมรับกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลมากขึ้น ความสัมพันธ์ของสามีภรรยาเกิดความเห็นอกเห็นใจ มีความสุขในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันปรับตัวเข้าหากัน เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน³¹ เมื่อสามีเจ็บป่วย ภรรยาจึงเป็นบุคคลที่ดูแลสามีได้เข้าอกเข้าใจกันมากที่สุด

ประเด็นที่ 3 การเป็นผู้ดูแลในบริบทของภรรยา การดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงเป็นภาระที่หนัก แต่การดูแลนั้นเกิดจากความรัก ความห่วงใย และความผูกพันที่มีต่อกัน ช่วงชีวิตที่ผ่านมาล้วนเคยยากลำบากมาด้วยกัน หากตนเองทอดทิ้งสามีไปคงไม่มีใครที่จะสามารถดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจได้เท่าตนเอง³² เมื่อได้ให้ความรักแก่กันในเวลาที่สามีเจ็บป่วย ทำให้ตนเองมีความสุขจากการเป็นฝ่ายให้ความรัก การดูแลสามีที่เจ็บป่วยนั้นเป็นพันธกิจระหว่างคู่สามีภรรยาที่เกิดจากพลังของความรัก ความใกล้ชิด ความไว้วางใจตอบแทนบุญคุณ คุณงาม

ความดีของกันและกัน¹² การดูแลด้วยความรักความเข้าใจ ความสนใจต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง มีความรู้สึกที่ดีให้กัน สร้างความสุขและความทุกข์ให้กันและกัน ร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกันมา³³ สอดคล้องกับการศึกษาของซิมและบาร์โลโซ³¹ ที่พบว่า การที่ภรรยาดูแลสามีที่เจ็บป่วยนั้นเป็นการตอบแทนความรักที่เคยได้รับมา สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และมีความเต็มใจอย่างยิ่งที่จะให้การดูแลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาพบว่า ภรรยาผู้สูงอายุที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากการดูแลที่ใช้ระยะเวลายาวนานส่งผลให้เกิดภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ได้ ดังนั้น จึงควรให้ความรู้และคำแนะนำต่อสมาชิกในครอบครัว ถึงปัญหาและการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง สลับกันดูแลระหว่างผู้ดูแลหลักกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ดูแลหลักได้มีการพักผ่อน มีเวลาส่วนตัวเพิ่มมากขึ้น และลดการเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลลงได้

2. จากการศึกษาพบว่า ภรรยาผู้สูงอายุที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะพึ่งพิงต้องการกำลังใจจากคนรอบข้าง รวมถึงบุตรหลาน ดังนั้นจึงควรเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก พูดคุยและให้คำปรึกษาในการจัดการปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสม สอนเทคนิคการสร้าง ความเข้มแข็งให้กับตนเอง หรืออาจจัดทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) ให้ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาผู้สูงอายุได้พบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลซึ่งกันและกัน นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยส่งเสริมการประกอบอาชีพเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดรายได้ และลดภาระของผู้ดูแล และเสริมสร้างกำลังใจแก่ภรรยาผู้ดูแลเพื่อให้มองเห็นถึงคุณค่าจากการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในระยะพึ่งพิง

3. จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในวัยสูงอายุได้รับผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลมากกว่าวัยอื่น เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอย เกิดอาการปวดเมื่อย จากการอุ้ม ยก พลิกตะแคงตัว หรือ เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ควรให้คำแนะนำ วิธีการดูแล การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่าง ถูกต้องเพื่อลดการเกิดผลกระทบต่าง ๆ รวมถึงให้คำแนะนำ การดูแลตนเอง การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพของตนเอง เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น อันจะนำไปสู่ การดูแลที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลของภรรยาผู้สูงอายุ ต่อสามีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

2. การศึกษาถึงความหมายของประสบการณ์ชีวิต ของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกภายในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยใน ภาวะพึ่งพิงเพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Nation Statistical Office. The 2014 survey of the older person in Thailand. Bangkok: Text and Journal Publication; 2014. (in Thai)
2. Chokkwiat W, Caring for the dependent elderly; 2017 [cited 2017 March 7]. Available from Thaihealth Website: <http://www.thaihealth.or.th/Content/35697.html> (in Thai)
3. Foundation of Thai Gerontology Research and Development. Situation of the Thai Elderly 2016. Nakhon Prathom: Printery; 2017. (in Thai)
4. Sihapark S, Chuengsatiansup K, Tengrang K. The burden and impact of long-term care for the elderly in Thailand. Bangkok: Health Systems Research Institute (HSRI); 2013. (in Thai)
5. Economic and Social Council. Overview of trends in population ageing and related institutional responses in Asia and the Pacific; 2017 [cited 2017 October 21]. Available from ESCAP Web site: https://mipaa.unescapsdd.org/files/documents/E_ESCAP_MIPAA_IGM.2_29.PDF

6. Foundation of Thai Gerontology Research and Development. Situation of the Thai Elderly 2017. Bangkok: October Print; 2018. (in Thai)
7. Kasemkitwattana S, Investigate adjustment problems faced by stroke patients' family caregivers. Thai Journal of Nursing Council. 2014;29(4):22-31. (in Thai)
8. Montrikul Na Ayudhaya B. The role of women in Thai society. Governance Journal. 2017;5(2):23-37.
9. Phulsawat A. Changes in the elderly; 2017 [cited 2017 November 23]. Available from Mahidol Web site: <http://www.gj.mahidol.ac.th/th/wp-content/uploads/conference/2560/chnge.pdf> (in Thai)
10. Coombs UE. Spousal caregiving for stroke survivors. J Neurosci Nurs. 2007;39(2):112-9.
11. Rosland A, Heisler M, Choi H. Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: do family members hinder as much as they help?. Chronic Illn. 2010;6(1):22-33.
12. Kim Y, Carver CS, Shaffer KM, Gansler T, Cannady RS. Cancer caregiving predicts physical impairments: roles of earlier caregiving stress and being a spousal caregiver. Cancer. 2016;121(2):302-10.
13. Smith CE, Piamjariyakul U, Yardrich DM, Ross VM, Gajewski B, William AR. Complex homecare: part3-economic impact on family caregiver quality of life and patients, clinical outcome. Nurs Econ. 2012;28(6):393-414.
14. Chaowararak N, Soonthomchaiya R. Experiences of elderly caregivers in caring for elderly depressed patients. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2016;39(7):110-22. (in Thai)
15. Kitko LA, Hupcey JE. The work of spousal caregiving of older adults with end-stage heart failure. J Gerontol Nurs. 2013;39(7):40-7.
16. Longphasuk N, Monkong S, Sirapo-ngam Y. Health conditions and self-care activities of older caregivers caring for bedridden older adults. Thai Journal of Nursing Council. 2018;33(2):97-109. (in Thai)
17. Rattanawimol C. Role strain of family caregivers of dependent elderly: a case study of the municipality of Sukhothai province. [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2002. (in Thai)

18. Heidegger M. The Oxford Handbook of Process Philosophy and Organization Studies. England: Oxford University Press; 1889.
19. Phothisita C. Qualitative research. 7th ed. Bangkok: Amarin Printing; 2016. (in Thai)
20. Jitapunkul S. Dependence in the elderly. In: Jitapunkul S, editors. National health examination survey in 1996–1997. Bangkok: Organization for the delivery of goods and materials; 1996. p.142–50. (in Thai)
21. Saengmane S, Arpanantikul M, Sirapo-ngam Y. A case study: adaptation of a working caregiver to a stroke patient. Ramathibodi Nursing Journal. 2012;18(1):119–33. (in Thai)
22. Dudovskiy J. Apple value chain analysis; 2018 [cited 2018 February 23]. Available from Business research methodology Web site: <http://research-methodology.net/apple-value-chain-analysis/>
23. Guba EG, Lincoln YS. Completing paradigm in qualitative research. Thousand Oaks: CA; 1994.
24. Watson J. Nursing: human science and human care: a theory of nursing. Norwalk, Connecticut: Appleton–Century–Crofts; 1985.
25. Mesri K, Selected factors related to dependent care agency among caregivers of schizophrenic patients in community. [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn; 2011. (in Thai)
26. Jungbauer J, Dietrich S. The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. Schizophr Bull. 2004;30(3):665–75.
27. Bumpemphol K. Social support in patients with schizophrenia. Journal of Psychiatric Association of Thailand. 2013;58(1):89–100. (in Thai)
28. Lawn S, McMahon J. The importance of relationship in understanding the experiences of spouse mental health carers. Qual Health Res. 2014;24(2):254–66.
29. Lindau ST, Surawska H, Paice J, Baron SR. Communication about sexuality and intimacy in couples affected by lung cancer and their clinical-care providers. Psychooncology. 2011;20(2):179–85.
30. Family Caregiver Alliance[Internet]. Caregiving for a Spouse–social, emotional and physical issues; 2012[update 2019 May 13; cited 2019 Jan 6]. Available from: <https://www.caregiver.org/news/caregiving-spouse-social-emotional-and-physical-issues/>
31. Shim B, Barroso J, Davis LL. A comparative qualitative analysis of stories of spousal caregivers of people with dementia: negative, ambivalent, and positive experiences. Int J Nurs Stud. 2012;49(2):220–9.
32. Hiew DN, Halford WK, Vijver FJ, Liu S. Relationship standards and satisfaction in Chinese, Western, and intercultural Chinese–Western couples in Australia. J Cross–Cult Psychol. 2015;46(5):684–701.
33. Clayton M, Christensen KD, James A. How will you measure your life?. 3rd ed. Bangkok: Nation Books; 2012.