

บทที่ 4

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

พัฒนาการทางด้านอารมณ์และจิตใจของวัยสูงอายุ ได้มีการแสดงออกมาตามลักษณะบุคลิกภาพของผู้ที่นั้นซึ่งมีการสะสมประสบการณ์ต่าง ๆ มาแล้วตลอดชีวิต การยอมรับต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มีการเสื่อมถอย บทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ที่มั่นคง และแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

1. ลักษณะบุคลิกภาพที่แสดงออกตามสภาพจิตใจ

ลักษณะบุคลิกภาพที่แสดงออกมาในวัยสูงอายุ จะมีพฤติกรรมการแสดงออกตามสภาพทางจิตใจของแต่ละคน ดังนั้น ผู้สูงอายุมีความรู้สึก มีความคิดเห็น มีความต้องการเป็นอย่างไร จะแสดงพฤติกรรมออกมาได้หลายลักษณะ ดังนี้

1.1 ประเภทของบุคลิกภาพ

ไบร์เรน (Birren, 1964 อ้างถึงใน สุภัททา บิณฑะแพทย์ 2527 : 234-235) นักจิตวิทยาที่ได้รวบรวมลักษณะของคนชราซึ่งมีบุคลิกภาพที่แสดงออกอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากสภาพทางจิตใจไว้เป็น 4 ประเภท คือ

1) **ประเภทมีเอกลักษณ์เฉพาะตัว ยอมรับตนเอง (Integrated)** เป็นผู้ที่สามารถปรับสภาพของตนเองได้ดี พอใจในสิ่งที่ตนเป็นอยู่ในชีวิตปัจจุบัน ลักษณะของบุคคลประเภทนี้ อาจแสดงออกในลักษณะ

ก. **เข้าร่วมกิจกรรม** บุคคลประเภทนี้จะเป็นบุคคลที่มีความคิดริเริ่ม ชอบทำงานที่มีประโยชน์ มองโลกในแง่ดี ต้องการหาความสุขด้วยการแสดงตนว่า เป็นบุคคลที่สามารถช่วยเหลือสังคมได้ และเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมใดที่เลือกสรรว่า พอใจแล้ว ก็จะทำให้ความจริงจังกับกิจกรรมนั้น ๆ เป็นอย่างมาก

ข. **ไม่เข้าร่วมกิจกรรม** บุคคลที่อยู่ในลักษณะนี้ อาจไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมใด ดำเนินชีวิต มีความสุขกับการเฝ้าดูความเปลี่ยนแปลง หรือความสำเร็จของบุคคลรอบข้าง โดยไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวด้วย บุคคลประเภทนี้จะมีใจสงบ เยือกเย็น คีชาธรรมะ หรือไม่ก็อยู่กับลูกหลานอย่างสงบ

2) **ประเภทต่อสู้ (Defended)** เป็นกลุ่มบุคคลที่มักไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ จึงพยายามต่อสู้ ต้าน และมีความหวาดกลัวต่อความไม่แน่นอนของชีวิตยังพยายามที่จะก้าวไปในอนาคต

ก. **ใจสู้** หมายถึง บุคคลที่ไม่ยอมให้สิ่งทั้งหมดมาทำลายความตั้งใจที่แน่นอนของตน บุคคลเหล่านี้จะตั้งจุดหมายไว้ และจะพยายามทำทุกอย่างตามความตั้งใจ ความสุขใจของบุคคลเหล่านี้จะมีในระดับปานกลาง เนื่องจากการที่พวกเขายังมุ่งกับกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดเวลา ไม่ค่อยปล่อยให้เวลาผ่านไป โดยที่ไม่ทำอะไรอย่างใดอย่างหนึ่ง คนชราประเภทนี้จะไม่ยอมให้สิ่งใดแม้แต่แต่ความเจ็บเข้ามาขัดขวางตามตั้งใจ

ข. **ไม่ยอมแพ้** บุคคลประเภทนี้มักจะไม่นยอมแพ้สังขารความชรา โดยจะต่อต้านความชราอยู่เสมอ มีสิ่งคมอยู่ในวงจำกัด ไม่ยอมเปิดโอกาสแก่ประสบการณ์ใหม่ ๆ ไม่ว่ายอมรับว่าตนเอง “แก่” พยายามทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนเคยมีความสามารถทำได้เมื่อยังหนุ่มสาว

3) **ไม่สามารถช่วยตนเองได้ (Passive Dependent)** คนชราที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้นั้น มักจะเป็นบุคคลที่ไม่กล้าตัดสินใจหรือกระทำการสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ด้วยตนเอง มีความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา ยิ่งถ้าถูกทอดทิ้งก็จะมีลักษณะที่หมดความสุขไปเลยทีเดียว คนชราประเภทนี้อาจแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

ก. **การพึ่งพาผู้อื่น** คนชราประเภทนี้มีความรู้สึกไม่สามารถช่วยตนเองได้ ต้องพึ่งผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา มักเป็นบุคคลประเภทที่ไม่ใครร่วมกิจกรรมใด ๆ มีชีวิตด้วยความสุขใจ พอประมาดทราบเท่าที่มีผู้คอยดูแลเอาใจใส่ แต่ถ้าปราศจากช่วยเหลือแล้ว ชีวิตก็จะไม่มี ความหมายอีกต่อไป

ข. **ความท้อถอย** พวกนี้มีความรู้สึกว่าคนชรา คือ คัทรูอันร้ายกาจที่ตนไม่มีทางต่อสู้เมื่อรู้สึกว่า ความชราใกล้เข้ามาจะเศร้าสลด และสิ้นหวังไม่สนใจกับสิ่งใด เห็นว่าการมีชีวิตอยู่เป็นภาระอันหนักอึ้ง ไม่ได้มีส่วนทำให้สังคมดีขึ้นหรือเลวลง และมีความรู้สึกท้อแท้ต่อการปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลง

4) **ประเภทล้มเหลว (Disintegrated)** บุคคลประเภทนี้จะมีลักษณะความเสื่อมทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะความเสื่อมโทรมของสุขภาพทางกาย ไม่สามารถจะดำรงรักษาสุขภาพของตนไว้ได้ มักไม่สามารถอยู่ในสังคมได้ ถ้าหากว่าไม่มีผู้เฝ้าดูแลใกล้ชิดและให้กำลังใจ

แคทเทล (Cattell, 1950 อ้างถึงใน นวลละออ สุภาพล 2527 : 232-233) ได้กล่าวว่า คนชราที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอย่างรวดเร็วจะมีผลทำให้ ลักษณะทางด้านจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน โดยเฉพาะในด้าน

- กังวลในการเงิน
- กังวลในสุขภาพ
- มีความรู้สึกที่ไม่เป็นที่ต้องการ โดดเดี่ยว อ้างว้าง
- รู้สึกสงสัยไม่แน่ใจ
- ความสนใจแคบ
- สูญเสียความจำ
- ยึดมั่นในความคิดของตนเอง
- ช่างพูดช่างคุย โดยเฉพาะเรื่องในอดีต
- เอาใจใส่ในเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ
- มีความรู้สึกไม่เพียงพอ ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงและวิตกกังวล
- มีความรู้สึกผิด
- กิจกรรมทางเพศลดลง แต่ความสนใจในเรื่องเพศเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในผู้ชาย
- ไม่มีระเบียบ ไม่สะอาด
- หัวเก่า
- ไม่มีความสามารถที่จะปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง
- ความสัมพันธ์และการให้ความร่วมมือกับสังคมลดลง

1.2 พฤติกรรมการแสดงออก

พฤติกรรมการแสดงออกของผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านจิตใจจะมีการแสดงออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การแสดงออกทางอารมณ์ และการแสดงออกทางด้านร่างกาย

1.2.1 การแสดงออกทางอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ เป็นกลไกที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางด้านจิตใจ ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์จะมีการแสดงออกทางอารมณ์เป็น 2 ลักษณะ คือ

ก. **อารมณ์ดี** สำหรับบุคคลที่มีการปรับตัวได้ดี ได้รับการยกย่องนับถือ เป็นที่ยอมรับในสังคม มีความสุขที่จะได้อยู่ในสังคม รู้จักสร้างวิถีการดำเนินชีวิตของตนเองตามความพอใจ บางคนมุ่งสร้างชีวิตที่ดี บางคนมุ่งหวังความสงบสุขในชีวิต บางคนเข้าวัดถือศีล *

ข. **อารมณ์ไม่ดี** เป็นลักษณะที่ตรงข้ามกับอารมณ์ดี ลักษณะของอารมณ์ที่ไม่ดีของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อารมณ์กลัวและกังวลใจ โกรธ ซึมเศร้า หวาดระแวง

อารมณ์กลัวและกังวลใจ ถ้าผู้สูงอายุจะมีความกลัวในสิ่งหนึ่งสิ่งใดแล้วจะทำให้เกิดความวิตกกังวลใจมาก ลักษณะของความกลัวมักจะเป็นเรื่อง

- ความกลัวตาย เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุทุกคนต้องเผชิญ ขึ้นอยู่กับว่าผู้สูงอายุ

คนใดสามารถปรับตัวได้ดีเพียงใด พฤติกรรมของความกลัวตายทำให้ผู้สูงอายุบางคนต้องอยู่
เฉย ๆ บางครั้งมีการแยกตัวออกจากสังคม ไม่ยอมรับภาวะของความตายของเพื่อนฝูง

- *กลัวและกังวลใจต่อการด้อยในความสามารถ* สิ่งต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุเคยทำ
ได้มาก่อน ผู้สูงอายุมักจะกลัวและกังวลใจว่าจะไม่สามารถทำได้เหมือนเดิม บางครั้งถ้าผู้สูง
อายุทำไม่ได้จะทำให้เกิดความเศร้าซึม เสียใจ จู้จี้ขี้บ่นได้

- *กลัวต้องเป็นคนง ก ๆ เงิน ๆ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้*

- *กลัวจะต้องอยู่ตามลำพัง* ผู้สูงอายุมักจะกลัวและกังวลใจว่าจะไม่ได้รับการ
เอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิดอย่างลูกหลาน ทำให้ต้องอยู่ตามลำพัง

- *กลัวและกังวลใจว่าจะไม่ได้รับการยกย่องจากผู้อื่น* ซึ่งทำให้ตนเองเป็นคนที่ไร้
คุณค่าในสายตาของผู้อื่น

ผู้สูงอายุรายใดที่เกิดความกังวลใจและความกลัวในสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว และถ้าปรับตัว
แก้ไขไม่ได้จะทำให้เกิดความเศร้าซึม ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ มีอารมณ์ฉุนเฉียว
โกรธ ไม่แน่ใจ สับสน ควบคุมอารมณ์ของตนเองไม่ได้

อารมณ์โกรธ จะเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนถูกทอดทิ้งจากครอบครัวและ
สังคม มีความรู้สึกที่ตนเป็นคนที่ไร้คุณค่า ทำให้รู้สึกผิดหวังและไม่พอใจกับการกระทำของ
บุคคลอื่นที่อยู่รอบตัว พฤติกรรมที่เกิดขึ้น คือ หงุดหงิด จู้จี้ขี้บ่น โกรธเคือง คิดว่า
ผู้อื่นดูถูกดูหมิ่น

อารมณ์ซึมเศร้า จะเกิดขึ้นเมื่อเกิดความวิตกกังวลใจในสิ่งหนึ่งสิ่งใด ที่พบบ่อยมาก
จะมีอาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ตัดสินใจไม่ดี ละเลยการดูแลตนเอง รู้สึกตนไร้คุณค่า
เมื่อหน้าต่อชีวิต ผู้สูงอายุบางรายอาจมีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงทำให้ถึงขั้นฆ่าตัวตายได้

อาการหวาดระแวงไม่ไว้ใจผู้อื่น จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านจิตใจเพราะมี
ความเกรงกลัวจะมีผู้อื่นมาทำร้ายตน กลั่นแกล้ง หวาดผวาว่าทรัพย์สินสมบัติของจะถูกขโมย

1.2.2 การแสดงออกทางร่างกาย

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตใจและมีอาการแสดงออกทางร่างกาย ดังนี้

- อาการเบื่ออาหาร
- อาการท้องผูก ท้องผูกเนื่องมาจาก การกินอาหารน้อยหรือกินอาหารที่ไม่
มีกาก ขาดการออกกำลังกาย กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อกะบังลมหย่อนยาน
- อาการนอนไม่หลับ เนื่องจากการครุ่นคิดถึงปัญหา มีความกังวลใจ
- อาการวิงเวียนศีรษะ
- อาการเจ็บปวดทางร่างกาย

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราเชิงจิตวิทยา

ได้มีผู้กล่าวสรุปถึงทฤษฎีเกี่ยวกับความชราเชิงจิตวิทยาไว้หลายแนวทาง ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

บริบูรณ์ พรพิบูลย์, นพ. (2525 : 154-155) ได้กล่าวถึงทฤษฎีความชราทางด้านจิตวิทยาไว้เป็น 2 แนวทาง คือ

ก. ทฤษฎีบุคลิกภาพ จะขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาทางจิตใจของผู้นั้นมี 2 แบบ คือ แบบที่ 1 อินทิกริตี้ (Integrity) หมายความว่า มีความสมบูรณ์ทางจิตใจ มีความสุข ภาวะภูมิใจ มีความเป็นมิตรกับทุกคน มีความรักความอบอุ่น และแบบที่ 2 เดสเพร์ (Despair) หมายความว่า มีความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ ขาดเพื่อน จิตใจคับแคบไม่ช่วยเหลือผู้ใด

ข. ทฤษฎีความปราดเปรื่อง ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า คนชราเป็นบุคคลที่มีความปราดเปรื่อง เป็นนักปราชญ์ มีความสนใจเรื่องต่าง ๆ ตลอดเวลา มีการพยายามศึกษาค้นคว้า และพยายามเรียนรู้ตลอดเวลา

นวลละออ สุภาพล (2527 : 97) ได้จำแนกพัฒนาการมนุษย์ตามหลักของอีริกสัน (Erikson) ไว้ในขั้นสุดท้ายของพัฒนาการมนุษย์ไว้ดังนี้ ขั้นพัฒนาการความรู้สึกมั่นคงสมบูรณ์ในชีวิตและหลีกเลี่ยงความรู้สึกสิ้นหวังที่ถอยในชีวิต - รู้จักชีวิต มีช่วงอายุ 40 ปีเป็นต้นไป พัฒนาการในขั้นสุดท้ายนี้มีพื้นฐานมาจากการปรับตัวในขั้นแรก ๆ ของชีวิต วัยนี้จะมีการปรับตัวด้วยการแสวงหาความอบอุ่นมั่นคงภายในจิตใจซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อเขาสามารถพัฒนาผ่านขั้นต่าง ๆ มาได้อย่างดี แต่ในทางตรงข้ามถ้าเขาปรับตัวในขั้นต่าง ๆ ที่ผ่านมาไม่ได้จะเกิดความรู้สึกท้อแท้และเหนื่อยหน่ายต่อชีวิตของตัวเอง วัยชราเป็นวัยสุดท้ายของชีวิต บุคคลควรมีความพึงพอใจในชีวิต รู้จักหาความสุข ความสงบในใจ พอใจกับการมีชีวิตของตนในวัยชรา ไม่รู้สึกเสียดายเวลาที่ผ่านไป ยอมรับสภาพความเป็นอยู่ของตนในปัจจุบัน

อีเบอร์โซลและเฮส (Ebersole and Hess, 1981 : 32-33 อ้างถึงในฉวีวรรณ แก้วพรหม 2530 : 27-28) ได้กล่าวถึงทฤษฎีความชราทางด้านจิตวิทยาไว้ว่า ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (Psychological Theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลไกการเจริญด้านจิตวิทยา จึงกล่าวถึงความสำคัญของช่วงชีวิตในครึ่งหลังจะมีผลมาจากครึ่งแรกของชีวิตและพัฒนาการด้านจิตใจของมนุษย์ที่มีผลต่อมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเอง (Self concept) นอกจากนั้น คำนิยามทางศีลธรรมจรรยาจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงในการดำรงชีวิตอีกด้วย

สุภาณี กาญจนจारी (อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ, 2534 : 344) ได้กล่าวถึงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุไว้ดังนี้ 1) ทฤษฎีความเสื่อมถอย (Disengagement Theory) ได้กล่าวถึงผู้สูงอายุเป็นวัยที่เสื่อมถอยจากความเป็นผู้ใหญ่

มีผลจากสิ่งแวดล้อม ความกดดันทางสังคมและทำให้การติดต่อระหว่างบุคคลลดลง 2) ทฤษฎีการออกกำลัง (Activity Theory) การออกกำลังทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีที่ดีที่สุดของผู้สูงอายุ 3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) บุคคลจะรักษาซึ่งคุณค่า สุนทรีย์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุไว้

ศรัทธา ฐานะภูมิ, รศ.พญ. (2535 : 24) ได้จำแนกพัฒนาการของมนุษย์ตามหลักการของอีริกสัน (Erikson) ไว้ในหัวข้อของผู้สูงอายุดังนี้ วัยสูงอายุ (Late adulthood) มีอายุ 50 ปีขึ้นไป เป็นระยะของการพัฒนาความมั่นคงทางใจหรือความสิ้นหวัง โดยมีรายละเอียด คือชีวิตที่ดำเนินมาด้วยดีอันก่อประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่น ย่อมทำให้บุคคลมีความสงบสุขทั้งกายและใจ มีความเชื่อมั่นว่าตนได้กระทำในสิ่งที่สมควรมาแล้ว เมื่อย่างเข้าสู่วัยสูงอายุหรือวัยชราผู้นั้นย่อมดำเนินชีวิตด้วยความภาคภูมิใจ (integrity) เป็นที่เคารพของชนรุ่นหลัง ในขณะที่บุคคลผู้ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต มีความพลาดพลั้งหลายครั้งและทำงานไม่ประสบผลสำเร็จผู้นั้นจะเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (despair) ในวัยสูงอายุ เมื่อบุคคลมีความเสียใจต่อชีวิตในอดีตและหมดโอกาสที่จะแก้ตัวได้อีก ย่อมจะทำให้เกิดความหมดหวังและมีชีวิตอยู่อย่างปราศจากคุณค่า

ดุษฎี ชุมสาย, ศ.ม.ล. (2536 : 29-30) ได้กล่าวถึงความชราเชิงจิตวิทยาโดยให้ความหมายไว้ 2 ประการ คือ

1) ความเสื่อมลงของการหน้าที่เชิงจิต เช่น ด้านวิสัยความสามารถในการเรียนรู้เชาวน์ ความใส่ใจทักษะทางไซโคโมเตอร์ การประสานกันของกิจกรรม การเคลื่อนไหวของอวัยวะต่าง ๆ คลาดเคลื่อนไป เคยเรียนรู้ได้เร็วและจำได้นานก็เรียนรู้ช้าและลืมเร็ว การระลึกถึงสิ่งหนึ่งสิ่งใดเป็นไปโดยเชื่องช้าและลดลงจับใจ ไอ.คิว.ต่ำลง ซึ่งจะต้องเป็นไปตามความทรุดโทรมของระบบประสาท ไม่สามารถยึดความใส่ใจกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้นาน ๆ เคยมองเลขจำนวน 6-7 ตัว แวบหนึ่งแล้วจำได้ก็จะเหลือเลขจำนวนเพียง 3-4 ตัว คนชราจำนวนไม่น้อยเป็นโรคประสาทเสื่อมหรือโรคพาร์กินสัน (Parkinson) ซึ่งเกิดจากภาวะเสื่อมของมันสมอง และบางคนเป็นโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer) ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากการเสื่อมอย่างร้ายแรงของมันสมอง อาการทั้งหลายทั้งสิ้นเกิดจากการประสานกันของระบบประสาทและระบบอวัยวะอื่น ๆ ที่เสื่อมไปด้วยกัน พร้อม ๆ กัน

โรคอัลไซเมอร์ เป็นอาการของผู้ที่มีบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถควบคุมอวัยวะร่างกายของตนเองได้ โดยมีอาการดังนี้

1. ร่างกายเริ่มมีอาการผิดปกติด้วยการไม่สามารถหยิบของที่ตกบนพื้นได้ ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ความจำเริ่มเสื่อม

2. ในระยะต่อมากจะมีอาการสับสนมากขึ้น มีอารมณ์ฉุนเฉียวเพิ่มขึ้น กระวนกระวายใจ มีความไม่สบายใจ ขาดการตัดสินใจที่ดี ความสนใจลดลงไม่สามารถพูดได้
3. เมื่ออาการของโรคเพิ่มมากขึ้น จะไม่สามารถออกเสียงได้ ไม่สามารถเข้าใจในภาษาที่พูดกัน ไม่รู้จักสมาชิกในครอบครัว ไม่สามารถกินได้ด้วยตนเอง

2) หมายถึง **การขาดไปของสิ่งที่จำเป็นความต้องการเชิงจิตวิทยา** ความต้องการเชิงจิตวิทยาที่เป็นมูลฐานสำหรับทุกคนได้แก่ ก) มีชีวิตอยู่โดยไม่ต้องกลัวโน่นกลัวนี่และอย่างที่อยู่ในสภาพพันเขตอันตราย เช่น กลัวคนข้างเคียงจะไม่รัก กลัวเงินจะไม่พอใช้ กลัวจะทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ กลัวภัยจากสิ่งแวดล้อมธรรมชาติ ข) มีสถานภาพมูลฐานเหนือกว่าผู้อื่นในระดับเดียวกัน ค) มีเสน่ห์ชักจูงใจให้เพศตรงกันข้ามอยากเข้าใกล้และคบหาสมาคมด้วย ง) มีพฤติกรรมและท่าทีความรู้สึกที่ได้รับความเห็นชอบจากสังคม จ) มีชีวิตที่ยืนยาวและสุขภาพดีไปนาน ๆ

ถ้าผู้หนึ่งผู้ใดขาดปัจจัยที่จะนำมาบำบัดความต้องการทางจิตวิทยาเหล่านี้ก็นับได้ว่าพบกับความชราเชิงจิตวิทยาแล้ว ถ้าขาดหลายอย่างก็ชรามาก ถ้าขาดน้อยอย่างก็ชราหน่อย ข้อกระเทส่วนมากของอาการชราเชิงจิตวิทยาจะแก้ไขไม่ได้เพราะเกิดจากความชราทางชีวภาพ ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติและแก้ไขไม่ได้ง่าย ๆ อย่างไรก็ดีบางข้อกระเทอาจแก้ไขให้บรรเทาการสร้างทุกข์น้อยลง ซึ่งจะต้องพิจารณาและดำเนินการแก้ไขโดยเฉพาะเป็นราย ๆ ไป

3. แนวทางการปฏิบัติตนเพื่อแก้ไขความชราเชิงจิตวิทยา

3.1 ข้อเสนอแนะของผู้รู้เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตน

แนวทางการปฏิบัติตนเพื่อแก้ไขความชราทางจิตวิทยาหรือการยืดเวลาเพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี ได้มีท่านผู้รู้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้

ดุษฎี ชุมสาย, ศ.ม.ล. (2536 : 31-34) ได้กล่าวว่า ความชราเชิงจิตวิทยาสามารถแก้ไขหรือยืดเวลาให้เข้าสู่วัยชราได้ช้ากว่าความชราในเชิงอื่น ๆ เพราะจะขึ้นอยู่กับแนวทางการปฏิบัติของตนเอง โดยมีหลักการกระทำดังนี้

1. ดำเนินชีวิตให้อยู่ในชีวิตประจำวันโดยการขจัดความกลัวให้หมดไปจากจิตใจ ด้วยการประหยัด สร้างฐานะ ปฏิบัติและประพฤติตนในทางสุจริต สำหรับความกลัวในสิ่งเห็นธรรมชาติควรลบล้างและแก้ไขด้วยเหตุผล
2. ประพฤติปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับกลุ่ม ไม่ทำตัวให้เด่นหรือด้อยจากกลุ่มประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ตามความสามารถทางร่างกายของตน เพื่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง

3. ประพฤติปฏิบัติตนให้มีกิริยาท่าทางเรียบร้อย พูดสำเนียงไพเราะ มีจังหวะเมตตากจรณา เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ แต่งกายเหมาะสมกับวัย รู้จักสร้างเสน่ห์ให้กับตน เพื่อให้ผู้อื่นมีความรู้สึกอยากคบค้าด้วย การมีเพื่อนจะทำให้ไม่เหงาหงอย

4. ประพฤติปฏิบัติตนให้อยู่ร่วมในสังคมได้เป็นอย่างดี รู้จักผ่อนปรน ประนีประนอม ฝึกการสังเกต ฝึกตนให้มีความรอบคอบ และรู้จักระงับความลำเอียงได้เป็นอย่างดี

5. รู้จักรักษาสุขภาพอนามัยร่างกายของตนให้สมบูรณ์แข็งแรง ด้วยการเอาใจใส่ระมัดระวัง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การหลับนอน การมีกิจกรรมทางเพศ การที่ผู้สูงอายุสามารถรักษาสุขภาพทางร่างกายของตนได้ดี สมบูรณ์และแข็งแรง จะทำให้สภาพจิตใจของผู้สูงอายุนั้นดี มีความรู้สึกว่ายังห่างไกลจากความตาย

ศรีธรรม ธนะภูมิ, รศ.พญ. (2535 : 113) ได้กล่าวถึงลักษณะของคนชราที่มีความสุขหรือมีสุขภาพจิตดี ควรจะต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีการเตรียมตัวเตรียมใจล่วงหน้า เตรียมเรื่องที่อยู่อาศัย การรักษาความเจ็บป่วย เรื่องการเงิน ผู้ที่จะใช้ชีวิตร่วมกัน งานอดิเรกและงานพิเศษที่ตนสนใจเตรียมใจในการยอมรับความเสื่อมและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญในวัยชรา

2. มีความภาคภูมิใจในตนเอง พอใจว่าตนได้ดำเนินชีวิตที่ผ่านมาอย่างมีคุณค่า ได้ทำประโยชน์ให้แก่ตน ครอบครัวและสังคม ชีวิตมีจุดมุ่งหมายและบรรลุอุดมการณ์ของตนตามอัธยาศัย มีความรับผิดชอบตามฐานะมาแล้วในอดีต

3. สามารถยอมรับและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและความเสื่อมของร่างกายและบทบาททางสังคม มีความต้องการความช่วยเหลือที่พอเหมาะ และยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้

4. เอาใจใส่ดูแลสุขภาพทางกายอย่างสม่ำเสมอในเรื่องอาหาร ยารักษาโรค การพักผ่อน และการออกกำลังกาย

5. มีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวและในสังคม สนใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัว ช่วยเหลือผู้อื่นตามความเหมาะสม

6. มีความพอใจในตนเองและผู้อื่น ดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับของคนรุ่นหลัง ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง

7. จิตใจสงบ ไม่วิตกกังวล มีความสุขที่เห็นการเจริญเติบโตของบุตรหลาน มีความกล้าในการเผชิญความจริงของชีวิต โดยเฉพาะความเจ็บป่วย การจากไปของผู้ใกล้ชิด และความตาย

8. พัฒนาจิตใจโดยการเรียนรู้เรื่องเกี่ยวกับปรัชญาและศาสนา และปฏิบัติธรรมตามคำสอนของศาสนา ผีภสมาธิเพื่ออบรมจิตใจให้สงบและตั้งมั่น ซึ่งจะทำให้สามารถเข้าใจและควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้น ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจทั้งในยามปกติ เมื่อเจ็บป่วย และในวาระสุดท้ายเมื่อต้องเผชิญกับความตาย

3.2 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย

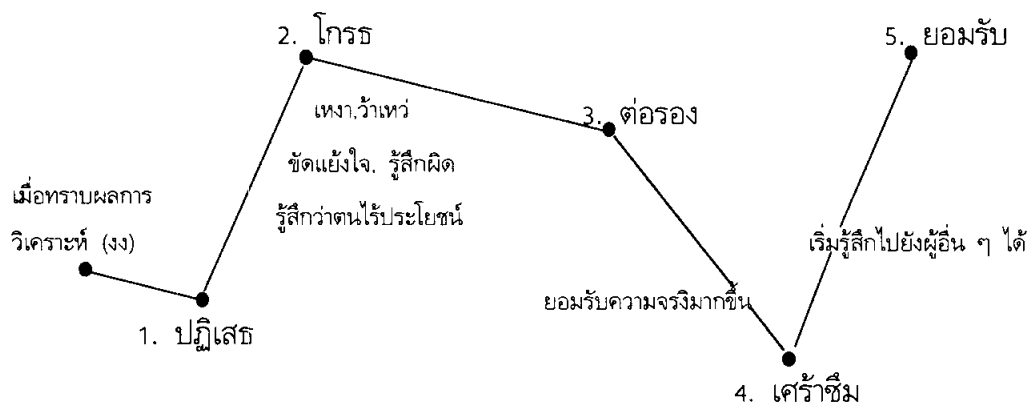
ภาวะใกล้ตาย หมายถึง อวัยวะทุกส่วนทุกระบบของร่างกายเกือบจะหยุดทำงาน ซึ่ง **อลิซาเบท คูเบอร์-รอส, ดร.** (Elizabeth Kubler-Ross, 1969) ได้แบ่งปฏิกิริยาของมนุษย์เมื่อใกล้จะตายไว้เป็น 5 ระยะ คือ ระยะการปฏิเสธ โกรธ ต้อรอง ความซึมเศร้า และระยะการยอมรับความเป็นจริงโดยมีรายละเอียดดังนี้

ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของอลิซาเบท คูเบอร์-รอส

ในปี 1969 **อลิซาเบท คูเบอร์-รอส, ดร.** (Elizabeth Kubler-Ross อ้างถึงใน Papalia, Diane E. และ Sally Wendkos Olds, 1986) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความตายกับคนไข้ที่อยู่ในภาวะป่วยหนักใกล้ตาย โดยการพูดคุยกับคนไข้ที่มีอาการป่วยหนักถึง 500 คน ได้สรุปเจตคติเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 การปฏิเสธ (Denial)
- ขั้นตอนที่ 2 ความโกรธ (Anger)
- ขั้นตอนที่ 3 การต้อรอง (Bargaining)
- ขั้นตอนที่ 4 ความซึมเศร้า (Depression)
- ขั้นตอนที่ 5 การยอมรับ (Acceptance)

โดยมีภาพแสดงดังนี้



ขั้นตอนที่ 1 การปฏิเสธ

การปฏิเสธ จะเกิดขึ้นต่อเมื่อได้รับทราบผลการวินิจฉัยอาการเจ็บป่วยจากบุคคลที่ไม่ได้รู้จักกับคนไข้ดีพอ หรือได้รับความรู้หรือข้อมูลอย่างไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจจะเป็นอาการตกใจ (shock) ความคิดแรกของคนไข้จะแสดงออกมาโดยการใช้คำพูดว่า “โอไม่ เป็นไปไม่ได้ สิ่งนี้จะต้องไม่เกิดกับฉัน”

หลังจากที่คนไข้ได้ทราบอาการที่แท้จริงของตนเองแล้ว เขาจะมีการแยกตัวเองออกไปพยายามหลีกเลี่ยงการพูดคุยถึงอาการเจ็บป่วยของตนเองกับผู้อื่น อันเป็นภาวะที่หลีกเลี่ยงการยอมรับเกี่ยวกับเรื่องความตายอีกวิธีหนึ่ง

ภาวะการปฏิเสธนี้เป็นภาวะที่จะปกป้องคุ้มครองความนึกคิดของตนเป็นวิธีการที่จะประนีประนอมต่อใจของตนเอง ไม่ต้องการให้ตนได้รับความกระทบกระเทือนใจไปได้เพียงชั่วระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น สภาพทางจิตใจของผู้ป่วยในระยะการปฏิเสธนี้ อาจจะมีความรู้สึกว่าเหตุเกิดความขัดแย้งในใจ มีความรู้สึกผิด มีความรู้สึกที่ตนเป็นผู้ที่ไม่มีความสำคัญ ความสามารถของการยอมรับความจริงในเรื่องของอาการเจ็บป่วยนั้นจะขึ้นอยู่กับ

- ตัวคนไข้ ลักษณะนิสัยดั้งเดิมของคนไข้
- วิธีการบอกข่าวกับคนไข้ว่า ใครเป็นผู้บอกอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์อย่างไรกับผู้ป่วย มีวิธีการบอกแบบใด
- ช่วงระยะเวลาที่บอกอาการเจ็บป่วยให้กับคนไข้

ประโยชน์ของการทราบอาการเจ็บป่วยของคนไข้ คือ ถ้าผู้ป่วยปรับตัวได้ดี ผู้ป่วยจะสามารถใช้เวลาที่เหลืออยู่ทำงานที่ก่อให้เกิดประโยชน์ให้ได้มากที่สุด หรือพยายามปรับตัวให้ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่มีความสุขมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 ความโกรธ

หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับรู้ความจริงที่เกิดขึ้นและไม่สามารถปฏิเสธอาการเจ็บป่วยได้แล้ว ผู้ป่วยจะเกิดความโกรธ และจะมีคำถามว่า

- ทำไมจึงต้องเป็นฉัน (Why me?)
- ใครก็ตามที่ป่วยอย่างฉันก็จะรู้
- แล้วทำไมคนแก่ที่แต่งตัวสกปรกจึงไม่เป็นอย่างฉันบ้าง
- ฉันยังอยู่นะ ฉันยังไม่ตาย

ลักษณะของความโกรธนี้จะโกรธไปยังทุกคนที่มีสุขภาพดีหรือผู้ที่มีอายุอ่อนกว่าทุกคน ดังนั้น สภาพทางจิตใจของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นมาจึงมักจะดูลำบาก อิจฉา ริษยา ต่อต้าน จุกจิก จู้จี้ ขี้บ่น อารยะวาท ชุนช้องหมองใจ ซัดใจ ซึ่งอาการดังกล่าวเป็นผลของการแสดงความก้าวร้าว

ของตนเองไปยังบุคคลอื่น หรือวัตถุสิ่งของต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว อาการดังกล่าวทำให้ผู้เฝ้าใช้
พยาบาล หรือบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงหนีจากผู้ป่วยมากที่สุด

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความก้าวร้าวเป็นเพราะผู้ป่วยโกรธตนเองที่กำลังจะตาย

ขั้นตอนที่ 3 การต่อรอง

ขั้นตอนการต่อรองจะเป็นช่วงระยะเวลาที่สั้นมาก อย่างไรก็ตาม การต่อรองนี้จะขึ้น
อยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยใช้ระยะเวลายาวนานสำหรับการปฏิเสธในขั้นที่ 1
และความโกรธในขั้น 2 แล้วจะทำให้ขั้นการต่อรองผ่านไปได้อย่างรวดเร็ว แต่ถ้าการปฏิเสธใน
ขั้นที่ 1 และความโกรธในขั้นที่ 2 ใช้เวลายาวนานจะทำให้ใช้ระยะเวลาในการต่อรองยาวนานขึ้น

การต่อรองเกิดขึ้น เพราะ เป็นความพยายามของผู้ป่วยที่จะต้องพยายามยืดระยะ
เวลาของการตายของตนเองออกไป ด้วยการพยายามกระทำความดี ตอรองกับพระเจ้า ซึ่งผู้
ป่วยจะเป็นผู้กำหนดเอง จึงทำให้มีคำพูดเช่น

“ฉันเข้าใจว่าฉันป่วยหนัก แต่....”

“ใช่ฉันป่วย แต่....”

“ฉันรู้ว่าฉันป่วยเป็นโรค....แต่....”

คำว่า “แต่” นี้เป็นคำพูดที่ผู้ป่วยพยายามต่อรองกับพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์นั่นเอง ตัวอย่างเช่น

“ถ้าท่านอนุญาตให้ฉันได้มีชีวิตอยู่ต่อไป ฉันจะขอเพียงแต่ให้ได้มีโอกาสดูงานหมั้น
ของลูกชาย.....หรืองานแต่งงานของลูกสาว แล้วฉันจะไม่ขออะไรอีกเลย”

“ขอให้ได้พบกับ.....อีกสักครั้ง ถึงจะตายก็ไม่ว่า”

“ขอให้ได้ขึ้นเวทีร้องเพลงอีกครั้งหนึ่งถึงจะตายก็ไม่ว่า”

ขั้นตอนที่ 4 ความซึมเศร้า

ในขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากร้องไห้ เศร้าเสียใจต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นใน
ชีวิตของตนเอง ความซึมเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียจะมี 2 ลักษณะ คือ

ลักษณะที่ 1 เป็นความรู้สึกจากการสูญเสียจากสิ่งภายนอก เช่น เสียเงินค่ารักษา
พยาบาล การต้องถูกออกจากงาน การขาดคนเอาใจใส่ดูแล

ลักษณะที่ 2 เป็นความรู้สึกจากการสูญเสียจากตนเอง คือ มีความรู้สึกเศร้าที่ตนจะ
ต้องจากโลกนี้ไป ผลคือผู้ป่วยจะพยายามนอนหลับเพื่อให้หลีกเลี่ยงจากความทุกข์ ทูเลา
จากความเจ็บปวด ความรู้สึกไม่สบายใจต่าง ๆ

ลักษณะของความซึมเศร้านี้ ผู้ป่วยจะมีอาการเสียใจอย่างรุนแรง อ่อนเพลียมาก ซึม
สับสน นอนไม่หลับ หรือนอนร้องไห้อย่างเงียบ ๆ ตามลำพัง รับประทานอาหารได้น้อย

ขั้นตอนที่ 5 การยอมรับ

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้ผ่านทุกขั้นตอนมาก่อนแล้ว จะปรากฏว่า ในขั้นตอนที่ 5 นี้ผู้ป่วยจะสามารถบอกเล่าถึงความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่เคยประสบมาก่อนได้ทั้งหมด โดยเฉพาะลักษณะของการดิ้นรนเพื่อจะให้มีชีวิตอยู่ต่อไป อธิบายลักษณะอารมณ์โกรธเป็นอย่างดี ในขั้นตอนที่ 5 ซึ่งเป็นขั้นการยอมรับนี้ ผู้ป่วยได้มีลักษณะการรอคอยกับความตายอย่างสงบ มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อย หมดแรง นอนหลับบ่อยครั้งมากขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยยอมรับกับอาการเจ็บป่วยจะพบว่า ผู้ป่วยยังมีอาการอ่อนแรงลงอย่างรวดเร็ว

นอกจากนั้น ในระยะที่ 5 นี้ไม่ใช่เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความสุข แต่เป็นระยะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรับกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว เริ่มพบกับความสงบ ต้องการอยู่เพียงตามลำพัง ไม่ต้องการรู้ข่าวจากภายนอก ไม่ต้องการให้ผู้ใดมาเยี่ยม หรือ มาเยี่ยมให้น้อยที่สุด วิธีการสื่อสารที่ดีที่สุดสำหรับขั้นตอนที่ 5 นี้ คือ การใช้สัมผัส เช่น จับมือ แต่จะไม่ใช้คำพูด

ประไพ ยศะทัตต์ (2526 : 101-108) ได้เสนอแนะวิธีการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายไว้ดังนี้ ผู้ป่วยใกล้ตายต้องการได้รับการเอาใจใส่ดูแล มีความห่วงใย สภาพจิตใจของผู้ป่วยดังกล่าวอยู่ในสภาวะของความว่างเปล่า ต้องการอาหารน้อยลง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยจะเคลื่อนตัวไปสู่ความมืดด้วยการใช้ความเจ็บเป็นสำคัญ

ความตาย หมายถึง อวัยวะทุกส่วนทุกระบบของร่างกายหยุดทำงานโดยสิ้นเชิง ซึ่งลักษณะที่อวัยวะทุกส่วนของร่างกายจะหยุดทำงานได้นั้นจะมีการหยุดทำงานเป็น 2 แบบ คือ

แบบที่ 1 ร่างกายหยุดทำงานโดยเป็นการตายที่รู้ตัวล่วงหน้า เช่น ป่วยเป็นโรคภัยไข้เจ็บโดยแพทย์หรือผู้ป่วยรู้กำหนดระยะเวลาต่าง ๆ ของการเจ็บป่วยได้อย่างแน่นอน ซึ่งจัดว่าเป็นความตายที่เกิดขึ้นในระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการเจ็บป่วยนั้น ๆ

แบบที่ 2 ร่างกายหยุดทำงานโดยเป็นการตายที่ไม่รู้ตัวล่วงหน้า การตายแบบนี้จะไม่มีสัญญาณใด ๆ บอกเหตุ ลักษณะการตายที่ไม่รู้ตัวล่วงหน้าสามารถจำแนกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

ก. ลักษณะของการตายก่อนเวลาอันสมควร (Premature death) เป็นการตายที่ไม่ได้คาดคิด ผู้ตายอาจมีอายุน้อย อาจจะอยู่ในวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ การตายจากไปของบุคคลนั้นจะก่อให้เกิดความเศร้าเสียใจต่อผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่เป็นอันมาก บุคคลที่ตายในวัยนี้ยังไม่ได้ทำคุณประโยชน์ให้แก่สังคม พ่อแม่พี่น้องบุคคลที่ใกล้ชิดหรือประเทศชาติเท่าที่ควร

ข. ลักษณะของการตายที่ไม่ได้คาดฝันหรือการตายอย่างฉับพลัน (Unexpected death) เป็นการตายที่อาจจะเกิดขึ้นกับบุคคลในทุก ๆ ระดับอายุในลักษณะของการตายอย่างฉับพลันเกิดขึ้นโดยไม่มีการคาดหมายหรือคาดคิดมาก่อน ผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ตายไม่ได้มีการเตรียมตัว

เตรียมใจไว้ เช่น ตายด้วยโรคหัวใจ

ค. ลักษณะของการตายที่ผิดธรรมชาติ หรือตายโหง (Calamitous death หรือ Catastrophic death) เป็นการตายที่เกิดขึ้นก่อนเวลาอันสมควรเช่นกันและผู้ใกล้ชิดกับผู้ตายไม่ได้มีการคาดคิดมาก่อน ลักษณะของการตายจะมีลักษณะรุนแรง มองดูสภาพศพน่ากลัว เช่น การตายเพราะถูกฆาตกรรม การฆ่าตัวตาย อุทกภัย วัตภัย อัคคีภัย ฯลฯ ลักษณะของความตายแบบนี้เป็นความตายที่ไม่มีผู้ใดอยากให้เกิดขึ้นกับตนเอง

พยอม อิงคตานุวัฒน์, พญ. (2523 : 126-127) ได้กล่าวถึงความรู้สึกของมนุษย์ที่มีต่อความตายของบุคคลว่า มนุษย์จะมีความรู้สึกต่อความตายของมนุษย์เป็น 3 ประการ คือ

ก. การตายที่ไม่มีความผูกพันอยู่ด้วย (Impersonal death) เป็นการตายของใครก็ตามที่มีความผูกพันกับตัวเราน้อยที่สุดหรือไม่มีความผูกพันเลย ตัวอย่างเช่น

- การได้ยินและฟังข่าวเกี่ยวกับเครื่องบินตกทำให้คนตาย
- การได้ยินและเห็นรถชนกันทำให้คนตาย
- นายแพทย์กำลังยืนมองดูคนไข้ที่กำลังจะสิ้นลมหายใจ

การได้ยินข่าวหรือเห็นลักษณะความตายในลักษณะเช่นนี้จะมีความรู้สึกสะเทือนใจน้อยที่สุดหรือไม่มีความสะเทือนใจเลย

ข. การตายที่มีความผูกพันอยู่ด้วย (Interpersonal death) เป็นการตายของบุคคลที่เรารักผูกพัน ห่วงใยกันอย่างใกล้ชิด เมื่อเกิดการตายขึ้นบุคคลที่ใกล้ชิดจะมีอาการซึมเศร้า หดหู่ รู้สึกผิด แต่ในบางกรณีความตายที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่เราใกล้ชิดนั้นอาจจะเกิดความพอใจโล่งอกก็ได้ บุคคลที่ตายนั้นอาจจะหมายถึง บิดามารดา คนที่ใกล้ชิดกับเราทุกคน รวมความถึงสัตว์เลี้ยงอีกด้วย

ค. การตายที่มีความผูกพันอยู่ด้วยกันอย่างลึกซึ้งในตัวบุคคลนั้น ๆ (Intrapersonal death) เป็นลักษณะของความตายที่มีความสำคัญมากที่สุดอีกประการหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูญเสียอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เป็นความรู้สึกของความสูญเสียอย่างรุนแรง แม้แต่การเปลี่ยนแปลงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมก็จัดว่าเป็นความตายสำหรับบุคคลนั้น ๆ เช่น

- การสูญเสียอวัยวะส่วนแขน ขา
- การเป็นอัมพาตครึ่งซีก

เอก ณะสิริ, นพ. (2533 : 216) ได้สรุปถึงสาเหตุของการตายตามหลักของพุทธศาสนาสรุปได้ดังนี้

1. อายุขัย หมายถึง การหมดอายุ

2. กรรมชั้ย หมายถึง การหมุดกรรม
3. อุภยชั้ย หมายถึง การตายเป็นด้วยควมชรา
4. อุปัจเจทกรรมชั้ย หมายถึง การตายเป็นด้วยอุบัติเหตุ อันตรายต่ง ๆ หรือการตายเป็นซึ่งหลักธรรมในทางพุทธศาสนาถือว่ ผู้ใดจะตายเป็นด้วยอันสมควรหรือไม่สมควร ตายอย่งสงบหรือตายเป็นอย่งทรหมนแล้วแต่กรรมของแต่ละบุคคลที่ได้กระทำม

อวย เกตุสิงห์, นพ. (2516 : 61-72 อ้างถึงใน เลก ณะสิริ 2533 : 215-216) ได้สรุปลสาเหตุของความตายเป็นหลักการทางวิทยาศาสตร์โดยจำแนกไว้ 7 อย่ง คือ

1. ตายเป็นด้วยเชื้อโรค เช่น วัณโรค อหิวาตโรค คอตีบ บาดทะยัก ไวรัส
2. ตายเป็นด้วยเชื้อโรคที่ไม่มีเชื้อ เช่น เบาหวาน มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เส้นโลหิตแตก
3. ตายเป็นด้วยโรคจากสารมีพิษ เช่น โรคพิษจากสารตะกั่ว พรอท แมงกานีส หรือถูควางยา
4. ตายเป็นด้วยโรคจากสิ่งแวดล้อม เช่น อากาศแปรปรวน หนาวจัด ร้อนจัด ความกดดันอากาศสูงหรือต่ำ
5. ตายเป็นด้วยโรคกินอาหารมกเกินไป เช่น โรคหลอดเลือด โรคหัวใจ
6. ตายเป็นด้วยการขาดแคลน เช่น ขาดอาหาร ขาดวิตามิน ขาดเกลือแร่
7. ตายเป็นด้วยอุบัติเหตุ อัศวินบาตกรรม ฆาตกรรม ภัยสงคราม

ขั้นตอนของการไว้ทุกข์

หล่งจากความตายเป็นได้เกิดขึ้นจะเกิดควมเศร้าโศกเสียใจกับบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด **โบลบี** (Bowlby, 1960 อ้างถึงใน Aiken, Lewis, R., 1982 : 264) ได้แบ่งขั้นตอนของการไว้ทุกข์ ดังนี้

- ขั้นที่ 1 มีการเพ่งเล็ง สนใจ ครุ่นคิดถึงแต่คนตาย
- ขั้นที่ 2 โกรธ โกรธในสิ่งที่ทำให้คนที่เรารักถึงแก่ความตายเป็นไม่ว่าจะเป็นวัตถุสิ่งของ เหตุการณ์
- ขั้นที่ 3 พยายามขอร้องเพื่อให้ผู้อื่นมช่วยเหลือ
- ขั้นที่ 4 หมุดหวัง ท้อถอย ถอนตัว ถอยหนีออกไป แยกตนเองออกไป
- ขั้นที่ 5 จัดระบบใหม่ในชีวิตให้ไปรักบุคคลหรือสิ่งของบางอย่างเพื่อทดแทนบุคคลที่ตายเป็นแล้ว

ควานอฟ (Kavanaugh, 1974 เพิ่งอ้างถึงใน Aiken, Lewis, R, 1982 : 264) ได้อธิบายภาวะของความเศร้าโศก หรือช่วงของการไว้ทุกข์มี 7 ระยะ คือ 1) ซ็อค 2) แดกร่ำปวดร่ำภายในจิตใจ 3) อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ำย 4) มีความรู้สึกผิด 5) มีความรู้สึกสูญเสียและเด็ยตาย 6) มีความรู้สึกคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น 7) สามารถตั้งสติและตั้งตัวได้อีกครั้งหนึ่ง

โกเรอร์ (Gorer, 1965 อ้างถึงใน Aiken, Lewis R., 1982 : 264) ได้อธิบายถึงสภาวะของบุคคลที่ยังมีชีวิตอยู่หลังจากมีการตายของคนที่เราไว้เป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เกิดภาวะการช็อค ช่วงนี้จะใช้เวลาเพียง 2-3 วันแรกหลังจากการตายของบุคคลที่ใกล้ชิด ทำให้เกิดการตกใจ สูญเสียการควบคุมตนเอง ไม่มีพลังที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้ขาดแรงจูงใจ

ระยะที่ 2 ระยะเศร้าซึม ในระยะนี้จะเกิดภาวะเศร้าซึม ร้องไห้ สับสนต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บางครั้งอาจใช้เวลานานหลายเดือนสำหรับการปรับตัว

ระยะที่ 3 ระยะยอมรับความเป็นจริง ในช่วงนี้จะเป็นระยะที่มีการยอมรับความเป็นจริงอย่างสมบูรณ์ว่าคนที่เรารักนั้นได้ตายจากไปแล้ว

จากการศึกษาของ **เคลตัน, ไฮไลท์และเมอไรซ์** (Clayton, Hailikes and Maurice, 1971 อ้างถึงใน Aiken, Lavis R, 1982 : 263) พบว่าพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลที่ต้องสูญเสียคนที่ตนรักไปนั้นจะมีลักษณะดังนี้

1. ร้องไห้
2. มีอารมณ์ซึมเศร้า
3. นอนไม่หลับ
4. ขาดความสนใจ มีความจำเสื่อมถอย
5. ขาดความหิว มีน้ำหนักลด
6. ใช้ยาช่วยเพื่อให้นอนหลับ หรือช่วยอาการทางประสาท
7. เหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่อหน่ายต่อสิ่งรอบตัว
8. ขาดความสนใจในสังคม เบื่อหน่ายต่อการดูโทรทัศน์ ข่าวสังคม ไม่ต้องการพบปะสังสรรค์กับผู้ใด
9. บางครั้งอาจมีการกล่าวโทษตัวเอง
10. เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายมากกว่า 3 อาการขึ้นไป
11. มีความรู้สึกว้าโกรธง่าย
12. มีความรู้สึกที่ชีวิตนี้หมดสิ้นความหวัง
13. มีความวิตกกังวลมากขึ้น
14. มีความโกรธที่ต้องเผชิญกับภาวะการสูญเสีย
15. สูญเสียความสนใจในการทำงาน
16. มีภาพหลอน
17. มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ไม่ยอมรับความเป็นจริง
18. มีความหวาดกลัว

ความจำเป็นที่จะต้องมีการเตรียมตัวก่อนตาย

พระคุณเจ้าพระเทพสิทธิมนี แห่งวัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ (อ้างถึงใน เณก ณะสิริ 2533 : 214) ได้บรรยายถึงสาเหตุที่ต้องมีการเตรียมตัวก่อนตาย ไว้ดังนี้

เตรียม สร้างทางชอบไว้	หวังกุศล
ตัว สุขสงเสริมผล	เพิ่มให้
ก่อน แต่มฤตยูดล	เผด็จชีพ เทียวนา
ตาย พรจากจากโลกได้	สถิตดาว แตนเกษมฯ

กล่าวคือ บุคคลชราทุกคนจะเดินทางไปใกล้หรือไกลก็ต้องเตรียมตัวด้วยกันทุกคน แม้จะอยู่กับบ้านไม่ได้ไปไหนก็ต้องเตรียมตัวด้วยกันทั้งนั้น เช่น เตรียมอาหารประจำวัน เตรียม เสื้อผ้า เงินทอง หยุกยา เป็นต้น ฉะนั้นก่อนที่จะเราจะตายจากโลกนี้ไปสู่โลกหน้านั้นเป็น การสมควรอย่างยิ่งที่จะต้องเตรียมตัวให้มากที่สุดและดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพราะเวลาจะตายเรา ไม่มีโอกาสจะขอผ่อนผันกับพระยามัจจุราชได้เลย เราจะขอให้คอยสัก 2-3 นาทีเพื่อลาพ่อแม่ ลูกเมีย หรือเพื่อเตรียมตัวก่อนจะตาย เขาก็ไม่ให้โอกาสแก่เราเป็นแน่ ดังนั้น เราจึงต้องเตรียม ตัวตายให้พร้อมเสมอ มาเมื่อไรก็ไปเมื่อนั้น และก็ไปอย่างยิ้มแย้มแจ่มใสด้วย

การยอมรับเกี่ยวกับความตาย

เป็นที่ยอมรับกันว่า ทุกคนไม่ต้องการที่จะพบหรือเผชิญกับความตาย เพราะมีความ รู้สึกว่า ความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัว เป็นสิ่งที่เราไม่รู้จักรัก ไม่ทราบว่าจะตายแล้วจะเปลี่ยนแปลงไป เป็นอย่างไร หวาดกลัวต่อการเจ็บปวดในขณะที่กำลังจะตาย กลัวต่อการพลัดพราก กลัวว่าจะ ต้องอยู่ตามลำพังเพียงคนเดียว กลัวต่ออนาคตที่เราไม่เคยรู้จัก กลัวสมาชิกในครอบครัวจะ ต้องเดือดร้อน เศร้าเสียใจ

ลักษณะของความกลัวตายขึ้นอยู่กับ ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่เคยเผชิญกับ เหตุการณ์เกี่ยวกับความตาย ซึ่งจะเริ่มมาตั้งแต่วัยเด็กกว่าเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับกระบวนการ ภาวะใกล้ตายของบุคคลในครอบครัว การทำศพ การต้องเผชิญกับภาวะความตายที่ผิดไป จากธรรมชาติ เช่น การตายจากฆาตกรรม อัคคีภัย ฯลฯ ถ้าบุคคลใดมีประสบการณ์เกี่ยว กับความตายมาก่อนจะมีส่วนช่วยให้เข้าใจในธรรมชาติของความตาย บางครั้งจะไม่มี ความหวาด หวั่นกับภาวะของความตาย ซึ่งเป็นการยอมรับความเป็นจริง

ความสามารถในการยอมรับเกี่ยวกับความตายจะขึ้นอยู่กับ

- โครงสร้างทางด้านจิตใจของบุคคล เช่น การรับรู้ ความเชื่อถือ ทศนคติและค่านิยมที่มีต่อความตาย แบบแผนการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล
- โครงสร้างของสถาบันทางสังคม เช่น สถาบันครอบครัว ลักษณะชุมชน ลักษณะวัฒนธรรมและประเพณีของแต่ละสังคมจะมีผลต่อความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะการตาย