



ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต
Grief Experiences of Thai Buddhist Spouses of Dead Patients from Critical Illness

สิริวรรณ คงทอง

Siriwan Khongthong

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)

Prince of Songkla University

2556

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต
Grief Experiences of Thai Buddhist Spouses of Dead Patients from Critical Illness

สิริวรรณ คงทอง

Siriwan Khongthong

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)

Prince of Songkla University

2556

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสพการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการ
เจ็บป่วยวิกฤต

ผู้เขียน นางสาวสิริวรรณ คงทอง

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)

.....กรรมการ

(ดร.รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(3)

ขอรับรองว่า ผลการวิจัยนี้เป็นผลมาจากการศึกษาของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณ
บุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวสิริวรรณ คงทอง)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้ารับรองว่า ผลการศึกษานี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวสิริวรรณ คงทอง)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการ
เจ็บป่วยวิกฤต

ผู้เขียน นางสาวศิริวรรณ คงทอง

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ปีการศึกษา 2555

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่ออธิบาย ความหมาย ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศก
ของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิด
ปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิค ผู้ให้ข้อมูลเป็นภรรยา ของผู้ป่วยวิกฤตและตาย จาก
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสงขลา จำนวน 15 ราย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง
ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) เป็นคู่สมรสไทยพุทธ (สามีหรือภรรยา) ของผู้ป่วยที่อยู่ใน
ระยะวิกฤตและได้เสียชีวิตในโรงพยาบาล และยอมรับว่ามีประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกจากการ
สูญเสียสามีหรือภรรยา 2) ระยะการสูญเสียเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไปหลังจากคู่สมรสเสียชีวิต 3)
สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยิน และ 4) เป็นผู้ที่สมัครใจ และยินดีที่จะเล่า
รายละเอียดประสบการณ์ของตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล และ
บันทึกเทปการสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการ
ของแวน มาเนน และสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์ของลินคอร์นและกوبا

ผลการศึกษาพบ กลุ่มความหมายของประสบการณ์ 12 กลุ่มความหมาย และนำมา
สะท้อนในหมวดของโลก 4 โใบ (four life-worlds) ดังนี้ โลกของตัวเอง (corporeality or lived body)
ประกอบด้วย 1) เก็บความรู้สึกเสียใจ 2) คิดโทษตัวเอง 3) ทрудโทรม 4) ความเข้มแข็งของจิต
วิญญาณ โลกของความสัมพันธ์ (relationality or lived relation) ได้แก่ 1) ขาดการให้คุณค่าจาก
แพทย์และพยาบาล 2) แยกตัวเองออกจากสังคม 3) เผชิญบทบาทใหม่ 4) ปฏิสัมพันธ์กับ บุคคลช่วย
คลายความเศร้าโศก โลกของสถานที่ (spatiality or lived space) คือ 1) ขาดเสาหลัก 2) อยู่ในความ
โดดเดี่ยว และโลกของเวลา (temporality or lived time) ประกอบด้วย 1) ไม่คาดคิด 2) ห้วงเวลาแห่ง
การเยียวยา

การศึกษานี้ ทำให้เข้าใจ ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของ คู่สมรสไทยพุทธของ
ผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตได้อย่างเต็มที่ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำผล

(6)

การศึกษาที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะเศร้าโศกทั้งในช่วงที่กำลังจะสูญเสียและหลังการสูญเสียคู่ชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและความเชื่อทางศาสนา

Thesis Title	Grief Experiences of Thai Buddhist Spouses of Dead Patients from Critical Illness
Author	Miss Siriwan Khongthong
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2012

ABSTRACT

This hermeneutic phenomenological study aimed to describe grief experiences of Thai Buddhist spouses of dead patients from critical illness. Fifteen Thai Buddhist women were selected according to the following inclusion criteria: 1) Spouses of critically ill patients who died in hospitals in Songkhla province within the previous 6 months; 2) Thai nationality and Buddhists; 3) Had no hearing problem and could speak Thai language; and 4) Were willing to participate and tell their experiences. Data were collected using in-depth individual interview with tape-recorder. Interview data were transcribed verbatim. The interview transcriptions were analyzed using Van Manen's approach. Trustworthiness of the study was established by following the criteria of Lincoln and Guba.

The findings of the study revealed 12 thematic categories and were reflected within four life-worlds of corporeality (lived body), relationality (lived relation), spatiality (lived space) and temporality (lived time). Lived body included the thematic categories of 1) hiding sadness, 2) feeling guilty, 3) mind-body broken down, and 4) spiritual strength. Lived relations consisted of 1) a lack of being valued by medical staff and nurses, 2) isolating themselves from society, 3) facing a new role, and 4) interaction with people helping to reduce grieving. Lived space included 1) losing the home's main pillar, and 2) being in the midst of loneliness. Lived time comprised 1) unexpected event, and 2) time of self-healing.

This study provided understanding of grief experiences of Thai Buddhist wives of critically ill and dead patients. Nurses and other healthcare providers can use the findings to create appropriate caring interventions in order to support persons during their anticipatory grief and grieving/mourning after the death of spouses congruent with their needs and religious beliefs.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ คงสุวรรณ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กิตติกร นิลมานัต ที่ได้ถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษา ให้แนวคิด และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนการตรวจสอบความถูกต้อง และแก้ไขข้อบกพร่อง เพื่อให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการ คณะกรรมการสอบโครงร่าง และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย แนวคำถาม พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมทั้งกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ช่วยตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น นำไปแก้ไข ปรับปรุงให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกคนที่ให้กำลังใจมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา พี่ชายและครอบครัวของผู้วิจัยที่ให้กำลังใจ ความรัก ความห่วงใยมาโดยตลอด ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกคน รวมทั้งผู้ที่ให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ที่ผู้วิจัยไม่สามารถเอ่ยนามได้ทุกคนไว้ ณ ที่นี้ ที่มีส่วนร่วมทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

สิริวรรณ คงทอง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(8)
สารบัญ.....	(9)
รายการตาราง.....	(11)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์.....	6
ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต	9
ภาวะเศร้าโศก.....	10
ศาสนาพุทธกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย.....	23
แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา.....	25
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	30
ผู้ให้ข้อมูล.....	30
บริบทของสถานที่ศึกษา.....	31
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	31
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	32
วิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	33
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล	35

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	36
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล	38
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	41
ผลการวิจัย	41
การอภิปรายผล.....	73
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	89
สรุปผลการวิจัย	89
ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย	90
ข้อเสนอแนะ	90
บรรณานุกรม.....	96
ภาคผนวก.....	104
ก. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	105
ข. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	106
ค. แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลภาคสนาม.....	110
ง. ตัวอย่างการจัดการข้อมูล.....	111
จ. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	113
ประวัติผู้เขียน.....	114

รายการตาราง

ตาราง	หน้า	
1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล.....	42
2	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มสมรสที่เสียชีวิต.....	44
3	รายชื่อสมมติของผู้ให้ข้อมูล.....	45
4	แสดงกลุ่มความหมายจากประสบการณ์ที่สะท้อนในโลก 4 ใบ.....	52
5	สรุปประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของ.....	73
	ผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต	

รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า	
1	แสดงการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (snowball sampling technique).....	34

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ความตายเป็นองค์ประกอบหนึ่งของชีวิต เป็นภาวะวิกฤตเร่งด่วนของชีวิตและเป็นการสูญเสียที่อาจก่อให้เกิดประสบการณ์ที่สร้างความรู้สึกเจ็บปวด โดยเฉพาะสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยวิกฤต เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตมักเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงจากสาเหตุต่างๆ และถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงโดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง ระบบไหลเวียน และระบบหายใจ จนร่างกายไม่สามารถที่จะตอบสนอง หรือปรับตัวเข้าสู่สภาพปกติได้ (วิชัย, 2546) และคุกคามต่อชีวิตได้ทุกเมื่อ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง หรือได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว อาจเสียชีวิตในที่สุด (รัชณี, 2554; สุจิตรา, 2551) ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวที่สูญเสียอยู่ในภาวะเศร้าโศก

ภาวะเศร้าโศก (grief) เป็นกระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียตามธรรมชาติ จากการรับรู้ว่าจะต้องสูญเสียหรือคาดหวังว่าต้องมีการสูญเสีย และสูญเสียบุคคลที่ตนรัก ผูกพันใกล้ชิด หรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อตนเอง (ธนา, 2550 ; Buglass, 2010 ; Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2005) โดยสาเหตุของภาวะเศร้าโศก คือ การสูญเสีย (loss) ซึ่งแบ่งการสูญเสียได้ 4 ประเภท (สุวรรณ, 2546) ได้แก่ การสูญเสียวัตถุภายนอก การแยกจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย การสูญเสียเอกลักษณ์ของบุคคล และการสูญเสียบุคคลที่ตนรักจากการเจ็บป่วย โดยการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักถือว่าการสูญเสียที่สมบูรณ์และถาวร มีผลให้สมาชิกในครอบครัวตอบสนองต่อการสูญเสีย นอกจากนี้การเสียชีวิตของกลุ่มสมรสก่อให้เกิดความเศร้าโศกแก่คู่สมรสที่มีชีวิตอยู่ได้ถึงร้อยละ 100 (พีรพนธ์, 2550; Anderson, Arnold, Angus, & Bryce, 2008)

ภาวะเศร้าโศกส่งผลกระทบต่อกลุ่มสมรสของผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงในอาการของบุคคลที่ตนรัก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้าง หน้าที่ บทบาทของสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด (รัชณี, 2554) ตลอดจนสังคมและเศรษฐกิจ (Hogan, 2001) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ (Baier & Buechsel, 2012) โดยจากการศึกษาอาการ ทางร่างกายและจิตใจในภาวะเศร้าโศกจากภรรยาที่สูญเสียสามีของโควาล์สกี และบอนด์มาส (Kowalski & Bondmass, 2008) ซึ่งศึกษาจากหญิงม่ายในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่สูญเสียสามีจากการเจ็บป่วยทางอายุรกรรม โดยไม่ระบุว่าเจ็บป่วยเรื้อรังหรือวิกฤต จำนวน 173 ราย และการศึกษาภาวะสูญเสีย และเศร้าโศกจากประสบการณ์ของหญิงม่ายจากเหตุการณ์พิบัติภัยของผานิต , จินตนา, และถนอมศรี (2551) ซึ่ง

หญิงมีส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม และสามีเสียชีวิตจากภาวะวิกฤตจากเหตุธรณีพิบัติภัย พบว่า ภาวะเศร้าโศกส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย ดังนี้ 1) ปวด ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อและกระดูก ปวดหลัง และปวดศีรษะ 2) ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และคลื่นไส้ อาเจียน 3) โรคประจำตัวกำเริบ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขึ้น ระบบทางเดินหายใจมีปัญหา 4) การนอนหลับ ได้แก่ นอนไม่หลับ ผื่นร้าย และนอนหลับยาก และ 5) ระบบประสาทและหลอดเลือด ได้แก่ อ่อนล้าง่าย ซาบริวณา เวียนศีรษะ เป็นลม และภาวะเศร้าโศกส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจ ได้แก่ มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ซึมเศร้า รู้สึกผิด รู้สึกถึงเครียด กังวลกับชีวิตข้างหน้า และหงุดหงิด นอกจากนี้ การศึกษาของพีรพนธ์ (2550) ยังพบอีกว่า ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าโศก บางรายอาจจะรุนแรงจนเกิด โรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายรายมีประวัติการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รัก โดยเฉพาะการเสียชีวิตของกลุ่มสมรสหรือสมาชิกในครอบครัว

ภาวะเศร้าโศกที่เกิดขึ้นในกลุ่มสมรสมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ลักษณะของสัมพันธภาพและบทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว เพศ อายุ ภูมิภาคและเขาวนัญญาของผู้สูญเสีย รวมถึงประสบการณ์และการเผชิญการสูญเสียในครั้งก่อน (จริยา, 2547; อรสา, 2554) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ บริบทของภาวะใกล้ตาย สภาพแวดล้อมขณะอยู่ในภาวะใกล้ตาย มีอิทธิพลสำคัญต่อกระบวนการเศร้าโศก คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ดูแลจะสามารถเตรียมตัวและปรับตัวให้ยอมรับ แต่ถ้าเป็นการอยู่ในภาวะใกล้ตายอย่างเฉียบพลันหรือในเหตุการณ์รุนแรง ได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ญาติผู้ดูแลจะปรับตัวยอมรับและสิ้นสุดกระบวนการความเศร้าโศกได้ยากกว่า (Rich, 2002) และ ความเชื่อ ทางศาสนาและวัฒนธรรม เนื่องจากบุคคลได้รับการหล่อหลอมคุณค่า ความเชื่อ พฤติกรรมและการแสดงออกจากสังคมและวัฒนธรรมที่บุคคลนั้นเติบโตและอาศัยอยู่ ดังนั้นภูมิหลังทางวัฒนธรรมและศาสนาของบุคคล จึงมีผลต่อมุมมองเรื่องสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการตาย โดยพบว่าความเชื่อ และความศรัทธาในศาสนาที่บุคคลนับถือมีผลต่อการมีชีวิตอยู่หลังการสูญเสีย (Christopher, 2010)

คนไทยส่วนใหญ่ได้เคารพนับถือศาสนาพุทธเป็นจำนวนร้อยละ 94.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) และได้กลายมาเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตคนไทย ซึ่งศาสนาพุทธมีความสำคัญต่อความเชื่อ ความหวัง และเป็นที่ยึดเหนี่ยวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อได้รับความทุกข์จากสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (พระปณตและสาระ, 2554) และที่สำคัญมุมมองของชีวิตและความตายในทางพุทธศาสนามีความแตกต่างไปจากมุมมองของศาสนาอื่น โดยมีเอกลักษณ์พิเศษ คือ ไม่มีความเชื่อในพระเจ้าเป็นผู้สร้างสรรพสิ่ง แต่เชื่อว่าชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ เมื่อมีเกิด ก็ต้องมีดับ เหมือนกับทุกอย่างที่อยู่รอบตัวมนุษย์ (เมศดานันท์ โท , 2548) และพระธรรมของพระพุทธเจ้ามีคุณค่าทางศีลธรรมที่ก่อให้เกิดปัญญา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำรงชีวิต เป็นคำสอนที่ไม่เพียงแต่ให้รู้และ

เข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ แต่ยังไม่ให้มนุษย์สามารถค้นหาปัญหา ค้นหาวิธีแก้ปัญหา เพื่อให้ตนเอง หลุดพ้นจากทุกข์ และเน้นให้รู้จักพึ่งพาตนเอง (สุวัฒน์, 2547) จะเห็นได้ว่าความเชื่อในศาสนาพุทธ มีผลต่อความคิด และการกระทำ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกใน บริบทของกลุ่มสมรสที่นับถือศาสนาพุทธ

จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศพบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศก ในกลุ่มสมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยจากการสูญเสียด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ ประสบการณ์ภาวะ เศร้าโศกของสมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อนการสูญเสีย (Ross, 2008) ผลกระทบของภาวะเศร้า โศกต่อสมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อนการสูญเสีย (Holley & Mast, 2009) ประสบการณ์ภาวะ เศร้าโศกของผู้ดูแลจากการสูญเสียคู่สมรสที่เจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม (Romero, 2010) ภาวะ เศร้าโศกและภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติของสมาชิกผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลัง การสูญเสีย (Holtlander & McMillan, 2011) และประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียปู่และ ย่า (Gilrane-McGarry & O'Grady, 2012) โดยการศึกษาที่ใกล้เคียงพบเพียงการศึกษาประสบการณ์ อารมณ์ที่เกิดขึ้นในสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยหนัก ของ แม็กอะดัม, ดร่าคอป, ไวท์, ฟอนเท็น และพุนติลโล (McAdam, Dracup, White, Fontaine, & Puntillo, 2010) ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ไอซียู หลัง 3-5 วัน จำนวน 74 ราย จะพบความชุกของอาการ คือ เครียด ร้อยละ 56.8, กังวล ร้อยละ 79.7, ซึมเศร้า ร้อย ละ 70.3 และพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีความทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อยล้า เศร้าโศก และเครียด นอกจากนี้ยังพบการศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวจากการสูญเสียบุคคลที่ตนรักในหอผู้ป่วย อายุรกรรมและศัลยกรรมของบีแลงเจอร์ (Belanger, 2008) จำนวน 24 ราย ผลการศึกษา พบว่า เมื่อ ครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าอันเป็นที่รักจะเสียชีวิตจะมีปฏิกิริยาของภาวะเศร้าโศก 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการเปลี่ยนแปลงกะทันหัน ไม่ทันตั้งตัว ระยะที่ 2 เป็นช่วงเวลาที่สับสนในการ แก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ระยะที่ 3 ทำใจยอมรับความจริง ระยะที่ 4 กล่าวคำอำลาผู้ป่วย และการศึกษา อาการทางร่างกายและจิตใจในภาวะเศร้าโศกจากภรรยาที่สูญเสียสามีของโควาล์สกีและบอนด์มาส (Kowalski & Bondmass, 2008) อย่างไรก็ตามในแต่ละประเทศอาจมีความแตกต่างในบริบทของ สังคม วัฒนธรรม และระบบการพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลให้ได้ผลการศึกษาที่แตกต่างกันรวมทั้งการ นำผลที่ได้ไปใช้

สำหรับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาผลของการ เยียวยาความเศร้าโศกของผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักด้วยกิจกรรมทางพุทธศาสนา และการปรึกษา เชิงพุทธจิตวิทยาของพระปณตและสาระ (2554) ซึ่งเป็นการศึกษาเยียวยาหลังการสูญเสียและเป็น การศึกษาในกลุ่มทั่วไปไม่ใช่ในกลุ่มสมรส ส่วนการศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทย

พุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตพบว่า ยังไม่มีผู้ที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤตและใกล้ตาย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ ความต้องการ ด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัว ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (จารุวรรณและสุพัตรา, 2555; ธิติมา, 2540; สุนิศา, 2544) ส่วนการศึกษาที่ใกล้เคียงพบเพียงการศึกษาประสบการณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตายของยูนิตา, กิตติกร, และพัชรียา (2552) ซึ่งผลการศึกษาปฏิกิริยาของภาวะเศร้าโศก ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย ก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต พบปฏิกิริยา ดังนี้ ซ็อกตัวชา ต่อรอง ทำใจยอมรับ โกรธ หดห้วง ปฏิเสธ นอกจากปฏิกิริยาแล้ว ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตายได้ให้ความหมายของประสบการณ์ว่า 1) กะทันหัน ตั้งตัวไม่ติด 2) การสูญเสีย เคืองกว้าง 3) ช่วงคาบเกี่ยวระหว่างความเป็นกับความตาย และ 4) อยู่อย่างมีความหวัง แต่ยังไม่ได้อธิบายประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกที่เกิดขึ้นในช่วงระยะหลังจาก ผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งจำเป็นต้องเรียนรู้และเข้าใจ เพื่อช่วยให้คู่สมรสที่สูญเสียคู่ชีวิตสามารถผ่านพ้นระยะ ต่าง ๆ ของปฏิกิริยาการสูญเสีย จนกลับเข้าสู่กิจวัตรประจำวันตามเดิมโดยไม่มี ความผิดปกติทางจิตใจเกิดขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ในบริบทของไทยพุทธ โดยใช้วิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ ตามการรับรู้ในประสบการณ์ที่คู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยได้สะท้อนมา การเข้าใจในประสบการณ์นี้จะช่วยให้ได้องค์ความรู้ที่สามารถนำมาเป็นพื้นฐานในการออกแบบการพยาบาลคู่สมรสไทยพุทธ ที่มีภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลที่รักที่เหมาะสม มีคุณภาพและต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ได้รับรู้ว่าจะต้องสูญเสีย หรือ คาดว่าต้องมีการสูญเสีย บุคคลที่ตนรัก (anticipatory grief) และหลังการสูญเสีย สอดคล้องกับคุณค่าความเชื่อตามหลักการของศาสนาพุทธ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายความหมายของประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต

คำถามการวิจัย

ความหมายของประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสตรีไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดการ วิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ผู้วิจัยนำระเบียบวิธีเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกซ์ (hermeneutic phenomenology) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเพื่ออธิบายความหมายของ ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของ กลุ่มสตรีไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต เนื่องจากการศึกษาปรากฏการณ์ที่เป็นจริง คือ การดำรงชีวิตอยู่ในประสบการณ์เฉพาะและเป็นจริงของบุคคลนั้น โดยเชื่อว่าบุคคลมีคุณลักษณะที่สำคัญ (Playger, 1994 อ้างตาม ประณีต, วิภาวี, และเพลินพิศ, 2543) ดังนี้ 1) บุคคลเป็นผู้ที่มีโลกและสังคมของตนเอง 2) บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่าและความหมายในแต่ละเรื่องไม่เหมือนกัน 3) บุคคลเป็นผู้แปลความหมาย 4) บุคคลเป็นหน่วยรวม และ 5) บุคคลมีมิติเป็นเวลา นอกจากนี้การเข้าใจในสิ่งที่ค้นหาต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 อย่าง ได้แก่ ภาษา (language) ซึ่งเป็นสื่อกลางที่สำคัญของการศึกษาที่จะสื่อความหมายของปรากฏการณ์ และการเชื่อมโยงความหมาย (the fusion of horizons) เป็นการเชื่อมโยงมุมมองของนักวิจัยรวมถึงความรู้และสิ่งต่างๆจากการศึกษากับผู้ให้ข้อมูล โดยไฮเดกเกอร์นำสิ่งเหล่านั้นมาศึกษาในการแปลความหมายโดยผ่านวงจรเฮร์เมเนิวติกซ์ (hermeneutic circle) ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงเหตุการณ์ในอดีต ที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อน เข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ เพื่อที่จะรับรู้และให้ความหมายกับประสบการณ์ครั้งใหม่เป็นลูกโซ่ ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ (Koch, 1995) ดังนี้ 1) ภูมิหลัง (background) 2) การทำความเข้าใจสิ่งที่มีมาก่อน (pre-understanding) 3) การเข้าใจในภูมิหลังเป็นการทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล (co-constitution) และ 4) การแปลความ ตีความ (interpretation)

นอกจากนี้ได้ใช้แนวคิดภาวะเศร้าโศก โดยภาวะเศร้าโศกเป็นกระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียตามธรรมชาติ จากการรับรู้ว่าจะต้องสูญเสียหรือคาดว่าจะต้องมีการสูญเสีย บุคคลที่ตนรัก ผูกพันใกล้ชิด หรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อตนเอง ทำให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสีย โดยแสดงภาวะเศร้าโศกออกมา ทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ และจิตสังคม เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและปรับตัวยอมรับการสูญเสียได้ ซึ่งระยะของภาวะเศร้าโศกที่ปกติมักดีขึ้น ภายใน 6

เดือน (Anderson, Arnold, Angus, & Bryce, 2008) ซึ่งผู้วิจัยจะใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการวิจัย และกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการ ศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของ คู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสงขลา

นิยามศัพท์

ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของ คู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต หมายถึง การให้ความหมายเหตุการณ์ หรือสิ่งต่าง ๆ ที่คู่สมรสไทยพุทธประสบหรือได้รับในภาวะเศร้าโศก จากการดูแลคู่สมรสที่เจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและตายในโรงพยาบาล และหลังการเสียชีวิตของสามีหรือภรรยา โดยครอบคลุมถึงความรู้สึกต่อการสูญเสีย ผลกระทบและการเผชิญกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียสามีหรือภรรยาในภาวะวิกฤต

ความสำคัญและประโยชน์ของการวิจัย

ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธจากการสูญเสียสามีหรือภรรยาด้วยภาวะวิกฤตในปัจจุบัน ยังไม่มีรูปแบบการดูแลหรือการดูแลหลังการตายที่ชัดเจน ซึ่งผลจากการศึกษาสามารถนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนดำเนินงาน และพัฒนารูปแบบการดูแลคู่สมรสได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลระดับปฏิบัติการสามารถนำผลการวิจัยดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต
2. ด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบให้การพยาบาลคู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ให้ครอบคลุมและต่อเนื่องถึงการดูแลหลังการตาย
3. ด้านการศึกษา สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดเนื้อหาการเรียนการสอน ทางกรพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกของ คู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะนี้อย่างลึกซึ้ง

4. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา แนวทาง หรือรูปแบบการดูแลผู้สมรส
ไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ในการปรับตัวต่อภาวะเศร้าโศก

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสตรีไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วย
วิกฤต ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต
2. ภาวะเศร้าโศก
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 สาเหตุ
 - 2.3 ชนิดของภาวะเศร้าโศก
 - 2.4 ปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะเศร้าโศก
 - 2.5 ลักษณะการแสดงออกของภาวะเศร้าโศก
 - 2.6 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเศร้าโศก
 - 2.7 การเผชิญกับภาวะเศร้าโศก
 - 2.8 ความต้องการในภาวะเศร้าโศก
 - 2.9 บทบาทพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือกลุ่มสตรีที่มีภาวะเศร้าโศก
3. ศาสนาพุทธกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย
4. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา
 - 4.1 ความหมาย
 - 4.2 ลักษณะของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
 - 4.3 ปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอริแมนนิติกส์

ความหมายผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยภาวะวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาวิกฤตด้านร่างกาย อาจเกิดจาก อวัยวะหนึ่ง ๆ หรือหลายอวัยวะทำงานล้มเหลวจากโรคหรือภัยอันตรายต่าง ๆ ซึ่งคุกคามต่อชีวิต ต้องการการดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องเพื่อให้มีชีวิตอยู่ (นันทา , 2543; สุจิตรา, 2551) ซึ่งหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะวิกฤต คือ 1) ให้ได้การวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็ว 2) ให้การรักษาทันทีโดยมีการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม 3) ติดตามอาการและและการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกอย่างใกล้ชิด 4) ควบคุมเครื่องมือทุกชนิดที่ให้กับผู้ป่วยให้ทำงานอย่างถูกต้องเหมาะสม 5) ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ถ้าเกิดขึ้นควรให้การวินิจฉัยโดยเร็วและรักษาทันที ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เกิดเฉพาะอวัยวะหรือเกิดร่วมกัน ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ไต ทางเดินอาหาร หรือสมอง 6) ประเมินผลการรักษาเป็นระยะ 7) ใช้ทีมตัดสินใจรักษาที่สำคัญและเสนอให้ผู้ป่วย ญาติ ครอบครัวได้ร่วมรับรู้ และร่วมตัดสินใจ 8) พิจารณาถึงสมดุลระหว่างการให้การรักษาแบบประหยัด คุ่มค่ากับการยื้อชีวิต และ 9) ตัดสินใจไม่ให้คงไว้ หรือยุติการรักษาบางวิธีอย่างเหมาะสม (นันทา, 2543) และเมื่อเกิดภาวะวิกฤตจนร่างกายไม่สามารถที่จะปรับเข้าสู่ภาวะสมดุลได้ เช่น ในผู้ป่วยที่เกิดอาการช็อกจากสาเหตุต่าง ๆ การสูญเสียเลือดหรือสารน้ำในร่างกาย ปริมาตรการไหลเวียนในร่างการลดลง โรคหรือความผิดปกติของหัวใจ บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรุนแรง ทำให้อาการของผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคและเสียชีวิตในที่สุด

การเสียชีวิตหรือตายทางแพทยสภาได้ให้นิยามของการตายของบุคคล หมายความว่า บุคคลอยู่ในสภาวะที่ระบบไหลเวียนเลือดและระบบการหายใจหยุดทำงาน โดยไม่สามารถกลับคืนได้อีก หรืออยู่ในภาวะสมองตายคือ การที่แกนสมองถูกทำลายจนสิ้นสุดการทำงานโดยสิ้นเชิงตลอดไป โดยการวินิจฉัยสมองตายนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่สามารถยืดชีวิตบุคคลออกไป ทำให้หัวใจยังเต้นและยังหายใจได้ด้วยเครื่องมือและยาต่าง ๆ ทั้งที่ผู้ป่วยนั้นเจ็บป่วยอย่างรุนแรงไม่มีสติ ไม่สามารถหายใจได้เองและถ้าหยุดการช่วยเหลือเหล่านี้เมื่อใดผู้ป่วยนั้นก็เสียชีวิต และความก้าวหน้าในการปลูกถ่ายอวัยวะซึ่งสามารถนำอวัยวะจากบุคคลอื่น มาให้บุคคลที่สามารถรับการปลูกถ่ายอวัยวะนั้นได้ (ณัฐและธีร โขติ, 2553)

ภาวะเศร้าโศก

ความหมาย

ภาวะเศร้าโศก หมายถึง กระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียตามธรรมชาติ จากการรับรู้ว่าจะต้องสูญเสีย หรือคาดว่าจะต้องมีการสูญเสีย บุคคลที่ตนรัก ผูกพัน ใกล้ชิด หรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อตนเอง ทำให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสีย โดยแสดงความเศร้าโศกออกมา ทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ และจิตสังคม ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาที่ต่อเนื่อง เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และเป็นเรื่องสากลที่เป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ทุกคนต้องมี เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและปรับตัวยอมรับการสูญเสียได้ (ชนา, 2550 ; Buglass, 2010; Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2005)

สาเหตุของภาวะเศร้าโศก

สาเหตุของภาวะเศร้าโศก ได้แก่ การสูญเสีย (loss) ซึ่งแบ่งลักษณะของการสูญเสียออกเป็น 4 ชนิด (สุวรรณลักษณ์, 2546) คือ

1. การสูญเสียวัตถุภายนอก เช่น การสูญเสียทรัพย์สิน ไฟไหม้บ้าน การสูญเสียสัตว์เลี้ยง
2. การแยกจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความปลอดภัย เช่น การย้ายที่อยู่อาศัย
3. การสูญเสียลักษณะของบุคคล เป็นการสูญเสียที่มองเห็นและสังเกตได้จากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของบุคคล เช่น การเกิดแผลเป็น การสูญเสียอวัยวะ ความพิการ และการสูญเสียที่สังเกตไม่ได้ เช่น การสูญเสียอวัยวะภายใน การสูญเสียทางอารมณ์
4. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง จากการเจ็บป่วย การแยกจาก การตาย ซึ่งถือว่าการสูญเสียที่สมบูรณ์และถาวร

ชนิดของภาวะเศร้าโศก

ประสบการณ์การสูญเสีย เป็นประสบการณ์ชีวิตที่ทุกคนเคยประสบและเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของชีวิต นำมาซึ่งอารมณ์เศร้าโศกเสียใจ บางครั้งอาจรุนแรงจนเกิดอาการของโรคซึมเศร้า

โดยภาวะเศร้าโศก จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถแบ่งภาวะเศร้าโศกออกเป็นระยะต่าง ๆ ตามช่วงเวลาที่เกิดซึ่งเรียกว่า Phase of grief ได้ดังนี้

1. ภาวะเศร้าโศกก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย (anticipatory grief)

เป็นภาวะเศร้าโศก ก่อนที่จะเกิดการสูญเสียจริง เพราะได้คาดไว้แล้วว่าจะต้องเกิดการสูญเสียอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และจบลงเมื่อการสูญเสียที่คาดไว้เกิดขึ้น โดยไม่ว่าจะมีปฏิกิริยาตามมาอย่างไรก็ตาม ภาวะเศร้าโศกชนิดนี้จะต่างจากภาวะเศร้าโศก (grief) ทั่วไปที่จะค่อยๆลดลงตามเวลาที่ผ่านไป ภาวะเศร้าโศกก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย (anticipatory grief) อาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงเมื่อความสูญเสียนั้นใกล้เข้ามา ในบางครั้งโดยเฉพาะเมื่อมีการคาดไว้นานก่อนการสูญเสียจริง และได้มีภาวะเศร้าโศกก่อนที่จะเกิดการสูญเสียแล้ว บุคคลจะมีอาการแสดงของ ภาวะเศร้าโศก น้อยเมื่อการสูญเสียเกิดขึ้นจริง (Coombs, 2010)

2. ภาวะเศร้าโศกต่อการสูญเสียที่ปกติ (normal grief)

เป็นปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมต่อการสูญเสียที่สำคัญ โดยเฉพาะการเสียชีวิตของบุคคลที่ใกล้ชิด เกิดขึ้นหลังจากรับรู้ถึงการสูญเสีย เช่น อารมณ์เศร้าโศก คร่ำครวญ ร้องไห้ ซึ่งบางครั้ง grief สามารถเรียกว่า bereavement reaction หรือ bereavement process ก็ได้ โดยมีปฏิกิริยาของภาวะเศร้าโศกปกติจะแสดงปฏิกิริยาใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรก ซึ่งเรียกว่าระยะมึนชา (numbness) เริ่มจากรับรู้ความเป็นจริงของการสูญเสียหรือการเสียชีวิต ในระยะนี้จะเกิดอาการตกใจ (shock) ไม่เชื่อ (disbelief) และปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น (denial) ระยะนี้ใช้เวลา 2-3 ชั่วโมง ตามมาด้วยระยะที่สอง ซึ่งเรียกว่า ระยะซึมเศร้า (depression) ในระยะนี้จะมีอารมณ์เศร้าโศก คร่ำครวญ ร้องไห้บ่อยๆ ย้ำนึกถึงบุคคลที่เสียชีวิต ความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับ หรืออาจทำให้กิจวัตรประจำวันตามปกติลดลงจากเดิมบ้าง ระยะนี้จะใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มักไม่เกิน 6 เดือน หลังจากนั้นจะเข้าสู่ระยะที่สาม ซึ่งเรียกว่า ระยะกลับคืนสู่ปกติ (recovery) โดยผู้สูญเสียยอมรับกับการสูญเสีย และเริ่มกลับเข้าสู่กิจวัตรประจำวันตามปกติ (พีรพนธ์, 2550)

3. ภาวะเศร้าโศกต่อการสูญเสียที่ผิดปกติ (pathological grief/complicate grief)

เป็นภาวะเศร้าโศกอารมณ์ที่รุนแรงและนานเกินปกติต่อการสูญเสีย พบได้หลายรูปแบบ ตั้งแต่การไม่แสดงอารมณ์เศร้าโศกหลังการสูญเสีย หรือการแสดงออกของอารมณ์เศร้าโศกที่มากเกินไป (จารุรินทร์, 2547; พีรพนธ์, 2550; Paola, Loretta, Chiara, Giorgio, & Holly, 2010) ดังนี้

3.1. อารมณ์เศร้าโศกที่เรื้อรังต่อการสูญเสีย (prolonged grief) โดยเริ่มต้นตั้งแต่ 6-12 เดือนหลังจากที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

3.2. อารมณ์เศร้าโศกที่รุนแรงต่อการสูญเสีย (hypertrophic grief) จนเกิดอาการโรคซึมเศร้า (depressive disorder) หรือวิตกกังวล

3.3. อารมณ์เศร้าโศกที่เกิดขึ้นช้ากว่าปกติ (delayed grief) คือ การไม่พบปฏิกิริยาการสูญเสีย ซึ่งควรพบใน 2 สัปดาห์แรก

3.4. อารมณ์เศร้าโศกที่ไม่สามารถผ่านพ้น (unresolved grief) คือ การชะงักงันของกระบวนการผ่านพ้นอารมณ์เศร้า

3.5. อารมณ์เศร้าโศกที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (traumatic stress disorder)

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะเศร้าโศก

ไม่ว่าบุคคลจะเกิดการสูญเสียในรูปแบบใด ปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อการสูญเสีย นั้นมักจะแสดงออกให้เห็นเป็นพฤติกรรมต่อเนื่องกัน ปฏิกิริยาตอบสนองจะช้าหรือเร็วเพียงใด ขึ้นอยู่กับช่วงเวลาของแต่ละบุคคลปรับตัวในแต่ละระยะ และความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบสนองในแต่ละบุคคล

การศึกษาของบาวล์บี (Bowlby, 1961 as cited in Buglass, 2010; Bowlby, 1980 อ้างตาม พระมหาปรกฤษณ์ , 2549) ได้ศึกษาความผูกพันและการสูญเสีย ซึ่งศึกษาในเด็กวัยหนุ่มสาวที่สูญเสียแม่ และหญิงม่ายที่สูญเสียสามีในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ โดยสังเกตปฏิกิริยาของผู้สูญเสีย และแบ่งระยะการสูญเสียไว้ 4 ระยะ (Davies, 2003) ดังนี้

1. การหมดความรู้สึกและการต่อต้าน (numbness and protest) การปฏิเสธ (denial) เป็นระยะเริ่มต้นของภาวะเศร้าโศก เกิดขึ้นภายหลังการทราบข่าวการเสียชีวิตของบุคคลผู้เป็นที่รัก ปฏิกิริยาที่ผู้สูญเสียตอบสนองนั้นจะเป็นไปในลักษณะของการตกใจสุดขีด มีนงต่อการสูญเสีย บุคคลอื่นเป็นที่รัก รู้สึกว่าชีวิตล่องลอย ไม่สามารถดูแลตนเองในเรื่องความต้องการพื้นฐานของชีวิต เช่น ความต้องการอาหาร ไม่สามารถตัดสินใจได้ การแสดงออกเหล่านี้เป็นกลไกป้องกันตนเอง (defense) ต่อข่าวร้าย เพื่อป้องกันความเจ็บปวดทางใจ

2. การคิดถึงและการค้นหา (yearning and searching) เป็นระยะที่กลไกการป้องกันตนเองไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดใจที่เกิดขึ้นจากการทราบข่าว ทำให้ผู้สูญเสียเริ่มรับรู้ถึงการสูญเสีย บุคคลผู้เป็นที่รัก แต่ไม่เชื่อว่าเกิดการสูญเสียขึ้นจริง ได้แก่ ผู้สูญเสียรู้สึกกระวนกระวาย และหมกมุ่นอยู่กับผู้เสียชีวิต ลักษณะสำคัญ คือ คิดถึงผู้เสียชีวิตตลอดเวลา

3. ความยุ่งเหยิงและหมดอาลัย (disorganization and despair) ระยะนี้เป็นช่วงเวลาที่ผู้สูญเสีย เกิดการเรียนรู้ถึงการไม่สามารถที่จะพยายามกลับมาใกล้ชิดทางกายภาพกับผู้เสียชีวิตได้ ดังเดิมจากประสบการณ์ที่ตนเองได้รับในระยะการคิดถึงและการค้นหา คือ การถอนหนี การไร้อารมณ์ และอารมณ์ซึมเศร้า นอกจากนี้ยังอาจพบการนอนไม่หลับ น้ำหนักลดลงร่วมด้วย

4. การกลับสู่สภาพเดิม (reorganization) อยู่นี้เป็นระยะที่ความเศร้าโศกเกิดการคลี่คลาย ปรับเข้าสู่ภาวะปกติ ความเจ็บปวดในขณะเศร้าโศกเริ่มลดลงและผู้เศร้าโศกอาลัยเริ่มกลับสู่สภาพชีวิตเดิม เหลือแต่ความรู้สึกเป็นสุขหรือเสียใจเมื่อคิดถึง ผู้ที่เสียชีวิตและมีการประทับภาพลักษณ์ (image) ของผู้เสียชีวิตไว้ในใจ

คูเบลอร์ รอส (Kubler -Ross, 1969) ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในเมืองชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกา ด้วยการสัมภาษณ์และสรุปกระบวนการภาวะเศร้าโศก เป็น 5 ระยะ ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของบาวล์บี (Bowlby) แต่คูเบลอร์ รอส (Kubler- Ross, 1969) นำระยะต่าง ๆ มาแบ่งได้ชัดเจนกว่า ดังนี้

1. ระยะปฏิเสธและแยกตัว (stage of denial) เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามี การสูญเสีย ปฏิกริยาที่เกิดขึ้น คือ จะรู้สึกช็อกและไม่เชื่อ ปฏิเสธไม่ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น โดยพยายามรวบรวมแหล่งประโยชน์ภายในและภายนอกเพื่อพยายามผ่อนคลายนผลกระทบจากการสูญเสีย
2. ระยะโกรธ (stage of anger) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธต่อไปแล้ว จะมีความรู้สึกโกรธที่ตนเองจะต้องสูญเสีย และโทษบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือสิ่งแวดล้อม
3. ระยะต่อรอง (stage of bargaining) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มรับการสูญเสียที่จะมาถึง ได้มากขึ้น แต่ยังต่อรองด้วยการแสดงความหวัง เพื่อยืดระยะเวลาการสูญเสียออกไปอีก
4. ระยะซึมเศร้า (stage of depression) เป็นช่วงเวลาที่บุคคลเกิดความรู้สึกเสียใจ อย่างรุนแรง มีพฤติกรรมแยกตัว ซบออยู่เงียบๆ ไม่พูดคุย ร้องไห้เศร้าโศกอยู่คนเดียว
5. ระยะยอมรับ (stage of acceptance) เป็นระยะที่บุคคลยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ เข้าใจความจริงว่าความตายแยกจาก เป็นสังขารของชีวิต และเริ่มกลับสู่สภาพเดิม

ลักษณะการแสดงออกของภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรส

เบเออร์และบุสโซล (Baier & Buechsel, 2012) ได้สรุปการแสดงออกของภาวะเศร้าโศก เป็น 4 ลักษณะ คือ ความรู้สึก อารมณ์ทางกาย ความคิด พฤติกรรม และจากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งในกลุ่มสมรสและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยวิกฤตที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ซึ่งมีความหลากหลายในการนับถือศาสนา ได้แก่ ศาสนาพุทธ (Ming-San & Wai-Chi, 2007), ศาสนาอิสลาม (ผานิต , จินตนา, และถนอมศรี , 2551), และคริสต์ (Duke, 1998; McAdam, Dracup, White, Fontaine, & Puntillo, 2010; Plakas, Cant, & Taket, 2009) ดังรายละเอียด ดังนี้

1. ความรู้สึก ผู้ที่สูญเสียจะแสดงภาวะเศร้าโศกทางความรู้สึกเช่น

1.1 ความเสียใจ เป็นความรู้สึกที่พบได้บ่อยที่สุด ผู้ที่สูญเสียอาจแสดงออกโดยการร้องไห้ โยนหน้าเศร้าหมอง โดยการศึกษาประสบการณ์ของหญิงม่าย จากเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยของแผ่นดิน, จีนตนา, และถนอมศรี (2551) พบว่า ปฏิกริยาตอบสนองต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศก ด้านความรู้สึก มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ และไม่มีชีวิตชีวาเมื่อสูญเสียสามี

1.2 ความโกรธ เป็นความรู้สึกที่พบบ่อยอันเป็นผลจากความรู้สึกคับข้องใจ ที่ตนไม่สามารถจะทำอะไรในการช่วยเหลือผู้ป่วย หรือโกรธที่ถูกผู้เสียชีวิตทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ความรู้สึกโกรธนี้มักจะก่อให้เกิดปัญหา หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม เช่น ทำให้ผู้ที่เศร้าโศกแสดงออกอย่างไม่เหมาะสม เช่น การโทษตัวเอง การโทษหรือโกรธผู้รักษา (Ming-San & Wai-Chi, 2007)

1.3 ความกังวล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากสาเหตุ จากความกังวลว่าตนเองจะอยู่อย่างไรเมื่อปราศจากผู้ตาย กังวลกับชีวิตข้างหน้า ความตายของผู้ใกล้ชิดทำให้เกิดความกังวลถึงชีวิตของตน และรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต โดยการศึกษา ประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นในสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยหนัก ของแม็กอะคัม, ดรากลูป, ไวท์, ฟอนเท็น และพุนติโล (McAdam, Dracup, White, Fontaine, & Puntillo, 2010) พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหลัง 3-5 วัน ที่เข้ารับการรักษาใน ไอซียู จำนวน 74 ราย มีอาการต่าง ๆ เกิดขึ้นหลายอย่าง ได้แก่ เกรียครระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 56.8, กังวลเล็กน้อย ร้อยละ 79.7, ซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 70.3

1.4 ความรู้สึกผิดและโทษตัวเอง เป็นความรู้สึกสำนึกผิด และหมกมุ่นอยู่กับความรู้สึกนี้อยู่ตลอด มักพบได้บ่อยเช่นเดียวกัน เช่น รู้สึกว่าเป็นความผิดของตนที่ไม่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยการศึกษาประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤตในประเทศกรีซของปาลาส, แคต, และทาเกต (Plakas, Cant, & Taket, 2009) พบว่า ระหว่างที่บุคคลอันเป็นที่รักเจ็บป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยไอซียู ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกเศร้าโศกและรู้สึกผิด และตำหนิตนเองว่าเป็นต้นเหตุให้ผู้ป่วยต้องมาเจ็บป่วยวิกฤต

1.5 ความรู้สึกเหงา อ่อนเพลีย ไม่มีชีวิตชีวา เป็นความรู้สึกที่เกิดจากต้องการปรับเปลี่ยนบทบาทที่ต้องมาอยู่คนเดียวโดยปราศจากผู้ตาย ซึ่งมักพบร่วมกับความรู้สึกกังวล โดยการศึกษาของดัก (Duke, 1998) เกี่ยวกับประสบการณ์ของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย โดยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มสมรสผู้ป่วยจำนวน 24 คน พบว่าขณะที่กลุ่มสมรสต้องเผชิญกับภาวะสูญเสียและเศร้าโศกนั้น กลุ่มสมรสมีความรู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนถูกทอดทิ้ง ต้องอยู่กับความทรงจำเก่าๆ อยู่ท่ามกลางความสับสน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

1.6 ความรู้สึกโง่งง เป็นความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นได้ ในกรณีที่เมื่อบุคคลที่รักถึงแก่กรรม โดยเฉพาะกรณีที่มีการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน

2. ความคิด

ความคิด และอารมณ์มักเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน ซึ่งพบได้บ่อยคือ ไม่มีสมาธิ เกิดความลังเล ไม่มั่นใจ ตัดสินใจไม่ได้ สับสน ปฏิเสธ เชื่อเสีย ไร้จุดหมาย ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพได้ ไม่เชื่อว่ามี การสูญเสียเกิดขึ้นจริง มีความสับสน โดยการศึกษาประสบการณ์ของหญิงมาจากเหตุการณ์กรณีพิบัติของ ผานิตและคณะ (2551) ซึ่งเป็นหญิงมา ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาอิสลาม พบว่า คิดหมกมุ่นถึงบุคคลที่จากไป และคิดฆ่าตัวตาย บางครั้งมีความรู้สึกเสมือนว่าวิญญาณของผู้ที่เสียชีวิตยังคงวนเวียนอยู่ใกล้ ๆ

3. อาการทางกาย

อาการที่พบบ่อยในผู้สูญเสีย คือ 1) ปวด ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อและกระดูก ปวดหลัง และปวดศีรษะ 2) ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และคลื่นไส้ อาเจียน 3) โรคประจำตัวกำเริบ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขึ้น ระบบทางเดินหายใจมีปัญหา 4) การนอนหลับ ได้แก่ นอนไม่หลับ ผื่นร้าย และนอนหลับยาก และ 5) ระบบประสาทและหลอดเลือด ได้แก่ อ่อนล้าง่าย ซาบบริเวณขา เวียนศีรษะ เป็นลม (Kowalski & Bondmass, 2008)

4. พฤติกรรม

ผู้สูญเสียมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและชีวิตประจำวัน ได้แก่ แยกตัวออกจากสังคม อยากรู้อยู่คนเดียว พึงพาคนอื่นแม้เรื่องง่าย และหลีกเลี่ยงทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ตาย ความสามารถในการตัดสินใจเสียไป สันถึงบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว หลีกเลี่ยงที่จะคิดถึงผู้ตาย เช่น เก็บรูปภาพผู้ตาย หลีกเลี่ยงการไปสถานที่ที่เคยไปกับผู้ตาย (ผานิตและคณะ, 2551)

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรส

จากการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มสมรสวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อภาวะเศร้าโศก ซึ่งสามารถจัดแบ่งได้เป็น 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยภายใน ได้แก่

1.1 ความหมายของสิ่งที่จะสูญเสีย (meaning of the loss) หมายถึง หากผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความหมายต่อชีวิตของสมาชิกในครอบครัวมาก ความเศร้าโศกก็จะรุนแรงมาก (Pavkes, 1980 อ้างตาม อรสา, 2553)

1.2 ลักษณะของสัมพันธ์ภาพ (qualities of the relationship) หากผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและผูกพันกันมาก การตัดขาดหรือแยกจากจะยากมากขึ้น เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส หรือบิดามารดากับบุตร โดยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสกับความเศร้าโศกของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรสของ ชวนชม (2542) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพของบุคคลในครอบครัวดีมีความเศร้าโศกน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพของบุคคลในครอบครัวไม่ดี

1.3 บทบาทของผู้เศร้าโศก (roles of the griever) เมื่อเกิดการสูญเสียหรือภาวะใกล้ตาย ขึ้นยอมทำให้ญาติผู้ดูแลหน้าที่ความรับผิดชอบสิ่งต่างๆ มาก ก็จะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกอึดอัด ค่าไม่สามารถจัดการหรือรับผิดชอบหน้าที่ต่าง ๆ ต่อไปได้ นอกจากนี้การเสียผู้นำครอบครัวทำให้สมาชิกในครอบครัวแบกรับหน้าที่เพิ่มขึ้นจะทำให้การปรับคืนสู่ภาวะสมดุลยาวนานขึ้น (Pavkes, 1980 อ้างตาม อรสา, 2553)

1.4 อายุของผู้เศร้าโศก (age of the griever) ผู้เศร้าโศกที่มีอายุแตกต่างกันจะมีมุมมองเกี่ยวกับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น ความตาย และการจัดการกับความเศร้าโศกต่างกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยผู้ดูแลมีอายุน้อยจะจัดการกับความเศร้าโศกได้ไม่ดีเท่ากับผู้ที่มียุมากกว่า (Hegge & Fischer, 2000)

1.5 เพศของผู้เศร้าโศก (sex of griever) สังคมคาดหวังว่าผู้ชายจะต้องรักษาบุคลิกภาพภายนอกให้ดูสุภาพและควบคุมได้ ในขณะที่เดียวกันก็ยอมให้ผู้หญิงแสดงอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ออกมาได้ บทบาททางเพศจึงเป็นตัวกำหนดการรับรู้ของบุคคล (ชวนชม, 2542) ให้แสดงออกซึ่งพฤติกรรมว่าควรทำอย่างไร ดังนั้น การแสดงออกของผู้ดูแลอาจมีบางอย่างที่ซ่อนเร้นไว้เพราะถูกกำหนดด้วยบทบาททางเพศจากสังคม

1.6 สภาพจิตใจของผู้เศร้าโศก (griever's mental state) หากเป็นคนบุคลิกภาพแบบเก็บกด ไม่ค่อยแสดงออก ซึมเศร้าจะแสดงอาการเศร้าโศกที่รุนแรงมากกว่า (Pavkes, 1980 อ้างตาม อรสา, 2553)

1.7 วุฒิภาวะและเชาว์ปัญญาของผู้เศร้าโศก (griever's maturity & intelligence) หากมีวุฒิภาวะและเชาว์ปัญญาดีก็จะสามารถปรับตัวโดยใช้กลไกการปรับตัวได้ดี (Pavkes, 1980 อ้างตาม อรสา, 2553)

1.8 ประสบการณ์การสูญเสียในครั้งก่อน (previous experience with loss) การจัดการกับการสูญเสียครั้งก่อน หากญาติผู้ดูแลสามารถผ่านความเศร้าโศกในครั้งก่อนได้ดีก็จะสามารถเผชิญและจัดการกับการสูญเสียและความเศร้าโศกครั้งนี้ได้ดีเช่นกัน (Pavkes, 1980 อ้างตาม อรสา, 2553)

2. ปัจจัยภายนอก ได้แก่

2.1 บริบทของภาวะใกล้ตาย (context of the dying) สภาพแวดล้อมขณะอยู่ในภาวะใกล้ตายมีอิทธิพลต่อกระบวนการเศร้าโศก เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังญาติผู้ดูแลจะสามารถเตรียมตัวและปรับตัวให้ยอมรับ แต่ถ้าเป็นการอยู่ในภาวะใกล้ตายอย่างเฉียบพลันหรือในเหตุการณ์รุนแรง ได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ญาติผู้ดูแลจะปรับตัวยอมรับและสิ้นสุดกระบวนการความเศร้าโศกได้ยากกว่า (Rich, 2002)

2.2 ระบบสนับสนุนทางสังคมที่เป็นประโยชน์ (available support system) สัมพันธภาพที่มีมานานจะช่วยให้บุคคลสนใจที่จะดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันมากกว่าสัมพันธภาพที่เพิ่งจะเริ่มต้น ดังนั้นการได้รับการดูแลช่วยเหลือประคับประคองในกรณีญาติและสังคม จะสามารถช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยผ่านความเศร้าโศกไปได้เร็วขึ้น (Pavkes, 1980 อ้างตาม อรสา, 2553)

2.3 พื้นฐานทางศาสนาและวัฒนธรรม (cultural background) แต่ละวัฒนธรรมจะมีความแตกต่างกันในด้านพฤติกรรมการแสดงออกถึงความเศร้าโศก ถ้าสังคมยอมรับการแสดงออกได้จะช่วยได้มากกว่าการต้องเก็บกดความรู้สึกต่าง ๆ เอาไว้ (Pavkes, 1980 อ้างตาม อรสา, 2553)

2.4 สถานะทางเศรษฐกิจสังคม (socioeconomic status) การต้องสูญเสียผู้หาเลี้ยงครอบครัว ส่งผลกระทบต่อระบบการเงินและการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ปัญหาความเศร้าโศกก็รุนแรงมากขึ้น (Pavkes, 1980 อ้างตาม อรสา, 2553)

2.5 พิธีกรรมเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและการตาย (funerary rituals) การประกอบพิธีกรรมทางศาสนามีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดการยอมรับการที่จะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ที่จะมาถึง โดยมีสังคมเข้ามามีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถยอมรับได้เร็วขึ้น (Pavkes, 1980 อ้างตาม อรสา, 2553)

การเผชิญกับภาวะเศร้าโศกของคู่สมรส

บุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเศร้าโศกและรู้สึกว่าไม่สามารถทำอะไรต่อไปได้ ทำให้ต้องอาศัยการช่วยเหลือจากผู้อื่น ประกอบกับพลังที่มีอยู่ในตนเองจะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับภาวะเศร้าโศกได้อย่างเหมาะสม ซึ่งภาวะเศร้าโศกเป็นเรื่องสากลที่เป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ทุกคนต้องมี ดังนั้นวิธีการเผชิญกับภาวะเศร้าโศก จึงมีความหลากหลายในแต่ละบริบท ได้แก่ ศาสนาและวัฒนธรรม

แต่ก็สามารถนำมาเลือกใช้ปฏิบัติได้ตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถแบ่ง ได้ 3 กลุ่ม (สุภาพร, 2553) ดังนี้

1. การเผชิญกับภาวะเศร้าโศกด้วยตัวเอง

1.1 เก็บความทรงจำ (keep mementos) อาจเก็บภาพ สิ่งของผู้ป่วยที่สิ้นชีวิต อาจเป็น นาฬิกา เสื้อผ้า หรือสิ่งอื่นๆ ที่ทำให้ระลึกถึงได้ ในช่วงแรกอาจทำให้รู้สึกเจ็บปวดเมื่อเห็นสิ่ง เหล่านั้นนานๆ ไปจะกลับกลายเป็นความพึงพอใจและความบรรเทา (pleasance & relief) และเมื่อ พ้นระยะเศร้าโศก บางคนก็มีพลังพอที่จะทิ้งสิ่งเหล่านี้ได้ในเวลาต่อมา

1.2 การยอมรับ (acceptance) ซึ่งเป็นกลวิธีที่ทำให้หันมาเผชิญกับความจริง ซึ่งแม้จะ เจ็บปวดในช่วงแรก แต่ก็ทำให้สามารถเดินผ่านประตูความเจ็บปวดและปิดประตูนั้น ได้เร็วกว่า กลวิธีอื่น การยอมรับทำให้เห็นความจริงของชีวิต และสามารถเริ่มต้นเดินทางก้าวหน้าผ่าน กระบวนการเศร้าโศกได้ตั้งแต่ระยะแรกๆ การใช้กลไกการยอมรับความจริง มักจะเกิดได้ง่ายขึ้นใน ครอบครัวที่เคยมีประสบการณ์การสูญเสียมาแล้ว หรือครอบครัวที่ยึดศาสนาเป็นที่พึ่ง

1.3 การควบคุมอารมณ์ (emotional control) เป็นกลวิธีในการเผชิญในระดับสูง ซึ่งต้องมี ความเป็นผู้ใหญ่ในระดับหนึ่ง การควบคุมอารมณ์ไม่ได้หมายความว่าเก็บกดอารมณ์ไว้ แต่เป็น การแสดงอารมณ์ออกมาอย่างเหมาะสมและรู้ตัว การรู้ตัวจะทำให้อารมณ์ที่แสดงออกมาในครั้ง ต่อไปเบาบางลง ซึ่งเป็นการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันด้านอารมณ์ให้กับผู้ที่เศร้าโศก

1.4 การใช้สัญลักษณ์ (symbolic representations) อาจใช้กลวิธีติดต่อกับผู้สิ้นใจด้วย การสัมผัสกับสิ่งที่เป็นตัวแทนของเขา และคิดคำนึงถึงหรือพูดคุยกับสิ่งนั้นแทน เช่น เตียงที่เคย นอนคู่กัน สวนที่เคยตกแต่งและต้นไม้ที่เคยปลูกด้วยกัน รูปภาพ แหวนแต่งงาน การปฏิบัติเช่นนี้ นำมาทั้งความเจ็บปวดและความสุขสบายมาให้ (pain vs comfort)

1.5 การพิจารณามุมมองอื่นๆ (altered perspectives) มนุษย์ทุกคนมีความสามารถในการ มองได้หลายแง่หลายมุม มีทางเลือกเสมอ ในช่วงของภาวะเศร้าโศก ถ้าได้ทิวทัศน์ที่สามารถ วินิจฉัยและให้คำแนะนำที่ถูกต้อง จะช่วยให้ปรับเปลี่ยนความคิดและสามารถแปลความหมาย (rethinking & reinterpreting) ของเหตุการณ์ในทางที่เสริมสร้างพลังให้ตนเอง เพื่อสามารถเผชิญ ความเจ็บปวดทางอารมณ์ (emotion pain) ในระยะเศร้าโศกได้

1.6 การดูแลตนเอง (take good care of yourself) สนใจตนเองมากขึ้น ดูแลการ รับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย เพื่อไม่ให้เจ็บป่วย ทั้งนี้เพราะอาจต้องปรับ บทบาทเป็นผู้นำครอบครัวจะเจ็บป่วยไม่ได้ สมาชิกครอบครัวบางคนก็หันเข้าพึ่งแอลกอฮอล์หรือ สารเสพติด ซึ่งจะช่วยบรรเทาได้แค่ระยะสั้นๆ ผลเสียคือทำให้กระบวนการเศร้าโศกยาวนาน กว่าเดิม

1.7 อยู่กับปัจจุบัน (be at presence) ไม่คาดหวังตนเองมากเกินไป อยู่กับปัจจุบัน ค่อยๆ ใช้เวลาไปกับกิจกรรมที่ทำประจำวันทีละกิจกรรม เพื่อภาวะ โสภะเศร้าค่อยๆ บรรเทาลงทีละน้อย การมุ่งความสนใจกับปัจจุบัน สนใจสิ่งที่กำลังทำหรือกำลังเป็น ไม่กังวลมากไปกับพรุ่งนี้หรือ สัปดาห์หน้าที่จะมาถึง การอยู่กับปัจจุบันเป็นยารักษาภาวะเศร้า โสภะเศร้าที่ดีประการหนึ่ง

1.8 ความฝัน (dream) ความฝันเป็นกลวิธีเผชิญภาวะเศร้า โสภะเศร้าอย่างหนักที่ใช้ทางคลินิก คือในความฝันมีพลังในการบำบัด เพราะในความฝันมีจินตนาการที่ไร้ขอบเขต ในความฝันทุกสิ่ง เป็นไปได้เสมอ ในความฝันไม่มีข้อจำกัด อยากฝันอะไรก็ฝันได้ สามารถฝันในสิ่งที่เป็นไปได้ก็ ได้ ในความฝันไม่มีสิ่งใดที่เป็นไปไม่ได้ บุคคลอาจใช้การฝันถึงผู้ตายให้กลับมามีชีวิตอยู่ใหม่ และ ในความฝันสามารถติดต่อสนทนาและกระทำในสิ่งที่ตนปรารถนาทำให้สำเร็จได้ในความฝัน

1.9 ออกกำลังกาย (exercise) เป็นวิธีการใช้พลังงานและขับพลังงานที่มากเกินไปออกจากตัว อีกทั้งยังเป็นการระบายความรู้สึกคับข้องใจอันตันใจออกมา

1.10 เปิดเผยหรือแสดงออก (express yourself) ถ้าไม่ชอบที่จะพูดคุย ให้ใช้วิธีการเขียน เกี่ยวกับความรู้สึกของตน อาจเขียนเป็นบันทึกประจำวัน เป็นจดหมาย โคลงกลอน บทเพลง หรือ แสดงความรู้สึกผ่านออกมาทางการวาดภาพ ปั้นดินน้ำมัน สิ่งประดิษฐ์ หรืออื่นๆ เป็นต้น

1.11 ปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพ (changes in relationships) ตัวอย่างเช่น บิดาอาจมี สัมพันธภาพที่ไม่ดีกับลูกชายคนโต ซึ่งเป็นลูกที่ภรรยา (ผู้ป่วย) รักมาก เมื่อผู้ป่วยสิ้นใจไปแล้ว บิดา ปรับบทบาทและกลับมามองแลเอาใจใส่ลูกชายคนโตมากกว่าแต่ก่อน

2. การเผชิญกับภาวะเศร้า โสภะเศร้าด้วยการสนับสนุนทางสังคม

2.1.ขอความช่วยเหลือ (ask for help) เป็นวิธีที่ง่ายแต่ยากที่จะกระทำ ต้องอาศัยความ กล้าหาญและการยอมรับตนเองที่กำลังต้องการความช่วยเหลือ อาจขอคนที่ไว้ใจได้ หรือขอ คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้แทนศาสนา บิดามารดาหรือผู้ใหญ่ที่นับถือ เป็นต้น

2.2 มีกิจกรรมทำตลอด (activity) การทำให้ตนเองมีอะไรทำตลอดเป็นวิธีการเผชิญกับ ภาวะเศร้า โสภะเศร้าอีกประการหนึ่ง การทำให้ตนเองยุ่งไม่ได้หมายความว่าทำอะไรที่เร่งรีบยุ่งไปหมด แต่เป็นการหาอะไรทำได้ตลอดเวลา เช่น การทำงาน การเข้ากิจกรรมสังคม การไปพักผ่อนดูหนัง การไปเยี่ยมเพื่อนหรือญาติ

2.3 แบ่งปันกับผู้ที่มิประสบการณคล้ายคลึงกัน (sharing) การเล่าเรื่อง (narrative/ storytelling) ให้กับผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์ในลักษณะเดียวกัน เป็นวิธีการ พุดเพื่อบรรเทา (relief) อีกทั้งยังเป็นการช่วยให้ไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว จะก่อให้เกิดความเข้าใจ เห็นอก เห็นใจ และเป็นเพื่อนร่วมเดินทางจนกว่าจะสามารถปรับตัวต่อความตายได้

2.4 การเข้าไปเกี่ยวข้องกับผู้อื่น (involvement with others) ซึ่งจะช่วยให้ออกจากโลกของตนเองและเข้าไปอยู่ในโลกของคนอื่นชั่วคราว (someone else's shoes) เช่น การเยี่ยมสลับคนจนคนอนาถา การทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ กิจกรรมเหล่านี้จะทำให้เห็นโลกความเป็นจริง และทำให้เข้าใจว่าผู้อื่นเขาทุกข์ยากลำบากมากกว่า ทำให้เกิดการยอมรับเหตุการณ์ของตนเองได้ง่ายกว่า

3. การเผชิญกับภาวะเศร้าโศกด้วยความเชื่อและศาสนา

3.1 พิธีกรรม (rituals) ซึ่งใช้กันมาก ในบางวัฒนธรรมจะมีการตกแต่งหลุมศพผู้ตาย มีการโปรยธำหรือนหรือกระดูกในวันสำคัญๆ การทำพิธีระลึกถึงในทางศาสนา การจุดเทียนและทำพิธีอำลาในหมู่ญาติ การตั้งรูปและสวดภาวนาให้ก่อนเข้านอนทุกคืน

3.2 พึ่งศาสนา (religion and faith) โดยอาศัยความเชื่อในศาสนา บุคคลอาจหันหน้าเข้าวัด ฟังเทศน์ฟังธรรม สวดภาวนาส่วนตัว ไปโบสถ์ร่วมพิธีทางศาสนา สนทนาปรึกษากับบาทหลวงหรือพระภิกษุ หรือในบุคคลที่ไม่เคยปฏิบัติศาสนา อาจสนใจทำบุญบริจาคทาน เข้าร่วมกิจกรรมการกุศล

ความต้องการในภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรส

ความต้องการเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นที่เกิดตามธรรมชาติมีอยู่ในบุคคลทุกคน ซึ่งความต้องการจะเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตาย และจะมีความต้องการทั้งในเวลาปกติ และเมื่อเจ็บป่วย ความต้องการที่เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ความต้องการเกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดความสมดุล ซึ่งอาจพบการแสดงออกในรูปของความวิตกกังวล ความห่วงใย ความเศร้าเสียใจ ความว้าวุ่น เป็นต้น ถ้าความต้องการเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนองอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวหรือกลุ่มสมรสของผู้ป่วยเกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางกาย เกิดความทุกข์ และความกระวนกระวายใจ แต่ถ้าความต้องการเหล่านี้ได้รับการตอบสนองจะทำให้ชีวิตของสมาชิกในครอบครัวหรือกลุ่มสมรสของผู้ป่วย มีความสุข สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติและมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมความต้องการในภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตก่อนการเสียชีวิต สามารถแบ่งความต้องการของกลุ่มสมรสและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นความต้องการที่จะได้พูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับความรู้สึกและความกลัวต่าง ๆ ได้พูดคุยกับพยาบาลที่มีความคุ้นเคย มีสถานที่ที่เป็นส่วนตัวขณะพูดคุยและระบายความรู้สึก และได้รับอนุญาตให้ทำพิธีกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยได้ตามความเชื่อ จากการศึกษา

ความต้องการด้านจิตวิญญาณในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต พบว่า อยู่ในระดับสูง (จารุวรรณและสุพัตรา, 2555)

2. ด้านความต้องการข้อมูลข่าวสาร เป็นการได้รับคำอธิบาย ชี้แจงและแนะนำจากผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ ชัดเจน ถูกต้องและตรงตามความจริงเกี่ยวกับอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (Haynes, 2007) กิจกรรมการรักษาพยาบาลและอุปกรณ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ประคับประคองชีวิตให้กับผู้ป่วยและเหตุผล การให้บริการต่างๆ และกฎระเบียบของหอผู้ป่วยหนักและโรงพยาบาล (พวงผกา, วราภรณ์, และLocsin, 2555)

3. ด้านความต้องการอยู่กับผู้ป่วย เป็นความต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ได้เข้าเยี่ยมดูอาการของผู้ป่วยใกล้ๆ แม้ในช่วงสุดท้ายของชีวิต หรือได้รออยู่ในที่พักรอเยี่ยมที่ใกล้หอผู้ป่วยมากที่สุด (Kongsuwan, Chaipetch, & Matchim, 2012)

4. ด้านความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นการมีส่วนร่วมในการดูแลความสุขสบายและบรรเทาความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ (รัชณี, 2554) ได้พูดคุยเพื่อปลอบใจและให้กำลังใจผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ให้อยู่ และเป็นแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือด้านต่างๆ ให้กับผู้ป่วย

5. ด้านความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ เป็นความต้องการเพื่อตนเองได้แก่ การได้รับการดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสะดวกสบาย ที่พักสำหรับคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัว การมีคนคอยให้กำลังใจ คอยอยู่เป็นเพื่อนใกล้ๆ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ ช่วยแบ่งเบาปัญหาและภาระงานต่างๆ และมีแหล่งให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและอื่นๆ (ยุวนิดา, กิตติกร, และพัชรียา, 2552; สุนิศา, 2544)

บทบาทพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือคู่สมรสที่มีภาวะเศร้าโศก

เนื่องจากบทบาทของพยาบาล คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแล โดยปฏิบัติกิจกรรมใดที่ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้เร็วขึ้น หรือช่วยให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดเสียชีวิตอย่างสงบ อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตไปแล้วก็ตาม แต่การช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวหรือคู่สมรสยังไม่สิ้นสุด ยังต้องการให้ช่วยเหลือ เพื่อให้คู่สมรสที่เป็นสมาชิกของครอบครัวสามารถกลับมาดำเนินชีวิตอย่างปกติต่อไป ดังนั้นคู่สมรสจึงต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาลด้วย เพื่อให้การพยาบาลที่ต่อเนื่องและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกรณีที่คู่สมรสที่เป็นผู้ดูแลมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะเศร้าโศก ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและ

จิตใจ ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้าโศกจากการการสูญเสีย โดยใช้แนวทางของกระบวนการทางการพยาบาล (เชิรชัช, 2535; ประภาศรี, 2545) ดังนี้

1. การประเมินปัญหาทางการพยาบาล

เมื่อรับรู้ว่ามี การสูญเสียเกิดขึ้นบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่างๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งปฏิกิริยาความเศร้าโศกเหล่านี้หากมีการแสดงออกที่ล่าช้า หรือมีการแสดงออกที่ยาวนานเกินไป ความเศร้าโศกนี้จะแปรเปลี่ยนเป็นความผิดปกติ ซึ่งพบว่าอาการทางกาย อารมณ์ ตลอดจนความนึกคิดต่าง ๆ จะรุนแรงผิดปกติมากขึ้น จนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล

ในผู้เศร้าโศกจากการสูญเสีย และพบปัญหาทางอารมณ์ทำให้บุคคลไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ปัญหาต่างๆ ที่อาจพบได้แก่ 1) มีภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียคู่สมรส 2) มีภาวะเสี่ยงต่อการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม เนื่องจากมีการสูญเสียสิ่งมีค่าสำคัญในชีวิต 3) มีความรู้สึกหมกหมองหรือสูญเสียพลังอำนาจ เนื่องจากความเศร้าโศกจากการสูญเสีย และ 4) มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร (รับประทานอาหารไม่เพียงพอ) เนื่องจากมีภาวะเบื่ออาหาร ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย

3. กิจกรรมทางการพยาบาล

เป้าหมายหลักของการช่วยเหลือผู้เศร้าโศก คือ พยายามให้บุคคลเหล่านี้ได้มีโอกาสระบาย และประคับประคองให้อารมณ์เศร้าโศกเสียใจทั้งหลายลดลง เพิ่มการเตรียมรับกับความจริงและการกลับสู่สังคมได้โดยเร็ว ก่อนที่จะกลับกลายเป็นความผิดปกติที่ยากลำบากในการช่วยเหลือ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเศร้าโศก ดังนี้

3.1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจ โดยการสร้างสัมพันธภาพทางวิชาชีพแบบหนึ่งต่อหนึ่ง คือ พูดคุยกับผู้เศร้าโศกด้วยความเป็นส่วนตัว พูดคุยทักทายด้วยความเป็นกันเองเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ พยายามมีท่าทีที่สงบ มั่นคง และให้ความรู้สึกร่วม (empathy) และไม่แสดงท่าทีคุกคาม ตำหนิ วิพากษ์ วิจาร์ณพฤติกรรมที่ผู้เศร้าโศกแสดงออก

3.2 ส่งเสริมให้ลดความรู้สึกเศร้าโศก เช่น ให้ความสำคัญผู้เศร้าโศกได้ระบายอารมณ์เศร้าเสียใจ ให้รู้สึกว่ายพยาบาลยอมรับต่อการแสดงความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ และให้กำลังใจ ควรนั่งข้างๆ อยู่เป็นเพื่อน อาจสัมผัสเบาๆ เพื่อแสดงความรู้สึกร่วม และรอนกว่าผู้เศร้าโศกจะอารมณ์ดีขึ้นหรือต้องการพูดระบายความรู้สึก เป็นต้น

3.3 กระตุ้นให้ผู้เศร้าโศกเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ เช่น จัดกิจกรรมเล็กๆ น้อยๆ ที่กระทำได้ด้วยตนเอง เช่น จัดโต๊ะทำงานฝีมือ ปลูกต้นไม้ เป็นต้น และกระตุ้นชักชวนให้ผู้เศร้าโศกเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น

3.4 สนับสนุนคำจูงใจใจของครอบครัวและส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เศร้าโศกและครอบครัว โดยอธิบายปฏิกิริยา หรือความรู้สึกตลอดจนพฤติกรรมของการแสดงออกของผู้สูญเสียว่าเป็นเรื่องปกติ และในการเผชิญความเศร้าโศกต้องอาศัยระยะเวลา เพื่อให้ญาติเข้าใจ และจะช่วยทำให้ผู้เศร้าโศกมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม

3.5 ป้องกันการเกิดความเศร้าโศกที่ผิดปกติ ได้แก่ ใฝ่ระวัง สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีอาการเศร้าซึมมากขึ้นร่วมกับการย่ำคิดย่ำทำ โดยเฉพาะการฆ่าตัวตาย ให้ความรู้แก่ผู้เศร้าโศกและครอบครัวให้เข้าใจถึงปฏิกิริยาความเศร้าโศก และยอมรับความแตกต่างความรู้สึกและปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายหลังการสูญเสียในแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกัน ในบางครั้งเป็นการยากที่บุคคลใกล้ชิดจะยอมรับหรือเข้าใจพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของสมาชิกในครอบครัวที่แตกต่างไปจากคนอื่น และบุคคลนั้นอาจมีความอึดอัดที่ตนเองมีปฏิกิริยาที่ไม่เหมือนใคร ดังนั้นพยาบาลควรอธิบายให้ครอบครัวมีความเข้าใจว่าปฏิกิริยาที่แตกต่างกันนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากแต่ละคนมีวิธีการของตนเองที่จะจัดการกับปัญหา

4. การประเมินผลทางการพยาบาล

การประเมินผลพยาบาลโดยประเมินตามวัตถุประสงค์ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากระดับความรุนแรงของความเศร้าโศกในการยอมรับและการปรับตัวกับภาวะสูญเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งผลในทางบวกที่เกิดขึ้น ควรเกิดอย่างรวดเร็วที่สุดเมื่อเกิดภาวะสูญเสียแล้วมีดังนี้ มีสัมพันธภาพทางบวกกับคนอื่น สามารถตั้งเป้าหมายของชีวิตและสามารถปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น และสามารถอภิปรายความหมายของการสูญเสียและผลที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้

ศาสนาพุทธกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย

ศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติไทย ด้วยคนไทยส่วนใหญ่จำนวนร้อยละ 94.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) ได้เคารพนับถือศาสนาพุทธเป็นสรณะแห่งชีวิต สืบต่อกันมาเป็นเวลาช้านาน นับแต่โบราณกาลจวบจนปัจจุบัน และได้กลายมาเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตคนไทย ดังนั้น หลักธรรมคำสอนทางศาสนาพุทธจึงมีบทบาทและความสำคัญต่อความเชื่อ ความหวัง และเป็นที่ยึดเหนี่ยวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อได้รับความทุกข์ และเผชิญภาวะวิกฤต

ศาสนาพุทธ ให้มีมุมมองชีวิตแตกต่างไปจากมุมมองของศาสนาอื่น คือ ชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ เมื่อเกิดก็ต้องมีดับ เหมือนกับทุกอย่างที่อยู่รอบตัวมนุษย์เช่นเดียวกัน ไม่มีสิ่งใดอยู่ค้ำฟ้า หรือไม่มีวันผันแปร และเชื่อในสังสารวัฏ คือ การเวียนเกิด เวียนตายใน โลกแห่งความทุกข์ โดยมนุษย์เป็นผลของการเวียนเกิด แก่ เจ็บ ตาย อยู่ในภพภูมิต่างๆ (เมตตานนุ โท , 2548) และมีทัศนะว่า

ความตายเป็นการเคลื่อนของจิตดวงสุดท้ายจากภพนี้ แล้วมีการปฏิสนธิ จิตมารองรับต่อไป (ว. วชิรเมธี, 2550) ความตายในทางพระพุทธศาสนาจึงไม่ได้หมายถึง การดับสูญไปหมดสิ้น แต่เชื่อว่าการมีชีวิตและความตายเป็นสิ่งเดียวกัน สภาวะที่มีความเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ ทำให้สิ่งทั้งหลายมีธรรมชาติไม่เที่ยงแท้ ความไม่เที่ยงแท้นั้น นำไปสู่สภาพที่ขัดแย้ง กดดัน หรือบีบคั้นในตัวเอง สภาพเช่นนี้ สำหรับชีวิตถือว่าเป็นสภาพที่ทนได้ยาก หรือเป็นสิ่งที่พุทธศาสนาเรียกว่า “ทุกข์” นับว่าเป็นกฎธรรมชาติที่เป็นสากล ลักษณะสำคัญของกฎธรรมชาติที่กล่าวมาข้างต้นก็คือ 1) ความเปลี่ยนแปลง 2) ความขัดแย้งอันก่อให้เกิดสภาพที่ทนได้ยาก และ 3) ความปราศจากตัวตนอย่างอิสระ พุทธศาสนาเรียกสิ่งนี้ว่า สามัญลักษณะ (the common characteristics) สิ่งทั้งหลายรวมทั้งชีวิตมนุษย์ตกอยู่ภายใต้กฎธรรมชาตินี้ ไม่มีข้อยกเว้น ชาวพุทธรู้จักกฎธรรมชาติอันนี้ว่า เป็นกฎแห่งอนิจจัง ทุกขัง และ อนัตตา แต่ในคัมภีร์พุทธศาสนา เรียกว่า อนิจจตา ทุกขตา และ อนัตตตา คือ อนิจจตา (impermanence) คือ ความไม่เที่ยง ความไม่คงที่ ความไม่คงตัว ภาวะที่เกิดขึ้นแล้วเสื่อมสลายไป ทุกขตา (conflict) ความเป็นทุกข์ คือ ภาวะที่ถูกบีบคั้นด้วยการเกิดขึ้นแล้วสลายไป ภาวะที่กดดัน ผื่นและขัดแย้งอยู่ในตัว อันเนื่องจากการที่ปัจจัยที่ปรุงแต่งให้มีสภาพอย่างนั้นเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถให้คงอยู่ในสภาพเดิมได้ และอนัตตตา (soullessness หรือ non-self) ความเป็นอนัตตา คือความไม่ใช่ตัวตน ความไม่มีตัวตนแท้จริง ที่จะสั่งบังคับให้เป็นไปตามที่ต้องการได้ (เมตตานนุโท, 2548)

การสูญเสียชีวิตของสามีหรือภรรยา ก่อให้เกิดภาวะเศร้าโศกแก่คู่สมรสที่ยังมีชีวิตอยู่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลักคำสอนของพระพุทธเจ้าที่มุ่งแสดงแนวทางสำหรับทั้งบรรพชิตและคฤหัสถ์ เพื่อขจัดความทุกข์ สร้างความสุขให้เกิดขึ้นในชีวิตตนเองและครอบครัว (สัจญา, 2547) คำสอนของศาสนาพุทธ มุ่งให้เกิดปัญญาเพื่อความหลุดพ้น การละวางจากตัณหา และกิเลส ซึ่งจุดมุ่งหมายคือ การอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข และกลมกลืนกับธรรมชาติ (พิชัย, 2548) การปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนาช่วยลดความเศร้าโศกและช่วยในการปรับตัวต่อปัญหาต่างๆ ที่มากระทบทำให้มีชีวิตที่ดี (สมภพ, 2547) ดังการศึกษาผลของการเยียวยาความเศร้าโศกของผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักด้วยกิจกรรมทางพุทธศาสนา และการปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยาของพระปณตและสาระ (2554) โดยดำเนินการประยุกต์กิจกรรมทางพุทธศาสนา เช่น การรักษาศีล สวดมนต์แปล เจริญเมตตากรรมฐาน สันทนาธรรม ทำบุญ อุทิศกุศล ร่วมกับการให้การปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยาแบบกลุ่ม ต่อเนื่องเป็นเวลา 4 วัน 3 คืน พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความเศร้าโศกหลังการเข้าร่วมกิจกรรม และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ต่ำกว่าคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเกิดความเข้าใจชีวิตหลังการสูญเสีย และคุณค่าของชีวิตในปัจจุบันเพิ่มขึ้น เนื่องจากศาสนาพุทธเป็นศาสนาที่ผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตของคนไทยมาช้านาน ทั้งยังมีความเชื่อ

และการปฏิบัติที่เอื้อต่อความเข้าใจ โลก ชีวิต และความทุกข์ ช่วยให้สามารถวิเคราะห์และแก้ปัญหาอย่างรู้เท่าทัน มองเห็นสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และหาทางแก้ไขปัญหาได้ตรงกับสาเหตุนั้น (พระเทพเวที, 2532) โดยศาสนาพุทธมีเป้าหมายหลักที่สำคัญ คือ การดับทุกข์ และมีแนวทางปฏิบัติที่ทำให้ดับทุกข์ (พุทธทาสภิกขุ, 2522) บนพื้นฐานของอริยสัจ 4 ซึ่งประกอบด้วย ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค ซึ่งความเศร้าโศกที่แสดงออกมาทางกาย วาจา หรือใจ ก็คือลักษณะหนึ่งของความทุกข์นั่นเอง โดยธรรมชาติเมื่อมนุษย์ทุกคนเกิดความทุกข์ทางจิตใจ ก็มักจะคิดหาวิธีการต่างๆ มาใช้ในการดับทุกข์ทางจิตใจของตนเอง ตามหลักการและวิธีการปฏิบัติธรรมในพุทธศาสนาเชื่อว่า การศึกษาธรรมและฝึกปฏิบัติตามหลักอริยสัจ 4 จะพัฒนาจิตใจของตนเองทำให้ดับกองทุกข์ให้หมดไปได้

แนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการวิจัยที่มีรากฐานมาจากหลักปรัชญา (philosophy) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ การให้ความหมายตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ เน้นธรรมชาติ (nature) และความเป็นจริง (truth) ของปรากฏการณ์ และสะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา หรือธรรมชาติของมนุษย์ โดยเชื่อมโยงระหว่างความจริงและการรับรู้ ทฤษฎีและการปฏิบัติ (ประณีต, วิภาวี, และเพลินพิศ, 2543) และสามารถสรุปขั้นตอนหลักในการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา ได้ 6 ขั้นตอน (Spiegelberg, 1975 อ้างตาม อารีย์วรรณ, 2553) ดังนี้

1. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงบรรยาย (descriptive phenomenology) เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาข้อมูลโดยตรง การวิเคราะห์ข้อมูลและการบรรยายปรากฏการณ์แบบเจาะจงโดยไม่มีการสมมติหรือคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า เพื่อให้ได้ข้อมูลตามความเป็นจริงทั้งหมด โดยมีวิธีการศึกษา 3 ขั้นตอน คือ การหยั่งรู้หรือเข้าใจปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง (intuiting) การวิเคราะห์ข้อมูล (analyzing) และการบรรยายปรากฏการณ์ (describing)

2. การศึกษาเพื่อเน้นสาระสำคัญหรือแก่นปรากฏการณ์ (essential phenomenology) เป็นการค้นหาข้อมูลของปรากฏการณ์ผ่านข้อมูลและค้นหาแก่นแท้ (essences) ของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ทุกวัน โดยใช้ความคิดและจินตนาการเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการเพิ่มมุมมองเข้าไปยังโครงสร้างที่สำคัญและเชื่อมโยงปรากฏการณ์นั้นๆ

3. เพื่อสังเกตการปรากฏขึ้นของปรากฏการณ์ (phenomenology of appearances) เป็นการศึกษาที่ให้ความสนใจต่อปรากฏการณ์ ศึกษานั้นปรากฏออกมาหรือการเฝ้าสังเกตความแตกต่างที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์ ซึ่งนำไปสู่ความชัดเจนมากยิ่งขึ้นในปรากฏการณ์นั้นๆ

4. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงโครงสร้าง (constitutive phenomenology) เป็นการศึกษาถึงรูปแบบการเกิดของปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ ทำให้สามารถมองเห็นภาพโครงสร้างของปรากฏการณ์ที่ศึกษาชัดเจน

5. การศึกษาเพื่อตัดทอนปรากฏการณ์ (reductive phenomenology) เป็นการศึกษาที่มีการกำจัดความลำเอียง โดยนักวิจัยต้องไม่นำพื้นฐานความเข้าใจ การอคติส่วนบุคคล อุดมการณ์ สมมติฐาน และความเชื่อของตนเองไปรบกวนการศึกษา ด้วยการใส่วงเล็บ (bracketing) ซึ่งหมายถึงการเก็บความคิดและความเชื่อส่วนตัวของนักวิจัย พักไว้ชั่วคราว ไม่นำมาใช้ปะปนกับความคิดและความเชื่อของผู้ให้ข้อมูลในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

6. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกซ์ (hermeneutic phenomenology) เป็นวิธีการแปลความหมายที่มีความเชื่อว่าไม่มีปรากฏการณ์ใดที่ไม่ถูกตีความโดยเรา (there are no such things as uninterpreted phenomena) นั่น หมายถึงว่า ปรากฏการณ์ทั้งหลายที่มีอยู่ในโลกจะไร้ความหมาย หากปราศจากการตีความ

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกซ์

จากการศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การศึกษาปรากฏการณ์ แบบเฮร์เมเนิวติกซ์ ตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์ เพื่อนำมาอธิบายวัตถุประสงค์ประสงค์ของการศึกษาได้อย่างครอบคลุมและลึกซึ้ง เนื่องจากเน้นการศึกษาตามปรากฏการณ์ที่เป็นจริง คือการดำรงชีวิตอยู่ในปรากฏการณ์นั้น โดยใช้กระบวนการตีความ ซึ่งมีมีรายละเอียด ดังนี้

การศึกษาแบบเฮร์เมเนิวติกซ์ เป็นการศึกษาวิทยาศาสตร์มนุษย์หรืออาจพูดได้ว่าเป็นการศึกษาปรัชญาเกี่ยวกับมนุษย์ หรือพูดได้ว่าเป็นศาสตร์และศิลป์แห่งการตีความ (van Manen, 1990) การศึกษาดังกล่าวถูกพัฒนามาจากแนวคิดการศึกษาทางปรากฏการณ์ของฮัสเซิล โดยไฮเดกเกอร์ (Heidegger) ซึ่งเป็นศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของฮัสเซิล แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจ หรือค้นหาปัญหาเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ ของบุคคลที่มีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร ดังนั้นการใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบเฮร์เมเนิวติกซ์ จึงต้องเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับบุคคล ซึ่งไฮเดกเกอร์ กล่าวว่า บุคคลเป็นผู้ที่มีความหมายต่อปรากฏการณ์ ตามความคิด ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของคนอื่น ๆ นั่นคือประสบการณ์เฉพาะและเป็นจริงของบุคคลนั้น โดยเชื่อว่าบุคคลมีคุณลักษณะที่สำคัญ ดังนี้ (Playger, 1994 อ้างตาม ประณีต, วิภาวี, และเพลินพิศ, 2543)

1. บุคคลเป็นผู้ที่มีโลกและสังคมของตนเอง (the person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ติดตัวเขามาตั้งแต่กำเนิดไม่สามารถแยกจากกันได้ สิ่งแวดล้อมในเชิงวัฒนธรรม ภาษา อายุ การศึกษา ค่านิยมทางสังคมบุคคล และเป็นภูมิหลังที่ติดตัวบุคคลนั้นมา โดยกำเนิด บุคคลจะคุ้นชินกับกิจกรรมต่างๆ ที่ถูกกำหนดขึ้นในสังคมของตนเองจนกลายเป็นแบบแผนในชีวิตประจำวันและเป็นความสัมพันธ์ที่บุคคลมีประสบการณ์อยู่ในปัจจุบัน

2 . บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่าและความหมายในแต่ละเรื่องไม่เหมือนกัน (the person as a being for whom thing have significance and value) หมายถึง การให้คุณค่าและความหมายต่อเหตุการณ์ โดยบุคคลให้คุณค่าหรือความหมายแต่ละเรื่องไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง วัฒนธรรม ภาษาของแต่ละบุคคล ดังนั้น ในการศึกษาต้องทำการศึกษาศิลปะบุคคลในบริบทของสังคมของบุคคลนั้น

3 . บุคคลเป็นผู้แปลความหมาย (the person as self-interpreting) หมายถึง บุคคลให้ความหมายของประสบการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความคิดและความรู้สึกของตนเอง

4 . บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) นั่นคือ รวมการให้ความหมาย ความคาดหวัง ความรู้สึกนึกคิด นิสัย แบบแผนการดำเนินชีวิตไว้ด้วยกันเป็นหนึ่งเดียว ไม่สามารถแยกคนออกเป็นส่วนๆ ได้ ซึ่งเชื่อว่าคนประกอบด้วย กาย จิต และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

5 . บุคคลมีมิติเป็นเวลา (the person in time) ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจะเป็นอยู่ตามมิติของเวลา โดยความคิดในปัจจุบันของบุคคลจะได้รับอิทธิพลมาจากอดีต และส่งผลถึงอนาคตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนักและให้ความสนใจ

นอกจากนี้ กาดาเมอร์ ได้เพิ่มเติมแนวคิดที่สำคัญที่จะนำไปสู่การเข้าใจในสิ่งที่ค้นหาต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 อย่าง (Gadamer, 1976 อ้างตาม ประณีตและคณะ, 2543) ดังนี้

1 ภาษา (language) เป็นสื่อกลางที่สำคัญของการศึกษาที่จะสื่อความหมายของปรากฏการณ์นั้นๆ ภาษาเป็นสื่อที่จำเป็นและต้องทำความเข้าใจทั้งรูปแบบและความหมายของภาษา ซึ่งอาจเป็นคำเฉพาะที่เข้าใจเฉพาะในกลุ่มหรือสังคมของผู้ให้ข้อมูลใช้ ดังนั้นผู้วิจัยต้องเข้าใจรูปแบบและความหมายจึงสามารถเข้าใจสิ่งที่บุคคลให้ความหมายของปรากฏการณ์ได้ถูกต้อง

2 การเชื่อมโยงความหมาย (the fusion of horizons) เป็นการเชื่อมโยงมุมมองของนักวิจัยรวมถึงความรู้และสิ่งต่างๆจากการศึกษากับผู้ให้ข้อมูล แต่ความเข้าใจถูกต้องและลึกซึ้ง จะเกิดขึ้นเมื่อมีการทำความเข้าใจเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนและขยายความคิดเห็นต่อกัน เพื่อช่วยลดอกติหรือความคิดที่เกิดขึ้นก่อนการศึกษา ทั้งนี้เพราะผู้วิจัยมีความรู้หรือความคิดในเรื่องที่ศึกษา ทำให้เกิดข้อสงสัยหรือต้องการคำตอบจากผู้ให้ข้อมูล คำถามที่ต้องการคำตอบจากผู้ให้ข้อมูลจึงไม่ได้ใช่เป็นกรอบของการตอบ แต่ควรจะเป็นในลักษณะการเชื่อมโยงที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล

นอกจากนี้ประสบการณ์และการให้ความหมายของประสบการณ์รวมทั้งการทำความเข้าใจพื้นฐานของบุคคล ได้แก่ เพศ ภาษา ภูมิหลัง ความเชื่อ วัฒนธรรมที่ได้มาแต่ต้นกำเนิด ซึ่งมีอิทธิพลต่อการให้ความหมาย และไม่สามารถตัดออกจากการศึกษาได้ โดยไฮเดกเกอร์นำสิ่งเหล่านั้นมาศึกษาในการแปลความหมายโดยผ่านวงจรถือเมนิวติคซ์ (hermeneutic circle) ซึ่งเป็นการหาความสัมพันธ์กลับไปกลับมาระหว่างสิ่งที่รู้แล้วกับสิ่งที่ได้รู้ใหม่ เพราะการตั้งคำถามของมนุษย์มาจากข้อสงสัยที่เกิดขึ้นในใจ เพื่อหาคำตอบที่ตนสันนิษฐานไว้ล่วงหน้าหรืออาจจะได้คำตอบที่ต่างจากสันนิษฐานไว้ก็ได้ (วิณา, 2547) ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ (Koch, 1995) ดังนี้

1. ภูมิหลัง (background) เป็นการศึกษาประวัติ ภูมิหลัง วัฒนธรรมของบุคคลตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันเพื่อเข้าใจโลกของความเป็นบุคคลของประสบการณ์ของคนนั้นๆ
2. การทำความเข้าใจสิ่งที่มีมาก่อน (pre-understanding) เป็นการศึกษาและเข้าใจสิ่งที่เป็นอยู่จริงในโลก เพื่อเข้าใจในความหมายของประสบการณ์นั้นๆ รวมทั้งเข้าใจภาษา วัฒนธรรมของบุคคลในอดีตที่มีมาก่อนและไม่สามารถกำจัดออกไปได้ แต่เป็นพื้นฐานให้เราเข้าใจประสบการณ์นั้นๆ

3. การเข้าใจในภูมิหลังเป็นการทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล (co-constitution) ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้วิจัยนั้นจะทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล

4. การแปลความตีความ (interpretation) จะต้องทำความเข้าใจภูมิหลังหรือพื้นฐานชีวิตของบุคคล ร่วมกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของบุคคลเพื่อจะแปลความหมายได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสตรีไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต จะเห็นได้ว่า ภาวะเศร้าโศก (grief) เป็นกระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียตามธรรมชาติ เป็นเรื่องสากลที่เป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ทุกคนต้องมี ไม่ว่าจะนับถือศาสนาไหนก็ตาม จากงานวิจัยหลายเรื่องที่สะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบของปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียของกลุ่มสตรีใน 2 ช่วง คือช่วงการดูแลก่อนและหลังการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะเศร้าโศกคือ การสูญเสีย (loss) ที่บุคคลประสบ โดยการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักเป็นการสูญเสียอย่างสมบูรณ์ถาวรและมีผลให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยตอบสนองต่อการสูญเสียโดยแสดงความเศร้าโศกออกมา การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของกลุ่มสตรีที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและรู้สึกเจ็บปวดในชีวิต โดยเฉพาะการสูญเสียกลุ่มสตรี จากการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน ก่อให้เกิดความเศร้าโศกและมีผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวและกลุ่มสตรี ทั้งทางร่างกายและจิตใจ และคุณภาพชีวิตของบุคคล โดยผู้วิจัยมีความเห็นว่า การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) แบบเฮร์เมนิวติคซ์ จึง

เป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะทำความเข้าใจ ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของ คู่สมรสไทยพุทธของ ผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต โดยศึกษาสิ่งที่เป็นอยู่จริง เพื่อเข้าใจภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม การให้ความหมายภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธ โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต เพื่อให้ได้มาซึ่งประสบการณ์ที่เข้าใจตรงกันกับผู้ให้ข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้สามารถนำไปสู่ การดูแลภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ได้รับรู้ว่าจะต้องสูญเสีย และหลังการสูญเสีย สอดคล้องกับคุณค่าความเชื่อตามหลักศาสนาพุทธ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกซ์ (hermeneutic phenomenology) เพื่ออธิบายประสบการณ์ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสตรีไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ที่เสียชีวิตที่โรงพยาบาล ตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง มีวิธีการศึกษาดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ในการวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยค้นหารายชื่อกลุ่มสตรีไทยพุทธของกลุ่มสตรีไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสงขลา และด้วยวิธีแบบลูกโซ่ (snow ball technique) ซึ่งวิธีนี้ทำให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลได้เนื่องจาก ผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มที่เข้าถึงยาก (อารีย์วรรณ, 2553) นอกจากนี้ผู้แนะนำและผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์เดียวกันหรือรู้จักกันมาก่อนจึงง่ายในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลและได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรง โดยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และสามารถสะท้อนถึงประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสตรีไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตได้ โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

1. เป็นกลุ่มสตรีไทยพุทธ (สามีหรือภรรยา) ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตและได้เสียชีวิตในโรงพยาบาล และยอมรับว่ามีประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียสามีหรือภรรยา
2. ระยะการสูญเสียเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไปหลังจากกลุ่มสตรีเสียชีวิต
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยิน
4. เป็นผู้ที่สมัครใจ และยินดีที่จะเล่ารายละเอียดประสบการณ์ของตนเอง

จำนวนของผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับความเพียงพอและคุณภาพของข้อมูล โดยผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (saturation) คือ เมื่อผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลซ้ำ ๆ กับข้อมูลเดิม ข้อมูลอิ่มตัวที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 ราย

บริบทของสถานที่ศึกษา

สำหรับบริบทของสถานที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสงขลา และกลุ่มสมรสของผู้เสียชีวิตที่นับถือศาสนาพุทธ

จังหวัดสงขลาตั้งอยู่ฝั่งตะวันออกของภาคใต้ตอนล่างของไทย ประชากรจังหวัดสงขลา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 64.03 รองลงมาคือ ศาสนา อิสลาม ร้อยละ 32.84 และศาสนา คริสต์ ร้อยละ 2.37 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา , 2556) นอกจากนี้ยังมี ระบบบริการ สาธารณสุขระดับตติยภูมิ 3 โรงพยาบาล ที่ให้บริการทั้งส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนมากเป็นพิเศษทั้งในเชิง วิทยาการและเทคโนโลยีมีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิระดับตติยภูมิ และระบบบริการอื่นๆเพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกันและกันเป็นอย่างดี โดยบริบทของ การศึกษาจากการที่สามีหรือภรรยาเคยเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและเสียชีวิตในหอผู้ป่วยสามัญ อายุรกรรม ซึ่งสามารถให้คู่สมรสหรือญาติเฝ้าและให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา และหอผู้ป่วยไอซียู ซึ่งจะมีกฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมที่เป็นเวลา เริ่มตั้งแต่ 12.00 น – 15.00 น และ 18.00 น -20.00 น อย่างไรก็ตามในช่วงที่ผู้ป่วยใกล้ตาย ทางหอผู้ป่วยไอซียู มีการยืดหยุ่นกฎระเบียบให้คู่สมรสเฝ้าได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญใช้ในการเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีแนวคำถาม ในการสัมภาษณ์ และอุปกรณ์สนามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. แนวคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน (ภาคผนวก ข) คือ

ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของกลุ่มสมรส/เดือน การจ่ายค่า รักษาพยาบาลผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้ระยะเวลาที่ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน อายุของกลุ่มสมรส ระยะเวลาที่ทราบว่าผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระยะวิกฤตจนกระทั่งเสียชีวิตการวินิจฉัยโรคขณะเข้ารับการรักษาตัว ในโรงพยาบาลขณะที่อยู่ในภาวะวิกฤตและตายและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในขณะที่ผู้ป่วย อยู่ในระยะวิกฤตจนกระทั่งเสียชีวิต

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของ คู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต โดยแนวคำถามหลักจำนวน 5 ข้อ และคำถามรองจำนวน 5 ข้อ ตามประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนประสบการณ์ได้อย่างเต็มที่

2. เครื่องบันทึกเสียง 2 เครื่องเพื่อสำรองไว้เมื่อเครื่องบันทึกชำรุดขณะสัมภาษณ์ พร้อมแบตเตอรี่

3. สมุดบันทึกสำหรับจดรายละเอียดที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูล บทสัมภาษณ์หรือใจความที่สำคัญโดยแยกเป็นการจดข้อมูลที่เป็นจริง กับความคิดเห็นของผู้วิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามเกี่ยวกับ ผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ตามหลักการที่แว็น มาแนน ให้ไว้ รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่ต้องการจำนวน 2 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของแนวคำถามและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำมาตรวจสอบแก้ไขและนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและตาย จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 ท่าน ที่มีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและตายที่มีอายุการทำงานมากกว่า 5 ปี ผลที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เห็นด้วยหมด แต่แนะนำให้ปรับในส่วนของข้อความเล็กน้อย เพื่อให้ได้ตรงประเด็นและไม่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกกระตือรือร้นเกินไป หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบไปแก้ไขปรับปรุงอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ภูมิหลังของผู้วิจัย

ผู้วิจัยนับถือศาสนาพุทธ มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยวิกฤตพักรักษาตัวได้แก่ อายุรกรรม และไอซียู (ผู้ใหญ่) รวม 3 ปี ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและตายหลายราย และเคยให้การดูแลคู่สมรสของผู้ป่วยในด้านจิตใจเมื่อเกิดภาวะเศร้าโศก ซึ่งเมื่อคู่สมรสของผู้ป่วยรับทราบว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิตจะมีปฏิกิริยาของภาวะเศร้าโศกเกิดขึ้นได้แก่ ร้องไห้ คร่ำครวญเสียใจ ปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง ซ็อกกับเหตุการณ์ที่รับรู้ เป็นต้น ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นเป็นประจำในการปฏิบัติงานของผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยเองได้เข้าไปพูดคุยให้

สมรสของผู้ป่วยได้คลายความเศร้าโศกและเป็นທີ່ปรึกษาในขณะนั้น แต่ก็ยังไม่พบวิธีการดูแลที่เป็นรูปแบบชัดเจน ตลอดระยะเวลา 3 ปีผู้วิจัยเห็นว่าภาวะเศร้าโศกที่เกิดขึ้นกับคู่สมรสของผู้ป่วยวิกฤต และตายเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นต้องศึกษาเรียนรู้ให้เข้าใจอย่างลึกซึ้ง เพื่อที่จะช่วยให้คู่สมรสของผู้ป่วยปรับตัวต่อภาวะเศร้าโศกได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

วิธีการดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ต้องการข้อมูลที่ลึกซึ้ง ครอบคลุมและเชื่อถือได้ จึงใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยมีการเตรียมการดังนี้

1.1 เตรียมความรู้และทักษะการวิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีการ

วิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological methodology) ตามแบบเฮร์เมนิวติกซ์ (hermeneutic phenomenology) ศึกษาแนวคิด ปรัชญา หลักการจรรยาบรรณนักวิจัย รวมทั้งเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากคำราและอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้วิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ผู้วิจัยทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและตายเพื่อสร้างแนวคำถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ ในการศึกษา นำร่อง 2 ราย แล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจวิธีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

1.2 เตรียมเครื่องมือ ได้แก่ เทปบันทึกเสียง แบบบันทึกภาคสนามและแบบสัมภาษณ์ต่างๆ ให้พร้อมเพื่อความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

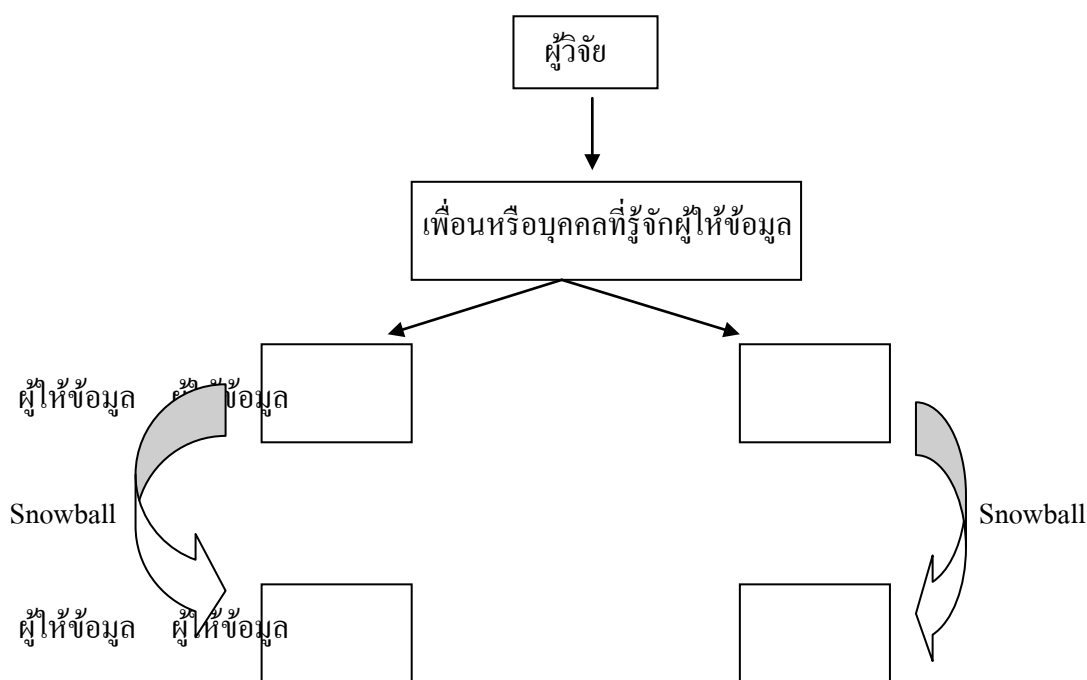
1. 3 เตรียมหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมไปยังเลขาธิการคณะกรรมการด้านจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสงขลานครินทร์

2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 นำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เลือกศึกษา และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลที่คัดเลือกศึกษา ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต หลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อแนะนำตัวและขออนุญาตในการค้นหารายชื่อผู้ให้ข้อมูล โดยมีขั้นตอนคือ สร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยการแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย เพื่อให้เกิดการรับรู้และเข้าใจในการเข้าไปศึกษาข้อมูลของผู้วิจัย และสามารถอำนวยความสะดวก

สะดวกในการค้นหารายชื่อผู้ให้ข้อมูล หลังจากได้รายชื่อผู้ให้ข้อมูลแล้ว ขอความช่วยเหลือโดยการอาศัยการแนะนำจากเจ้าหน้าที่พยาบาลในการแนะนำให้รู้จักกับผู้ให้ข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (snowball sampling technique) โดยการขอความช่วยเหลือจากเพื่อน หรือบุคคลที่รู้จักผู้ให้ข้อมูลที่คู่สมรสเจ็บป่วยวิกฤตและเสียชีวิตใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสงขลา โดยการแนะนำผู้วิจัยให้รู้จักกับผู้ให้ข้อมูล แล้วแจ้งข้อมูลของผู้วิจัย และเหตุผลการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูลรับทราบอย่างชัดเจน



ภาพ 1 แสดงการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (snowball sampling technique)

ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (snowball sampling technique) วิธีนี้ทำให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลได้ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มที่ไม่ต้องการเปิดเผยตัวเอง ทำให้สามารถการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดได้

2.3 เมื่อคู่สมรสของผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยนัดวัน เวลา สถานที่สำหรับการ สัมภาษณ์ข้อมูล ซึ่งการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย เพื่อผู้ให้ข้อมูลเกิดการรับรู้และไว้วางใจในการที่ผู้วิจัยเข้าไปศึกษาข้อมูลของผู้วิจัย และเริ่มสัมภาษณ์ตั้งแต่ที่คู่สมรสได้รับข้อมูลจากแพทย์ว่าผู้ป่วยอยู่ใน ระยะวิกฤตและใกล้ตายและผู้ป่วยเสียชีวิต ในกรณีที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่มีความพร้อมที่จะให้ข้อมูล ผู้วิจัยโทรศัพท์นัดหมายเพื่อขอสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์เริ่มเมื่อผู้ให้

ข้อมูลมีความพร้อมและอยู่ในบรรยากาศที่เหมาะสมมีความเป็นส่วนตัว โดยเริ่มจากการพูดคุยเรื่องทั่วไป ให้คู่สมรสของผู้ป่วยผ่อนคลายและลดความเครียด จากนั้นใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นในการสัมภาษณ์ ใช้เทคนิคการฟัง การสะท้อนกลับ การยกตัวอย่าง เทคนิคการสรุปและการเจาะลึกประเด็นคำถามที่ยังไม่ชัดเจน นอกจากนี้ยังมีการสังเกตสีหน้าท่าทางและพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล ในขณะที่สัมภาษณ์ ซึ่งการสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาที ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการบันทึกเทปสัมภาษณ์โดยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนทำการบันทึกทุกครั้ง นอกจากนี้ผู้วิจัยจดบันทึกในประเด็นที่สำคัญขณะที่ให้สัมภาษณ์และสังเกตได้ตามความเป็นจริง แล้วนำมาบรรยายสถานการณ์ร่วมกับบทสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งเพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลรายวัน และนำมาปรับปรุงเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ต่อไป การสัมภาษณ์สิ้นสุดเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัวหรือจนกว่าผู้วิจัยไม่ได้ข้อมูลใหม่ๆ และผู้วิจัยเข้าใจประสบการณ์ที่ศึกษานั้นอย่างชัดเจนและครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการจะศึกษา โดยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 2-3 ครั้งต่อราย

2.4 ผู้วิจัยทำการถอดเทปบันทึกเสียงหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งในลักษณะคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค ที่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์ อ่านข้อความทั้งหมดที่ได้จากการถอดเทปสัมภาษณ์ และตรวจสอบว่าข้อความใดไม่ชัดเจนและต้องนำไปสัมภาษณ์ซ้ำในครั้งต่อไป

2.5 วางแผนการเก็บข้อมูลเจาะลึกบางประเด็น ด้วยการตั้งคำถามเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป หลังการอ่านคำบรรยายที่ถอดเทปรายวัน ด้วยการทำความเข้าใจกับข้อมูลและสาระที่ได้

2.6 การสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation of data) โดยพิจารณาจากการที่ไม่สามารถหาข้อมูลเพิ่มเติมได้อีก และผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมทั้งหมด

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยต้องพูดคุยกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในเรื่องส่วนตัวทัศนคติ ความคิด ความรู้สึกในแต่ละเหตุการณ์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล จากการสัมภาษณ์ในประเด็นคำถามที่เจาะลึก ซึ่งอาจกระทบต่อความรู้สึกและความเป็นส่วนตัว ดังนั้นผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยในด้านการเคารพสิทธิมนุษยชน ความเป็นส่วนตัว ความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล และการรักษาความลับ ได้มีการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งขั้นตอน รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์และขออนุญาตบันทึกเสียง

ไว้เพื่อความถูกต้อง ชัดเจนในเนื้อหาและลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ถ้าหากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมให้ข้อมูลก็สามารถปฏิเสธ หรือออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา และการเข้าร่วมวิจัยหรือไม่เข้าร่วมวิจัย จะไม่มีผลกระทบหรือก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ให้ลงนามในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ (ดังในภาคผนวก ก)

2. ตลอดการวิจัยผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัยครั้งนี้ได้ และในระหว่างสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิปกปิดข้อมูลส่วนตัวที่ไม่ต้องการเปิดเผย โดยในการบันทึกเทปผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิหยุดทำการบันทึกเทปในช่วงใดช่วงหนึ่งได้

3. ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลเกิดภาวะเครียด หรือรู้สึกเสียใจมาก จากการสังเกตสีหน้า และพฤติกรรมในขณะที่กำลังให้ข้อมูล ผู้วิจัยให้ความช่วยเหลือ เมื่อผู้ให้ข้อมูลร้องให้ตลอดเวลา และเมื่อผู้ให้ข้อมูลต้องการ โดยหยุดสัมภาษณ์และสอบถามผู้ให้ข้อมูลเพื่อยุติการสัมภาษณ์ในครั้งนี้ก่อน และร่วมกับเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกได้อย่างเต็มที่หากต้องการ โดยผู้วิจัยรับฟังด้วยความตั้งใจและแสดงความเห็นใจ และส่งต่อถ้าผู้ให้ข้อมูลต้องการแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 5 ราย ไม่ร้องไห้หรือเกิดภาวะเครียด และผู้ให้ข้อมูล 10 ราย ร้องไห้ แต่ผู้ให้ข้อมูลยืนยันว่าสามารถให้ข้อมูลต่อไปได้ และไม่มีผู้ให้ข้อมูลรายใดส่งต่อแหล่งช่วยเหลืออื่น

4. ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิรับรู้ข้อมูล ตลอดจนตรวจสอบข้อมูลของตนเองว่ามีความถูกต้องหรือตรงกับข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัย

5. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้นำเสนอผู้ให้ข้อมูลโดยใช้นามสมมติ ไล่หมายเลขเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดความเสียหายต่อผู้ให้ข้อมูล ส่วนเทปที่บันทึกการสัมภาษณ์ได้เก็บไว้เป็นความลับและได้ทำลายเมื่อการศึกษาสิ้นสุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของ คู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบเฮอร์เมนิวติคซ์ตามแบบของแวน มาเนน (van Manen, 1990) ซึ่งเป็นวิธีที่ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจความหมายประสบการณ์ที่ศึกษาได้อย่างเต็มที่และลึกซึ้งมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสะท้อนคิดคำหลัก (reflecting on essential themes) มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.1 ถอดเทปข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยละเอียดคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค จดบันทึกข้อมูลที่ได้ทั้งหมดเรียบเรียงไว้อย่างเป็นระเบียบ

1.2 แยกองค์ประกอบหลักหรือคำหลักของข้อมูลซึ่งมีเทคนิค ดังนี้

1.2.1 ทำความเข้าใจภาพรวมทั้งหมดของการศึกษา (the wholistic or sententio us approach) เป็นการอ่านและฟังบทสัมภาษณ์ตั้งแต่ต้นจนจบของผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละราย จากนั้นพิจารณาว่าประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายสะท้อนออกมาในภาพรวมเป็นอย่างไร

1.2.2 เลือกรายละเอียดที่สำคัญ (the selective or highlighting approach) โดยอ่านแต่ละบทสัมภาษณ์แล้วเลือกข้อความที่เป็นคำสำคัญ ที่สื่อถึงความหมายของประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ที่ศึกษาแล้วขีดเส้นใต้ข้อความเหล่านั้น

1.2.3 ศึกษารายละเอียดทีละบรรทัด (the detailed or line by line approach) โดยผู้วิจัยอ่านทุกประโยคหรือทุกคำ หากกลุ่มคำหรือประโยคที่แสดงความหมายของประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต

1.3 นำคำและข้อความสำคัญที่ได้มาปรับภาษา โดยการตีความความหมายของคำหรือข้อความสำคัญนั้นว่าสื่อว่าหมายถึงอะไร โดยใช้ภาษาของผู้วิจัยในการสื่อสารความหมายที่ตีความนั้น (theme) เพื่อลดความซ้ำซ้อนของประเด็นต่างๆให้เหมาะสม และนำมาสรุปอีกครั้งโดยมีการตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไข

1.4 นำความหมายที่ได้มาจัดกลุ่ม โดยนำความหมายที่เหมือนกันจากบทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมาจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน (thematic category)

1.5 สะท้อนกลุ่มความหมาย ในหมวดของโลก 4 ใบ (four life-worlds) ตามที่แวนมาเนน (van Manen, 1990) ได้แนะนำ เพื่อให้เข้าใจโครงสร้างของการดำรงชีวิตอยู่ของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตในโรงพยาบาล โลก 4 ใบ ได้แก่ โลกของตัวเอง โลกของความสัมพันธ์ โลกของสถานที่ และโลกของเวลา โดยมีรายละเอียดความหมายของโลกแต่ละใบ ดังนี้

1.5.1 โลกของตัวเอง (corporeality or lived body) หมายถึง การรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นสภาพกาย จิตใจ อารมณ์ ที่เกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงในขณะที่มีชีวิตอยู่ในช่วงที่มีประสบการณ์นั้น

1.5.2 โลกของความสัมพันธ์ (relationality or lived relation) หมายถึง การเกี่ยวข้องหรือการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ระหว่างตัวของเรากับคนที่อยู่กับเราหรือรอบข้างเราในการดำรงชีวิตอยู่ในประสบการณ์นั้น

1.5.3 โลกของสถานที่ (spatiality or lived space) หมายถึง การรับรู้ที่มีต่อที่ที่เราอยู่ในขณะที่ดำรงชีวิตอยู่ในช่วงของประสบการณ์นั้น อาจเป็นความรู้สึกที่มีต่อสถานที่ในเชิงกายภาพ เช่น แคมป์ใหญ่ หรือในเชิงความรู้สึกด้านจิตใจที่มีต่อที่ที่อยู่ เช่น บางสถานที่แม้จะใหญ่โต มีคนมา

รวมตัวกันมากมาย กลับให้ความรู้สึกว้าเหว โดดเดี่ยว ไม่อบอุ่น หรืออาจเป็นความรู้สึกที่มีต่อระยะห่างระหว่างการอยู่กับบุคคล เช่น อยู่กันคนละซีกโลก แต่กลับรู้สึกเหมือนอยู่ใกล้กัน ไม่ได้ห่างไกลกันเหมือนระยะทางจริง

1.5.4 โลกของเวลา (temporality or lived time) หมายถึง การรับรู้ที่เกี่ยวกับเวลาในขณะที่ดำรงชีวิตอยู่ในประสบการณ์นั้น ไม่ใช่เวลาที่บอกด้วยนาฬิกา แต่อาจเป็นเวลาที่เป็นอดีตอนาคต หรือปัจจุบันเช่น รับรู้ว่าเวลาผ่านไปเร็วมากเหมือนติดปีก ในขณะที่อยู่ในเหตุการณ์ที่สนุกสนาน หรือรับรู้ว่าเวลาผ่านไปช้ามากในขณะที่รอคอย เป็นต้น

2. เขียนบรรยายให้เห็นปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษา (the art of writing and rewriting) เป็นการนำคำที่สำคัญที่ได้มาสรุปเป็นคำอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งจะเขียนอธิบายอย่างละเอียดและชัดเจน ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก อาศัยการคิดทบทวน (re-thinking) การสะท้อนคิดพิจารณา (re-flecting) และการระลึกได้ (re-cognizing) ของข้อมูลที่ได้มาอย่างรอบคอบ เพื่อให้ผลการศึกษาที่ได้ตรงกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาและครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการศึกษามากที่สุด และมีการยกตัวอย่างคำพูดประกอบเพื่อให้เข้าใจและมีความชัดเจนยิ่งขึ้น

3. ดำรงไว้ซึ่งคำหลักสำคัญที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา (maintaining a strong and oriented relation) ผู้วิจัยเขียนบรรยายประสบการณ์ภาวะเสรีาสกของ คู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต อธิบายบริบทที่เกี่ยวข้องในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น มีข้อมูลตัวอย่างคำพูดที่สนับสนุนอย่างเพียงพอและมีความละเอียดลึกซึ้งของเนื้อหา

4. คงไว้ซึ่งบริบทที่ศึกษาโดยพิจารณาส่วนย่อยและภาพรวมทั้งหมด (balancing the research context by considering parts and whole) เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลทั้งหมด มีการพิจารณาบริบทที่ศึกษาว่ามีความเชื่อมโยงกัน เช่น การให้ความหมายประสบการณ์ภาวะเสรีาสกของ คู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต พบว่าเป็นส่วนหนึ่งของปรากฏการณ์ในภาพรวม และเมื่อมองประสบการณ์ของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย จะประกอบด้วยความหมาย ความรู้สึกของคู่สมรสเมื่อรับทราบว่าสามีหรือภรรยาเจ็บป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและตาย และปัญหาการเผชิญภาวะเสรีาสกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

เพื่อให้งานวิจัยมีคุณภาพ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ของงานวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดของลินคอล์นและกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

1. ความน่าเชื่อถือได้ (credibility) เพื่อให้ข้อค้นพบที่เกิดขึ้นจากการวิจัยนั้นสามารถอธิบาย ประสพการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธได้อย่างถูกต้อง เหมือนกับประสพการณ์ของผู้ให้ ข้อมูลมากที่สุด ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการวิจัยโดย

1.1 การเขียนบันทึกส่วนตัว เนื่องจากผู้วิจัยทำการศึกษาในหน่วยงานที่ผู้วิจัยเคย ปฏิบัติงาน ประกอบกับผู้วิจัยมีประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ชิดตายในไอซียูพอสมควร ผู้วิจัยจึงเพิ่มความระมัดระวัง ไม่ให้รบกวนการตีความข้อมูลที่ค้นพบ และไม่เกิดอคติในการ ดำเนินการวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเขียนบันทึกส่วนตัวเพื่อสะท้อนตัวเองอย่างสม่ำเสมอตลอดช่วงเวลา การดำเนินการวิจัย โดยบันทึกเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดหรือมุมมองของผู้วิจัยต่อข้อมูล และ สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตลอดการดำเนินการวิจัย ที่เกิดจากการตั้งคำถามกับตัวเองว่า ฉันรับรู้ อะไร ฉันรู้สึกอย่างไรในสิ่งที่ฉันรู้ และรู้สึกอย่างไรกับผู้ให้ข้อมูล อะไรทำให้ฉันมีมุมมองหรือรู้สึก อย่างนั้น ทั้งนี้การสะท้อนโดยตนเองนี้เป็นการตรวจสอบผลกระทบจากความคิด ความรู้สึกของ ผู้วิจัยต่อผลการวิจัย ซึ่งจะเป็ข้อมูลในการสะท้อนคิดในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ช่วยลดความ ลำเอียงในการแปลความหมายของผู้วิจัย ช่วยคงความเปิดใจ และแยกแยะสิ่งที่ผู้วิจัยคิดออกจาก ความคิด ข้อวิจารณ์ และการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล

1.2 การใช้เวลาอยู่กับผู้ให้ข้อมูลให้นานพอ (prolonged engagement) โดยในการวิจัย ครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายถูกสัมภาษณ์ 2-3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที เพื่อให้แน่ใจว่าได้ข้อมูลที่ เป็นประสพการณ์ที่ต้องการศึกษาและได้ข้อมูลที่ลึกพอ เนื่องจากการสัมภาษณ์ในครั้งแรก ผู้ให้ ข้อมูลอาจยังไม่ไว้วางใจและสะท้อนเรื่องราวของตนได้มากพอ

1.3 ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกเกี่ยวกับบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ สี หน้าท่าทาง อากัปกริยา น้ำเสียง การแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทำให้ผู้วิจัย ทราบความรู้สึกที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้บอกอย่างชัดเจน เพื่อนำไปสู่การถามคำถามต่อเนื่องให้เข้าใจ ความหมายที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูลต่อไป

1.4 การตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (member check) ก่อนการยุติการสัมภาษณ์แต่ละ ครั้ง ผู้วิจัยสรุปเรื่องราวที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสามารถเพิ่มเติมหรือ ปรับความเข้าใจในข้อมูลบางส่วนที่ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่ายังไม่สมบูรณ์ หรือผู้วิจัยแปลความหมาย บิดเบือน ไป นอกจากนี้ ผู้วิจัยนำข้อสรุปของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งกลับไป สอบถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อเป็นการยืนยันว่าข้อค้นพบที่รายงานนั้นแทนประสพการณ์ของผู้ให้ ข้อมูลจริง จากการศึกษาได้นำผลการศึกษาไปให้ผู้ให้ข้อมูลอ่าน พบว่าผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 ราย เห็นด้วยกับข้อสรุปของผู้วิจัย และไม่มีคำแนะนำเพิ่มเติม

2. ความสามารถถ่ายย้ายไปใช้ได้ (transferability) ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้ในพื้นที่หรือสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับบริบทที่ทำการศึกษาดังนั้นในการรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยบรรยายบริบทที่ทำการศึกษามากพอที่ผู้อ่านจะใช้ประกอบการตัดสินใจที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้

3. ความสามารถยืนยันว่าไม่เปลี่ยนแปลง (conformability) เพื่อให้ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเป็นไปตามธรรมชาติของความเป็นจริงซึ่งสามารถยืนยันได้ โดยผู้วิจัยจัดเก็บบทสัมภาษณ์ และการใส่รหัสเบื้องต้น แยกเป็นแฟ้มข้อมูลแต่ละคนอย่างเป็นระเบียบ นอกจากนี้ผู้วิจัยจัดทำบันทึกเชิงรหัสซึ่งบันทึกการบ่งชี้แก่นของสาระ (theme) ของข้อมูล ภายหลังจากบันทึกการบ่งชี้แก่นของสาระไประยะหนึ่งแล้วผู้วิจัยได้บันทึกการบ่งชี้องค์ประกอบแก่นของสาระ โดยการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ชั่วคราวระหว่างหมวดหมู่เฉพาะเท่าที่พบจากข้อมูล และปรับเปลี่ยนชื่อรหัสไปตามข้อมูล

4. ความวางใจได้ (dependability or auditability) เป็นการพิจารณาความเชื่อมั่นของการศึกษา (reliability) ทั้งระเบียบวิธีวิจัย กระบวนการได้มาของข้อมูลและผลของข้อมูลที่ได้อย่างละเอียด โดยผู้วิจัยให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบตั้งแต่วิธีการวิจัย การเก็บข้อมูลสัมภาษณ์ในแต่ละราย การวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละราย ซึ่งทุกขั้นตอนอยู่ภายใต้การตรวจสอบและการแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา นอกจากนี้ผลการศึกษาที่ได้ในกลุ่มความหมายต่างๆ การเขียนอธิบายความหมาย และข้อความบรรยายของผู้ให้ข้อมูล ได้ตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้ง 2 ท่าน ซึ่งได้เห็นพ้องต้องกันทั้งกระบวนการวิจัยและผลที่ได้

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่ออธิบายความหมายของประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) แบบปรากฏการณ์วิทยาเฮร์เมเนิวติกซ์ (hermeneutic phenomenology) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากกลุ่มสมรสไทยพุทธจำนวน 15 ราย ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ได้กำหนดไว้ และใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ แวน มาเนน (van Manen, 1990) ซึ่งนำเสนอเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ ผลการวิจัย และการอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ความหมายของประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 ราย เป็นภรรยาของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต และหลังจากที่สามีเสียชีวิต ผู้ให้ข้อมูลทุกราย ยังคงสถานะภาพม่าย มีอายุระหว่าง 40-78 ปี (Median = 59) ไม่ได้เรียนหนังสือจำนวน 1 ราย ระดับประถมศึกษาตอนต้น (ป.1-ป.4) จำนวน 5 ราย ประถมศึกษาตอนปลาย (ป.5-ป.6) จำนวน 4 ราย มัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 3 ราย อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญาจำนวน 1 ราย และปริญญาตรีจำนวน 1 ราย ไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 7 ราย ประกอบอาชีพแม่บ้านจำนวน 2 ราย รับจ้างจำนวน 3 ราย ค้าขายจำนวน 2 ราย และข้าราชการบำนาญจำนวน 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลมีรายได้/เดือน ไม่เกิน 5,000 บาท จำนวน 7 ราย รายได้ 5,000-10,000 บาท จำนวน 6 ราย รายได้ 10,001-15,000 บาท จำนวน 1 ราย รายได้ 15,001-20,000 บาท จำนวน 1 ราย (Median = 5,000) ระยะเวลาที่ใช้ชีวิตคู่ต่ำสุด 8 ปี สูงสุด 53 ปี (Median = 30) โดยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเสียชีวิตจนถึงวันสัมภาษณ์ต่ำสุด 6 เดือน สูงสุด 48 ปี (Median = 12) ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมาผู้ให้ข้อมูลประสบกับการสูญเสียบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว จำนวน 4 ราย โดยสูญเสียน้องชาย 1 ราย พี่สะใภ้ 2 ราย และลูกสะใภ้ 1 ราย โดยก่อนสามีเสียชีวิตผู้ให้ข้อมูลได้ปฏิบัติทางศาสนาด้วยการไหว้

พระ/สวดมนต์ 8 ราย ไม่ได้ปฏิบัติ 7 ราย และหลังจากสามิเสยชีวิต ผู้ให้ข้อมูล ทำบุญตักบาตร 8 ราย ศึกษาธรรมะ 5 ราย สวดมนต์และนั่งสมาธิ 5 ราย โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาพุทธมากกว่า 1 อย่าง ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล (N=15)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (ราย)
เพศ		การสูญเสียบุคคลในครอบครัวในช่วง 2 ปี	
หญิง	15	ไม่มี	11
ชาย	-	มี	4
อายุ (ปี) (Median = 59)		ระยะเวลาที่ใช้ชีวิตคู่ (ปี)	
31-40	1	(Median = 30)	
41-50	3	1-10	1
51-60	5	11-20	5
ตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป	6	21-30	3
ระดับการศึกษา		ไม่ได้เรียน	4
ไม่ได้เรียน	1	31-40	4
ประถมศึกษาตอนต้น (ป.1-ป.4)	5	41-50	-
ประถมศึกษาตอนปลาย (ป.5-ป.6)	4	51-60	2
มัธยมศึกษาตอนต้น	-	ระยะเวลาการสูญเสีย	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	(Median =12)	
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	1	6 เดือน-12 เดือน	9
ปริญญาตรี	1	13 เดือน-24เดือน	5
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)		25 เดือน-36 เดือน	-
(Median = 5,000)		37 เดือน-48 เดือน	1
ไม่เกิน 5,000 บาท	7		
5,000-10,000 บาท	6		
10,001-15,000 บาท	1		
15,000-20,000 บาท	1		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของ ผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ข้อมูลทั่วไปของ ผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (ราย)
การปฏิบัติทางศาสนา ก่อนการเสียชีวิต		การปฏิบัติทางศาสนา หลังการเสียชีวิต	
ไหว้พระ/สวดมนต์ ไม่ได้ปฏิบัติ	8 7	ทำบุญ ตักบาตร ศึกษาธรรมะ สวดมนต์และนั่งสมาธิ	8 5 5

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มสมรสที่เสียชีวิต

ผู้ป่วยซึ่งเป็นคู่สมรสที่เจ็บป่วยวิกฤตและเสียชีวิตทั้งหมดเป็นสามีของผู้ให้ข้อมูล มีอายุระหว่าง 42-80 ปี (Median = 60) โดยมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและวิกฤต จำนวน 11 ราย เจ็บป่วยเรื้อรังและวิกฤต จำนวน 4 ราย ในการเจ็บป่วยวิกฤตเหล่านี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค หัวใจวายเฉียบพลัน จำนวน 5 ราย ติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 4 ราย ช็อกจากสูญเสียเลือด จำนวน 2 ราย หายใจวาย จำนวน 1 ราย บาดเจ็บหลายระบบจากอุบัติเหตุ จำนวน 1 ราย ไตวายเฉียบพลัน จำนวน 1 ราย และตับวายเฉียบพลัน จำนวน 1 ราย เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ ในจังหวัดสงขลา หอผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาขณะที่เจ็บป่วยวิกฤตและเสียชีวิต ได้แก่หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม จำนวน 8 ราย หอผู้ป่วยไอซียู จำนวน 7 ราย โดยที่หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม จะต้องมีญาติมาเฝ้าให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา แต่สำหรับหอผู้ป่วยไอซียูซึ่งจะมีกฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมที่เป็นเวลาเริ่มตั้งแต่ 12.00 น – 15.00 น และ 18.00 น -20.00 น อย่างไรก็ตามในช่วงที่ผู้ป่วยใกล้ตายทางหอผู้ป่วยมีการยืดหยุ่นกฎระเบียบให้ญาติเฝ้าได้ตลอดเวลาระยะเวลาตั้งแต่เข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต อยู่ในช่วง 1 ถึง 20 วัน (Median =4) ซึ่งได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ จำนวน 14 ราย และไม่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ จำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นความต้องการของภรรยา โดยประคับประคองชีวิตด้วยเครื่องช่วยหายใจ จำนวน 10 ราย และไม่มีปัญหาในเรื่องการรักษาพยาบาล เนื่องจากการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาท จำนวน 13 ราย เบิกต้นสังกัด จำนวน 2 ราย ดังตาราง 2

ตาราง 2

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มสมรรถที่เสียชีวิต (N=15)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (ราย)
เพศ		การวินิจฉัยโรคที่อยู่ใน	
หญิง	-	ภาวะวิกฤตและตาย	
ชาย	15	หัวใจวายเฉียบพลัน	5
อายุ (ปี)		ติดเชื้อในกระแสเลือด	4
(Median =60)		ช็อกจากสูญเสียเลือด	2
31-40	-	หายใจวาย	1
41-50	4	ไตวายเฉียบพลัน	1
51-60	4	ตับวายเฉียบพลัน	1
ตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป	7	บาดเจ็บหลายระบบ	1
ระยะเวลาตั้งแต่เข้ารับรักษา จนกระทั่ง		จากอุบัติเหตุจากรถ	
เสียชีวิต (วัน) (Median =4)		หอผู้ป่วยของผู้ป่วยวิกฤต	
1-10	13	สามัญอายุรกรรม	8
11-20	2	ไอซียู	7
สิทธิบัตรในการรักษา			
บัตรทอง 30 บาท	13		
เบิกต้นสังกัด	2		

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

เพื่อให้เข้าใจความหมายของ ประสพการณ์ภาวะเศร้าโศกของ กลุ่มสมรรถไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ในส่วนนี้เป็นการบรรยายรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลในแต่ละคน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นภรรยา ของผู้ป่วยวิกฤตและตาย โดยผู้วิจัยกำหนดนามสมมติของผู้ให้ข้อมูลดังตาราง 3

ตาราง 3

รายชื่อสมมติของผู้ให้ข้อมูล (N=15)

คนที่	ผู้ให้ข้อมูล(ภรรยา)	คนที่	ผู้ให้ข้อมูล(ภรรยา)
1	ป้าอนงค์	9	ป้าอัมพร
2	ป้าถ่อง	10	พี่ยุพา
3	ป้าพร	11	พี่ประนอม
4	ป้าปอง	12	พี่ต้อย
5	พี่กานดา	13	ป้าชิน
6	ป้าอุไร	14	ป้าอัน
7	ป้าบัว	15	ป้าจินดา
8	ป้ากิ่งแก้ว		

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

ป้าอนงค์ อายุ 61 ปี ไม่ได้รับการศึกษาใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน 30 ปี สามีเสียชีวิตด้วย ช็อกจากสูญเสียเลือด รักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนาน 2 วัน ในหอผู้ป่วยไอซียู มีบุตรทั้งหมด 3 คน เป็นบุตรสาว 2 คน โดยบุตรสาว 1 คนจบการศึกษาปริญญาตรี และบุตรสาวอีก 1 คนกำลังศึกษาต่อระดับปริญญาโท สำหรับบุตรชาย กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี ป้าอนงค์ ประกอบอาชีพรับจ้างรีดผ้า มีรายได้ต่อเดือนประมาณ 5,000 บาท รายได้ส่วนนี้จะไว้ใช้จ่ายภายในบ้าน ก่อนสามีเสียชีวิต ป้าอนงค์มีสัมพันธภาพกับสามีดี ช่วยเหลือกันทำมาหากิน สามีประกอบอาชีพขายของชำในตลาด มักจะรับประทานอาหารกันพร้อมหน้าพร้อมตา ป้าอนงค์ยอมรับว่าอาจเคยมีปัญหาภายในครอบครัวบ้าง แต่ก็เป็นเรื่องธรรมดาเล็กๆ น้อยๆ สามารถพูดคุยปรับความเข้าใจกันได้ หลังจากสามีเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ป้าอนงค์ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ปกติป้าอนงค์ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานานๆ ครั้ง ได้แก่สวดมนต์ ไหว้พระ และตักบาตร ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา ป้าอนงค์ไม่ประสบกับการสูญเสียบุคคลอื่นในครอบครัวปัจจุบันป้าอนงค์อยู่กับบุตรทั้ง 3 คน

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

ป้าถ่องอายุ 60 ปี สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน 20 ปี สามีเสียชีวิตด้วยหัวใจวายเฉียบพลัน รักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนาน 4 วัน ในหอผู้ป่วยไอซียู มีบุตรชาย 1 คน จบการศึกษาระดับอาชีวศึกษา ป้าถ่อง ประกอบอาชีพค้าขายของชำที่บ้าน มีรายได้เดือนละ

7,000 บาท รายได้ที่ได้ป่าดงจะใช้เป็นค่าใช้จ่ายประจำบ้าน และส่วนหนึ่งได้จากญาติของผู้ป่วย ทุกวันป่าดงจะเป็นคนดูแลทุกอย่างในบ้านรวมถึงดูแลผู้ป่วยทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็นการทำกับข้าว ซักผ้า อาบน้ำ แปรงฟันให้ผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติเส้นลัมเส้นเลือดในสมองแตก จึงทำให้เดินไม่ได้ เป็นอยู่นาน 2 ปี ป่าดงรู้สึกเสียใจมากที่สุด ที่ตนเองไปทำธุระ 2 วัน และให้ผู้ป่วยอยู่กับ บุตรชาย จนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยล้มลุกอาหารหมดสติและเข้าโรงพยาบาลปกติป่าดงปฏิบัติกิจกรรม ทางศาสนาเป็นประจำได้แก่ ภาวนาสวดมนต์ เข้าวัดทำบุญ ตักบาตร และศึกษาธรรมะ ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา ป่าดงไม่ประสบกับการสูญเสียบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวปัจจุบันป่าดงอาศัยอยู่กับ บุตรชาย

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

ป่าพรอายุ 56 ปี สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน 40 ปี สามี เสียชีวิตด้วยหัวใจวายเฉียบพลันรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลเพียง 1 วัน ในหอผู้ป่วยสามัญอายุกรรม มี บุตรทั้งหมด 3 คน เป็นบุตรสาว 1 คน จบการศึกษาปริญญาตรี ทำงานเปิดร้านขายอาหาร และ บุตรชาย 2 คน กำลังเรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายตามลำดับ พี่พรประกอบอาชีพ แม่บ้าน สามีอาชีพธุรกิจส่วนตัว มีรายได้จากสามีให้ใช้จ่ายประมาณ 5,000 บาทต่อเดือน โดยพี่พร จะมีหน้าที่หลักในการเลี้ยงดูบุตร เช่น สอนหนังสือ ทำอาหารให้กับสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพกับสามี ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีปัญหา จะเข้าใจกัน สามีรักพี่พรมากดูแลทุกอย่างให้ ครอบครัวอยู่สุขสบาย ปกติ พี่พรปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเรื่อยๆ ครั้ง ได้แก่สวดมนต์ ไหว้พระ และตักบาตร บ้าง ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา พี่พรได้ประสบกับการสูญเสียน้องชายปัจจุบันพี่พรอยู่กับ บุตรชาย 2 คน

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

ป่าปองอายุ 74 ปี สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน 53 ปี สามี เสียชีวิตด้วยหัวใจวายเฉียบพลัน รักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนาน 2 วัน ในหอผู้ป่วยสามัญอายุกรรม มี บุตรสาว ทั้งหมด 3 คน บุตรทุกคนจบการศึกษาระดับปริญญาตรี และประกอบอาชีพรับราชการทั้ง 3 คน ป่าปอง ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้จากบุตรให้ใช้จ่าย 5,000 บาทต่อเดือน ป่าปองชอบไป วัดทำบุญทุกวันพระไม่เคยขาด และหากป่าปองไม่ออกไปนอกบ้านก็จะทำกิจกรรมร่วมกันกับ ครอบครัว เช่น ทำอาหารและรับประทานอาหารร่วมกัน และใช้เวลาอยู่กับบุตรหลานสัมพันธภาพ กับสามี ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีปัญหา จะเข้าใจกัน ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา ป่าปองไม่ประสบกับการ สูญเสียบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวปัจจุบันป่าปองอยู่กับบุตรสาวและบุตรเขย

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

พี่กานดาอายุ 40 ปี สำเร็จการศึกษาระดับอาชีวศึกษา ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน 8 ปี สามีเสียชีวิตด้วยโรคไตวายเฉียบพลัน รักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนาน 5 วัน ในหอผู้ป่วยไอซียู มีบุตรทั้งหมด 2 คน บุตรทุกคนอยู่ในช่วงวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาในโรงเรียนเอกชน พี่กานดา ประกอบอาชีพนักร้องในบริษัทเล็กๆ มีรายได้ประมาณ 5,000 บาทต่อเดือน รายได้ที่ได้จากการทำงานพี่กานดาจะใช้เป็นค่าอุปกรณ์การเรียนของบุตร ส่วนสามีอาชีพขับรถสิบล้อ พี่กานดาแต่งงานโดยทางครอบครัวสามีไม่ชอบ ทำให้พี่กานดาไม่สนิทและไม่ไว้วางใจคนในครอบครัวของสามี แต่สัมพันธ์ภาพกับสามีส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีปัญหา จะเข้าใจกันดี โดยพี่กานดาแยกบ้านอยู่ต่างหากจากรอบครัวสามี ปกติพี่กานดาปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานานๆ ครั้ง ได้แก่สวดมนต์ ไหว้พระ และตักบาตร เพราะเวลาส่วนใหญ่จะใช้เวลาไปกับการดูแลบุตรและงาน ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา พี่กานดาไม่ประสบความสำเร็จการสูญเสียบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวปัจจุบันอาศัยอยู่กับมารดาและบิดา

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

ป้าอุไรอายุ 78 ปี สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน 34 ปี สามีเสียชีวิตด้วยติดเชื้อในกระแสเลือด รักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนาน 20 วัน ในหอผู้ป่วยไอซียู มีบุตรทั้งหมด 6 คน บุตรทุกคนทำงานและแต่งงานมีครอบครัวหมดแล้ว ป้าอุไร จะทำหน้าที่เป็นแม่บ้านและทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ มีรายได้จากบุตรให้ใช้จ่ายไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน เวลาว่างป้าอุไรชอบไปวัดทำบุญ อ่านหนังสือ และดูโทรทัศน์รายการธรรมะสัมพันธ์ภาพกับสามีดี โดยป้าอุไรใช้ชีวิตคู่ด้วยกันกับผู้ป่วยมานาน คอยดูแลกันและกันจนเข้าสู่วัยชรา ผู้ป่วยไม่เคยทำให้ป้าอุไรเสียใจเลย และรักครอบครัวมากในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาป้าอุไรได้ประสบความสำเร็จการสูญเสียพี่สะใภ้ ปัจจุบันป้าอุไรอยู่กับครอบครัวของบุตรชาย

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

ป้าบัวอายุ 57 ปี สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้น ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน 34 ปี สามีเสียชีวิตด้วยบาดเจ็บหลายระบบจากอุบัติเหตุจากรถ รักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนาน 4 วัน ในหอผู้ป่วยไอซียู มีบุตรทั้งหมด 2 คน บุตรชายคนโต จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ทำงานบริษัทและบุตรสาว จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ทำงานเป็นพนักงานคิดเงินในร้านค้า ป้าบัวไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำหน้าที่เป็นแม่บ้าน รายได้มาจากผู้ป่วยให้ใช้จ่ายประมาณ 5,000 บาทต่อเดือน ป้าบัวจะคอยดูแลความสุขสบายทุกอย่างให้กับสามี เช่น ทำอาหาร ดูแลซักผ้ารีดผ้าให้เป็นอย่างดีส่วนสามีอาชีพขับรถสิบล้อ ซึ่งเป็นผู้หารายได้หลักให้กับครอบครัวและส่งบุตรทั้ง 2 คน จบปริญญาตรีและเป็นคนรักครอบครัว

ตั้งแต่ใช้ชีวิตคู่กันมา ป้าบัวและผู้ป่วยไม่ค่อยทะเลาะกัน เพราะต่างคนต่างเข้าใจกัน มีความสุขที่ได้ใช้ชีวิตแบบนี้บุตรก็เป็นเด็กน่ารัก ไม่คือ มีงานทำที่มั่นคง ปกติป้าบัวปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานานๆ ครั้ง ได้แก่สวดมนต์ ไหว้พระ และตักบาตรในตอนเช้า ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา ป้าบัวไม่ประสบกับการสูญเสียบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวปัจจุบันป้าบัวอยู่คนเดียวแต่ว่างๆ ก็ไปหาบุตรที่อยู่ต่างจังหวัด

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8

ป้ากิ่งแก้วอายุ 67 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ใช้ชีวิตคู่ด้วยกันมา 40 ปี สามีเสียชีวิตด้วยติดเชื้อในกระแสเลือด รักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนาน 7 วัน ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม มีบุตรทั้งหมด 2 คน บุตรทุกคนจบปริญญาตรี ทำงานอยู่ที่กรุงเทพมหานคร หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตป้ากิ่งแก้วอยู่บ้านคนเดียว ป้ากิ่งแก้ว เป็นอดีตข้าราชการครู มีรายได้ 20,000 บาทต่อเดือน รายได้ที่ได้จากเงินบำนาญจะใช้เป็นค่าใช้จ่ายประจำบ้านและส่วนหนึ่งเก็บไว้เป็นเงินออมสัมพันธ์ภาพกับสามี ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีปัญหา จะเข้าใจกัน เวลามีปัญหา ก็จะพูดคุยปรึกษากัน เวลาไม่สบายก็คอยดูแลกัน ปกติป้ากิ่งแก้วปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานานๆ ครั้ง ได้แก่สวดมนต์ ไหว้พระ และตักบาตรบ้าง ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา ป้ากิ่งแก้วไม่ประสบกับการสูญเสียบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวปัจจุบันป้ากิ่งแก้วอยู่คนเดียว แต่ว่างๆ ก็ไปหาบุตรที่อยู่ต่างจังหวัด

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

ป้าอัมพรอายุ 70 ปี สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้น ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน 55 ปี สามีเสียชีวิตด้วย ติดเชื้อในกระแสเลือด รักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนาน 2 วัน ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม มีบุตรทั้งหมด 5 คน บุตรทั้ง 5 คน จบปริญญาตรี ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวและมาช่วยผู้ป่วยขายขนมจีน ป้าอัมพร ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพมีรายได้จากบุตรส่งให้ต่อเดือนไว้ใช้จ่าย ประมาณ 5,000 บาท สัมพันธ์ภาพกับสามีดี โดยป้าอัมพรใช้ชีวิตคู่ด้วยกันกับผู้ป่วยมานาน คอยดูแลกันและกันจนเข้าสู่วัยชรา มีทะเลาะกันบ้างแต่ก็เป็นเรื่องเล็กน้อย ทั้งผู้ป่วยและป้าอัมพรรักครอบครัวมาก ลูกๆ ก็มีงานทำกันเรียบร้อย ครอบครัวมีความสุขกันแบบง่ายๆ ปกติป้าอัมพรปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตลอด เข้าวัด ทำบุญตักบาตร ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา ป้าอัมพรได้ประสบกับการสูญเสียพี่สะใภ้ปัจจุบันป้าอัมพรอยู่กับบุตรสาว 1 คน

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10

พี่ๆอายุ 43 ปี สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน 23 ปี สามีเสียชีวิตด้วยหัวใจวายเฉียบพลันรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนาน 2 วัน ในหอผู้ป่วยไอซียู มีบุตรทั้งหมด 2 คน บุตรทุกคนอยู่ในช่วงกำลังเรียนหนังสือชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พี่ๆพา ประกอบอาชีพ พนักงานของเทศบาล รายได้เดือนละ 8,000 บาท รายได้ที่ได้พี่ๆจะใช้เป็นค่าใช้จ่ายประจำของบ้านและซื้ออุปกรณ์การเรียนให้กับบุตรสามีอาชีพพนักงานของเทศบาล สัมพันธภาพกับสามี ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีปัญหา จะเข้าใจกัน เวลามีปัญหาที่จะพูดคุยปรึกษากัน ปกติพี่ๆปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานานๆครั้ง ได้แก่สวดมนต์ ไหว้พระ และทำบุญ ตักบาตร ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา พี่ๆไม่ประสบกับการสูญเสียบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวปัจจุบันอยู่กับบุตรทั้งหมด 2 คน

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11

พี่ๆอายุ 46 ปี สำเร็จการศึกษาระดับอาชีวศึกษา ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน 20 ปี สามีเสียชีวิตด้วยหัวใจวายเฉียบพลัน รักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนาน 7 วัน ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม มีบุตรทั้งหมด 2 คน บุตรทุกคนอยู่ในช่วงกำลังเรียนหนังสือ พี่ๆประกอบอาชีพทำงานในบริษัท มีรายได้ต่อเดือน 11,000 บาท โดยพี่ๆจะมีหน้าที่หลักในการเลี้ยงดูบุตร สามีอาชีพพนักงานของเทศบาล สัมพันธภาพกับสามี ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีปัญหา จะอยู่อย่างเข้าใจกัน และเห็นอกเห็นใจกัน ปกติพี่ๆปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานานๆครั้ง ได้แก่สวดมนต์ ไหว้พระ และทำบุญ ตักบาตร หน้าบ้าน ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา พี่ๆไม่ประสบกับการสูญเสียบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว ปัจจุบันพี่ๆอยู่กับบุตรทั้งหมด 2 คน

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12

พี่ๆอายุ 44 ปี สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน 20 ปี สามีเสียชีวิตด้วยหัวใจวายเฉียบพลันรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนาน 15 วัน ในหอผู้ป่วยไอซียู มีบุตรทั้งหมด 2 คน ตอนนี้อยู่ทำงานรับจ้างทั่วไปทั้ง 2 คน พี่ๆประกอบอาชีพพนักงานกวาดขยะ มีรายได้เดือนละ 8,000 บาท โดยรายจ่ายประจำวันได้มาจากสามีเป็นหลักซึ่งเป็นพนักงานขับรถขนขยะของเทศบาล โดยพี่ๆจะเป็นหลักของครอบครัวในการหารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัว พี่ๆและผู้ป่วยก็มักมีเรื่องทะเลาะในครอบครัวบ่อยครั้ง แต่ก็ไม่ได้รุนแรง สามารถปรับความเข้าใจกันได้ ปกติพี่ๆปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานานๆครั้ง ได้แก่สวดมนต์ ไหว้พระ และทำบุญ ตักบาตรบ้าง แต่ก็ไม่สม่ำเสมอ ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา พี่ๆไม่ประสบกับการสูญเสียบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว ปัจจุบันพี่ๆอยู่กับบุตร

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13

ป้าชินอายุ 59 ปี สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน 20 ปี สามีเสียชีวิตด้วยช็อกจากสโตรกเสียชีวิตรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนาน 6 วัน ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม มีบุตรทั้งหมด 3 คน บุตรทุกคนทำงานรับจ้างทั่วไป ป้าชินประกอบอาชีพกรีดยาง มีรายได้เดือนละประมาณ 5,000 บาท รายได้ที่ได้จากทำงานจะใช้เป็นค่าใช้จ่ายประจำของบ้าน และส่วนหนึ่งเก็บไว้เป็นเงินออมสามีอาชีพกรีดยางเช่นกัน สัมพันธภาพกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีปัญหา จะเข้าใจกัน ผู้ป่วยมักเป็นคนเฮฮา มีเพื่อนฝูงมาก และมักดื่มเหล้ากับเพื่อนๆ ตอนเย็น แต่ก็รักครอบครัวและดูแลทุกอย่างให้ครอบครัวให้อยู่สุขสบาย ปกติป้าชินปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสม่ำเสมอ ได้แก่สวดมนต์ ไหว้พระ และตักบาตร มีเทศกาลงานบุญก็จะไปประจำ ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา ป้าชินไม่ประสบกับการสูญเสียบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวปัจจุบันป้าชินอยู่กับบุตร

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14

ป้าอันอายุ 56 ปี สำเร็จการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน 31 ปี สามีเสียชีวิตด้วยติดเชื้อในกระแสเลือดรักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนาน 2 วัน ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม มีบุตรทั้งหมด 2 คน ทุกคนอยู่ในช่วงกำลังเรียนมหาวิทยาลัย พี่อันประกอบอาชีพค้าขายผลไม้กับผู้ป่วย มีรายได้ 10,000 บาทต่อเดือน รายได้ที่ได้จากการทำงาน พี่อันจะเก็บไว้สำหรับการศึกษาของบุตร สัมพันธภาพกับสามี โดยสามีเป็นคนรักครอบครัว แต่ก็มีเรื่องทะเลาะกับพี่อันบ่อยครั้งจนทำให้บางครั้งพี่อันต้องไปอยู่กับลูกที่กรุงเทพฯ ๕ บ้างครั้งถึงกับไม่พูดจากัน ปกติพี่อันปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ ได้แก่สวดมนต์ ไหว้พระ และทำบุญ ตักบาตร ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา พี่อันไม่ประสบกับการสูญเสียบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวปัจจุบันพี่อันอยู่คนเดียว แต่ว่างๆก็ไปหาบุตรที่อยู่ต่างจังหวัด

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15

ป้าจินดา อายุ 61 ปี สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน 30 ปี สามีเสียชีวิตด้วยหัวใจวาย รักษาตัวอยู่โรงพยาบาลนาน 3 วัน ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม มีบุตรทั้งหมด 5 คน บุตรทุกคนทำงานและแต่งงานมีครอบครัวแล้ว ป้าจินดา ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ที่ได้รับจากผู้ป่วยเดือนละประมาณ 5,000 บาท ตอนนี้มีรายได้จากบุตรสาวให้ใช้จ่ายและพักอาศัยกับบุตรสาว สัมพันธภาพกับสามี ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีปัญหา จะอยู่อย่างเข้าใจกัน และเห็นอกเห็นใจกัน ปกติป้าจินดาปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเรื่อยๆ ครั้ง ได้แก่สวดมนต์ ไหว้พระ และทำบุญ ตักบาตร ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา ป้าจินดาได้ประสบกับการสูญเสียลูกสะใภ้ ปัจจุบันป้าจินดาอยู่กับบุตรสาว

ส่วนที่ 2 ความหมายของประสบการณ์ภาวะเสรีโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต

การศึกษานี้มีคำถามวิจัย คือ “ความหมายของประสบการณ์ภาวะเสรีโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตเป็นอย่างไร ” จากการนำบทสัมภาษณ์จากการถอดเทปบันทึกเสียงของประสบการณ์ภาวะเสรีโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต จำนวน 15 ราย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นภรรยา มาทำการวิเคราะห์และตีความตามวิธีการของแวน มาเนน (van Manen, 1990) สามารถสกัดกลุ่มความหมาย (thematic category) ของประสบการณ์ได้ทั้งหมด 12 กลุ่มความหมาย โดยได้แสดงวิธีการในการได้มาซึ่งกลุ่มความหมายไว้ในภาคผนวก ง และได้นำกลุ่มความหมายเหล่านี้มาสะท้อนในหมวดของโลก 4 โใบ (four life-worlds) ตามที่แวน มาเนน ได้แนะนำ เพื่อให้เข้าใจโครงสร้างของการดำรงชีวิตอยู่ของกลุ่มสมรสไทยพุทธที่สูญเสียคู่ชีวิตที่เจ็บป่วยวิกฤตและตายในโรงพยาบาล ซึ่งในการดำรงชีวิตของคนประกอบอยู่ภายใต้โลก 4 โใบ ได้แก่ โลกของตัวเอง (corporeality or lived body) โลกของความสัมพันธ์ (relationality or lived relation) โลกของสถานที่ (spatiality or lived space) และโลกของเวลา (temporality or lived time) (van Manen, 1990) ซึ่งโลก 4 โใบนี้จะมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน สำหรับในการศึกษานี้ได้สรุปสาระของโลกละละใบ เพื่อเป็นกรอบในการสะท้อนกลุ่มความหมายที่ได้จากประสบการณ์ไว้ดังนี้

โลกของตัวเอง คือ ความรู้สึกหรือการรับรู้ที่คู่สมรสมีต่อร่างกายของตัวเอง ซึ่งร่างกายประกอบด้วย กาย จิต จิตวิญญาณ หรือสภาพตัวเองในขณะที่อยู่ในประสบการณ์ภาวะเสรีโศกที่กำลังสูญเสียและหลังสูญเสียคู่ชีวิตที่เจ็บป่วยวิกฤต

โลกของความสัมพันธ์ เป็นความเกี่ยวข้องหรือการปฏิสัมพันธ์ที่มีระหว่างคู่สมรสที่อยู่ในภาวะเสรีโศกกับคู่ชีวิต บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน หรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นความรู้สึกในความสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆตั้งแต่ช่วงที่คู่ชีวิตเจ็บป่วยวิกฤตจนถึงหลังเสียชีวิต

โลกของสถานที่ เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ที่คู่สมรสมีต่อสถานที่ที่ตนเองดำรงชีวิตอยู่ในขณะที่อยู่ในภาวะเสรีโศก ซึ่งอาจเป็นที่บ้านหรือหอผู้ป่วยขณะที่คู่ชีวิตรักษาตัวก่อนการเสียชีวิต หรือความรู้สึกที่มีต่อระยะระหว่างการอยู่ในความสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ

โลกของเวลา คือ ความรู้สึกหรือการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในขณะที่คู่สมรสอยู่ในภาวะเสรีโศกตั้งแต่ก่อนการสูญเสียและหลังการสูญเสีย

จากการนำกลุ่มความหมายทั้ง 12 กลุ่ม ที่ได้จากประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต มาสะท้อนในหมวดของโลก 4 ใบ พบว่าในโลกแต่ละใบประกอบด้วยกลุ่มความหมาย 2-4 กลุ่ม ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4

แสดงกลุ่มความหมายจากประสบการณ์ที่สะท้อนในโลก 4 ใบ (N = 15)

โลก 4 ใบ	ความหมาย	จำนวน (ราย)	ผู้ให้ข้อมูล (รายที่)
โลกของตัวเอง			
เก็บความรู้สึกเสียใจ	ไม่แสดงออกถึงความรู้สึกเสียใจ	4	2, 4, 5, 12
คิดโทษตัวเอง	คิดวนเวียนโกรธตนเอง - โทษตัวเองที่ทำหน้าที่ไม่เต็มที่ - โทษเวรกรรมตนเอง	3	2, 8, 11
ทรุดโทรม	สภาพร่างกาย และจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลง	9	1, 3, 5, 6, 10, 11, 12, 14, 15
ความเข้มแข็งของจิตวิญญาณ	ให้คุณค่ากับตัวเองและบันดาลใจให้ลุกขึ้นดำเนินชีวิต	3	1, 5, 14
โลกของความสัมพันธ์			
ขาดการให้คุณค่าจากแพทย์และพยาบาล	ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเข้าใจจากทีมสุขภาพ	3	7, 13, 15
แยกตัวเองออกจากสังคม	หลีกเลี่ยงการเข้าสังคมอยากอยู่คนเดียว	6	3, 6, 8, 10, 11, 14
เผชิญบทบาทใหม่	ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทนสามีที่เสียชีวิต	3	1, 5, 11
ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลช่วยคลายความเศร้าโศก	การเบี่ยงเบนตัวเองจากภาวะเศร้าโศก โดยการพบปะพูดคุยกับคนอื่น และร่วมกิจกรรมของสังคม	3	1, 2, 7

ตาราง 4(ต่อ)

โลก 4 ใบ	ความหมาย	จำนวน (ราย)	ผู้ให้ข้อมูล (รายที่)
โลกของสถานที่			
ขาดเสาหลัก	การสูญเสียบุคคลที่เป็นที่พึ่ง หรือ ที่ยึดเหนี่ยวสำคัญของครอบครัว เหมือนอยู่ในบ้านที่ขาดเสาหลัก	8	1, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 12
อยู่ในความโดดเดี่ยว	บรรยากาศของบ้านที่มีความเงียบ เหงา ว่าเหวจากไม่มีคู่ชีวิตอยู่ด้วย และลูกหลานไม่เอาใจใส่	4	2, 3, 7, 14
โลกของเวลา			
ไม่คาดคิด	การสูญเสียคู่สมรสเป็นเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ไม่ได้ เตรียมตัวและเตรียมใจมาก่อน	4	6, 7, 10, 12
ห้วงเวลาแห่งการเยียวยา	เป็นช่วงเวลาที่ให้ความสำคัญกับ การดูแลและฟื้นฟูสภาพของจิตใจ และจิตวิญญาณภายหลังการ สูญเสียสามี - ให้ความเวลาในการปฏิบัติตามวิถีพุทธ - เวลาในการทำความเข้าใจความ จริงของชีวิต	12	2, 3, 4, 5, 6, 8, 9,10,11,13,14, 15

โลกของตัวเอง

โลกของตัวเอง เป็นความรู้สึกที่เกี่ยวกับตัวเองของผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในช่วงภาวะเศร้าโศกใน
ขณะที่กำลังสูญเสียและหลังสูญเสียคู่ชีวิตที่เจ็บป่วยวิกฤต ซึ่งกลุ่มความหมายที่แยกได้จาก
ประสบการณ์และสะท้อนในหมวดโลกของตัวเอง มีจำนวน 4 กลุ่มคือ 1) เก็บความรู้สึกเสียใจ 2)
คิดโทษตัวเอง 3) ทردادโทรม 4) ความเข้มแข็งของจิตวิญญาณ

1. เก็บความรู้สึกเสียใจ

เก็บความรู้สึกเสียใจ เป็นความตั้งใจที่ผู้ให้ข้อมูลซึ่งอยู่ในภาวะเศร้าโศก ไม่แสดงออกถึงความรู้สึกเสียใจ โดยการข่มความรู้สึกเสียใจไว้ภายในใจลึกๆ เนื่องจากได้เข้าใจและยอมรับความจริงของการสูญเสียที่กำลังจะมาถึง นอกจากนี้การเก็บความรู้สึกเสียใจ เป็นการ กระทำเพราะไม่ต้องการแสดงออกให้กับบุตรหรือคนอื่นๆ ที่ตนเองไม่ไว้วางใจได้รับรู้ถึงความเสียใจที่มี ซึ่งพบได้ตั้งแต่ช่วงที่ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลและผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบถึงอาการที่มีโอกาสรอดน้อยและอาการหนักหนักจนเสียชีวิต และช่วงจัดพิธีงานศพหลังของสามี

การเก็บความรู้สึกเสียใจ ที่เป็นผลมาจากการยอมรับการจากไปของสามีในขณะนั้น เนื่องจากสามีมีการเจ็บป่วยเรื้อรังมาก่อน เป็นภาระให้กับครอบครัวในการดูแลที่บ้าน และได้ทำหน้าที่ในการดูแลมาตลอด ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 ซึ่งต้องดูแลสามีที่เดินไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จากการเป็นอัมพาตจากเส้นเลือดในสมองแตก และนอนอยู่ที่บ้านเป็นระยะเวลานาน 2 ปี ก่อนจะเกิดการเจ็บป่วยวิกฤตด้วยโรคหัวใจวายเฉียบพลันจนกระทั่งเสียชีวิตไปในครั้งนี้ ได้กล่าวไว้ว่า

“รู้สึกเสียใจว่าเค้าต้องจากเราไปแน่แล้ว เพราะเราถือว่าเราดูแลมาทุกวัน ทุกวินาที เพราะฉะนั้นอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด พยายามไม่ร้องไห้เพราะเราดูแลเต็มที่แล้ว แต่มันร้องไห้ในใจลึกๆ แล้วบอกลูกว่าอย่าร้องนะ แม่กับลูกดูพ่ออยู่ทุกวินาที เราดูแลเต็มที่แล้ว”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 ป้าถ่อง)

นอกจากนี้ การเก็บความรู้สึกเสียใจไว้ในใจ ที่เป็นผลจากการสามารถยอมรับว่าคู่สมรสกำลังจะจากไปได้ ทั้งนี้เนื่องจากเข้าใจการพยากรณ์โรคที่ไม่สามารถรักษาช่วยชีวิตได้ โดยได้รับข้อมูลจากแพทย์ และได้เห็นสภาพเจ็บป่วยที่รุนแรงของผู้ป่วย ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12 ซึ่งสูญเสียสามีที่เจ็บป่วยด้วยโรคตับวายเฉียบพลัน และได้เฝ้าดูแลสามีในหอผู้ป่วยไอซียูอย่างใกล้ชิด เล่าความรู้สึกให้ฟังว่า

“เสียใจอยู่ข้างใน แต่ที่ไม่ไว้วางใจ เพราะพี่เฝ้าแกตลอดเวลา พี่ก็รู้ว่าแกไม่รอด หมอเคยบอกแล้วให้ทำใจพี่ดูแลเค้า พี่ก็รู้แล้วแกมันไม่ถึง 50 (มีโอกาเสียชีวิต) หมอก็ช่วยอะไรไม่ได้แล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12 พี่ตั๋ย)

ในขณะที่สามีจากไปแล้ว ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการทำให้บุตรรู้สึกเสียใจมากขึ้นจากการที่ต้องสูญเสียบิดา รวมทั้งต้องมาเสียใจที่เห็นตนเองอยู่ในสภาพที่ควบคุมอารมณ์เสียใจไม่ได้ และมีการคิดถึงผลเสียที่จะตามมาหากทุกคนอยู่ในอารมณ์เศร้าเสียใจมาก โดยเฉพาะการกระทำภารกิจสำคัญ เฉพาะหน้าในเรื่องการจัดงานทำบุญ หรือพิธีศพ จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องเก็บระงับการแสดงออกของความเสียใจไว้ดังผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 บรรยายว่า

“รู้สึกเสียใจ แต่ว่าไม่ร้องไห้ให้ลูกเห็นน้ำตา ถ้าเรานำลูกมันก็พากันเสียหมดคือทำให้ลูกเศร้าหมด พอเศร้ากันหมดทุกคน ถึงเราจะคิดงาน ทำบุญให้ก็ไม่มีใครคิด ทำให้สิ่งที่ต้องทำตอนนั้นก็ไม่ได้ทำ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่

4 ป้าปอง)

สำหรับการที่ผู้ให้ข้อมูลต้องเก็บความรู้สึกเสียใจไว้ภายใน เนื่องจากไม่มีผู้รับฟังที่ตนเองสามารถไว้วางใจ จึงทำให้ไม่สามารถระบายความรู้สึกเสียใจจากการสูญเสียสามีออกไปได้ จำเป็นต้องเก็บกดความรู้สึกนี้ไว้ดังที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 ซึ่งมีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีกับทางครอบครัวของสามีที่เสียชีวิตเล่าให้ฟังว่า

“เรามีความรู้สึกไม่ไว้วางใจ ระแวงเนื่องจากพี่ (ผู้ให้ข้อมูล) มาใช้ชีวิตครอบครัวกันเอง พ่อแม่แฟนเค้าไม่ค่อยชอบพี่ เราเลยไม่อยากพูด เก็บความรู้สึกไว้คนเดียวข้างในลึกๆเรามันเสียใจเต็มที”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พี่กานดา)

2. คิดโทษตัวเอง

คิดโทษตัวเอง เป็นความรู้สึกนึกคิดที่วนเวียนโกรธตนเอง ประกอบไปด้วย 2 กลุ่มความหมายย่อย คือ คิดโทษตัวเองที่ ทำหน้าที่ไม่เต็มที่ หรือบกพร่อง ในการดูแล คู่สมรส ในขณะที่เจ็บป่วยและคิดโทษเวรกรรมตนเองที่เคยทำไว้ในอดีตหรือในชาติปางก่อน ทำให้ต้องมาเจอกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่คู่สมรสมีการเจ็บป่วยวิกฤตและเสียชีวิต ซึ่งความรู้สึกคิดโทษตัวเองเกิดขึ้นทั้งในช่วงก่อนการสูญเสียและหลังการสูญเสียคู่สมรส

2.1 คิดโทษตัวเองที่ทำหน้าที่ไม่เต็มที่

การคิดโทษตัวเองที่เป็นผลมาจากการคิดว่าตนเองได้ทำหน้าที่ไม่เต็มที่ในการดูแลสามีในขณะที่เจ็บป่วย ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 ซึ่งโดยปกติจะทำหน้าที่หลักในการดูแลสามีที่เป็นอัมพาตที่บ้าน แต่จำเป็นต้องไปที่อื่น และต้องให้อยู่บุตรตามลำพัง จนสามีมีอาการแยลง และรู้สึกเสียใจ คิดว่าเป็นความบกพร่องของตนเองที่ให้บุตรดูแลแทนตน

“ป่าเสียใจมากที่สุด เพราะตนเองไม่ได้ทำหน้าที่ภรรยาได้เต็มที่ ก็ไม่เคยคิดว่าจะเสียชีวิตแบบนี้มันเร็วเกินไป เราแค่ไปธุระ 2 วันเองคงไม่เป็นไรเรา (ผู้ให้ข้อมูล) ก็ไม่ได้บอกลูกให้ดูแลพ่อดีๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 ป่าถ่อง)

2.2 คิดโทษเวรกรรมตนเอง

เป็นการโทษเวรกรรมของตัวเอง ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 ซึ่งเห็นสภาพการเจ็บป่วยของสามีจนทำให้เกิดความรู้สึกหดหู่ชีวิตตนเอง ที่ต้องมาเจอเหตุการณ์แบบนี้ โดยไม่รู้จะหาเหตุผลอธิบายนอกจากคิดโทษกรรมของตนเอง

“ตอนที่เค้าจะเสียเพื่อนๆก็มาเยี่ยมแล้วคุยเราก็น้ำตาไหลเราก็คิดว่าทำไมต้องเป็นเรา ทำไมนะเราคงก็ไปทำบาปทำกรรมอะไรไว้เนะเราก็คิดไป ร้องอยู่นานเวลาอยู่คนเดียว”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 ป่ากึ่งแก้ว)

อย่างไรก็ตามการคิดโทษเวรกรรมของตัวเอง มีส่วนช่วยให้เกิดการยอมรับกับความจริงที่คู่สมรสเจ็บป่วยวิกฤตและตายได้

“คิดว่าเป็นเวรกรรมของเราใช่ไหมที่เป็นแบบนี้ เราก็เลยต้องทำใจว่าเราอาจจะทำอะไรมาแต่ชาติปางก่อน เหมือนที่เราทำกรรมมา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 พี่ประนอม)

3. ทрудโทรม

ทรุดโทรม เป็นการรับรู้ถึงสภาพร่างกายและจิตใจของตนเองที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลง โดยร่างกายมีสุขภาพที่ไม่ดี รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความดันโลหิตสูงขึ้น และจิตใจมีความเศร้าหมอง เบื่อหน่าย เครียด โดยผู้ให้ข้อมูลอยู่ในสภาพที่ร่างกายและจิตใจทรุดโทรมมากในช่วงระยะ 1 ถึง 3 เดือน หลังจากการสูญเสียคู่สมรส

สภาพร่างกายที่ทรุดโทรม หลังจากคู่สมรสเสียชีวิต เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยลง โดยเมื่อเวลารับประทานอาหาร ผู้ให้ข้อมูลก็จะคิดย้อนกลับไปมา ถึงอดีตตอนที่สามียังมีชีวิตอยู่ จนตนเองรับประทานอาหารไม่ลง ทำให้น้ำหนักลดลงมากดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 ซึ่งอยู่กิน ใช้ชีวิตคู่กับสามีที่จากไปเป็นเวลา 40 ปี กล่าวไว้ว่า

“ข้าวก็ไม่กิน จะกินข้าวได้ไงพอกินก็คิด จะไปซื้อมาจากตลาด ใส่น้ำมัน ใส่น้ำปลา (สามี) ชอบ แล้วเรามา นั่งกินคนเดียวก็เลยไม่กินเสีย ผอมเหลือแต่กระดูก แรก (เมื่อก่อน) 53 กิโล พอแฟนเสียเดี๋ยวนี้เหลือ 46-45 กิโลจากที่เอา 30 ตอนนี้อยู่เหลือ 25”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 พี่พร)

เช่นเดียวกับที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 ซึ่งใช้ชีวิตคู่ด้วยกันมากับสามีที่เสียชีวิตเป็นเวลา 23 ปีแล้ว ให้ฟังว่า

“ที่กินไม่ได้ไม่หิว น้ำหนักลดช่วงนั้น ไม่ค่อยกินข้าวแบบมัน ไม่หิวมันกินไม่ได้ มันรู้สึกมัน มาจากอยู่ที่คอ กินไม่ได้เลยเพราะว่าคนเคยอยู่มาจากไป น้ำหนักลด 4 กิโลภายใน 2-3 เดือน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 พี่ยุพา)

ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลนอนหลับ ก็จะนึกหวนถึงอดีตและภาพของสามีตอนที่ยังมีชีวิตอยู่จน ทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ หลับๆ ตื่นๆ จนถึงนอนไม่หลับ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไปรบกวนวงจรการนอนหลับที่ปกติของร่างกาย ดังผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 กล่าวว่า

“ที่นอนไม่หลับ เพราะเรานอน เราจะคิดถึงภาพเค้า (สามี) แล้วเวลาหลับตาเราก็นึกถึงสภาพของเค้าอะไรแบบนั้นมันก็นอนไม่หลับ บางทีก็ตื่นขึ้นมาทำงานบ้าง ริดผ้าบ้าง ทำงานบ้าน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 พี่ประนอม)

บางครั้งผู้ให้ข้อมูลต้องพึ่งยานอนหลับ เพื่อช่วยให้นอนหลับได้เพียงพอ ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 เล่าว่า

“นอนหลับไม่ค่อยดี บางทีไปเอายานอนหลับที่โรงพยาบาล”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 พี่พร)

นอกจากนี้ การที่ผู้ให้ข้อมูลมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เมื่ออยู่ในภาวะเศร้าโศกจากการที่สามีเสียชีวิต มีผลกระทบทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นจากปกติที่ตนเองเคยควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จึงต้องไปพบแพทย์และปรับการรับประทานยาใหม่

“พี่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว เป็นความดันพอมันเศร้าความดันก็ขึ้น หมอต้องเพิ่มยา มินหัวอ่อนเพลีย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พี่กานดา)

สภาพจิตใจที่เศร้าหมอง และเครียด หลังจากกลุ่มสมรสเสียชีวิต เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลคิดถึงสามีที่จากไปว่ายังอยู่กับตนเอง และคิดมากเกี่ยวกับอนาคตของบุตรที่ต้องขาดพ่อ ดังผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 เล่าว่า

“บางครั้งรู้สึกเหมือนแค้นอยู่ เครียดแต่ก็รู้ตัวเองนะ เครียดมากไม่ดีเพราะตนเองเป็นความดัน เคี้ยวความดันจะขึ้น เกิดเราเป็นอะไรไปลูกๆจะไปอยู่กับใคร”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 ป้าอนงค์)

4. ความเข้มแข็งของจิตวิญญาณ

ความเข้มแข็งของจิตวิญญาณ เป็นการให้คุณค่ากับตัวเองและสร้างบันดาลใจให้ตัวเอง เพื่อให้ลุกขึ้นมาดำเนินชีวิตได้ต่อไป โดยที่ปราศจากกลุ่มสมรสเคียงข้าง เป็นการบอกหรือสั่งใจตัวเอง เพื่อให้ตัวเองมีความเข้มแข็งขึ้นมาทั้งจิตใจและร่างกาย ด้วยความรักที่มีต่อบุตรและการตระหนักถึงความรับผิดชอบในฐานะผู้ให้กำเนิด ทำให้เป็นแรงผลักดันจิตใจให้เกิดพลังและความเข้มแข็งเพื่ออนาคตของบุตร รวมทั้งผู้ให้ข้อมูล ได้ใช้พื้นที่ความรู้ที่ตนเองมีอยู่โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับสุขภาพิตต่างๆ มาดูแลสุขภาพและเติมใจตัวเองให้มีพลังขึ้นมา นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลได้มีการนำประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่สูญเสียสามีเหมือนกับตนเอง โดยยึดเอาประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการผ่านพ้นช่วงเวลาเศร้าโศกและเข้มแข็งขึ้นมาเป็นแบบอย่าง เพื่อสร้างแรงบันดาลใจให้ตนเองลุกขึ้นมาใช้ชีวิตต่อไป

การบอกตนเองให้เข้มแข็ง โดยการนึกถึงอนาคตของบุตร ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 ซึ่งมีบุตรที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรีและโท ได้สะท้อนให้เห็นถึงการเห็นคุณค่าของตนไม่ท้อแท้อ่อนแอเพื่อบุตรของตน

“เราต้องทำจิตใจและร่างกายให้เข้มแข็ง เพราะทุกอย่างก็ขึ้นอยู่กับเราแล้ว ไม่ว่าจะเป็คุณดูแล ค่าใช้จ่ายต่างๆ ช่วงนี้ก็ลำบากหน่อย ลูกยังเรียน โทไม่จบ แต่ปีหน้าก็จบแล้วก็คงดี ขึ้นเกิดเราเป็นอะไรไปลูกๆจะไปอยู่กับใครเพราะเราเป็นเสาหลักของลูกๆ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 ป้าอนงค์)

สำหรับผู้ที่ให้ข้อมูลที่มีการนำสุภาภิตสอนใจมาใช้เตือนใจให้ตนเองเข้มแข็งด้วยตัวของตัวเองได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14 ซึ่งมีอายุ 56 ปี การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย และหลังจากการเสียชีวิตของสามี ได้ใช้ชีวิตอยู่คนเดียวเพียงลำพัง เนื่องจากบุตรเรียนหนังสืออยู่ที่กรุงเทพมหานคร ได้สะท้อนให้เห็นถึงความเข้มแข็งของตนเองที่ใช้สุภาภิต “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว”ว่า

“ที่จะคิดว่าเราต้องเข้มแข็งโดยเฉพาะจิตใจ เพราะจิตเป็นนาย กายเป็นบ่าวเราต้องบอกกับตัวเอง ว่าเราต้องอยู่คนเดียวแล้วนะ เราต้องให้กำลังใจตัวเองก่อน ก่อนที่เราจะขอจากคนอื่น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่

14 ป้าอัน)

การเลือกมองบุคคลที่มีประสบการณ์สูญเสียสามีเช่นเดียวกัน และสามารถที่จะใช้ชีวิตต่อไปได้ มาเป็นแบบอย่าง และคิดในทางที่ดี เพื่อให้ชีวิตก้าวเดินต่อไป ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 ได้สูญเสียสามีในขณะที่มีอายุเพียง 40 ปี ประกอบอาชีพนักบัญชี มีรายได้ต่ำประมาณ 5,000 บาทต่อเดือน และต้องแบกรับภาระในครอบครัว รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการศึกษาของบุตร 2 คน แต่เพียงลำพัง กล่าวไว้ว่า

“มองคนอื่น คือแฟนเค้าก็เสีย คนอื่นเค้าอยู่ได้ เรายังต้องอยู่ได้ก็คิดแบบนี้มันทำให้เราดีขึ้น ไม่อยากจะมาจมกับความเศร้าเพราะมันไม่มีประโยชน์อะไร”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พี่กานดา)

สรุปความหมายของประสบการณ์ในโลกของตัวเอง จากผลการศึกษาพบว่า การสูญเสียสามีจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตโดยที่ไม่ได้เตรียมจิตใจมาก่อน ทำให้โลกของตัวเองของภรรยาสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤต มีชีวิตอยู่ภายใต้การเก็บความรู้สึกเสียใจไว้ในใจ และมีการคิดโทษตัวเอง สภาพร่างกายและจิตใจทรุดโทรม อย่างไรก็ตาม ก็ต้องเข้มแข็งที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปโดยการเก็บความรู้สึกเสียใจไว้ในใจ และมีการคิดโทษตัวเองพบได้ทั้งก่อนและหลังการสูญเสีย และการที่ร่างกายและจิตใจทรุดโทรม และต้องอยู่อย่างเข้มแข็งพบได้ภายใน 1-3 เดือนหลังการสูญเสียสามี

โลกของความสัมพันธ์

โลกของความสัมพันธ์ เป็นความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับบุคคลต่าง ๆ ในขณะที่อยู่ในภาวะเศร้าโศกช่วงที่คู่ชีวิตเจ็บป่วยวิกฤตจนกระทั่งหลังคู่ชีวิตเสียชีวิต ซึ่งกลุ่มความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรส ที่สะท้อนในโลกของความสัมพันธ์ มีจำนวน 4 กลุ่ม

คือ 1) ขาดการให้คุณค่าจากแพทย์และพยาบาล2) แยกตัวเองออกจากสังคม3) เผชิญบทบาทใหม่ 4) ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลช่วยคลายความเศร้าโศก

1. ขาดการให้คุณค่าจากแพทย์และพยาบาล

ขาดการให้คุณค่าจากแพทย์และพยาบาลเป็นการไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการในการอยู่และดูแลกลุ่มสมรสที่เจ็บป่วยในภาวะวิกฤตในโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิด รวมทั้งการไม่ได้รับทราบอาการหรือความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วยเป็นระยะและสม่ำเสมอจากแพทย์ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกผิดและเป็นทุกข์ในใจ ที่ไม่ได้ดูแลกลุ่มสมรสอย่างเต็มที่ รวมทั้งเกิดความรู้สึกสงสัย เครียด กังวลกับอาการของกลุ่มสมรสตลอดเวลา

ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 ซึ่งในชีวิตประจำวันทำหน้าที่แม่บ้านคอยดูแลความสุขสบายทุกอย่างให้กับสามี มีความรักและผูกพันกับสามีมาก ใช้ชีวิตคู่ที่มีความสุขด้วยกันมายาวนาน แต่ในขณะที่สามีเจ็บป่วยวิกฤต ตนเองไม่ได้รับการเปิดโอกาสจากพยาบาลให้มีส่วนร่วมดูแลสามี ได้ เล่าให้ฟังว่า

“ป้าก็ไม่ได้ทำอะไรให้แก พยาบาลเขาทำให้ทุกอย่าง พยาบาลเค้าไม่ให้เช็ดตัว พยาบาลเค้าห้าม... รู้สึกเป็นทุกข์ ก็ไม่รู้จะทำยังไง... เราก็ไม่ได้ทำอะไรให้ลุงสักอย่างตั้งแต่เสื้อผ้าอะไรตรงนี้ พยาบาลทำให้หมด... ตั้งแต่อยู่กินป้าทำให้ลุงเรียบริยหมด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 ป้าบัว)

การดูแลที่ขาดการเข้าใจ โดยไม่ได้รับข้อมูลความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วยจากแพทย์ ทำให้ผู้ให้ข้อมูล เกิดความสงสัย ไม่แน่ใจในอาการผู้ป่วยจนเกิดความเครียด รวมถึงไม่ได้ตั้งรับกับเหตุการณ์การเสียชีวิตของสามี ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13 วัยสูงอายุ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา มีอาชีพกรีดยาง เล่าให้ฟังถึงการไม่ได้รับการบอกเกี่ยวกับอาการของสามีที่เจ็บป่วยขณะรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม เป็นเวลา 6 วันก่อนเสียชีวิต

“ตอนนั้นอยู่คนเดียวคิดว่าญาติจะมาก็ร้องไห้เสียใจ ... หมอไม่บอกอาการอะไรเลยตอนอยู่โรงพยาบาล ถามแกก็ไม่บอก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13 ป้าชิน)

การที่แพทย์ไม่ได้แจ้งความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย ทำให้เกิดความสงสัย ไม่แน่ใจในอาการผู้ป่วยจนเกิดความเครียดในเวลาต่อมา เช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15 ซึ่งสูญเสียสามีจากการเจ็บป่วยวิกฤตด้วยหัวใจวาย ในขณะที่รักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม นาน 3 วัน กล่าวไว้ว่า

“กังวลว่าจะหายไหมหนอ ตอนนั้นหมอก็งงไม่ได้บอกอะไรก็คิดว่าแกเป็นอะไรสักที จะหายไหม ป้ากังวล กลุ้มใจเลยเราก็เครียด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15 ป้าจินดา)

2. แยกตัวเองออกจากสังคม

แยกตัวเองออกจากสังคม เป็นความคิดต้องการอยู่คนเดียว หลีกสังคมและบุคคลที่ตนเองเกี่ยวข้องกับซึ่งความคิดแยกตัวเองจะเกิดขึ้นในช่วง 1 ถึง 6 เดือนหลังการสูญเสียสามี ภาวะที่ยังทำใจยอมรับกับการสูญเสียคนรักอย่างกะทันหันไม่ได้และเศร้าเสียใจมาก มีผลให้ขาดพลังในการดำรงชีวิตไม่ต้องการพบปะผู้คน และจมอยู่ในความทุกข์ จนบางครั้งก่อให้เกิดความคิดทำร้ายตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสภาพการสูญเสียคู่ชีวิต ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 ซึ่งใช้ชีวิตคู่ด้วยกันกับสามีด้วยความรักความเข้าใจมานานถึง 40 ปี และได้รับการดูแลเอาใจใส่และการปฏิบัติที่ดีจากสามีมาโดยตลอดเมื่อ สามีจากไปด้วยโรคหัวใจวายเฉียบพลัน ในขณะที่รักษาตัวเพียง 1 วัน เล่าความรู้สึกให้ฟังว่า

“รู้สึกเศร้าโศกเสียใจ จะอยู่บนห้องคนเดียว... คิดอยากจะตาย ไม่อยากพูดกับใคร อยากอยู่คนเดียว ไม่อยากกินอะไร คิดแต่ว่าไม่อยากอยู่ มันทำใจไม่ได้อยู่ประมาณ 5 เดือน... นอนร้องอยู่ในห้องคิดว่าตายไปด้วยดีไหม”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 ป้าพร)

นอกจากนี้ การที่ผู้ให้ข้อมูลไม่อยากพบปะผู้คน และเข้าสังคมอย่างที่เคยเป็น เนื่องจากไม่ต้องการให้คนรอบข้างเห็นสภาพความทุกข์โศกของตนเองจนละเลยการดูแลร่างกายมีภาพลักษณ์ที่ไม่สะอาดสวยงาม ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14 ซึ่งปกติเป็นคนสนุกสนาน เฮฮา ชอบแต่งตัว และชอบแบ่งปันเรื่องราวต่างๆที่ทำให้คนรอบข้างมีความสุขอยู่เสมอ กล่าวไว้ว่า

“ไม่อยากจะไปให้เพื่อนเห็นสีหน้าว่าเราเป็นทุกข์เราแบกโลกเอาไว้แบบนี้ แล้วเราก็อยู่แบบเน่ๆ น้ำอะไรก็ไม่อยากอาบไม่ดูแลตัวเอง จากที่ว่าตัวเองเป็นคนรักการแต่งตัวนะ แต่อารมณ์นั้น (เศร้าโศก) เข้ามามันไม่อยากทำอะไรเลย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14 ป้าอัน)

3. เจริญบทบาทใหม่

เจริญบทบาทใหม่ เป็นการที่ต้องมาทำหน้าที่ใหม่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทนสามีที่เสียชีวิตอย่างกะทันหัน โดยต้องมารับภาระในการดูแลบุตรเพียงลำพัง และอาจต้องรับหน้าที่ในการดูแล

บุพการีร่วมด้วย ทั้งนี้เกิดขึ้นในครอบครัวที่สูญเสียหัวหน้าครอบครัววัยหนุ่มและในครอบครัวที่บุตรกำลังศึกษาเล่าเรียน และครอบครัวที่มีบุพการีอาศัยอยู่ด้วย

ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 อายุ 61 ปี ทำงานรีดผ้า มีรายได้ประมาณ 5,000 บาทต่อเดือน หลังจากสามีเสียชีวิตด้วยช็อกจากสูญเสียเลือด จึงทำให้ตนเองต้องทำหน้าที่เป็นทั้งพ่อและแม่ให้กับบุตรทั้งหมด 3 คน ที่กำลังเรียนระดับปริญญาตรีและเรียนต่อปริญญาโท

“ทุกอย่างก็ขึ้นอยู่กับเราแล้ว ไม่ว่าจะเป็นครูแลลูก ค่าใช้จ่ายต่างๆ ช่วงนี้ก็ลำบากหน่อย ลูกยังเรียนโทไม่จบ แต่ปีหน้าก็จบแล้วก็คงดีขึ้นเกิดเราเป็นอะไรไปลูกๆจะไปอยู่กับใคร”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 ป้าอนงค์)

เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 อายุ 46 ปี จบทำงานกับบริษัทแห่งหนึ่ง มีรายได้ต่อเดือน 11,000 บาท ต้องมาทำหน้าที่หลักในการเลี้ยงดูบุตร 2 คน ในขณะที่ต้องทำงานหารายได้ด้วย ซึ่งอยู่ในช่วงกำลังเรียนหนังสือและต้องวางแผนการใช้จ่ายอย่างระมัดระวัง ให้เพียงพอเลี้ยงครอบครัว

“เครียดมาก คือเราต้องดูแลลูกคิดดู ทำงานเสร็จดูแลลูก คือในเวลาแต่ละวันเราจะไม่ได้หยุดเลยแล้วเหมือนค่าใช้จ่ายต้องใช้จ่ายให้พอนะถ้าเค้าอยู่เงินเดือนมันสอง แต่พอมานี้เงินเดือนคนเดียวเราต้องให้พอ จะทำอะไรที่ประหยัดได้เราต้องประหยัด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 พี่ประนอม)

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางคน นอกจากรับผิดชอบภาระดูแลบุตรแล้ว ยังต้องรับผิดชอบดูแลบุพการีด้วย จนทำให้รู้สึกท้อแท้ในบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัวที่แบกรับภาระมากมายตามลำพัง ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

“ท้อกับลูกด้วย คือลูกยังเล็ก ก็คิดเหมือนกันเวลาลูกไม่สบาย แม่เราก็ไม่สบาย ถ้าเป็นคนอื่น พ่อ แม่ยังแข็งแรง แบบว่าฝากลูกได้... แต่เราต้องมารับอยู่คนเดียว ทุกสิ่งทุกอย่าง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 พี่กานดา)

4. ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลช่วยคลายความเศร้าโศก

การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลช่วยคลายภาวะเศร้าโศก เป็นการเบี่ยงเบนตัวเองออกจากภาวะเศร้าโศกโดยการพบปะพูดคุยกับคนอื่นๆ และร่วมกิจกรรมของสังคม ทำให้ภาวะเศร้าโศกลดลง เนื่องจากเวลาของการคิดหมกมุ่นกับการสูญเสียคู่สมรสน้อยลง ซึ่งจะพบผู้ให้ข้อมูลได้ใช้วิธีการนี้ในช่วงระหว่างหลังเสร็จสิ้นพิธีกรรมเผาศพ และพบได้จนถึง 6 เดือนหลังการสูญเสียสามี และเป็น

ผู้ให้ข้อมูลที่มีการทำอาชีพค้าขาย หรือต้องพบปะพูดคุยกับคนอื่นตลอด หรือลักษณะบุคลิกนิสัยคุยเก่ง ชอบการสนทนากับผู้อื่น และเข้ากับผู้อื่นได้ง่าย

ทั้งนี้การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน หรือบุคคลวัยเดียวกันด้วยการชักชวนไปออกกำลังกาย เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมในหมู่บ้าน ช่วยทำให้ผู้ให้ข้อมูลลดการคิดมากจากการสูญเสียสามีในภาวะเจ็บป่วยวิกฤตดังผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 อาชีพรับจ้างรีดผ้า โดยละแวกบ้านเป็นชุมชนไทยเชื้อสายจีน และเพื่อนบ้านก็มีอายุวัยเดียวกัน ซึ่งสามีเจ็บป่วยวิกฤตด้วยชื่อจากการสูญเสียเลือดกล่าวไว้ว่า

“เพื่อนชวนไปข้างนอก ไปออกกำลังกายก็ไปผู้สูงอายุชวนไปประชุมที่เทศบาลบ้าง ชวนไปเข้าชมรมผู้สูงอายุเค้าก็ชวนไป ก็สนุกดีเพราะมีกิจกรรมเยอะ มีออกกำลังกาย ทำโน่นทำนี่ ก็ยังชั่วหน่อย เต็มมั่งร่ำมั่ง อะไรแบบนี้ ก็ทำให้ให้ไม่คิดมาก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 ป้าอองค์)

ส่วนการทำงานที่ต้องพบปะพูดคุยกับคนจำนวนมากและตลอดทั้งวัน เช่นการค้าขายของผู้ให้ข้อมูลก็ช่วยให้ลดความเศร้าโศกจากการที่ถูกค้ามาซื้อของใช้ ก็ได้มีการพูดคุยเรื่องอื่นๆ ทำให้การคิดหมกมุ่นกับการสูญเสียคู่สมรสน้อยลง ดังผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 อายุ 60 ปีประกอบอาชีพค้าขายของชำที่บ้าน เล่าให้ฟังว่า

“การค้าขายของเราช่วยให้ได้พบปะผู้คน คนโน้นคนนี้มาซื้อของเราก็ได้พูดคุย ทำให้ช่วยลดความเศร้าไปบ้างนะ ไม่ควรอยู่คนเดียวเพราะเวลาเราจะคิดจะทำอะไรคนเดียวไม่ได้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 ป้าถ่อง)

การมีปฏิสัมพันธ์พูดคุยกับเพื่อนบ้านที่ดี ก็เป็นการเบี่ยงเบนตัวเองออกจากภาวะเศร้าโศกดังผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 อายุ 57 ปีไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำหน้าที่เป็นแม่บ้าน โดยป้าบัวเป็นคนคุยเก่ง เวลาว่างก็จะออกมานั่งสนทนากับเพื่อนบ้านตอนเย็นๆ โดยเพื่อนแถวบ้านรักและชอบมาพูดคุยกับป้าบัวอยู่เสมอ กล่าวไว้ว่า

“ก็คุยๆกับเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้ๆกันแล้วก็ทำจิตใจของเราให้ดีขึ้น แต่ถ้าเราอยู่คนเดียว มานั่งเสร้านั่งซึมคนเดียวในบ้านมันก็ไม่ได้ ป้าต้อง ไปนั่งคุยกับเพื่อนบ้านเค้ามันถึงจะดีขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 ป้าบัว)

สรุปความหมายของประสบการณ์ของภรรยาที่สูญเสียสามีจากการเจ็บป่วยวิกฤตในโลกของความสัมพันธ์ได้ว่าเป็นการดำรงชีวิตที่ขาดการดูแลที่เข้าใจจากแพทย์และพยาบาลในช่วงที่สามีรักษาตัวในโรงพยาบาล หลังจากสามีเสียชีวิต ได้มีการเผชิญบทบาทใหม่ในฐานะหัวหน้า

ครอบครัว มีความรู้สึกอยากอยู่ตามลำพัง แต่การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ ก็ช่วยคลายความเศร้าโศก โดยการขาดการดูแลที่เข้าใจจากแพทย์และพยาบาลพบในช่วงก่อนการเสียชีวิตของสามี และการอยากอยู่ตามลำพัง การเผชิญบทบาทใหม่ และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลพบได้ในช่วง 1-6 เดือนหลังจากสูญเสียสามี

โลกของสถานที่

โลกของสถานที่ เป็นความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อสถานที่ที่ตนเองใช้ชีวิตอยู่ในขณะเกิดภาวะเศร้าโศกกลุ่มความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรส ที่สะท้อนในโลกของสถานที่ มีจำนวน 2 กลุ่มคือ 1) ขาดเสาหลัก 2) อยู่ในความโดดเดี่ยว

1. ขาดเสาหลัก

ขาดเสาหลัก เป็นการเปรียบเสมือนบ้านที่ขาดเสาหลัก ซึ่งหมายถึงอยู่อาศัยในบ้านที่ไม่มีคู่ชีวิตซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นบ้านที่ขาดที่พึ่งหรือที่ยึดเหนี่ยวและขาดคนคอยปกป้องคุ้มครองสมาชิกในบ้านขาดผู้ที่หารายได้หลักเข้าครอบครัว ขาดที่ปรึกษา ขาดบุคคลชี้แนะทาง และขาดเพื่อนที่ดีให้กับผู้ให้ข้อมูล

การขาดผู้คอยปกป้องคุ้มครองภัยให้กับทุกคนในครอบครัว ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน 23 ปี มีบุตรสาวทั้งหมด 2 คน ซึ่งอยู่ในช่วงวัยเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยปกติสามีจะอยู่บ้านเป็นส่วนใหญ่และชอบสังสรรค์ดื่มสุรากับเพื่อนบ้านทุกตอนเย็น บริเวณหน้าบ้านของผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นบ้านห้องแถว ชั้นเดียว กล่าวไว้ว่า

“เหมือนขาดเสาหลักเพราะถ้าเค้าอยู่ (ร้องไห้) เค้าจะช่วยเหลือเราหลายๆอย่าง ช่วยดูแล ช่วยทำงาน แต่ก่อนเคยมีเค้า พี่รู้สึกอบอุ่น มันอุ่นใจ มีอะไรก็ได้คุยเพราะแกเป็นคนไม่เครียด กับลูกก็เหมือนกัน บางทีแกออกไปข้างนอกตีสิบเอ็ด ประตูเปิด ปล่อยให้ไม่ปิด พอแกเสีย พอเวลานี้พี่ก็ใส่กลอนปิดประตูแล้ว เพราะเราอยู่กับลูกผู้หญิงทั้งนั้น มันรู้สึกไม่ปลอดภัย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 พี่ยุพา)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 อายุ 61 ปี ใช้ชีวิตคู่ด้วยกันกับสามีมานาน 30 ปี และมีบุตรทั้งหมด 3 คน ปกติผู้ให้ข้อมูลจะอยู่บ้านทำหน้าที่เป็นแม่บ้านและเวลาว่างก็จะรับจ้างรีดเสื้อผ้า รายได้ก็ไม่มากมาย ส่วนใหญ่รายได้จะมาจากสามีขายของในตลาด เมื่อสามีจากไป เป็นผลทำให้สูญเสียผู้หารายได้ที่สำคัญให้กับครอบครัว รวมถึงขาดคนที่รู้ใจ ที่สามารถคุยได้เสมอทั้งยามทุกข์และยามสุข

“เปรียบเทียบเหมือนเสาหลักขาดหายไป พอเค้าไม่อยู่เราก็ลำบาก เจ็บ ไม่มีเพื่อนคุย อยู่กันก็มี
รบก้นบ้างแต่ก็ดีกว่าแกลไม่อยู่บางที่ข้างบ้านก็เอาเสื้อผ้ามาให้รีดบ้าง เรายังช่วยเหลือ
ตนเองได้ เราก็ไม่ใช่ฟุ่มเฟือย เราชื่ออกับข้าวมาทำเอง บางทีอยากกินแกงก็ซื้อมาสักถุง ก็
กินได้ทั้งวันแล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 ป้าอองค์)

การที่สามีเสียชีวิตยังเป็นผลทำให้ขาดผู้ที่คอยช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ และที่พึ่งพิง ดังเช่น
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 อายุ 56 ปี ใช้ชีวิตคู่ด้วยกันมานาน 40 ปี มีบุตรด้วยกัน 3 คน หลังจากแต่งงานก็
ไม่ได้ประกอบอาชีพ สามีจะเป็นผู้หารายได้หลักด้วยการประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว และดูแล
ช่วยเหลือทุกอย่าง บรรยายให้ฟังว่า

“เหมือนขาดเสาหลัก ไม่มีเค้าเราก็อยู่ไม่ได้ ตลอดที่อยู่กันมาแกก็ทุกอย่างเลย แบบว่าเราไม่
ต้องทำอะไรเลย เค้ารับผิดชอบทุกอย่างครบครัน รักลูก รักเมีย เจ็บไข้ได้ป่วยแกดูแลทุก
อย่าง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 ป้าพร)

เช่นเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 อายุ 67 ปี ใช้ชีวิตคู่ด้วยกันมานาน 40 ปี มีบุตรด้วยกัน 2 คน
โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นอดีตข้าราชการครู และเวลาอยู่บ้านก็จะทำหน้าที่ดูแลงานบ้านเล็กๆน้อยๆส่วน
ใหญ่งานบ้านสามีจะทำให้ตลอด เล่าว่า

“มันเหมือนขาดอะไรไปบางอย่าง เมื่อก่อนเค้าอยู่เราไม่ต้องทำอะไรเลย บางสิ่งบางอย่าง
ของที่บ้านหนักๆ อะไรเสียป้มน้ำเสีย หลังคาเสียเค้าจะทำให้หมด พอเค้าไม่อยู่เราก็มานึกนะ
ว่าลำบากเราไม่มีใครช่วย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 ป้ากิ่งแก้ว)

2. อยู่ในความโดดเดี่ยว

อยู่ในความโดดเดี่ยวเป็นความรู้สึกที่มีต่อบรรยากาศของบ้านที่ตนเองอาศัยอยู่ว่ามีความ
เงียบเหงา ว้าเหว่ เนื่องจากไม่มีคู่ชีวิตอยู่ด้วยรวมทั้งการไม่ได้รับการเอาใจใส่จากลูกหลาน

ทั้งนี้เวลาที่ผู้ให้ข้อมูลอยู่บ้านตามลำพัง ก็จะนึกถึงภาพสามี ทำให้คิดถึงและเหงาใจ ดังเช่น
ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 อายุ 60 ปี ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน 20 ปี เมื่อเวลาอยู่คนเดียวจะคิดถึงการใช้ชีวิตในแต่ละ
วันกับสามีที่เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่จะไม่ได้พบเจออีกต่อไป

“รู้สึกโหยหาแบบว่า ว่าแห้ว กลับบ้าน ไม่เจอใคร คิดถึงเมื่อก่อนกลับบ้านก็ต้องเจอแก่นั่งอยู่หน้าบ้านทุกวัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 ป้าถ่อง)

ผู้ให้ข้อมูลยังมีความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว จากการขาดคนดูแลช่วยเหลือกิจกรรมงานบ้าน เนื่องจากขณะที่สามียังมีชีวิตอยู่ก็จะเป็นผู้ช่วยเหลืองานบ้าน ที่ผู้ให้ข้อมูลทำไม่ได้ หรือภาระงานที่มากเกินไปสามีก็จะช่วยเหลือตลอด ดังผู้ให้ข้อมูล คนที่ 14 อายุ 56 ปี ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน 31 ปี ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยมักจะมีเรื่องทะเลาะเรื่องเล็กน้อยๆ บ่อยครั้งถึงกับไม่พูดจากัน แต่ก็ยังกลับมาดีกันเหมือนเดิมเพียงแค่อาจใช้เวลาานหลายวัน และในใจลึกๆ แล้วผู้ให้ข้อมูลก็ยังรักสามีเสมอ ได้สะท้อนให้ฟังว่า

“เทียบโดดเดี่ยวเหมือนกับว่าเราแว้งคว้าง ถึงตอนที่เค้าอยู่ถึงไม่คุยกับเราก็ได้เห็นหน้า มีอะไรในบ้านเค้าก็ช่วยทำโน่นทำนี่ได้ ตอนนี้อยู่ไม่มีใครแล้ว...บ้านเงียบ ไม่มีใคร กลางวันเราก็ไปหาเพื่อนแต่พอเรากลับมาบ้านเราอยู่ตัวคนเดียวมันรู้สึกเหงา”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14 ป้าอ้น)

การที่ลูกหลานไม่ได้เอาใจใส่ดูแล ให้กำลังใจ ปลอบผู้ให้ข้อมูลอยู่เพียงลำพังหลังสามีเสียชีวิต ทำให้เหมือนโดนทอดทิ้ง ไม่เหลือใคร ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 อายุ 56 ปี มีบุตรด้วยกัน 3 คน โดยบุตรคนโต ทำงานเปิดร้านขายอาหารจึงไม่ค่อยมีเวลามาดูแล ส่วนบุตรอีก 2 คนก็ยังกำลังเรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย เล่าว่า

“อยู่กับหลาน พอไปส่งเด็กที่โรงเรียนกลับมาบ้าน มันก็เงียบ อยู่คนเดียวมันเหมือนไม่มีใคร ถึงลูกก็ไม่ได้มาปลอบอะไรเรา หลังงานศพเค้าก็ไปกันหมดทำใจไม่ได้ คนอื่นเขาเสียมีคนปลอบใจเยอะ พอเผาศพเสร็จลูกก็ไปกันหมด ไม่มีใครอยู่เป็นเพื่อนแม่บ้าง แยกย้ายไปหมด เหมือนกับเราโดนทิ้ง คิดทุกอย่างอยากตาย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 ป้าพร)

สรุปความหมายของประสบการณ์ของกลุ่มซึ่งเป็นภรรยาที่สูญเสียสามีจากการเจ็บป่วยวิกฤตในโลกของสถานที่ได้ว่าเป็นการมีชีวิตอยู่ในบ้านที่ขาดเสาหลักหรือขาดผู้นำและที่พึ่งของครอบครัว และมีชีวิตอยู่ภายในบรรยากาศของความโดดเดี่ยวซึ่งพบในช่วงหลังจากสามีเสียชีวิต

โลกของเวลา

โลกของเวลา เป็นความรู้สึกที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้เกี่ยวกับเวลาในช่วงที่ตนเองอยู่ในภาวะเศร้าโศกจากการที่คู่สมรสเจ็บป่วยวิกฤตและตาย ซึ่งกลุ่มความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรส ซึ่งสะท้อนใน โลกของเวลา มีจำนวน 2กลุ่มคือ 1) ไม่คาดคิด 2) ห้วงเวลาแห่งการเยียวยา

1. ไม่คาดคิด

ไม่คาดคิด เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ไม่ได้เตรียมตัวและเตรียมใจหรือรู้ล่วงหน้าในการสูญเสียสามีจากการเจ็บป่วยวิกฤตมาก่อน ไม่ว่าจะมาจากตัวของผู้ป่วยเอง หรือจากเจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาล จึงทำให้เมื่อรับรู้ส่งผลให้ทำอะไรไม่ถูก และไม่สามารถจัดการกับเหตุการณ์ได้ด้วยตนเอง ซึ่งการจัดการอะไรไม่ได้ เป็นอาการที่ผู้ให้ข้อมูลอยู่ในภาวะช็อก ตกใจกับการเสียชีวิตของสามีอย่างกะทันหัน ทำให้ไม่สามารถนึกคิดและทำสิ่งที่ควรทำในขณะนั้นได้ เช่น การเตรียมเสื้อผ้าให้แก่ผู้ตาย การทำพิธีกรรมทางศาสนาข้างเตียงให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ หรือแม้แต่การจัดการค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย จึงต้องขอความช่วยเหลือจากญาติและลูกหลาน

ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 ป้าบัว อายุ 57 ปี ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน 34 ปี ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ไม่ประสบกับการสูญเสียบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว โดยสามีเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอุบัติเหตุรถสิบล้อลงข้างทางชนกับต้นไม้ขณะกลับหาควัวกับป้าบัวและเสียชีวิตที่โรงพยาบาล หลังเข้ารับการรักษาตัว 4 วัน

“ตอนเช้าเค้าโทรไป ว่าพี่เป็นญาติคนนั้นใช่ไหม ป้าก็บอกว่าเป็นภรรยา เค้าบอกให้เราเตรียมเสื้อผ้ามาด้วย เพราะว่าคนเจ็บหัวใจหยุด ป้าก็เสียใจไม่รู้จะทำไง ทำอะไรก็ไม่ถูก เสื้อผ้าก็ไม่ได้ไปสักอย่าง ก็หลานเค้าซื้อให้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่

7 ป้าบัว)

นอกจากนี้การรับรู้การเสียชีวิตของสามีอย่างกะทันหันไม่ได้เตรียมตัวและเตรียมใจหรือรู้ล่วงหน้า และไม่คาดคิดมาก่อน ยังแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรมในขณะนั้น เช่น ขาสั่นจะเป็นลม หมดสติ หรือรู้สึกอึดเหมือนถูกมนต์สะกดจนพูดไม่ออก ดังผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 อายุ 43 ปี ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน 23 ปี ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา และไม่เคยมีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวมาก่อน โดยสามีเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอาการช็อกหมดสติไม่รู้สติตัวหลังจากนั้นมีภาวะหัวใจวายเฉียบพลันหลังจากการเข้ารักษาตัว 2 วัน

“แกเสียแรกๆ พี่ซ็อก รู้สึกว่าขามันสั้น เป็นลมเลย จะเดินก็เดิน ไม่ได้ มันก้าวขาไม่ออกเลย”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 พี่ยุพา)

ผลของการไม่คาดคิดนี้ ได้มีผลต่อการดำเนินชีวิตต่อไปข้างหน้า เนื่องจากไม่เคยคิดเตรียมตัวเตรียมใจหรือวางแผนในการใช้ชีวิตเมื่อไม่มีสามีอยู่เคียงข้าง ทำให้ชีวิตในอนาคตอยู่บนความเป็นแน่นอน ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 อายุ 57 ปี ใช้ชีวิตคู่กับสามีมา 34 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพทำหน้าที่เป็นแม่บ้าน คอยดูแลความสุขสบายให้กับสามี และรายได้มาจากสามีให้ใช้จ่ายทุกเดือน สะท้อนให้ฟังว่า

“คิดนะว่า ครอบครัวเราอยู่มานานแล้ว อยู่ๆ แกมาจากไปไม่ได้รักษาอะไรแกตรงนี้เลย ป้าก็คิดเหมือนกันว่าต่อไปครอบครัวเราจะอยู่อย่างไร”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 ป้าบัว)

เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 อายุ 43 ปี ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน 23 ปี มีบุตร 2 คน และอยู่ในช่วงกำลังเรียนหนังสือชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายทั้งคู่ โดยผู้ให้ข้อมูล ทำงานเป็นพนักงานของเทศบาล รายได้เดือนละ 8,000 บาท เล่าว่า

“เราเห็นเค้า รู้สึกไม่สบายใจ ตอนนั้นเครียดเพราะกลัวแกจะเป็นอะไรไปตอนนั้นเรายังทำใจไม่ได้ ลูกก็ยังเล็กถ้าขาดเค้าไปเราจะอยู่อย่างไร”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 พี่ยุพา)

2. ห้วงเวลาแห่งการเยียวยา

ห้วงเวลาแห่งการเยียวยา เป็นช่วงเวลาของการให้ความสำคัญในการดูแลและฟื้นฟูสภาพของจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ให้ข้อมูลหลังสามีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตด้วยการนำหลักคำสอนและหลักปฏิบัติของพระพุทธศาสนามาใช้ในการดูแลตนเองให้ดีขึ้นและบรรเทาความเศร้าโศกทุกข์ใจ และช่วยให้ดำรงชีวิตต่อไปได้โดยปราศจากคนที่รักเคียงข้าง ทั้งนี้พบในผู้ให้ข้อมูลที่ก่อนสามีเสียชีวิตได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาด้วยการไหว้พระ / สวดมนต์อย่างสม่ำเสมอ และไม่ได้ปฏิบัติเลย จนนำมาสู่การปฏิบัติจริงจังและสม่ำเสมอมากขึ้นซึ่งห้วงเวลาแห่งการเยียวยา ประกอบไปด้วย 2 กลุ่มความหมายย่อย คือ ให้ความสำคัญในปฏิบัติตามวิถีพุทธ และเวลาในการทำความเข้าใจความจริงของชีวิต

2.1 ให้ความเวลาในการปฏิบัติตามวิถีพุทธ

เป็นการใช้เวลาที่มีในแต่ละวันมาให้กับการทำบุญ ตักบาตร ศึกษาและค้นคว้าธรรมะ และนั่งสมาธิ จากที่ไม่เคยปฏิบัติหรือปฏิบัติบ้างนำไปสู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและจริงจัง เพื่อให้ตัวเองพ้นทุกข์จากภาวะความเศร้าโศก โดยแบ่งการปฏิบัติตามวิถีพุทธออกเป็น 3 กิจกรรม

2.1.1 ทำบุญ ตักบาตร

เป็นการทำบุญ ตักบาตรอุทิศส่วนบุญ ส่วนกุศล ไปให้ผู้ตาย ตามความเชื่อทางศาสนาพุทธ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่ายังสามารถทำอะไรให้กับผู้ตาย เหมือนได้ดูแลต่อเนื่อง จึงทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 อายุ 60 ปีเล่าว่า

“ป้าก็ทำบุญตักบาตรทุกวัน ภาวนาสวดมนต์ทุกคืนขอให้แก่เจอลดๆ ไปในทางที่ตรง อย่าแหวะเวียนแหวะไหน ขอให้เค้าไปสู่สุคติบอกให้ในทางที่ดี สิ่งเหล่านี้มันทำให้ป้ารู้สึกจิตใจเราดีขึ้นเพราะเราคนไทยพุทธต้องทำบุญตักบาตร ปูย่าตายายเค้าทำกันมานานแล้ว แล้วผู้ตายก็ได้รับส่วนบุญนั้นด้วยเหมือนเราได้ดูแลเค้าอีกครั้ง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 ป้าถ่อง)

เช่นเดียวกันกับ ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 ซึ่งปกติจะปฏิบัติกิจกรรมทาง ศาสนานานๆครั้ง ได้แก่สวดมนต์ ไหว้พระ และทำบุญ ตักบาตรบ้าง ไม่สม่ำเสมอ แต่หลังจากสามีเสียชีวิตก็เริ่มมาปฏิบัติอย่างจริงจังมากขึ้น และสม่ำเสมอ เพื่อนำตนเองไปสู่การพ้นความเศร้าโศก และรู้สึกว่ายังสามารถดูแลผู้ตายได้ กล่าวไว้ว่า

“ไปวัดทำบุญตักบาตรให้เค้า เอาปิ่นโตไปวัดทุกวัน มันก็ทำให้เรารู้สึกดีขึ้น เหมือนเป็นการทำบุญให้เค้า เค้าจะได้สบาย ได้กินอาหารที่เค้าชอบเพราะเค้าดูแลเรามากแล้ว นี่เป็นทางเดียวที่เราพอจะทำได้ มันทำให้เรารู้สึกดีขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 ป้าพร)

2.1.2 ศึกษาธรรมะ

เป็นการศึกษาธรรมะจากพุทธศาสนา โดยศึกษาเรื่องกฎแห่งกรรม ความตายเป็นเรื่องธรรมดา รวมถึงได้ฟังธรรม และสนทนาธรรมกับพระ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้ข้อคิดและแนวทางปฏิบัติที่ทำให้จิตใจสบาย ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 อายุ 78 ปี ปกติจะปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะ เวลาว่างป่าอุไร ชอบอ่านหนังสือ และดูโทรทัศน์รายการธรรมะ

“เอาธรรมะมาข่ม เพราะของรักของหวงมันต้องมีวันสูญเสีย ต้องจากไป ไหว้พระ บ้าง แล (ดู) โทรทัศน์บ้าง แต่เรื่องเจ็บไข้ ไม่สบาย ไม่แล (ไม่ดู) มันนึกถึงอยู่นั้นไม่เอา แต่นี่ก็เปิดโทรทัศน์ช่องพระนี่แหละดี ฟังพระพูดเวลาพระเทศน์เราฟังก็ดีเหมือนกัน มันทำให้เราปลงได้ แบบว่าของหนักก็อย่าแบกไว้เลยอ่านหนังสือพระบ้าง เอาหนังสือธรรมะมาอ่านบ้าง นานๆถึงมันค่อยทำได้ พอหลังจากนั้นทำได้ ของมันสูญเสีย มันต้องเสียใจเป็นธรรมดา มันค่อยๆตัดไป ก็เค้าไปสบายแล้ว”
(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 ป้าอุไร)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15 อายุ 61 ปี ปกติจะปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานานๆ ครั้ง แต่หลังจากสามีเสียชีวิตก็หันมาศึกษาธรรมะ อย่างจริงจัง เพื่อให้จิตใจมีสติอยู่กับปัจจุบัน ไม่คิดฟุ้งซ่าน นำมาซึ่งความสุขทางใจอย่างแท้จริงและเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตต่อไป กล่าวไว้ว่า

“เอาทางธรรมะ มาข่มจิตใจ ไม่ให้เราคิดฟุ้งซ่าน มันช่วยให้จิตใจดีขึ้น มันทำให้เราใจเย็นขึ้น ไม่คิดมากทำให้เราคิดที่จะทำในสิ่งที่ดีๆ แล้วป้าก็ไปวัดทำบุญตักบาตร กรวดน้ำ ฟังพระเทศน์ พระสวดทำให้เราใจเย็นเพราะเค้าสอนไปในแนวทางที่ดี”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15 ป้าจินดา)

2.1.3 สวดมนต์และนั่งสมาธิ

เป็นการปฏิบัติด้วยการสวดมนต์และนั่งสมาธิ สามารถทำให้จิตใจของผู้ให้ข้อมูลสงบ ไม่คิดเรื่องผู้ป่วยที่จากไป และคุณภาพการนอนหลับของผู้ให้ข้อมูลดีขึ้น ดังผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 อายุ 70 ปี ปกติปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ได้แก่ ทำบุญ ตักบาตร และสวดมนต์ตลอด

“สวดมนต์ ไหว้พระทุกคืนตามประสาคนไทยพุทธ ทุกคืนก่อนนอน แต่ตอนเช้าถ้าทำของขายก็ไม่ได้ทำ คำนั่นไม่ขาด คือถึงไม่สบายก็ต้องนั่งสวดมนต์ มันทำให้จิตใจดีขึ้น ก็ทำให้จิตใจเราสงบ บายใจนอนหลับไม่ต้องหวาดผวาคิดถึงเค้าอีก ศาสนาช่วยให้จิตใจดีขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 ป้าอัมพร)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15 อายุ 61 ปี ปกติปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานานๆ ครั้ง ได้แก่ สวดมนต์ ไหว้พระ กล่าวไว้ว่า

“สวดมนต์เช้า ชั่วโมง เย็น ชั่วโมง สวดมาแปดเก้าเดือนแล้วมันก็ดีนะมันทำให้จิตใจเรามีสมาธิ อยู่กับปัจจุบันก็เลยช่วยให้พี่ลืมความเศร้า”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15 ป้าจินดา)

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังได้ปฏิบัติธรรม และนั่งสมาธิหลังจากสามีเสียชีวิต โดยจากที่ไม่เคยปฏิบัตินำไปสู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและจริงจัง ดังผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 และ 14 กล่าวไว้ว่า

“พี่ก็สวดมนต์ นั่งสมาธิก็อธิษฐาน ให้แกมีความสุข พี่เพิ่งมาปฏิบัติตอนแกเสียแล้ว แต่ก่อนตอนที่แกอยู่ไม่เคยทำเลยเวลาจะนอนก็นอนเลย พอแกไม่อยู่แบบนี้พอก่อนนอนก็จะสวดมนต์ปั๊บ มันทำให้เรารู้สึกนอนหลับ ไม่ต้องกังวลคิดถึงแกแล้ว ทำบุญพอทำเสร็จรู้สึกสบายใจขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 พี่ยุพา)

“ใช้ การสวดมนต์ นั่งสมาธิบ้าง พอได้ไปบวชชีพรหมณ์ เพราะตัวเองชอบด้านนี้ ได้ทำบุญ ใส่บาตร ไปวัด ทำให้จิตใจไม่วุ่นวายแล้วก็นั่งสมาธิ มันทำให้ดีขึ้นเยอะ คือ มันทำให้จิตใจเราสงบลงจากที่ว่าสับสน มันทำให้จิตเรานิ่งหาทางออกได้ว่าชีวิตเราเป็นแบบนี้ ชีวิตเราก็มีสุข มีทุกข์”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14 ป้าอัน)

2.2 เวลาในการทำความเข้าใจความจริงของชีวิต

เป็นเวลาที่มีการพิจารณาทำความเข้าใจ ซึ่งเกี่ยวกับความจริงของชีวิตมนุษย์ในเรื่อง เกิด แก่ เจ็บตาย ซึ่งเป็นไปตามอายุขัย เพื่อช่วยให้มีการยอมรับความจริงของการจาก ตายของสามีได้ ทั้งนี้ พบว่าวัยสูงอายุทั้งของผู้ให้ข้อมูลและของผู้ตาย มีผลต่อการเข้าใจและเห็นความจริงแท้ของชีวิตที่เป็นไปตามธรรมชาติ ได้มีการเตรียมใจและยอมรับการเจ็บป่วยและการตายได้มากขึ้น

ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 และ 9 ซึ่งเป็นวัยสูงอายุ และปกติปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ เล่าให้ฟังว่า

“เค้า (สามี) มาจากไปตอนอายุมากแล้ว ตอนนั้นเค้าแก่แล้วทำใจได้แบบว่าเราแก่แล้วเราก็อยู่ได้คนเดียว ไม่กี่วันเราก็คงจะตายตามแบบนั้นแหละ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 ป้ากิ่งแก้ว)

“เรารู้อยู่แล้วว่าคนรุ่นนี้เข้า 60- 70 ก็ขึ้นอยู่กับใครว่ามีบุญมากบุญน้อย โรคภัยก็ตาม มาแล้วทุกคนแหละ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 ป้าอัมพร)

สรุปความหมายของประสบการณ์ของกลุ่มซึ่งเป็นภรรยาที่สูญเสียสามีจากการเจ็บป่วย วิกฤตในโลกของเวลาได้ว่าการสูญเสียสามีเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ไม่คาดคิด มาก่อนแต่เมื่อเวลาผ่านไปหลังการสูญเสีย ก็ไม่ได้เป็นเวลาแห่งการทุกข์โศกเท่านั้นแต่ยังเป็นเวลาแห่ง การเยียวยา ซึ่งเป็นเส้นทางของการดับทุกข์ และทำให้เข้าใจความจริงของชีวิตซึ่งการเวลาแห่งการ เยียวยาพบในช่วงหลังการสูญเสียสามี

สรุปประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสตรีไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต สรุปได้ว่าเป็นเหตุการณ์การสูญเสียสามีที่ไม่คาดคิดมาก่อน และไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจ ล่วงหน้า ของภรรยา โดยหวังพึ่งความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพแต่ขาดการเข้าใจจากแพทย์และ พยาบาลในการอยู่ดูแลผู้ป่วยและการได้รับทราบอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ภาวะเศร้าโศกที่ เกิดขึ้นยังก่อให้เกิดเป็นความรู้สึกทุกข์ใจ เสียใจ คิดโทษตัวเอง และแยกตัวเองออกจากสังคมในช่วง 1-6 เดือนส่งผลให้คุณภาพชีวิตทั้ง ทางร่างกาย และจิตใจทรุดโทรมลง ในช่วง 1-3 เดือนหลังการ สูญเสีย และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างชีวิต ทำให้ขาดเสาหลักของครอบครัวและต้องมา เผชิญบทบาทใหม่ในการเป็นผู้นำให้แก่สมาชิกครอบครัวภายใต้บรรยากาศของความวุ่นวาย แต่อย่างไรก็ตามก็ต้องเข้มแข็งที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปด้วยการใช้เวลาหลังการสูญเสียสามีในการเยียวยาตนเองด้วย พุทธศาสนาและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อช่วยคลายความเศร้าโศกดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

สรุปประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต

โลก 4 ใบ	ก่อนสามีเสียชีวิต	หลังสามีเสียชีวิต
โลกของตัวเอง		
เก็บความรู้สึกเสียใจ	✓	✓
คิดโทษตัวเอง	✓	✓
ทรุดโทรม		✓ (เป็นมากช่วง1-3 เดือนแรก)
ความเข้มแข็งของจิตวิญญาณ		✓
โลกของความสัมพันธ์		
ขาดการให้คุณค่าจากแพทย์และพยาบาล	✓	
แยกตัวเองออกจากสังคม		✓
เผชิญบทบาทใหม่		✓
ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลช่วยคลายความเศร้าโศก		✓
โลกของสถานที่		
ขาดเสาหลัก		✓
อยู่ในความโดดเดี่ยว		✓
โลกของเวลา		
ไม่คาดคิด	✓	
ห้วงเวลาแห่งการเยียวยา		✓

การอภิปรายผล

การศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเป็นภรรยาของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตทั้งหมดจึงทำให้ความหมายที่ได้ไม่ครอบคลุมถึงคู่สมรสที่เป็นสามี และด้วยเป็นประสบการณ์ที่มีความอ่อนไหวของจิตใจจึงทำให้ข้อมูลบางเรื่องไม่สามารถเจาะในเชิงลึกได้ แต่ก็พบว่าผลการศึกษาในครั้งนี้ให้ผล

ที่มีความสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ถึงแม้จะศึกษาในบริบทต่างศาสนาและวัฒนธรรมดังเช่น การศึกษาภาวะเศร้าโศกและกระบวนการผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกของผู้สูงอายุแอฟริกัน -อเมริกันจากการเสียชีวิตของกลุ่มสมรสของแคปตาร์เบอร์ (Capp-Taber, 2009) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุแอฟริกัน -อเมริกัน ซึ่งนับถือศาสนาคริสต์, การศึกษาอาการทางร่างกายและจิตใจในภาวะเศร้าโศกในภรรยาที่สูญเสียสามีของโควาลส์กี และบอนด์มาส (Kowalski&Bondmass, 2008) ที่ศึกษาจากหญิงม่าย ซึ่งนับถือศาสนาคริสต์ ในประเทศสหรัฐอเมริกา, การศึกษาประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤตในประเทศกรีซของปลาส , แคส, และทาเกต (Plakas, Cant,&Taket,2009) และการศึกษาภาวะสูญเสีย และเศร้าโศกจากประสบการณ์ของหญิงม่ายจากเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยของฟานิต, จินคณา, และถนอมศรี (2551) ที่ศึกษาในหญิงม่าย ซึ่งส่วนใหญ่ นับถือศาสนาอิสลาม อย่างไรก็ตามพบว่า แต่ละศาสนามีความแตกต่างในความเชื่อ ความศรัทธา และวิธีการเผชิญกับภาวะเศร้าโศก

จะเห็นได้ว่า ภาวะเศร้าโศก เป็นกระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียตามธรรมชาติ และเป็นเรื่องสากลที่เป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่พบได้กับทุกคน ทุกศาสนา (ธนา, 2550 ; Buglass, 2010; Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2005) แต่การรับรู้ และการแสดงออกความเศร้าโศกทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ และจิตสังคม ของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งมีทั้งปัจจัยภายในและภายนอกที่มีอิทธิพล โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยทางสังคม ความเชื่อ และศาสนา จึงนำมาซึ่งการค้นพบในการศึกษาครั้งนี้ที่ศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต จากผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นภรรยา จำนวนทั้งสิ้น 15 ราย ได้แยกการอภิปรายความหมายในแต่ละหมวดของโลก 4 ใบ คือ โลกของตัวเอง โลกของความสัมพันธ์ โลกของสถานที่ และโลกของเวลา ดังนี้

โลกของตัวเอง

ความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรส ซึ่งสะท้อนใน โลกของตัวเอง คือ 1) เก็บความรู้สึกเสียใจ 2) คิดโทษตัวเอง 3) ทрудโทรม 4) ความเข้มแข็งของจิตวิญญาณ

1. เก็บความรู้สึกเสียใจ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าจากการที่สามีได้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตทำให้ภรรยา มีความรู้สึกเศร้า เสียใจ แต่ ก็พบว่าผู้ให้ข้อมูลบางคน ไม่สามารถแสดงความรู้สึกเสียใจ ออกมาให้บุคคลต่างๆ เห็นได้การเก็บความรู้สึกเสียใจ สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของซิกมันด์

ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ที่ตรงกับการเก็บกด (repression) กล่าวคือ การเก็บกดความรู้สึก เป็นวิธีการที่บุคคลพยายามฝังความคิดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ไม่สบายใจ และรบกวนชีวิตประจำวัน ให้อยู่แต่ในจิตใต้สำนึก เพื่อรักษาตนไม่ให้เจ็บปวดต่อสิ่งที่ผิด ลดความกดดัน คลายทุกข์ และเพื่อให้เกิดความสบายใจแก่ตนเอง (บัวทอง, 2545) ซึ่งโดยทั่วไปการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดนำมาซึ่งอารมณ์เศร้าโศกเสียใจ บุคคลที่สูญเสียมักแสดงอารมณ์เศร้าโศก คร่ำครวญ ร้องไห้บ่อยๆ และย้ายนึกถึงบุคคลที่เสียชีวิต (พีรพนธ์, 2550) และในการศึกษาภาวะสูญเสีย และเศร้าโศกจากประสบการณ์ของหญิงม่ายจากเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยของพานิต , จินตนา, และถนอมศรี (2551) ก็พบว่าหญิงม่ายซึ่งส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 8 รายและนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 2 รายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะสูญเสีย โดยมีความรู้สึกเศร้าเสียใจออกมาให้เห็น โดยร้องไห้ตลอดจนหลับ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ให้ผลการศึกษาที่แตกต่างออกไป คือ พบว่าภรรยาที่สูญเสียสามีจากการเจ็บป่วยวิกฤตจำนวนหนึ่ง ได้เก็บความรู้สึกเสียใจไว้ภายใน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเข้าใจและยอมรับการตายของสามีในขณะนั้นได้ ไม่ต้องการทำให้บุตรเห็นอารมณ์ที่เสียใจของตนเอง และขาดคนรับฟังความรู้สึกที่สามารถไว้วางใจได้

การที่ผู้ให้ข้อมูลไม่แสดงออก ถึงความรู้สึกเสียใจให้เห็น เนื่องจากสามารถยอมรับการจากไปของสามีได้ในเวลานั้น เป็นเพราะได้ดูแลสามีอย่างใกล้ชิดและเต็มที่ แม้ว่าจะเป็นช่วงเวลาสั้นๆ และเมื่อรู้ว่าสามีเสียชีวิต ก็สามารถปรับตัวเองให้ทำใจยอมรับกับสถานการณ์การสูญเสีย และสามารถจัดการกับความรู้สึกเสียใจสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยวิกฤตที่พักรักษาในไอซียูของอิงสตรอมและโซเดอร์เบิร์ก (Engstrom & Soderberg, 2004) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มสมรส จำนวน 7 ราย ได้แก่ สามี 1 ราย และภรรยา 6 รายพบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายประสบการณ์ว่าเป็นเวลาที่ส่งความห่วงใยและปรารถนาดีให้กับคู่ชีวิต ซึ่งผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าสิ่งหนึ่งที่สำคัญคือการได้ดูแลอย่างใกล้ชิดให้แก่กลุ่มสมรสของตัวเอง ด้วยการสัมผัสบนใบหน้า ถูคอ มือ และผม ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยชอบ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้ดูแลผู้ป่วยในเรื่องความสุขสบายเช่น นำหมอนข้างที่สามีใช้ประจำจากบ้าน มาให้ และเปิดเพลงที่ผู้ป่วยชอบฟัง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของคู่ชีวิตตนเองอยู่บนความไม่แน่นอน ดังนั้น จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต การที่กลุ่มสมรสได้ดูแลอย่างเต็มที่ ด้วยความรัก และทำหน้าที่ของภรรยาเมื่อความตายของผู้ป่วยมาถึงก็สามารถทำใจยอมรับได้ในระดับหนึ่ง ที่ไม่แสดงความรู้สึกเสียใจให้เห็น โดยที่เก็บความรู้สึกเสียใจ คูเบลอร์ รอส (Kubler-Ross, 1969) ได้อธิบายว่า การยอมรับการสูญเสียเป็นปฏิกิริยาที่พบเมื่อบุคคลเข้าใจความจริงว่าความตายเป็นสัจธรรมของชีวิต

สำหรับการที่ผู้ให้ข้อมูลเก็บความรู้สึก เพราะไม่ต้องการแสดงให้บุตรเห็น จากการที่ผู้ให้ข้อมูลมองถึงอนาคตที่ตนเองจะต้องมารับหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทนสามี จึงต้องเก็บ

ความรู้สึกเสียใจไว้ เพื่อสร้างความเข้มแข็งในจิตใจให้กับตนเองและบุตร เพื่อใช้เวลาช่วงดังกล่าวในการคิดและจัดการเรื่องต่าง ๆ เมื่อสามีเสียชีวิต ได้แก่ การจัดพิชงานศพ หรือเรื่องการทำบุญ แสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการปรับใจได้ดี สามารถตั้งหลักและจัดการเกี่ยวกับการตายได้ทั้งนี้อาจเนื่องจากอายุของผู้ให้ข้อมูล จากการศึกษาพบในผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นวัยสูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีมุมมองเกี่ยวกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น ความตาย และการจัดการกับความเศร้าโศกต่างกัน ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับภาวะเศร้าโศกได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (Hegge& Fischer, 2000)ดังเช่น ที่พบในการศึกษาภาวะเศร้าโศกและกระบวนการผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกของผู้สูงอายุแอฟริกัน -อเมริกัน จากการเสียชีวิตของกลุ่มสมรสของแคปแทร์เบอร์ (Capp-Taber, 2009)ที่พบว่าผู้สูงอายุแอฟริกัน-อเมริกันซึ่งนับถือศาสนาคริสต์ มีความรู้สึกดีใจเพราะเป็นพรจากพระเจ้าที่ทำให้สามีไม่ต้องทุกข์ทรมานนาน หรือทุกข์ทรมานเหมือนคนอื่น จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุแอฟริกัน -อเมริกันซึ่งนับถือศาสนาคริสต์สามารถจัดการกับความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจจากการสูญเสียสามีด้วยการคิดในเชิงบวก และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ นอกจากนี้การเก็บความรู้สึกเสียใจไว้ภายใน เนื่องจากไม่มีคนไว้ใจให้ระบายความรู้สึกเสียใจ แสดงให้เห็นว่าสัมพันธ์ภาพที่ไว้วางใจได้เป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลที่มีภาวะเศร้าโศกสามารถระบายความรู้สึกต่าง ๆ ซึ่งการได้ระบายหรือพูดคุยเป็นวิธีการหนึ่งที่เหมาะสมนำไปใช้ในการดูแลบุคคลที่เศร้าโศก (สุภาพร, 2553) อย่างไรก็ตาม ขึ้นอยู่กับความต้องการในการระบายและความพร้อมของบุคคลที่เศร้าโศกด้วย (Bennett, Hughes,&Smith, 2005)

2. คิดโทษตัวเอง

ผลการ ศึกษาพบว่า การ ที่สามีเสียชีวิตจากเจ็บป่วยวิกฤตทำให้ภรรยา บางคน รู้สึกคิดวนเวียนในการกล่าวโทษและ โกรธตนเอง โดยโทษตัวเองที่ได้ทำหน้าที่ไม่เต็มที่ในการดูแลคู่สมรส ในขณะที่เจ็บป่วย และคิดโทษเวรกรรมหรือการกระทำที่ตนเองเคยทำไว้ในอดีตหรือในชาติปางก่อน จนส่งผลให้ต้องมาเจอกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่คู่สมรสมีการเจ็บป่วยวิกฤตและเสียชีวิต

การโทษตัวเองเป็นผลจากการที่คิดว่าตัวเองทำหน้าที่บกพร่องหรือไม่เต็มที่ในขณะที่ดูแล เป็นความรู้สึกที่เป็นปกติธรรมดาที่เกิดขึ้นเมื่อพบการสูญเสีย โดยพบบ่อยเมื่อรับรู้ว่าจะสูญเสียหรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ที่เกิดขึ้นได้ทั้งศาสนาพุทธและคริสต์สอดคล้องกับการศึกษาอาการทางร่างกายและจิตใจในภาวะเศร้าโศก ในภรรยาที่สูญเสียสามีของโควาลส์กี และบอนด์มาส (Kowalski&Bondmass, 2008) โดยศึกษาจากหญิงม่ายซึ่งนับถือศาสนาคริสต์ ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 173 ราย โดยใช้แบบสอบถาม Revised Grief Experience Inventory (RGED)จำนวน 22 ข้อ พบว่าหลังจากสามีเสียชีวิต ทำให้หญิงม่ายรู้สึกผิด คิดโทษตัวเอง ร้อยละ

97.11 นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤตในประเทศกรีซของปากาส, แคนต, และทาเกต (Plakas, Cant,&Taket,2009) พบว่า ระหว่างที่บุคคลอื่นเป็นที่รัก เจ็บป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยไอซียู ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกเศร้า โศกและรู้สึกผิด และตำหนิตนเองว่าเป็นต้นเหตุให้ผู้ป่วยต้องมาเจ็บป่วยวิกฤต

สำหรับการคิดโทษเวรกรรมของตัวเองที่พบในการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่าศึกษาในกลุ่มของผู้ที่เป็นไทยพุทธ ซึ่งในไทยพุทธมักมีความเชื่อเรื่องผลของกรรมหรือกฎแห่งกรรมของตัวคน มากกว่าที่โทษคนอื่นหรือสิ่งอื่นๆ โดยทางพุทธศาสนาสอนหลักความจริงว่า ชีวิตของแต่ละคนจะดำรงอยู่ในสภาพแบบใด ขึ้นอยู่กับผลกรรมที่ได้ทำมา ซึ่งความเชื่อเรื่องเรื่องกฎแห่งกรรมอธิบายได้ถึงผลมาจากกรรม หรือการกระทำของคนเรานั้นเอง เช่น ทำกรรมดี มีผลดี ทำกรรมชั่ว มีผลชั่ว (ประยูร, 2545) นอกจากนี้เป็นไปได้ว่า ในบางครั้งผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถหาข้อมูลที่ชัดเจนหรือเหตุผลมาอธิบายว่าทำไมถึงเกิดเหตุการณ์การสูญเสียกะทันหันเช่นนี้การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการคิดโทษตัวเองจากการโทษเวรกรรม ได้ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดการยอมรับความจริงที่คู่สมรสเจ็บป่วยวิกฤตและตายมากขึ้น สอดคล้องกับพระธรรมคำสอนของพุทธศาสนาในเรื่องกรรมที่กล่าวโดยธรรมปิฎกที่ว่ากรรมแปลตามศัพท์ว่าการงานหรือการกระทำที่ประกอบไปด้วยเจตนาหรือความตั้งใจซึ่งการทำดีกรรมดีที่เรียกว่ากุศลกรรมนั้นจะเกิดขึ้นในจิตใจมีผลต่อจิตใจก่อนแล้วจึงเสนอผลนั้นออกมาภายนอก(พระธรรมปิฎก, 2534)ดังนั้น การกล่าวโทษเวรกรรม จึง เป็นกลวิธีในการยอมรับความจริงและไม่ไปถือโทษต่อผู้อื่นทุกสิ่งทุกอย่างเกิดขึ้นจากเคราะห์กรรมของตนเองเท่านั้นทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถปรับเปลี่ยนความรู้สึกที่ เศร้า โศก และกลับมายอมรับความเป็นจริงได้มากขึ้น

3. ทрудโทรม

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การที่สามีได้เสียชีวิตจากเจ็บป่วยวิกฤต ทำให้ภรรยาที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก รับรู้ตนเองถึง สภาพร่างกายและจิตใจ ตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป จากปกติที่เคยเป็นอยู่ไปในทางทรุดโทรมหรือแย่ง โดยจิตใจมีความเศร้าหมอง หดหู่ เบื่อหน่าย เครียด และด้านร่างกายรับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ซึ่งพบในผู้ให้ข้อมูล 9 ราย จากทั้งหมด 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 พบได้ทุกวัย และพบในผู้ให้ข้อมูลที่เป็นแม่บ้าน อยู่บ้าน มีหน้าที่ดูแลครอบครัวที่บ้านและมีสามีเป็นผู้หารายได้หลักเข้าครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีเพียงพ่อแม่ ลูกซึ่งต่างจาก 6 รายที่ไม่ทรุดโทรม จากการที่ส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ ระหว่าง 60-70 ปี ที่อาศัยอยู่กับลูกหลาน และผู้ให้ข้อมูลมีความสนใจในเรื่องศาสนาพุทธ เข้าวัดและศึกษาธรรมเป็นประจำ จึงทำให้ยอมรับความจริงได้ง่าย รวมถึงการได้ดูแลสามีที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังมาก่อนจึงได้เห็น

ความจริงของสังขารที่ไม่เที่ยงแท้ และมีโอกาสเสียชีวิตได้ง่ายจากโรคประจำตัว ซึ่งการที่ร่างกาย และจิตใจทรุดโทรมของผู้ให้ข้อมูล 9 รายนั้น สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์เศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมของจรรยา (2547) ซึ่งเป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยพบว่า ขณะที่มีความเศร้าโศกตั้งแต่วันแรกถึงประมาณ 4 เดือน มี น้ำหนักลดลง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ระดับโลหิตสูงเพิ่มขึ้น มีอาการเบลอๆ หลงลืมไปหลายเดือน จากการเกิดความเครียด เสียใจ เศร้าใจ

นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาอาการทางร่างกายและจิตใจในภาวะเศร้าโศก จากภรรยาที่สูญเสียสามีของ โควาล์สกีและบอนด์มาส (Kowalski&Bondmass, 2008) โดยศึกษาจากหญิงม่าย ซึ่งนับถือศาสนาคริสต์ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่สูญเสียสามีจากการเจ็บป่วยทางอายุรกรรม โดยไม่ระบุว่าเจ็บป่วยเรื้อรังหรือวิกฤต จำนวน 173 ราย เกี่ยวกับอาการทางกายและจิตใจในภาวะเศร้าโศกเมื่อสูญเสียสามี พบว่า ภาวะเศร้าโศกส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย คือ 1) ปวด ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อและกระดูก ปวดหลัง และปวดศีรษะ 2) ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และคลื่นไส้อาเจียน 3) โรคประจำตัวกำเริบ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขึ้น ระบบทางเดินหายใจมีปัญหา 4) การนอนหลับ ได้แก่ นอนไม่หลับ ผื่นร้าว และนอนหลับยาก และ 5) ระบบประสาทและหลอดเลือด ได้แก่ อ่อนล้าง่าย ซาบวิมวษา เวียนศีรษะ เป็นลม และภาวะเศร้าโศกส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจ ได้แก่ ซึมเศร้า รู้สึกผิด และรู้สึกดิ่งเครียด และนอกจากนี้ยัง สอดคล้องกับการศึกษาภาวะสูญเสีย และเศร้าโศกจากประสบการณ์ของหญิงม่ายจากเหตุการณ์พิบัติภัยของผานิตและคณะ (2551) ซึ่งหญิงม่ายส่วนใหญ่ นับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 8 ราย และนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 2 ราย ที่สามีเสียชีวิตจากภาวะวิกฤตจากเหตุการณ์พิบัติภัย พบว่า ด้านร่างกาย กินไม่ได้ นอนไม่หลับและเจ็บป่วยบ่อย ด้านความรู้สึก มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ เหงาอ่อนเปลี้ยไม่มีชีวิตชีวา กังวลกับชีวิตข้างหน้า และหงุดหงิดรำคาญใจ จะเห็นได้ว่าการที่สามีเสียชีวิตด้วยการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือเจ็บป่วยวิกฤต ที่นับถือศาสนาพุทธ คริสต์ และอิสลามผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของภรรยาที่สูญเสีย มีความคล้ายคลึงกันทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

4. ความเข้มแข็งของจิตวิญญาณ

การศึกษาครั้งนี้พบว่าภรรยาที่สูญเสียสามีผู้เป็นเสาหลักของครอบครัว ทำให้ภรรยา ต้องรับภาระหน้าที่ของหัวหน้าครอบครัวแทนสามีที่เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลต้องปรับตัวเองให้ได้อย่างเข้มแข็งเพื่อสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ โดยปราศจากสามีเคียงข้าง และด้วยความรักที่มีต่อบุตรและการตระหนักถึงความรับผิดชอบในฐานะเป็นมารดา ทำให้เป็นแรงผลักดันจิตใจให้เกิดพลังและความเข้มแข็งสอดคล้องกับการศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพจิตของสตรีผู้

สูญเสียมามีจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของสุชาดา, ถนอมศรี, และวันดี (2554) พบว่าการสร้างเสริมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นกระบวนการในการควบคุมตนเองเพื่อให้สุขภาพจิตดีขึ้นของสตรีผู้สูญเสียมามีจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการสร้างเสริมคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากต้องรับภาระการเลี้ยงดูครอบครัวแทนสามี และการศึกษาที่ใกล้เคียงกันของมารีณี (2550) ที่พบว่าผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวจากสถานการณ์ความไม่สงบภาคใต้ ยังคงตั้งใจที่จะทำงานและดำเนินชีวิตในปัจจุบัน และอนาคตให้ดีขึ้น เนื่องจากมีภาระในการต้องเลี้ยงดูบุตรและบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวต่อไป

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้ใช้พุทธศุภายิต “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” มาสอนใจตนเอง ซึ่งจากการศึกษาอื่นที่ทบทวนมายังไม่พบการใช้พุทธศุภายิตมาเป็นแรงบันดาลใจให้เข้มแข็ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระดับการศึกษาและความชอบส่วนตัวในการใช้พุทธศุภายิต ในมุมมองของศาสนาพุทธกล่าวว่า ร่างกายมนุษย์ที่สมบูรณ์เกิดขึ้นจากการรวมกันของกายและใจรับรู้ได้โดยผ่านอายตนะทั้ง6คือตาหูจมูกลิ้นกายและใจ หากขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้วจะทำให้ร่างกายไม่สมบูรณ์คือมีร่างกายปราศจากจิตใจเปรียบเป็นร่างที่ไม่มีวิญญาณหรือสูญเสียดวงจิตเป็นศพที่นอนตายมีจิตใจแต่ไร้ร่างกายเปรียบเป็นวิญญาณที่ล่องลอยจากการค้นพบธรรมชาติความเป็นจริงที่มีอยู่แล้ว โดยพระพุทธเจ้าและผู้รู้ที่ฝึกฝนกายและใจพร้อมแล้วทั้งหลายจะรับรู้ว่าจิตหรือใจมีความสำคัญยิ่ง (อัจฉริยะ, 2551) ดังนั้นจิตใจของคนเราจึงมีพลังในการเยียวยาตนเอง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ ซึ่งเป็นการดูแลตนเองโดยใช้กระบวนการบูรณาการแนวคิดทางศาสนาภายใต้แนวคิด “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงให้เห็นและตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างจิตกับกายว่าไม่สามารถแยกจากกันได้

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลได้นำประสบการณ์สูญเสียมามีของผู้อื่นมาเป็นแบบอย่างเพื่อให้ตนเองเข้มแข็ง ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษา ภาวะสูญเสีย และเศร้าโศกจากประสบการณ์ของหญิงม่ายจากเหตุธรณีพิบัติภัยของผานิตและคณะ (2551) พบว่า ผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการจัดการต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศกเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับตัวเองโดยการรับฟังการสูญเสียของบุคคลอื่น บอกตนเองต้องสู้เพื่อลูก จะเห็นได้ว่าการแบ่งปันกับผู้ที่ประสบการณคล้ายคลึงกัน (sharing) ให้กับผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์ในลักษณะเดียวกัน เป็นวิธีการพูดเพื่อบรรเทา (relief) อีกทั้งยังเป็นการช่วยให้ไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว จะก่อให้เกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และเป็นเพื่อนร่วมเดินทางจนกว่าจะสามารถปรับตัวต่อความตายได้อย่างเข้มแข็ง (สุภาพร, 2553)

โลกของความสัมพันธ์

ความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ภาวะเครียดของคู่สมรส ซึ่งสะท้อนในโลกของความสัมพันธ์ คือ 1) ขาดการให้คุณค่าจากแพทย์และพยาบาล 2) แยกตัวเองออกจากสังคม 3) เผชิญบทบาทใหม่ 4) ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลช่วยคลายความเครียด

1. ขาดการให้คุณค่าจากแพทย์และพยาบาล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ขณะที่สามีเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤต ผู้ให้ข้อมูลบางคน ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการในการอยู่และดูแลสามีที่เจ็บป่วยในภาวะวิกฤตอย่างใกล้ชิด รวมทั้งการไม่ได้รับทราบอาการหรือความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วยเป็นระยะ และสม่ำเสมอจากแพทย์ทำให้รู้สึกว่าการดูแลที่เข้าใจจากแพทย์และพยาบาล

การที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการดูแลสามีอย่างใกล้ชิด เนื่องจากต้องการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยว่าเหมือนกับที่ได้รับข้อมูลมาหรือไม่ ดีขึ้นหรือทรุดลง ด้วยภาวะของโรคที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย ความไม่สุขสบาย เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการการดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการได้ดูแลผู้ป่วยเป็นวิธีหนึ่งที่จะคงความผูกพัน ทั้งทางร่างกายและจิตใจระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล แม้จะเป็นเพียงแค่สัมผัส จับมือผู้ป่วยเพื่อเป็นการปลอบใจ หรือการให้ผู้ป่วยได้ฟังบทสนทนาที่สมาชิกในครอบครัวก็พอใจที่ได้มีโอกาสถ่ายทอดความรัก ความห่วงใยของตนเอง ไปสู่ผู้ป่วย และเป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้บุคคลที่ตนรักจากไปอย่างสงบ (Kongsuwan, Chaipetch,& Matchim, 2012) ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีการเจ็บป่วยวิกฤตหรือรุนแรง ครอบครัวและคู่สมรสก็ยังต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล (รัชณี, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตายของยูนิดาและคณะ (2552) พบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย ต้องการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตลอดเวลาจนถึงวินาทีสุดท้ายจากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่า การที่พยาบาลเข้าใจในความรู้สึกและความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ให้ข้อมูลในภาวะเครียด เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถปรับตัวต่อภาวะเครียดได้ แต่หากพยาบาลขาดความเข้าใจดังกล่าวในการศึกษาในครั้งนี้ ก็จะทำให้เพิ่มความทุกข์แก่ผู้ให้ข้อมูล (Haynes, 2007) เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกผิดที่ไม่ได้ดูแลสามีในวาระสุดท้าย

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังต้องการข้อมูลข่าวสาร (information needs) ที่เกี่ยวข้องกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ความก้าวหน้าของโรค แผนการรักษาของแพทย์ และข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยพึ่งพาเทคโนโลยีประคับประคองชีวิตในโรงพยาบาลของ พวงพกา, วราภรณ์, และลือคชิน (2555) พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล ต้องการที่จะทราบ

ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลญาติของตัวเองในขณะที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ประคับประคองชีวิต โดยเป็นหน้าที่ของพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ที่จะต้องอธิบายให้ญาติของผู้ป่วยทุกรายทราบไม่ควรรอให้ญาติเริ่มต้นซักถามก่อน เช่นเดียวกับการศึกษาต้องการของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตของเฮย์เนส (Haynes, 2007) ที่พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีความต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ โดยข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการเป็นคำพูดที่ง่าย และสามารถเข้าใจได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยเป็นสิ่งที่คู่สมรสต้องการเป็นอย่างมาก แพทย์เป็นที่ยอมรับให้เป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่จะให้ข้อมูลแก่คู่สมรสของผู้ป่วยและครอบครัว (คูสิต , 2548) ดังนั้น จากการศึกษาในครั้งนี้ การที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้รับข้อมูลอย่างละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยจากแพทย์ ทำให้ไม่สามารถที่จะวางแผนการดำเนินชีวิตต่อไปได้ เกิดความวิตกกังวล และยอมรับต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยยาก

2. แยกตัวเองออกจากสังคม

การศึกษาครั้งนี้พบว่าเมื่อสามีได้เสียชีวิตจากเจ็บป่วยวิกฤต ทำให้ภรรยาที่มีความคิดต้องการแยกตัวเองออกจากสังคม และบุคคลที่ตนเอง รู้จักหรือเกี่ยวข้องเพื่อขอยุ่ตามลำพัง จากการศึกษาพบในช่วง 1 ถึง 6 เดือนหลังการสูญเสียสามี เนื่องจากคู่สมรสไทยพุทธยังทำใจยอมรับกับเหตุการณ์การสูญเสียสามีอย่างกะทันหันไม่ได้ และเพื่อต้องการรักษาภาพลักษณ์ของตนเอง จากความต้องการให้บุคคลอื่นเห็นตนเองจมอยู่ในความทุกข์โศก ซึ่งพฤติกรรมการอยากอยู่ตามลำพังในช่วงเวลาดังกล่าว ของผู้ให้ข้อมูลจัดได้ว่าเป็นภาวะเศร้าโศกที่เกิดตามปกติ (normal grief) จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลยังสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ และอารมณ์เศร้าโศกเกิดเป็นช่วงๆระหว่างวัน ไม่ได้เกิดขึ้นตลอดทั้งวัน โดยภาวะเศร้าโศกมักดีขึ้นเองไม่เกิน 6 เดือน (พีรพนธ์ , 2550; Bryant, 2012) ภาวะที่ยังทำใจยอมรับกับการสูญเสียคนรักอย่างกะทันหันไม่ได้ ของผู้ให้ข้อมูลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองตามปกติของการสูญเสีย คูบลอร์ รอส (Kubler-Ross, 1969) ได้อธิบายว่าเมื่อบุคคลรับรู้การสูญเสีย ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นคือ ช็อกและไม่เชื่อ ปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลพยายามหาวิธีผ่อนคลายจากความรู้สึกสูญเสีย มีผลให้ ผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมไม่ต้องการพบปะผู้คน นอกจากนี้การเสียชีวิตของสามีทำให้ผู้ให้ข้อมูล รู้สึกเศร้าโศกเสียใจ และจมอยู่ในความทุกข์จนไม่ดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อ ภาพลักษณ์ ทั้งรูปร่างที่ทรุดโทรม ผอม และหน้าตาที่เศร้าหมอง และไม่ยอมแต่งตัว โดยผลการศึกษาในครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษา ปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของหญิงม่ายจากเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยของผานิตและคณะ (2551) ที่พบว่า ด้านพฤติกรรม อยากอยู่เงียบๆคนเดียว และหลีกเลี่ยงทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับสามี คิดหมกมุ่นวนเวียนอยู่กับสามี และคิดฆ่าตัวตาย และการศึกษาผลกระทบของการสนับสนุนทางสังคม

และการเห็นคุณค่าในตัวเองต่อการปรับตัวจากอารมณ์อยากอยู่คนเดียวและแยกตัวจากสังคมของกลุ่มสมรสที่สูญเสียคู่ชีวิตของบาร์เซ็น (Baarsen, 2002) พบว่า หลังจากสามีหรือภรรยาเสียชีวิต ทำให้คู่ชีวิตที่ยังมีชีวิตอยู่มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้เพิ่มความรู้้อยากอยู่คนเดียวและแยกตัวจากสังคมที่ตนเองอยู่อาศัย

นอกจากนี้การอยากอยู่คนเดียวภายหลังการสูญเสียของผู้ให้ข้อมูลสามารถพบได้ทั้งการสูญเสียผู้ป่วยวิกฤต และการสูญเสียผู้ป่วยเรื้อรังของการศึกษาของจรียา (2547) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกัน ถึงแม้จะต่างศาสนาก็ตามเนื่องจากผู้สูญเสียใช้ชีวิตร่วมกันมานาน ภายหลังการสูญเสียจึงเหมือนตนเองอยู่ตามลำพังคนเดียว และเหงาเวลาอยู่บ้าน

3. เชนิษฐบทบาทใหม่

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า หลังจาก สามีได้เสียชีวิตจากเจ็บป่วย วิกฤต ทำให้ความรับผิดชอบ และบทบาทหน้าที่ทั้งหมดตกอยู่กับภรรยาที่ต้องมาเป็นผู้นำครอบครัวแทนสามีที่เสียชีวิตอย่างกะทันหัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุชาดา ,ถนอมศรี , และวันดี (2554) พบว่า การสูญเสียสามีอย่างกะทันหัน กระทบต่อความเป็นอยู่ของสตรีผู้สูญเสียสามีทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่นการทำมาหากินที่มีความฝืดเคืองและยากลำบากรับภาระการเลี้ยงดูครอบครัวตามลำพังและการเผชิญกับการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจซึ่งสภาพดังกล่าวอาจบั่นทอนกำลังใจกระทบต่อความหวังและความเชื่อในการดำเนินชีวิตของสตรีผู้สูญเสียสามี

จากการศึกษาในครั้งนี้พบในครอบครัวผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ที่สูญเสียหัวหน้าครอบครัววัยทำงาน และในครอบครัวที่บุตรกำลังศึกษาเล่าเรียน และมีบุพการีอาศัยอยู่ด้วย ส่งผลให้บางช่วงเวลาผู้ให้ข้อมูลรู้สึกท้อแท้กับการที่ต้องมารับภาระอยู่คนเดียว ทั้งนี้เพราะการเสียชีวิตของ คู่สมรสเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตในชีวิตซึ่งเป็นการเครียดที่รุนแรงที่สุดในชีวิต สอดคล้องกับศรีเรือน (2545) กล่าวว่า การเป็นแม่เดี่ยวเลี้ยงดูลูกตามลำพัง ภาระของแม่เดี่ยวจะหนักกว่าผู้ที่มีชีวิตคู่ที่สมบูรณ์ ต้องรับผิดชอบในเรื่องต่างๆเป็นสองเท่าของครอบครัวที่มีทั้งพ่อและแม่ ซึ่งสตรีผู้สูญเสียสามีเป็นแม่เดี่ยว ต้องการใครสักคนมาเป็นที่ปรึกษาหรือแต่ไม่ต้องการให้คนมาสงสาร จะรู้สึกถึงคู่สมรสที่จากไปหรือนึกสะเทือนใจ สงสารตัวเอง ซึ่งการรับบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว และรับภาระหาเลี้ยงและดูแลสมาชิกในครอบครัวทำให้สตรีผู้สูญเสียสามีเกิดความรู้สึกละเอียด วิตกกังวลกับชีวิตที่ต้องดำเนินโดยปราศจากคู่ชีวิต นอกจากนี้การศึกษาประสบการณ์ชีวิตภายหลังการสูญเสียสมาชิกในครอบครัวจากมะเร็งปอด จำนวน 11 ราย ซึ่งศึกษาทั้งเพศหญิงและชาย แต่ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง และสูญเสียคู่สมรส ให้ความหมายประสบการณ์ว่าเป็นการเริ่มต้นภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบและบทบาทใหม่ โดยรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่อิสระอีกต่อไป และทำให้บทบาทหน้าที่ในครอบครัว

เปลี่ยนแปลง(Pusa, Persson, & Sundin, 2012) จะเห็นได้ว่าผลที่เกิดขึ้นไม่ว่าจากการสูญเสียภรรยา หรือสามี ส่งผลให้คู่สมรสที่ยังมีชีวิตอยู่ต้องเผชิญกับบทบาทใหม่

4. ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลช่วยคลายความเศร้าโศก

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า จากการศึกษาที่สามีได้เสียชีวิตจากเจ็บป่วยวิกฤต ภรรยาต้อง จมอยู่ในความทุกข์โศก คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับอดีต เรื่องราวของตนเองกับสามี จนทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องหาวิธีเบี่ยงเบนตัวเองออกจากภาวะเศร้าโศก ด้วยการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลจากการ พูดคุยกับคนอื่นๆ และเข้าร่วมทำกิจกรรมของ ชุมชน โดยจากการศึกษาพบผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 ราย ได้ใช้วิธีการนี้ ในช่วงระหว่างหลังเสร็จสิ้นพิธีกรรมเผาศพ และพบได้จนถึง 6 เดือนหลังการสูญเสียสามี โดยเป็นผู้ให้ข้อมูลที่มีการทำอาชีพค้าขาย หรือต้องพบปะพูดคุยกับคนอื่นตลอด บางส่วนมีนิสัยขี้เก๋ง ชอบการสนทนากับผู้อื่น และเข้ากับคนอื่นได้ง่าย

สัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคล เป็นกุญแจสำคัญที่จะนำบุคคลไปสู่การพัฒนา ความเป็นตัวตนของตนเองและความสุข โดยมนุษย์จำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการพูดคุย เล่าเรื่องราวต่างๆที่ตนเองประสบกับเพื่อนบ้านที่สนิท และลูกค้ำที่มาซื้อของใช้ ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญกับภาวะเศร้าโศกด้วยการเล่าเรื่อง ก่อให้เกิดความเข้าใจ เข้าใจ ทำให้สามารถปรับตัวต่อภาวะเศร้าโศกได้ (สุภาพร, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการผ่อนคลายความเศร้าโศกในคู่สมรสที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของ ออส, เคลเบอร์ และแบร์ลือค (Ott, Kelber, & Blaylock, 2010) พบว่าหลังคู่สมรสได้เข้ากิจกรรมกลุ่มสนับสนุนด้วยการให้บอก เล่าเรื่องราวของตนเองในการดูแลผู้ป่วยและกระบวนการเกิดภาวะเศร้าโศกและได้รับคำปรึกษา เกี่ยวกับการสูญเสียและภาวะเศร้าโศก พบว่า ภาวะเศร้าโศก ซึมเศร้าและกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูล ยังได้เข้าร่วมทำกิจกรรมภายในชุมชน และร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ด้วยการออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายมีผลต่อสภาพจิตใจ ทำให้ร่างกายหลังสารเอ็นโดฟิน และสารเอ็นเคฟาลิน ซึ่งมีฤทธิ์เหมือนมอร์ฟิน ทำให้รู้สึกสดชื่น อิ่มเอม และสารนอร์อิพิเนฟริน ช่วยให้อารมณ์ดี ลดความตึงเครียด และคลายความเศร้าโศก ซึ่งเป็นการเบี่ยงเบนตัวเองออกจากภาวะเศร้าโศกและการเข้าร่วมกิจกรรมเดินรำ สอดคล้องกับการศึกษา การบำบัดด้วยการเดินรำของบิดามารดาที่สูญเสียบุตรอย่างกะทันหันของคอลลาฮาน (Callahan, 2011) โดยพบว่า การเดินรำเป็นกิจกรรมที่ทำได้บรรเทาความเสี่ยงเพลงและดนตรีทำให้เกิดความสนุกสนานและผ่อนคลายมากขึ้น และเป็นพื้นฐานในการเข้าใจตนเอง นอกจากนี้ยังส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตที่ดีขึ้น

โลกของสถานที่

ความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรส ซึ่งสะท้อนในโลกของสถานที่ คือ 1) ขนาดเสาหลัก และ 2) อยู่ในความโดดเดี่ยว

1. ขนาดเสาหลัก

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การที่สามีได้เสียชีวิตจากเจ็บป่วยวิกฤต ทำให้ภรรยาสูญเสียหัวหน้าครอบครัว ผู้ซึ่งเป็นที่ยึดเหนี่ยวสำคัญของครอบครัว เปรียบเสมือนขนาดเสาหลักของบ้าน ทำให้ขาดความปลอดภัยในชีวิต และขาดผู้คอยช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัว ซึ่งสังคมไทยให้ความสำคัญแก่สามีให้เป็นเสาหลักของครอบครัว เพราะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8-10 มียุทธศาสตร์ในการพัฒนาด้วยการเน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาและเน้นความสำคัญของครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่อบอุ่นสามีจัดเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัวที่มีบทบาทและหน้าที่ตามภารกิจของตน เช่น ต้องทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวที่ดี ขยันขันแข็งในการทำมาหากินดูแลเอาใจใส่ความเป็นอยู่ของภรรยาให้เกียรติ ยกย่อง เชื่อสัจต่อบรรยากาศและช่วยแบ่งเบาราชการทำงานบ้าน (มนัส, 2550)

ดังนั้น เมื่อสามีเสียชีวิต ทำให้รู้สึกเหมือนขาดที่ปรึกษาและขาดคู่คิดความรับผิดชอบทั้งหมดจึงตกอยู่กับผู้ให้ข้อมูล คือ ภรรยาที่ต้องมาเป็นผู้นำครอบครัว บางคนต้องดูแลบุตรซึ่งกำลังเรียนหนังสือ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านและประกอบอาชีพ ค้าขายร่วมกับสามี อายุระหว่าง 40-78 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของจริยา (2547) พบว่า ผู้ให้ข้อมูลอายุระหว่าง 60-70 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร ให้ความหมายของความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมว่ารู้สึกเหมือนขาดสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิตได้แก่ 1) ขนาดเสาหลักของครอบครัว เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้านมาโดยตลอดและผู้ป่วยที่เสียชีวิตไปเป็นเพศชายซึ่งทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวหารายได้เข้าครอบครัว และให้การเอาใจใส่เป็นอย่างดี 2) ขาดช่างทำหน้าที่ เพราะตนเองต้องสูญเสียความผูกพันที่เคยร่วมทุกข์ ร่วมสุขกันมาอย่างยาวนาน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความวิตกกังวลที่มีมาจากความไม่มั่นคงที่เกิดขึ้นในชีวิต กังวลว่าตนเองจะอยู่ต่อไปได้หรือไม่เมื่อปราศจากสามี

ขาดความปลอดภัยจากการศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยวและบ้านห้องแถวที่มีรั้วกันมิดชิด แต่มีผู้ให้ข้อมูลบางรายที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่เป็นห้องแถว มีคนอยู่อาศัยกันแออัด เมื่อสามีเสียชีวิต จึงขาดความปลอดภัยในชีวิต ไม่แน่นอนในชีวิต ไม่รู้จะจัดการกับชีวิตอย่างไร สอดคล้องกับการศึกษาปฏิบัติการตอบสนองต่อภาวะสูญเสีย และเศร้าโศกของหญิงม่ายจากเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยของผานิตและคณะ (2551) พบว่า เมื่อสูญเสีย สามีซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดที่สุด ทำให้เกิดความ

วิตกกังวลกับชีวิตของตนเอง และรู้สึก กังวลกับชีวิตข้างหน้า เนื่องจาก ผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วย อยู่ด้วยกันมานาน ทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน มีการปรึกษาหารือพูดคุยกันทั้งความสุขและความทุกข์ และเป็นกำลังใจให้กับบุตร

2. อยู่ในความโดดเดี่ยว

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า จากการที่สามีได้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ทำให้ภรรยา รู้สึกทุกข์ใจ เหนงา โดดเดี่ยวที่ต้องพลัดพรากจากสามีทำให้ต้องอยู่อย่างว่าเหว่ เกิดขึ้นเมื่อผู้ให้ข้อมูล อยู่คนเดียว และ คิดถึงสามีที่เสียชีวิตที่จะไม่ได้พบเจออีกต่อไป ส่วนใหญ่พบในครอบครัวที่ ลูกหลานไม่มีเวลาอยู่ให้กำลังใจ หรือบุคคลในครอบครัวอยู่เป็นเพื่อนหลังการสูญเสีย ทำให้รู้สึก เหมือน โคนทออดทิ้งให้เผชิญกับความเศร้า เสียใจเพียงผู้เดียว สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักอย่างกะทันหัน ในประเทศแอฟริกาใต้ของไบรซิวิต (Brysiewicz, 2008) พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่นับถือศาสนาคริสต์ ให้ความหมายของประสบการณ์ความเศร้าโศกว่าเป็นความรู้สึก เหนงา ว่าเหว่เมื่อสูญเสียบุคคลที่ตนรักในขณะที่เห็นคนรอบข้างมีความสุข หัวเราะ และเมื่อจะนอนก็นอนไม่หลับเพราะคิดถึง และการศึกษาการจัดการต่อการสูญเสียคู่สมรส และการปรับตัวต่อความว่าเหว่และอยากอยู่คนเดียวของบาร์เซ็น (Baarsen, 2002) ที่พบว่า การสูญเสียคู่สมรส ส่งผลให้คู่ชีวิตที่ยังมีชีวิตอยู่รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง และมีผลให้เพิ่มความรู้สึกว่าเหว่ โดยความรู้สึกว่าเหว่ มาจากคู่สมรสขาดคนในครอบครัวดูแลจิตใจภายหลังการสูญเสีย

การอยู่ในความว่าเหว่ของการสูญเสียคู่ชีวิต สมภพ (2547) กล่าวว่าความว่าเหว่ โดดเดี่ยว อ้างว้าง จะเป็นสิ่งที่อยู่ในใจของคู่ครองผู้ที่เสียชีวิตเป็นระยะเวลาไม่นาน และอาจเป็นตัวกระตุ้นให้ คิดถึงความสูญเสียอยู่ทุกวัน และจะมีความรู้สึกลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป จะหลงเหลือไว้เพียง ความโดดเดี่ยวอ้างว้าง ที่เจ็บปวดด้วยความรู้สึกที่ดีและสุขใจ เป็นความทรงจำที่ มีความสุขปน เศร้า ซึ่งอาจมีอยู่นานชั่วชีวิต โดยเฉพาะความโดดเดี่ยวอ้างว้างและการระลึกถึงสามีด้วยความรู้สึกที่ดีจะ ไม่สามารถจางหายไปจากจิตใจจะกลับมาใหม่เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นเตือนให้นึกถึงการสูญเสียนั้น

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลเมื่ออยู่คนเดียวมักคิดหมกมุ่นวนเวียนอยู่กับสามี เนื่องจากสามีเป็น บุคคลที่ตนรักมีความใกล้ชิดผูกพัน ทำให้รู้สึก เหนงา ว่าเหว่ โดยพบผู้ให้ข้อมูล 1 ราย จากทั้งหมด 15 ราย (6.67%) คิดอยากฆ่าตัวตายตาม เนื่องจากตนเองไม่สามารถที่จะ มีชีวิตอยู่ได้เมื่อไม่มีสามี และ จากการที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวอยู่เป็นเพื่อนหรือปลอบใจหลังการสูญเสีย สอดคล้องกับ การศึกษาปฏิบัติการตอบสนองต่อภาวะสูญเสีย และเศร้า โศกของหญิงม่ายจากเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัย ของผานิตและคณะ (2551) พบว่า เมื่อสูญเสีย สามีทำให้ภรรยามีความคิดฆ่าตัวตายตาม จากการ คิดถึงสามีมาก จนรู้สึกทุกข์ทรมานที่ไม่มีสามีจนทนไม่ไหว

โลกของเวลา

ความหมายที่แยกได้จากประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรส ซึ่งสะท้อนในโลกของเวลา คือ 1) ไม่คาดคิด 2) ห้วงเวลาแห่งการเยียวยา

1. ไม่คาดคิด

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า จากการที่สามีได้เสียชีวิตจากเจ็บป่วยวิกฤต ทำให้ภรรยาอยู่ในห้วงเวลาของการไม่คาดคิด ทั้งนี้เพราะไม่ได้เตรียมตัว เตรียมใจกับการสูญเสีย ไม่คาดคิด มักพบในกลุ่มการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และอายุน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตายของยูนิตา และคณะ (2552) โดยทำการศึกษาในญาติผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตายจำนวน 12 ราย พบว่า สมาชิกในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี และส่วนใหญ่เป็นภรรยาของผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย ได้ให้ความหมายประสบการณ์ว่า “กะทันหัน ตั้งตัวไม่ติด” เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตายที่เสียชีวิต เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยสาเหตุอุบัติเหตุจากรถเป็นส่วนใหญ่ โดยก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยทุกรายมีสุขภาพแข็งแรงดีและไม่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมาก่อน อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้มีผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพเจ็บป่วยเรื้อรังมาก่อน 4 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.67 แต่ก็ยังพบว่าคู่สมรสของผู้ป่วยยังขาดการเตรียมตัวเตรียมใจเพื่อรับกับการตายของสามีของตนเอง และไม่สามารถจัดการอะไรได้ในขณะนั้น เช่นเดียวกับการเจ็บป่วยเฉียบพลัน สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวจากการสูญเสียบุคคลที่ตนรักในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมของบีแลงเกอร์ (Belanger, 2008) จำนวน 24 ราย ผลการศึกษา พบว่าเมื่อครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ว่าบุคคลอันเป็นที่รักจะเสียชีวิตซึ่งส่วนใหญ่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยมะเร็งปอด ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง รองลงมาคือปอดอักเสบและลำไส้อุดตันได้ให้ความหมายของประสบการณ์ว่าเป็น “การเปลี่ยนแปลงกะทันหัน ไม่ทันตั้งตัว” และเป็นช่วงเวลาที่สับสนในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ก็ทำใจยอมรับความจริง และกล่าวคำอำลาแก่ผู้ป่วย นั้นหมายถึงว่า “ไม่คาดคิด” สามารถเกิดขึ้นได้ไม่ว่าจะมีการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเจ็บป่วยวิกฤตเนื่องการเจ็บป่วยวิกฤตเป็นการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยอาจเสียชีวิต (ไชยรัตน์, 2543; รัชนี, 2554; สุจิตรา, 2551)

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังให้ความเข้าใจว่า จากการที่ภรรยาไม่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี และการเปลี่ยนแปลงของอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากแพทย์ มีผลให้ไม่ทราบโอกาสการตายที่กำลังจะมาถึงของผู้ป่วย ขาดการเตรียมใจกับการสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น และเมื่อเวลาของการสูญเสียมาถึง จึงเป็นสิ่งที่ไม่คาดคิด ซึ่งจิตวิทยาและปรางทิพย์

(2552) ได้อธิบายไว้ว่า การที่แพทย์สื่อสารกับญาติผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้ได้รับข้อมูลไม่เหมาะสม ซึ่งมีผลกระทบต่อความรู้สึกและความคาดหวังในอนาคต ทำให้ครอบครัว ไม่มีการเตรียมตัว เตรียมใจกับการสูญเสีย อย่างไรก็ตามเมื่อเจอกับการตายของสามีอย่างไม่คาดคิด ปฏิกริยาต่างๆ ที่พบได้ในขณะที่รับรู้การจากไปของสามีในการศึกษานี้ ได้แก่ ช็อก ตกใจ ขาดสติจะเป็นลม สอดคล้องกับวาคาโรลิส (Vacarolis, 1994 อ้างตามชวนชม, 2542) กล่าวว่า การสูญเสียที่เป็นการการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้เกิดปฏิกริยาตอบสนอง โดยบุคคลที่สูญเสียจะแสดงอาการช็อกและไม่เชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มักมีอาการตื่นตะลึง ตกใจ ตัวชา ซึ่งสามารถอธิบายปฏิกริยาช็อก ตกใจ ขาดสติได้ด้วยทฤษฎีปฏิกริยาตอบสนองต่อความตายและภาวะใกล้ตายของคูเบลอร์ รอส (Kubler-Ross, 1969) ว่าตรงกับระยะช็อก ซึ่งจะเป็นปฏิกริยาที่เกิดในระยะแรกเมื่อบุคคลรับรู้ข่าวร้ายหรือรับรู้การสูญเสีย

2. ห้วงเวลาแห่งการเยียวยา

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการที่สามีได้เสียชีวิตจากเจ็บป่วยวิกฤต ส่งผลให้คู่สมรสไทยพุทธ อยู่ในภาวะเศร้าโศก เสียใจเหงา อ่อนเพลียไม่มีชีวิตชีวา กังวลกับชีวิตข้างหน้า กินไม่ได้นอนไม่หลับ และภรรยาใช้เวลาหลังการสูญเสียในการเยียวยาตนเอง เพื่อบรรเทาความทุกข์จากการสูญเสียสามี เนื่องจากการศึกษานี้เก็บข้อมูลในคู่สมรสที่นับถือศาสนาพุทธ ทำให้พบว่า มีการนำหลักคำสอนและการปฏิบัติตามศาสนาพุทธมาใช้ในการดำเนินชีวิตมากขึ้น และสามารถช่วยให้ภรรยาที่สูญเสียสามีคลายความเศร้าโศก มีสติและแนวทางในการดำเนินชีวิตต่อไปข้างหน้า

การปฏิบัติตามวิถีพุทธในการศึกษานี้ เป็นการใช้เวลาที่มีในแต่ละวันมาให้กับการทำบุญ ตักบาตร สวดมนต์ ไหว้พระ ศึกษาและค้นคว้าธรรมะ จากที่ไม่เคยปฏิบัติหรือปฏิบัติบ้าง มาปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การที่เห็นความสำคัญของสิ่งเหล่านี้มากขึ้นและปฏิบัติจริงจังมากขึ้น เพื่อหาทางออกให้ตัวเองพ้นทุกข์จากภาวะความเศร้าโศกตามความเชื่อทางศาสนา และยังเป็น การได้ดูแลผู้ตาย ต่อเนื่อง เพราะความเชื่อหรือศรัทธาในพระพุทธรูป เป็นความมั่นใจในฐานะที่ท่านเป็นบุคคลต้นแบบที่ยืนยันความสามารถของมนุษย์ว่าเป็นผู้มีสติปัญญา สามารถที่จะฝึกหรือพัฒนาให้บริบูรณ์ บรรลุความหลุดพ้นเป็นอิสระ ไร้ทุกข์ จึงทำให้รู้สึกสบายใจและคุณภาพชีวิตดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการเยียวยาความเศร้าโศกของผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักด้วยกิจกรรมทางพุทธศาสนา และการปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยาของพระปณต และสาระ (2554) โดยดำเนินการประยุกต์กิจกรรมทางพุทธศาสนา เช่น การรักษาศีล สวดมนต์แปล เจริญเมตตาธรรมฐาน สันทนาธรรม ทำบุญ อุทิศกุศล ร่วมกับการให้การปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยาแบบกลุ่ม ต่อเนื่องเป็นเวลา 4 วัน 3 คืน พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความเศร้าโศกหลังการเข้าร่วมกิจกรรม และในระยะติดตามผล 2

สปีดาร์ ต่ำกว่าคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเกิดความเข้าใจชีวิตหลังการสูญเสีย และคุณค่าของชีวิตในปัจจุบันเพิ่มขึ้น

การใช้หลักความจริงของชีวิตในการเยียวยา เป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความจริงของชีวิตมนุษย์ในเรื่อง เกิด แก่ เจ็บตาย โดยชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ เมื่อเกิดก็ต้องมีดับ เหมือนกับทุกอย่างที่อยู่รอบตัวมนุษย์เช่นเดียวกัน ไม่มีสิ่งใดอยู่คู่ฟ้า หรือไม่มีวันผันแปร และเชื่อในสังสารวัฏ คือ การเวียนเกิด เวียนตายในโลกแห่งความทุกข์ โดยมนุษย์เป็นผลของการเวียนเกิด แก่ เจ็บ ตาย อยู่ในภพภูมิต่างๆ (เมตตานนุโท , 2548) นั่นก็คือ ไตรลักษณ์ คือความไม่เที่ยงแท้แน่นอน มีผู้ให้ข้อมูลเพียง 2 รายจาก 15 ราย ที่ใช้หลักการนี้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 ราย อยู่ในวัยสูงอายุ คือ อายุ 67 และ 70 ปี และผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอมาก่อนทำให้สามารถเกิดความเข้าใจเรื่องของสังขารไม่เที่ยง สัจธรรมหรือไตรลักษณ์สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมของจรียา (2547) ที่พบว่าระยะแรกเมื่อมีการสูญเสีย คู่สมรสของผู้ป่วยพยายามควบคุมความรู้สึกของตนเองโดยใช้ความเชื่อทางศาสนาพุทธได้แก่ เชื่อว่าความตายหนีไม่พ้น คิดว่าเขาหมดเวรกรรม จะเห็นได้ว่าผู้ให้ข้อมูลสูงอายุเข้าใจในสัจธรรมของชีวิต นอกจากนี้ การเยียวยาตนเองด้วยการใช้หลักคำสอนของศาสนาไม่ได้พบเพียงในศาสนาพุทธเท่านั้น แต่ยังพบในศาสนาอิสลามด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของหญิงม่ายจากเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยของฉานิตและคณะ (2551) พบว่าผู้ให้ข้อมูลซึ่งส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม และศาสนาพุทธเพียง 2 ราย ได้ใช้วิธีการจัดการต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศกด้วยการประกอบกิจกรรมทางศาสนาให้กับสามีด้วยการละหมาด ซึ่งถือว่าเป็นการทำ อิมาดะฮ์ ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพจิต ช่วยลดความเครียดและรู้สึกสบายใจขึ้น

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษา ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของ คู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเฮอร์แมนนิคซ์ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสงขลา ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) เป็นคู่สมรสไทยพุทธ(สามีหรือภรรยา) ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตและได้เสียชีวิตในโรงพยาบาล และยอมรับว่ามีประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียสามีหรือภรรยา 2) ระยะการสูญเสียเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไปหลังจากคู่สมรสเสียชีวิต 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยิน และ 4) เป็นผู้ที่สมัครใจ และยินดีที่จะเล่ารายละเอียดประสบการณ์ของตนเอง จำนวนผู้ให้ข้อมูลมีทั้งหมด 15 ราย และเป็นภรรยาของผู้ป่วยวิกฤตและตาย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคลพร้อมทั้งบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 ถึงเดือนธันวาคม 2555 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทปแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์ตามแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาเฮอร์แมนนิคซ์ของแวนมานัน (van Manen, 1990) สร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์ของลินคอล์นและกูบา (Lincoln & Guba, 1985) สรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

ความหมายของ ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของ คู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตมี 12กลุ่มความหมาย (thematic categories) และได้สะท้อนในหมวดของโลก 4 โลก (four life-worlds) ตามที่แวน มาเนนได้แนะนำ ซึ่งได้แก่ โลกของตัวเอง (corporeality or lived body) โลกของความสัมพันธ์ (relationality or lived relation) โลกของสถานที่ (spatiality or lived space) และโลกของเวลา (temporality or lived time) เพื่อให้เข้าใจโครงสร้างของการดำรงชีวิตอยู่ของคู่สมรสไทยพุทธที่สูญเสียคู่ชีวิตที่เจ็บป่วยวิกฤตในโรงพยาบาล ดังนี้ ในโลกของตัวเอง ประกอบด้วย 4 กลุ่มความหมาย คือ 1) เก็บความรู้สึกเสียใจ 2) คิดโทษตัวเอง 3) ทруд โทรม 4) ความเข้มแข็งของจิตวิญญาณ โลกของความสัมพันธ์ มี 4 กลุ่มความหมาย ได้แก่ 1) ขาดการให้คุณค่าจากแพทย์และพยาบาล 2) แยกตัวเองออกจากสังคม 3) เฝงิวยุทบาทใหม่ 4) ปฏิสัมพันธ์กับ บุคคลช่วยคลายความเศร้าโศก โลกของสถานที่ ประกอบด้วย 2 กลุ่มความหมาย คือ 1) ขาดเสาหลัก 2) อยู่ในความโดดเดี่ยว และโลกของเวลา มี 2 กลุ่มความหมาย คือ 1) ไม่คาดคิด 2) ห้วงเวลาแห่งการเยียวยา โดยก่อนการเสียชีวิตของสามี มีกลุ่มความหมาย ได้แก่ ขาดการให้คุณค่าจากแพทย์และพยาบาล

และไม่คาดคิด นอกจากนี้กลุ่มความหมายที่พบทั้งก่อนและหลังการเสียชีวิต ได้แก่ เก็บความรู้สึก เสียใจ และคิดโทษตัวเอง นอกนั้นพบหลังเสียชีวิต

สรุปคำอธิบายความหมายของประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธได้ว่าการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตของสามี ถือเป็นเหตุการณ์ที่เปรียบดั่งขาดเสาหลักของชีวิตอย่างไม่คาดคิดมาก่อนถึงแม้จะได้รับการดูแลและรักษาในโรงพยาบาลแต่บางครั้งก็ขาดการให้คุณค่าจากแพทย์และพยาบาลในการรับทราบอาการและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดซึ่งการสูญเสียสามีก่อให้เกิดภาวะเศร้าโศกเสียใจ จนไม่มีเวลาดูแลตนเองส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของกลุ่มสมรสไทยพุทธ รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ใหม่ในการเป็นหัวหน้าครอบครัวแทนสามี ซึ่งกลุ่มสมรสไทยพุทธได้ปรับตัวเองให้อยู่อย่างเข้มแข็งด้วยการใช้หลักศาสนา พุทธ พุทธศุภายิต และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ตนเองสามารถใช้ชีวิตข้างหน้าต่อไปได้โดยปราศจากสามี

ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยวิกฤตและตายในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลที่ได้มาทั้งหมดเป็นคู่สมรสที่เป็นภรรยา จึงทำให้ความหมายที่อธิบายในการศึกษาครั้งนี้ไม่ครอบคลุมในคู่สมรสที่เป็นสามี แม้ว่าได้ใช้วิธีในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลที่เป็นแบบการบอกต่อ (snowball) จากผู้ให้ข้อมูลด้วยกันก็ตาม

นอกจากนี้ในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียคู่ชีวิต ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่เป็นส่วนตัวและมีความอ่อนไหว ส่งผลกระทบต่อจิตใจได้ง่าย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ แต่ก็อาจไม่เกิดสัมพันธภาพแบบไว้วางใจเท่าที่ควร ทำให้ข้อมูลบางเรื่องไม่สามารถเจาะในเชิงลึกได้ และผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย ร้องไห้ในขณะที่สัมภาษณ์ ทำให้ไม่สามารถเล่าประสบการณ์ต่อไปได้ เพื่อคงไว้ซึ่งจริยธรรมในการวิจัย จึงต้องยุติการสัมภาษณ์ ถึงแม้ว่าข้อมูลบางส่วนอาจไม่ลึกเท่าที่ควร แต่ผู้วิจัยก็ได้เพิ่มจำนวนผู้ให้ข้อมูลจนกระทั่งเกิดความอิ่มตัวของข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาความหมาย ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของ คู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต โรงพยาบาล ในครั้งนี้ ทำให้เข้าใจในความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในประสบการณ์ของกลุ่มสมรสไทยพุทธที่สูญเสียคู่สมรสจากการเจ็บป่วยวิกฤตมากขึ้น

สามารถใช้ผลการศึกษาเสนอแนะในการปฏิบัติกรพยาบาล การศึกษา และการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

การปฏิบัติกรพยาบาล

ก่อนการเสียชีวิต

1. จากผลการศึกษาพบว่า ก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตกลุ่มสมรสไทยพุทธไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ในการรับทราบอาการ หรือความก้าวหน้าของอาการของผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกสงสัย เครียด และกังวลกับอาการของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นทีมแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรมีการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ในการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง โดยแพทย์ และควรวัดการเตรียมความพร้อมด้าน ความรู้ การวางแผน เพื่อเลือกการรักษาที่ต้องการ ล่วงหน้า (advance care planning) และการทำหนังสือแสดงเจตนา (advance directives , living will) แก่แพทย์และพยาบาล เพื่อให้คู่สมรสและสมาชิกในครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมและทราบถึงแผนการรักษาของผู้ป่วย และได้มีการเตรียมตัว เตรียมใจ ได้หากผู้ป่วยมีอาการวิกฤตและเสียชีวิต

การวางแผนเพื่อเลือกการรักษาที่ต้องการล่วงหน้าอันเป็นกระบวนการที่มีจุดหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับคุณค่าและความปรารถนาของตัวผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ก่อนที่ป่วยหนักจนไม่สามารถสื่อสารได้กลไกการตัดสินใจไม่ได้หลายลักษณะไม่ได้จำกัดเฉพาะการทำเป็นเอกสารทางกฎหมาย(พรเลิศ, 2556; อวยพรและสิรินทร์, 2556) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยพูดคุยตกลงกับครอบครัวและแพทย์ผู้ดูแลใกล้ชิดอย่างชัดเจนถึงเรื่องคุณค่าและความปรารถนาของชีวิตผู้ป่วยและแนวทางการรักษา 2) ตัวอย่างคำพูดหรือการเขียนที่แสดงความปรารถนาอย่างชัดเจนเช่นการสั่งเสียว่าไม่อยากให้ปัมหัวใจเพื่อยื้อชีวิต 3) การประชุมครอบครัวที่เกี่ยวข้องสะท้อนความรู้สึกและความคิดเห็นโดยรวมของผู้ป่วย และ 4) การที่ผู้ป่วยบันทึกความต้องการของตนเป็นลายลักษณ์อักษรเรียกว่า advance directives ซึ่งเป็นเอกสารแสดงเจตจำนงของคนในช่วงที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์เพื่อกำหนดแนวทางการรักษาที่ตนเองต้องการในยามที่ป่วยหนักจนขาดความสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้(loss of mental capacity)

2. จากผลการศึกษาพบว่า การเจ็บป่วยด้วยภาวะวิกฤตของผู้ป่วยนับว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และไม่คาดคิดมาก่อนของกลุ่มสมรสไทยพุทธที่ยังไม่ได้เตรียมตัว เตรียมใจ และบางรายถึงกับคิดโทษตนเอง และเก็บความเสียใจไว้คนเดียว เนื่องจากบางครั้งไม่มีบุคคลที่ไว้วางใจได้ให้ระบายความรู้สึก จากผลการศึกษาจึงควรมีการดูแลภาวะเศร้าโศกตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต (anticipatory grief) ดังนี้

2.1 ฝ่ายการพยาบาลควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤต ในการช่วยเหลือด้านจิตใจในแต่ละระยะของคูเบลอร์ รอส (Kuber-Ross) หรือของบาว์ลบี (Bowlby) โดยเมื่อรับทราบข้อมูลว่าผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระยะวิกฤตและตาย ได้แก่ ระยะช็อก ต่อรอง ทำใจยอมรับ โกรธ หดหวัง หรือปฏิเสธ พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจบวนการของภาวะเศร้าโศก ตั้งแต่ระยะก่อนภาวะเศร้าโศก (anticipatory grief) ภาวะเศร้าโศกตามปกติ (normal grief) และภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ (pathological grief/complicated grief) ควรสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองของกลุ่มสมรสต่อภาวะเศร้าโศกที่เกิดขึ้น โดยกลุ่มสมรสมักแสดงออกถึงความรู้สึกผิด โกรธ ร้องไห้ และความวิตกกังวล รวมไปถึงความต้องการในการช่วยเหลือ ในขั้นตอนนี้บทบาทพยาบาลที่สำคัญคือ การให้รายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย แพทย์เจ้าของไข้ เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก และการติดต่อกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ตลอดจนเฝ้าอำนวยความสะดวกต่างๆ และเปิดโอกาสให้กลุ่มสมรสไทยพุทธได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้กลุ่มสมรสไทยพุทธสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้

2.2 พยาบาลควรให้กลุ่มสมรสไทยพุทธได้รับข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ซึ่งจัดให้มีการพบปะกันระหว่างกลุ่มสมรสและสมาชิกในครอบครัวเพื่อเตรียมตัวเผชิญหน้ากับความสูญเสียที่ใกล้เข้ามา ในบางโอกาสอาจสามารถที่จะทราบได้ล่วงหน้าได้ว่าใครมีความเสี่ยงที่จะปรับตัวหลังประสบการณ์สูญเสียและการพลัดพรากได้ไม่ดี ซึ่งสมควรได้รับการนำเข้าร่วมโครงการ เช่น ปรึกษานักจิตวิทยา เพื่อการช่วยเหลือและให้คำแนะนำเป็นพิเศษ นอกจากนี้อาจนำหลักพุทธศาสนาหรือวิถีทางศาสนามาใช้ตั้งแต่ในช่วงก่อนการสูญเสีย ดังเช่น การศึกษาประสบการณ์ทางการพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวในไอซียูของจากรูวรรณและสุพัตรา (2555) ที่ได้จัดรูปแบบการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางศาสนาและความเชื่อ พบว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเกิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ดี โดยได้กล่าวว่า “ได้ทำในสิ่งที่ต้องการ ทั้งได้ทำสังฆทานข้างเตียง ได้ไปวัดในโรงพยาบาล และได้ทำสิ่งสุดท้ายที่ต้องการทำให้ผู้ป่วยมากที่สุด”

3. จากผลการศึกษาพบว่า ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและกำลังจะเสียชีวิตกลุ่มสมรสไทยพุทธไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ ในการอยู่และดูแลผู้ป่วยอย่างเข้าใจจากพยาบาล ดังนั้นถ้าทราบล่วงหน้าถึงวันที่ผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตพยาบาลควรแจ้งให้ กลุ่มสมรสไทยพุทธทราบ รวมทั้งสนับสนุนให้กลุ่มสมรสร่วมอยู่ในเหตุการณ์ในวันดังกล่าวด้วย เพื่อให้ได้มีโอกาสมีส่วนร่วมหรือมีการช่วยเหลือในกระบวนการตายของผู้ป่วยซึ่งจะช่วยให้เกิดการยอมรับความจริงที่กำลังเกิดขึ้น หลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย และควรสนับสนุนให้กลุ่มสมรสไทยพุทธได้อยู่กับร่างผู้เสียชีวิตนั้นสักพัก อาจเป็นเพียงนั่งอยู่อย่างสงบ หรืออาจมีการพูดลา หรือแม้แต่การสัมผัสเพื่อแสดงความอาลัยต่างๆ และมีส่วนร่วมในการจัดการกับร่างผู้ตาย เช่น การจัดทำทาง การทำความสะอาด การตกแต่งร่างกาย

การแต่งกาย ขณะเดียวกันควรให้กำลังใจด้วยเหตุผล โดยเน้นเรื่องการชี้ให้เห็นถึงการฟื้นทุกข์ของผู้ตาย อย่างไรก็ตามควรเปิดโอกาสให้คู่สมรสไทยพุทธสามารถติดต่อกับบุคคลกรทางการแพทย์ได้อีกภายหลัง เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาหรือตอบข้อสงสัยกังวลใจต่างๆที่ยังค้างคาใจอยู่

ภายหลังการสูญเสีย

1. จากผลการศึกษาพบว่า หลังการสูญเสียสามีคู่สมรสไทยพุทธบางรายมีพฤติกรรมเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่ดูแลตนเองทำให้สุขภาพร่างกายทรุดโทรม และบางรายมีความคิดฆ่าตัวตาย จึงเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและร่างกายตามมา ดังนั้นผลการศึกษาครั้งนี้จึงใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลคู่สมรสไทยพุทธที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก และวางแผนการดูแลที่ต่อเนื่องหลังผู้ป่วยเสียชีวิต โดยพยาบาลควรพยายามติดต่อกับคู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตเพื่อติดตามผล อาจเป็นทางจดหมาย โทรศัพท์ หรืออาจใช้รูปแบบการดูแลเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คู่สมรสไทยพุทธรู้สึกได้ถึงความห่วงใย รวมทั้งช่วยให้สามารถพบความผิดปกติ (abnormal grief) ได้ ซึ่งถ้าในกรณีที่รุนแรงก็สามารถส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ปริญญาจิตวิทยาได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา

2. จากผลการศึกษาพบว่า หลังผู้ป่วยเสียชีวิตคู่สมรสไทยพุทธได้นำหลักคำสอนของศาสนาพุทธมาใช้เตือนใจและปฏิบัติ รวมถึงยังปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาพุทธ ซึ่งสามารถช่วยให้คู่สมรสไทยพุทธสามารถปรับตัวยอมรับต่อภาวะเศร้าโศกได้เป็นอย่างดี และสามารถวางแผนชีวิตต่อไปข้างหน้าได้ เช่นเดียวกับผลของการเยียวยาความเศร้าโศกของผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักด้วยกิจกรรมทางพุทธศาสนา และการปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยาของพระปณต และสารระ (2554) ที่สามารถลดความเศร้าโศกได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังนั้น พยาบาล จึงควร มีการจัดกิจกรรมกลุ่มแก่คู่สมรสไทยพุทธที่สูญเสียคู่ชีวิต ด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมที่วัดและมีกิจกรรมดังเช่น รักษาศีล สวดมนต์แปล นั่งสมาธิ เดินจงกรม และสันทนาการธรรม เป็นต้น

3. ควรใช้การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือกันเองระหว่างผู้สูญเสีย (bereavement self-help group) ก็อาจจะเป็นประโยชน์ หรือการจัดงานรำลึกถึงผู้จากไปปีละครั้งโดยหน่วย palliative care เป็นอีกวิธีที่น่าจะได้ประโยชน์มากในการติดตามผล รวมทั้งควรมีกระบวนการในการทบทวนการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านภาวะเศร้าโศก เป็นประจำและสม่ำเสมอ เกี่ยวกับขีดความสามารถของหน่วยงานและความต้องการของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ตาย ซึ่งจะช่วยเพิ่มความรู้อะและประสิทธิภาพในการบริการให้ดียิ่งขึ้น

การศึกษาทางการพยาบาล

จากผลการศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธ พบว่า พยาบาลยังขาดความเข้าใจในการดูแลกลุ่มสมรสของผู้ป่วยวิกฤตและเสียชีวิตที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก ดังนั้น จึงควรจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาลและการศึกษาต่อเนื่องให้กับพยาบาลปฏิบัติการได้ศึกษาจากสถานการณ์ตัวอย่างเกี่ยวกับการดูแล และการให้การพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมแก่กลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตายในเชิงลึก โดยนำความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ของกลุ่มสมรสไทยพุทธจากการศึกษานี้มาประยุกต์ใช้ โดยมีเป้าหมาย ดังนี้ 1) ยอมรับความจริงถึงการตายของผู้ที่ตายไปแล้วได้แก่ เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต การให้ข้อมูลข่าวร้ายด้วยความรู้สึกที่ไวใช้กระบวนการฟังอย่างกระตือรือร้นและยอมรับในการที่จะแสดงอาการ โกรธ 2) มีกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผ่านความรู้สึกเจ็บปวด ได้แก่ อยู่กับกลุ่มสมรสของผู้ป่วยอย่างเจียวอย่างเข้าใจ ให้ข้อมูลที่กลุ่มสมรสต้องการรวมถึงสถานที่บริการการสนับสนุนต่างๆ และ 3) ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมใหม่และทางเดินชีวิตใหม่ ได้แก่ การแนะนำให้ใช้ชีวิตประจำวันอย่างปกติ หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ใจเศร้าหมอง และเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งแวดล้อมเก่าเช่น เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมที่เป็นประโยชน์

การวิจัยทางการพยาบาล

ควรมีการศึกษาต่อยอดองค์ความรู้ที่ได้จากผลการวิจัยประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูล จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลเป็นภรรยาทั้งหมด จึงไม่ครอบคลุมถึงประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของสามี ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นสามีซึ่งประสบการณ์ของสามีอาจต่างจากของภรรยา
2. ศาสนา จากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสที่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มสมรสได้นำหลักศาสนาพุทธเข้ามาใช้ในการเยียวยาตนเอง เพื่อให้สามารถผ่านพ้น และปรับตัวต่อภาวะเศร้าโศกได้เป็นอย่างดี แต่ในสถานการณ์จริงในโรงพยาบาลผู้ป่วยและกลุ่มสมรสมีความหลากหลายในการนับถือศาสนา เช่น ศาสนาอิสลาม และศาสนาคริสต์ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่นับถือศาสนาอื่นๆ เพื่อสามารถให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมได้ทุกศาสนา
3. การสร้างสัมพันธภาพ จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่เริ่มสัมภาษณ์เท่านั้น อาจไม่เกิดสัมพันธภาพแบบไว้วางใจเท่าที่ควร ทำให้ข้อมูลบางเรื่องไม่สามารถเจาะในเชิงลึกได้ เพื่อให้ได้ประสบการณ์ในเชิงลึก ดังนั้นผู้วิจัยควรสามารถสร้าง

สัมพันธภาพก่อนการสัมภาษณ์ครั้งแรก ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ดีในการทำให้เกิดความคุ้นเคยและเกิดความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลระยะหนึ่งก่อน (สมบัติ, 2552) ดังนี้ 1) แนะนำตนเองโดยการบอกชื่อนามสกุลตำแหน่งหน้าที่ให้ผู้ให้ข้อมูล ได้รู้จักสร้างความเชื่อถือไว้วางใจให้กับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าผู้วิจัยเชื่อถือได้ไว้วางใจได้ช่วยเหลือได้ 2) กำหนดขอบเขตของสัมพันธภาพโดยการบอกวัตถุประสงค์ของการพบผู้ให้ข้อมูลเพื่อไม่ให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความสงสัยในพฤติกรรมของวิจัยและ 3) บอกนัดวันเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยจะพบกัน โดยที่ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันโดยควรเลือกเวลาที่ทั้งสองฝ่ายว่างจากการทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้ผู้ถูกรบกวนและถูกขัดจังหวะ

4. เทคนิคในการสัมภาษณ์เชิงลึก จากการศึกษา นอกจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล อีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญคือ เทคนิคและศิลปะในการสัมภาษณ์เชิงลึก (อารีย์วรรณ, 2553) ที่จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ในลักษณะของบรรยายภาพที่เป็นธรรมชาติ ไม่ใช่เพียงคำพูดหรือน้ำเสียงอย่างเดียว แต่รวมถึงท่าที ความรู้สึกที่แสดงออกทางสีหน้า แววตา ตลอดจนพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกมา ดังนี้ 1) การปล่อยให้การสนทนาไหลไปอย่างธรรมชาติ โดยเริ่มจากคำถามกว้าง ๆ ก่อน เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มคิดเกี่ยวกับประเด็นที่สัมภาษณ์ หลังจากนั้นใช้คำถามแคบเพื่อเข้าสู่ประเด็น ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลผ่อนคลาย 2) การใช้คำถามที่กระตุ้นผู้ให้ข้อมูลตอบด้วยการเล่าเรื่อง และ 3) การเชิญชวนให้เขียนเล่าเรื่องหรือนำข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกประจำวัน รูปถ่าย จดหมาย ของใช้ เป็นต้น มาประกอบกับเล่าประสบการณ์

5. ควรนำผลการศึกษา ไปใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อมีรูปแบบการดูแลคู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ให้สามารถปรับตัวต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศกได้ และควรมีการพัฒนาโปรแกรมและทดสอบประสิทธิผลของการให้การพยาบาลแก่คู่สมรสของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่มีภาวะเศร้าโศก ให้ครอบคลุมทุกด้านอย่างเป็นองค์รวมโดยใช้หลักการทางศาสนาพุทธและการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว และบุคคลในชุมชนเป็นแนวทางในการดูแลและเยียวยาตั้งแต่ก่อนและครอบคลุมไปจนถึงหลังการสูญเสีย

บรรณานุกรม

- จริยา ชำรัมย์. (2547). *ประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จารุรินทร์ ปิตานุกพงศ์. (2547). Grief and bereavement. ใน ลักษณ์มี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 53-61). กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พรีนติ้งเฮาส์.
- จารุวรรณ บุญรัตน์, และสุพัตรา อุปนิสากร. (2555). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวในไอซียู: ประสบการณ์ทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 4(1), 1-12.
- จิตชญา บุญนันท์, และปรางทิพย์ ฉายพุทธ. (2552). บทบาทพยาบาลในการสื่อสารเรื่องไม่พึงประสงค์หรือแจ้งข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(3), 7-19.
- ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสกับความเศร้าโศกของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรส*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. (2543). Managing critically ill patients at the emergency room. ใน ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุลและคูสิต สถาวร (บรรณาธิการ), *Criticalcare: Guideline and standards* (หน้า 1-5). คู่มืออบรมระยะสั้นและการประชุมวิชาการประจำปี 2547: สมาคมเวชบำบัด วิกฤตแห่งประเทศไทย.
- ณัฐ ตันศรีสวัสดิ์, และธีโชติ จองสกุล. (2553). สมองตาย. *วารสารนิติเวชศาสตร์*, 3(1), 54-56.
- คูสิต สถาวร. (2548). How to discuss potential dying in the ICU. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้วและฉันทชาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 76-84). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2550). ความเศร้าโศกเสียใจที่เกิดจากการสูญเสียและการตาย. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (หน้า 343-345). กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ธิติมา วาทานีเวช. (2540). *ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2535). การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่เศร้าโศก. *คลินิก*, 8(1), 29-34.

นันทา มาระเนตร. (2543). *เวชบำบัดวิกฤต Current concepts in critical care 2000*.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อ้วนน้ำ พรินต์ติ้ง.

บัวทอง สว่างโสภาคกุล. (2545). พยาธิสภาพทางพฤติกรรม. ในจำลอง เงินดี และทิพย์วัลย์ สุรินยา (บรรณาธิการ), *จิตวิทยาทั่วไป* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ประณีต ส่วงวัฒนา, วิภาวี คงอินทร์, และเพ็ญพิศ ฐานิวัฒน์นนท์. (2543). ความเหมือนและความแตกต่างในการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ปรัชญาการณวิทยา, ทฤษฎีพื้นฐาน และชาติพันธุ์วรรณา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 15(2), 12-23.

ประกาศรี เบญจศิริลักษณ์. (2545). ความเศร้าโศกของหญิงตั้งครรภ์ที่สูญเสียบุตร: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 3, 36-45.

ประยุทธ์ ปยุตโต. (2545). *พุทธธรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผานิต บุญตระกูล, จินตนา เลิศไพบุลย์, และถนอมศรี อินทนนท์. (2551). ภาวะสูญเสีย และเศร้าโศก: ประสบการณ์ของหญิงม่ายจากเหตุการณ์ธรณีพิบัติ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 28(1), 45-47.

พรเลิศ ฉัตรแก้ว. (2556). *Advance care planning and living will*. ค้นเมื่อ 3 พฤษภาคม 2556, จาก [http://www.portal.in.th/file/2/Case_8_1_Advance directive and living will](http://www.portal.in.th/file/2/Case_8_1_Advance%20directive%20and%20living%20will)

พระเทพเวที. (2532). *เทคนิคการสอนของพระพุทธ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิพุทธธรรม.

พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). (2534). *พุทธธรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.

พระปณต คุณวาทุ โธม, และสาระ มุขดี. (2554). ผลของการเยียวยาความเศร้าโศกของผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักด้วยกิจกรรมทางพุทธศาสนาและการปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56, 403-412.

พระมหาปรกฤษณ์ พันธุ์งาม . (2549). *การศึกษาสภาวะความผูกพันต่อเนื้อคู่กับระดับความเศร้าโศกในบิดามารดาผู้สูญเสียบุตรจากเหตุการณ์สึนามิ* . วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พวงผกา บวรลักษณ์, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และLocsin, R. C. (2555). ความต้องการของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยพึ่งพาเทคโนโลยีประคับประคองชีวิตในโรงพยาบาล. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 30, 199-207.

- พิชัย แสงชาญชัย. (2548). *หลักการพัฒนาคตามแนวพุทธ (ไตรสิกขา)*. อัดสำเนา.
- พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2550). อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียและจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล: หลักการและแนวทางการดูแล. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(1), 31-32.
- พุทธทาสภิกขุ. (2522). *แก่นพุทธศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: สำนักหนังสือธรรมบูชา.
- มนัส วณิชชานนท์. (2550). ความอบอุ่นของครอบครัวไทย ความสุขที่ยั่งยืน. *วารสารเศรษฐกิจและสังคม*, 26-33.
- มารีนี สแลมเม. (2550). *ปัญหาจิตใจและการดูแลตนเองด้านจิตใจผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวจากสถานการณ์ความไม่สงบภาคใต้ กรณีศึกษา อำเภอกะพ้อ จังหวัดปัตตานี* สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เมตตานนุ โท ภิกขุ. (2548). ธรรมะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ใน เมตตานนุ โท ภิกขุ (บรรณาธิการ), *ธรรมะ 4 ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 11-112). กรุงเทพมหานคร: ที.เอ็น.พี. พรินติ้ง.
- ยุวนิดา อารามรมย์, กิตติกร นิลมานันต์, และพัชรียา ไชยลังกา. (2552). ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 32(4), 33-43.
- รัชณี หลงสวาสดี. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(2), 54-67.
- ว. วชิรเมธี. (2550). *สบตากับความตาย* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิง.
- วิชัย วงศ์ชนะภัย. (2546). กฎหมายเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (1). ใน สมบัติ ตรีประเสริฐสุข (บรรณาธิการ), *ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 33-48). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- วีณา เทียงธรรม. (2547). การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของHeidegger. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 18(1), 70-78.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2545). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมบัติ ธิยาพันธ์. (2552). การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด: แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลจิตเวช. *วารสารกองการพยาบาล*, 36(2), 68-91.

- สมภพ เรืองตระกูล. (2547). *ความเครียดและอาการทางจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สัญญา คำดี. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและการปฏิบัติทางพระพุทธศาสนากับพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*. วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *การสำรวจสถานะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2554*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยี และสารสนเทศ.
- สำนักงานสาธารณสุขสงขลา. (2556). *ข้อมูลทั่วไปจังหวัดสงขลา*. ค้นเมื่อ 16 เมษายน 2556, จาก http://www.skho.moph.go.th/health_info/ssj_info/data_Songkhla.htm
- สุจิตรา ลิ่มอำนวยการ. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. ใน สุจิตรา ลิ่มอำนวยการ และชวน พิศทำนอง (บรรณาธิการ), *ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 1-8). ขอนแก่น. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- สุชาดา อุดมลาภสกุล, ถนอมศรี อินทนนท์, และวันดี สุทธรังษี. (2554). การสร้างเสริมสุขภาพจิตของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 3(2), 29-40.
- สุนิสา สุขตระกูล. (2544). *ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ภาวะใกล้ตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุภาพร ดาวดี. (2553). การอภิบาลดูแลครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน สุภาพร ดาวดี, เชิดชัย เลิศจิตรเลขา, วิโรจน์ สืบหลินวงศ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามมุมมองศาสนาคริสต์คาทอลิก* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 109-113). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แม่พระยุคใหม่.
- สุวลักษณ์ วงศ์จรโรลงศิลป์. (2546). ปราบกฏการณ์การสูญเสียและเศร้าโศก: ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออก. *รามาศิษย์เวชสาร*, 9, 124-130.
- สุวัฒน์ จันทระจาง. (2547). *แก่นพุทธธรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ตถาตาพับลิเคชั่น.
- อรสา ไยของ. (2553). *ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรสา ไยของ. (2554). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56, 119-124.
- อวยพร ภัทรภักดีกุล, และสิรินทร์ ศาสตราวุธชัย. (2556). ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการแสดงเจตนาการรักษาล่วงหน้าในวาระสุดท้าย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 31(2), 51-62.
- อัจฉริยะ ลิ้มสุวรรณ. (2551). *พัฒนาศักยภาพคนสู่ชีวิตแห่งปัญญา: ศึกษาพัฒนาคน สร้างสังคมให้ร่มเย็น*. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2553). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Anderson, W. G., Arnold, R. M., Angus, D. C., & Bryce, C. L. (2008). Posttraumatic stress and complicated grief in family member of patients in the intensive care unit. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 1871-1876.
- Baarsen, B. V. (2002). Theories on coping with loss: The impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner's death in later life. *Journals of Gerontology*, 57, 33-42.
- Baier, M., & Buechsel, R. (2012). A model to help bereaved individuals understand the grief process. *Mental Health Practice*, 16(1), 28-32.
- Belanger, S. I. (2008). *The family's experience of a loved one's death on a medical surgical hospital Unit*. Unpublished doctoral dissertation, The Catholic University of America, United States of America.
- Bennett, K. M., Hughes, G. M., & Smith, P. T. (2005). Psychological response to later life widowhood: Coping and the effects of gender. *OMEGA*, 51(1), 33-52.
- Bryant, R. A. (2012). Grief as a psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 201, 9-10.
- Brysiewicz, P. (2008). The lived experience of losing a loved one to a sudden death in KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 224-231.
- Buglass, E. (2010). Grief and bereavement theories. *Nursing Standard*, 24(41), 44-47.
- Callahan, A. B. (2011). The parent should go first: A dance/movement therapy exploration in child loss. *American Journal of Dance Therapy*, 33, 182-195.

- Capp-Taber, S. P. (2009). *Grief and mourning among African American elders after spousal bereavement*. Unpublished doctoral dissertation, University of Missouri-Columbia, Columbia.
- Christopher, S. A. (2010). The relationship between nurses' religiosity and willingness to let patients control the conversation about end-of-life care. *Patient Education and Counseling, 78*, 250-255.
- Coombs, M. A. (2010). The mourning before: Can anticipatory grief theory inform family care in adult intensive care. *International Journal of Palliative Nursing, 16*, 580-584.
- Davies, R. (2003). New understandings of parental grief: Literature review. *Journal of Advanced Nursing, 46*, 506-513.
- Duke, S. (1998). An exploration of anticipatory grief: The lived experience of people during their spouses' terminal illness and in bereavement. *Journal of Advanced Nursing, 28*, 829-839.
- Engstrom, A., & Soderberg, S. (2004). The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive and Critical Nursing, 20*, 299-308.
- Gilrane-McGarry, U., & O'Grady, T. (2012). Forgotten grievers: An exploration of the grief experiences of bereaved grandparents. *International Journal of Palliative Nursing, 18*, 179-187.
- Haynes, N. H. (2007). *A phenomenological study of family members of long-term critically ill adult patient and their perceived needs*. Unpublished doctoral dissertation, University of Missouri-Kansas City, Columbia.
- Hegge, M., & Fischer, C. (2000). Grief response of seniors and elders: Practice Implications. *Journal of Gerontological Nursing, 26*, 35-43.
- Hogan, N. S. (2001). Development and validation of the hogan grief reaction checklist. *Death Studies, 25*, 748-817.
- Holley, C. K., & Mast, B. T. (2009). The impact of anticipatory grief on caregiver burden in dementia caregivers. *The Gerontologist, 49*, 388-396.
- Holtlander, L. F., & McMillan, S. C. (2011). Depressive symptoms, grief, and complicated grief among family caregivers of patients with advanced cancer three months into bereavement. *Oncology Nursing Forum, 38*(1), 60-65.

- Koch, T. (1995). Imprementation of a hermeneutic inquiry in nursing: Philosophy, rigour and representation. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 174-184.
- Kongsuwan, W., Chaipetch, O., & Matchim, Y. (2012). Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. *Nursing in Critical Care*, 17, 151-159.
- Kowalski, S. D., & Bondmass, M. D. (2008). Physiological and psychological symptoms of grief in widows. *Research in Nursing and Health*, 31, 23-30.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage.
- McAdam, J. L., Dracup, K. A., White, D. B., Fontaine, D. K., & Puntillo, K. A. (2010). Symptom experience of family member of intensive care unit patients at high risk of dying. *Critical Care Medicine*, 38, 1078-1085.
- Ming-San, W. & Wai-Chi, C. H. (2007). The experiences of Chinese family members of terminally ill patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 2357-2364.
- Morton, P. G., Fontaine, D., Hudak, C. M., & Gallo, B. M. (2005). Loss and responses to loss. *In Critical Care Nursing: A holistic approach* (8th ed, pp. 20-26), Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Noble, A., & Jones, C. (2005). Benefits of narrative therapy: Holistic intervention at the end of life. *British Journal of Nursing*, 14, 330-333.
- Ott, C. H., Kelber, S. T., & Blaylock, M. (2010). "Easing the way" for spouse caregivers of individuals with dementia: A pilot feasibility study of a grief intervention. *Research in Gerontological Nursing*, 3(2), 89-98.
- Paola, C., Loretta, M., Chiara, G., Giorgio, B., & Holly, G, P. (2010). Prolonged grief and depression in caregivers of patients in vegetative state. *Brain Injury*, 24(4), 581-588.
- Plakas, S., Cant, B., & Taket, A. (2009). The experiences of families of critically ill patients in Greece: a social constructionist grounded theory study. *Intensive Critical Care Nursing*, 25, 10-20.
- Pusa, S., Persson, C., & Sundin, C. (2012). Significant others' lived experiences following a lung cancer trajectory: From diagnosis through and after the death of a family member. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 34-41.

- Rich, S. (2002). Caregiver grief: Taking care of our patient. *International Journal of Trauma Nursing*, 8, 24-28.
- Romero, M. M. (2010). *Grief and personal growth experiences of bereaved spouses and adult child caregivers of individuals with dementia*. Unpublished doctoral dissertation, University of Wisconsin-Milwaukee, Wisconsin.
- Ross, A. C. (2008). *An anticipatory grief as experienced by family caregivers of individuals with dementia*. Unpublished doctoral dissertation, University of Auburn, Alabama.
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience human science for an action sensitive pedagogy*. New York: State University New York Press.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉันนางสาวสิริวรรณ คงทอง นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ ประสพการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งซึ่งเกี่ยวกับประสพการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ปัญหาและความต้องการ รวมถึงการจัดการภาวะเศร้าโศก ของกลุ่มสมรสของผู้ป่วยวิกฤตและตาย ขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งเสียชีวิต และนำความรู้ที่ได้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพยาบาลกลุ่มสมรสและครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและตาย ขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ท่านคือผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้โดยการให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับคำถามการวิจัยครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการสัมภาษณ์เจาะลึกมากกว่า 1 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณครั้งละ 45-60 นาที ในขณะที่พูดคุยจะขอบันทึกเทปร่วมด้วย เพื่อความครบถ้วนและถูกต้องในการจดบันทึกข้อมูล ซึ่งข้อมูลทั้งหมดนี้จะเป็นความลับ และจะนำเสนอข้อมูลโดยใช้นามสมมติ ท่านสามารถเลือกเวลาและสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ได้ตามที่ท่านสะดวก ซึ่งบางคำถามอาจทำให้ท่านรู้สึกเศร้าโศกมาก หรือหากเมื่อใดที่ท่านไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล ต้องการออกจากงานวิจัยก็สามารถปฏิเสธและออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา หรือสามารถติดต่อได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 089-6531600 โดยไม่มีผลเสียหายและส่งผลกระทบต่อท่าน

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำหรับความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....

นางสาวสิริวรรณ คงทอง

ผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัย

ภาคผนวก ข
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....นามสมมติ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความ หรือ ตัวเลข หรือทำเครื่องหมายถูก $\sqrt{\quad}$ ลงใน หน้าข้อความ
ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ 1 ชาย 2 หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> 2 ประถมศึกษาตอนต้น (ป.1 – ป.4)
<input type="checkbox"/> 3 ประถมศึกษาตอนต้น (ป.5 – ป.6)	<input type="checkbox"/> 4 มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> 5 มัธยมศึกษาตอนปลาย	<input type="checkbox"/> 6 อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา
<input type="checkbox"/> 7 ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 8 สูงกว่าปริญญา
4. อาชีพ

<input type="checkbox"/> 1 ไม่ได้ทำงาน	<input type="checkbox"/> 2 แม่บ้าน
<input type="checkbox"/> 3 นักเรียน/นักศึกษา	<input type="checkbox"/> 4 รับจ้าง
<input type="checkbox"/> 5 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	<input type="checkbox"/> 6 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> 7 อื่นๆ.....	
5. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

1 <input type="checkbox"/> ไม่เกิน 5,000 บาท	2 <input type="checkbox"/> 5,000 – 10,000 บาท
3 <input type="checkbox"/> 10,001 – 15,000 บาท	4 <input type="checkbox"/> 15,001 – 20,000 บาท
5 <input type="checkbox"/> มากกว่า 20,000 บาท	

6. การจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้

- 1 จ่ายเอง 2 เบิกต้นสังกัด 3 ประกันสังคม
 4 สังคมสงเคราะห์ 5 ประกันชีวิต 6 อื่น ๆ.....

7. ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา ท่านได้ประสบกับการสูญเสียอื่นๆ หรือไม่

- 1 ไม่มี 2 มี ระบุ.....

8. ระยะเวลาที่ใช้ชีวิตอยู่กับคู่สมรส.....ปี และอายุของคู่สมรส.....ปี

9. ระยะเวลาที่ทราบว่าผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระยะวิกฤตและตาย.....วัน

10. จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วย.....วัน

11. การวินิจฉัยโรคขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล.....

ส่วนที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลสร้างจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัย เป็นแนวคำถามกว้างๆ สามารถปรับได้ตามสถานการณ์และข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

1. ชั้นเริ่มสนทนา

ผู้วิจัยพูดคุยซักถามเรื่องทั่วไปและสร้างสัมพันธภาพและความรู้สึกที่ดีในการสัมภาษณ์ และสิทธิผู้ให้ข้อมูล โดยมีแนวคำถาม ดังนี้

คำถามอุ่นเครื่อง

1. ขณะนี้ท่านพักอาศัยอยู่กับใครบ้าง
2. ขณะนี้สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร
2. ชั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์

คำถามนำ

1. คุณ(ผู้ป่วย).....เสียชีวิตเมื่อไหร่คะ
2. เสียชีวิตด้วยโรคอะไรคะ
3. ท่านได้มีส่วนดูแล สามิ/ภรรยา ก่อนเสียชีวิตและตอนที่จากไปอย่างไรบ้าง

คำถามหลัก

1. ช่วยกรุณาเล่าให้ฟังว่าท่าน.....รู้สึกอย่างไรจากการเมื่อรู้ว่า สามิ/ภรรยา ของท่านอยู่ในภาวะวิกฤตอาจต้องจากท่านไป
 - 1.1. ความรู้สึกนั้นเปรียบเหมือนอะไร
 - 1.2. ความรู้สึก.....ส่งผลกระทบต่อตัวท่านอย่างไร
 - 1.3. ท่านทำอย่างไรเพื่อให้ความรู้สึกนั้นดีขึ้น
2. การเสียชีวิตของ....มีความหมายต่อท่านอย่างไร บ้าง
3. กรุณาเล่าประสบการณ์ (ขณะที่ท่านประเชิญความเศร้าโศก) ให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ ว่า ขณะที่สามิ/ภรรยาของท่านใกล้ตาย มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นบ้าง และท่านรู้สึกอย่างไร
4. กรุณาเล่าประสบการณ์ (ขณะที่ท่านประเชิญความเศร้าโศก) ให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ ว่าหลังการเสียชีวิตของสามิ/ภรรยา มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นบ้าง และท่านรู้สึกอย่างไร
5. กรุณาเล่าให้ฟังว่า เมื่อเกิดภาวะเศร้าโศกขึ้นท่านทำอย่างไรบ้าง
 - 5.1. ท่านเผชิญกับภาวะเศร้าโศกอย่างไร และสิ่งที่ท่านกระทำ ทำให้ท่านรู้สึกอย่างไร
 - 5.2. ภาวะเศร้าโศกมีผลกระทบต่อท่าน ผู้ป่วย และคนอื่นๆอย่างไรคะ

คำถามรอง

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

3. ชั้นปิดการสนทนา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามหรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม มีแนวคำถาม ดังนี้

3.1 ท่านมีประเด็นอะไรอีกหรือไม่ ที่ท่านยังไม่ได้เล่าหรืออยากเล่าเพิ่มเติม

3.2 ท่านต้องการจะซักถามหรือไม่ กรุณาพูดตามความรู้สึกของท่าน

หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและสรุปประเด็นที่สนทนาในครั้งนี้นี้และนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

ภาคผนวก ก

แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลภาคสนาม (field note)

ผู้ให้ข้อมูลรายที่.....สัมภาษณ์ครั้งที่.....
 ชื่อ (สมมติ).....
 วันที่สัมภาษณ์.....เวลา.....
 สถานที่.....

1. สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการสัมภาษณ์

.....

2. พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล (ความเต็มใจและความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสีหน้าท่าทาง)

.....

3. ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์

.....

4. การวางแผนในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และข้อมูลที่ต้องสัมภาษณ์เจาะลึกในครั้งต่อไป

.....

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างการจัดการข้อมูล

ขั้นที่ 1

บทสัมภาษณ์	คำสำคัญ	บันทึกผู้วิจัย
<p>“ร้องไห้ ไม่อยากพูดกับใคร (น้ำตาซึม) คือ เรามีความรู้สึกไม่ไว้วางใจ ระวังเนื่องจากพี่มาใช้ชีวิตครอบครัวกันเอง พ่อแม่แฟนเค้าไม่ค่อยชอบพี่ เราเลยไม่อยากพูด เก็บความรู้สึกไว้คนเดียว ช่างในลึกๆ เรามันเสียใจเต็มที” (P5L45-49)</p>	<p>- เก็บความรู้สึกไว้คนเดียว ช่างในลึกๆ</p>	
<p>“รู้สึกเสียใจ ว่าเค้าต้องจากเราไปแน่แล้ว เพราะเราถือว่าเราดูแลมาทุกวัน ทุกวินาทีแล้ว เพราะฉะนั้นอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด พยายามไม่ร้องไห้เพราะเราดูแลเค้าเต็มที่แล้ว แต่มันร้องไห้ในใจลึกๆ แล้วบอกลูกว่าอย่าร้องนะ แม่กับลูกดูพ่ออยู่ทุกวินาที เราดูแลเต็มที่แล้ว” (P2L26-30)</p>	<p>- พยายามไม่ร้องไห้ เพราะดูแลเค้าเต็มที่แล้ว</p>	
<p>“รู้สึกเสียใจ แต่ทำไมร้องไห้ ให้ลูกเห็นน้ำตา ถ้าเรานำลูกมันก็พากันเสียหมดคือทำให้ลูกเศร้าหมด พอเศร้ากันหมดทุกคนถึงเราจะคิดงาน ทำบุญให้ ก็ไม่มีใครคิด ทำให้สิ่งที่ต้องทำตอนนั้นก็ไม่ได้ทำ ” (P4L45-47)</p>	<p>- รู้สึกเสียใจ แต่ทำไมร้องไห้ให้ลูกเห็นน้ำตา</p>	
<p>“เสียใจอยู่ข้างใน แต่พี่ไม่ไว้วางใจ เพราะพี่เฝ้าแกตลอดเวลา พี่ก็รู้ว่าแกไม่รอด หมอเคยบอกแล้วให้ทำใจพี่ดูแลเค้า พี่ก็รู้แล้วแกมันไม่ถึง 50 หมอก็คงช่วยอะไรไม่ได้แล้ว” (P12L39-40)</p>	<p>- เสียใจอยู่ข้างใน แต่ไม่ไว้วางใจ</p>	

ขั้นที่ 2

คำสำคัญ	การจัดกลุ่ม	ดีความ	โลก 4 ไบ
<ul style="list-style-type: none"> - เก็บความรู้สึกไว้คนเดียว ช่างในลึกๆ - พยายามไม่ร้องไห้ เพราะดูแลเกมมาเต็มที่แล้ว - รู้สึกเสียใจ แต่ไม่ร้องไห้ให้ลูกเห็นน้ำตา - เสียใจอยู่ข้างใน แต่ไม่โวยวาย 	เก็บความรู้สึกเสียใจ	<p>เป็นความตั้งใจที่ผู้ให้ข้อมูลซึ่งอยู่ในภาวะเศร้าโศก ไม่แสดงออกถึงความรู้สึกเสียใจ โดยการข่มความรู้สึกเสียใจไว้ภายในใจลึกๆ</p> <p>เนื่องจากได้เข้าใจและยอมรับความจริงของการสูญเสียที่กำลังจะมาถึง และแสดงถึงการได้ดูแลสามีอย่างเต็มที่และดีที่สุดแล้ว</p> <p>นอกจากนี้เป็นการกระทำ เพราะไม่ ต้องการ แสดงออกให้กับบุตร หรือคนอื่นๆที่ตนเองไม่ไว้วางใจได้รับรู้ถึงความเสียใจที่มี ซึ่งพบได้ตั้งแต่ก่อนสูญเสีย และหลังจากสูญเสีย</p>	โลกของตัวเอง

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธีรังสี
ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. คุณอรพรรณ ไชยเพชร
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล นางสาวสิริวรรณ คงทอง

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5410420010

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2549

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ หออภิบาลผู้ป่วยหนักทั่วไป ฝ่ายบริการพยาบาล
โรงพยาบาลหาดใหญ่ (พ.ศ. 2552-2554)

ประสบการณ์การนำเสนอผลงาน

- นำเสนอผลงานวิจัยแบบ Oral presentation เรื่อง Grief Experiences of Thai Buddhist Spouses of Critically Ill and Death Patients. ในการประชุมวิชาการ The 2013 International Nursing Conference on Health, Healing, & Harmony: Nursing Values. 1-3 May, 2013 at Phukat Orchid Resort & Spa, Phukat, Thailand
- นำเสนอผลงานวิจัยแบบ Oral presentation (Proceeding) เรื่อง ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย ในการประชุมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 เรื่อง การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย ในวันศุกร์ที่ 10 พฤษภาคม 2556 ณ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
- นำเสนอผลงานวิจัยแบบ Oral presentation เรื่อง Grief Experiences of Thai Buddhist Spouses of Critically Ill and Death Patients. ในการประชุมวิชาการ “ผลลัพธ์ทางการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ ” ครั้งที่ 1 ในวันศุกร์ที่ 31 พฤษภาคม 2556 ณ ศูนย์ประชุม อาคารเรียนรวมฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์