

# ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย

## Grief Experiences of Thai Buddhist Spouses of Critically Ill and Death Patients

สิริวรรณ คงทอง<sup>1\*</sup>, วราภรณ์ คงสุวรรณ<sup>2</sup> และ กิตติกร นิลมานัต<sup>3</sup>

Siriwan Khongthong<sup>1\*</sup>, Waraporn Kongsuwan<sup>2</sup> and Kittikorn Nilmanat<sup>3</sup>

<sup>1</sup>นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
<sup>3</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### Abstract

This qualitative study aimed to describe grief experiences of Thai Buddhist spouses of critically ill and death patients. Fifteen Thai Buddhist wives were participants. Data were collected by individual in-depth interview. Data were analysed by using content analysis. The findings were as follows. The informants demonstrated four reactions to grief: emotion, thought, behavior, and physical. For emotion, informants felt sad, shock and numbness, stress, lonely and anxious, and irritable. For thought reaction, informants were preoccupied with their dead husbands, and had suicidal ideas. For behavior, informants preferred to be alone, cry and liked to withdraw from anything related to their social. For physical reaction, informants showed a loss of appetite, weight loss, insomnia and a tendency to be sick.

The findings of this study can be used to suggest nursing department and other health organizations to follow up and taking care of spouses of critically ill and death patients. And be use as information for health personal when providing care/help that really meets the needs of the windows.

**Keyword:** *Grief Experiences, Thai Buddhist spouses, critically ill and death patients*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติคส์ ผู้ให้ข้อมูลหลัก ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ คู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตายจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสงขลาจำนวน 15 ราย ซึ่งเป็นภรรยาของผู้ที่เสียชีวิต เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการวิจัย พบว่า ปฏิกริยาตอบสนองต่อภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตายมี 4 ด้านได้แก่ ด้านความรู้สึก มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ซ็อก ตกใจ กังวลกับชีวิตข้างหน้า เครียด หงุดหงิดรำคาญใจ และรู้สึกผิดคิดโทษตัวเอง ด้านความคิด มีความคิดหมกมุ่นเวียนเกี่ยวกับสามี และคิดฆ่าตัวตาย ด้านพฤติกรรม อายากอยู่คนเดียว เงียบๆ ร้องไห้ และหลีกเลี่ยงสังคม ส่วนด้านร่างกาย กินไม่ได้นอนไม่หลับ น้ำหนักลด และโรคประจำตัวกำเริบ

ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลให้แก่หน่วยงานพยาบาลและองค์กรทางสุขภาพในการติดตามและดูแล  
คู่สมรสของผู้ป่วยวิกฤตและตายและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพจิตใจ ภายหลังการเสียชีวิตของคู่  
สมรสได้ตรงกับความต้องการที่แท้จริง

คำสำคัญ: *ประสบการณ์เศร้าโศก, คู่สมรสไทยพุทธ, ผู้ป่วยวิกฤตและตาย*

### บทนำ

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ในชีวิตมนุษย์ทุกคน โดยความตายเป็น  
องค์ประกอบหนึ่งของชีวิต เป็นภาวะวิกฤตเร่งด่วนของชีวิตและเป็นการสูญเสียที่อาจก่อให้เกิดประสบการณ์ที่  
สร้างความเจ็บปวด (ปาริชาติ สุขุม, 2539) โดยเฉพาะการเสียชีวิตของคู่สมรส จากการศึกษาของดอนเรนเวนด์  
(Donrenwend, 1994) พบว่าการเสียชีวิตของคู่สมรสก่อให้เกิดความเศร้าโศกแก่คู่สมรสที่มีชีวิตอยู่ได้ถึงร้อยละ 100  
ซึ่งการสูญเสียคู่สมรสถือเป็นเหตุการณ์ที่วิกฤตที่สุดในชีวิตและเป็นหนึ่งในความสูญเสียอย่างร้ายแรงที่พบบ่อย  
ที่สุด

ภาวะเศร้าโศกเป็นกระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียตามธรรมชาติ จากการรับรู้ว่าจะต้องสูญเสียหรือ  
คาดว่าต้องมีการสูญเสียบุคคลที่ตนรัก ผูกพันใกล้ชิด หรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อตนเอง ทำให้บุคคลเกิดปฏิกิริยา  
ตอบสนองต่อการสูญเสียโดยแสดงภาวะเศร้าโศกออกมา ทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ และจิตสังคม เพื่อ  
ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและปรับตัวยอมรับการสูญเสียได้ (ธนา นิลชัยโกวิท, 2550; Morton, Fontaine, Hudak  
and Gallo, 2005) โดยระยะของภาวะเศร้าโศก จะใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ และมักดีขึ้นภายใน 2-4 เดือน โดยส่วนใหญ่  
มักไม่เกิน 6 เดือน (Wendy, Robert, Derek and Cindy, 2008) ภาวะเศร้าโศกส่งผลให้คู่สมรสของผู้ป่วยรู้สึกไม่  
มั่นคงในอาการของบุคคลที่ตนรัก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้าง หน้าที่ บทบาทของสมาชิกในครอบครัว  
ทั้งหมด (รัชนี หลงสวาสดี, 2554) ซึ่งได้แก่ ด้านร่างกาย และจิตใจ คุณภาพชีวิตของบุคคลทั้งในระยะสั้นและระยะ  
ยาว ตลอดจนสังคมและเศรษฐกิจ (Hogan, 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่ผ่านมาเรื่อง  
ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตายยังไม่มีผู้ที่ศึกษา พบเพียงการศึกษา  
ประสบการณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตายของยูนิดา (2550) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวของ  
ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาของภาวะเศร้าโศกก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ได้แก่ ซ็อก ตัวชา ต่อรอง ทำใจยอมรับ โกรธ หมดหวัง  
ปฏิเสธ แต่ยังไม่ได้อธิบายประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกอย่างชัดเจนและลึกซึ้ง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยของผู้ป่วยวิกฤตและตายใน  
บริบทของไทยพุทธ โดยใช้วิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ ตามการรับรู้ในประสบการณ์ที่คู่สมรส  
ของผู้ป่วยได้สะท้อนมา การเข้าใจในประสบการณ์นี้จะช่วยให้ได้องค์ความรู้ที่สามารถนำมาเป็นพื้นฐานในการ  
ออกแบบการพยาบาล คู่สมรสที่มีภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลที่รักที่เหมาะสม มีคุณภาพและต่อเนื่องตั้งแต่  
ระยะก่อนการสูญเสียจนกระทั่งหลังการสูญเสีย สามารถช่วยให้คู่สมรสของผู้ป่วยปรับตัวต่อภาวะเศร้าโศก ได้  
ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และร่วมดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายเพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายอย่างสงบได้ รวมทั้งสามารถ  
ปรับตัวในการดำเนินชีวิตหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

## วัตถุประสงค์

เพื่ออธิบายประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย

## แนวคิด ทฤษฎี หรือกรอบแนวคิด

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีใดๆ ในการควบคุมการวิจัย แต่นำกรอบแนวคิดหรือทฤษฎี รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย มาเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมและสามารถวางแผนการปฏิบัติการในภาคสนามได้ถูกต้องต่อไป

## วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดของผู้ให้ข้อมูลดังนี้ 1. เป็นคู่สมรสไทยพุทธ (สามีหรือภรรยา) ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตและได้เสียชีวิตในโรงพยาบาล และยอมรับว่ามีประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียสามีหรือภรรยา 2. ระยะการสูญเสียเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไปหลังจากคู่สมรสเสียชีวิต จำนวนผู้ให้ข้อมูลขึ้นกับความอึดตัวของข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 15 ราย

เครื่องมือที่สำคัญใช้ในการเก็บข้อมูล มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของกลุ่มสมรส/เดือน ระยะเวลาที่ทราบว่าผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระยะวิกฤตและตายหลังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล การจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในการเจ็บป่วยระยะเวลาที่ใช้ชีวิตคู่ด้วยกัน การวินิจฉัยโรค

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย โดยคำถามครอบคลุมถึงการได้รับข้อมูลว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤตและตายอย่างไร ความรู้สึกของกลุ่มสมรสต่อการที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและตาย ภาวะเศร้าโศกที่เกิดขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและตาย จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 ท่านที่มีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและตายที่มีอายุการทำงานมากกว่า 5 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยค้นหาผู้ให้ข้อมูลโดยผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ โดยขอความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือบุคคลที่รู้จักผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนดในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล เมื่อคู่สมรสที่มีประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียคู่สมรสที่เจ็บป่วยวิกฤตและเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะนัดวัน เวลา สถานที่สำหรับการสัมภาษณ์ข้อมูล ซึ่งการสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที โดยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 2-3 ครั้ง จากนั้นผู้วิจัยทำการถอดเทปบันทึกเสียงหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งในลักษณะคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) อธิบายขั้นตอนในการวิเคราะห์ไว้ 3 ขั้นตอน (สุภางค์ จันทวานิช, 2543) ดังนี้ 1. จัดกลุ่มคำ หรือข้อความที่ได้จากภาคสนาม 2. จัดหมวดหมู่ข้อมูลแต่ละ

ประเภทเข้าด้วยกัน และตีความหมาย อธิบาย และแปลความหมายของข้อมูลในระดับลึก เชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของข้อมูลให้เกิดเป็นกรอบแนวคิดย่อยๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ ได้ 3. ตีความหมายและสร้างข้อสรุปเพื่อให้ได้ข้อสรุปตามข้อเท็จจริงบนพื้นฐานของปัญหาที่ได้มาเพื่ออธิบายลักษณะตัวแปรที่มีอิทธิพลให้มีความครอบคลุมมากขึ้น อันเป็นข้อมูลเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ได้จากการเก็บข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของงานวิจัยเชิงคุณภาพของลินคอล์น และกูบา (Lincoln and Guba, 1985) ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1. ความน่าเชื่อถือได้ (credibility) ประกอบด้วย เขียนบันทึกส่วนตัว การใช้เวลาอยู่กับผู้ให้ข้อมูลให้นานพอในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกเกี่ยวกับบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล 2. ความสามารถถ่ายย้ายไปใช้ได้ (transferability) ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้ในพื้นที่ หรือสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับบริบทที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยบรรยายบริบทที่ทำการศึกษาให้มากพอที่ผู้อ่านจะใช้ประกอบการตัดสินใจที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้ 3. ความสามารถยืนยันว่าไม่เปลี่ยนแปลง (confirmability) เพื่อให้ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเป็นไปตามธรรมชาติของความเป็นจริงซึ่งสามารถยืนยันได้ โดยผู้วิจัยจัดเก็บบทสัมภาษณ์และการใส่รหัสเบื้องต้น แยกเป็นแฟ้มข้อมูลแต่ละคนอย่างเป็นระเบียบ นอกจากนี้ผู้วิจัยจัดทำบันทึกเชิงรหัสซึ่งบันทึกการบ่งชี้แก่นของสาระ (theme) ของข้อมูล ภายหลังการบันทึกการบ่งชี้แก่นของสาระไประยะหนึ่งแล้วผู้วิจัยได้บันทึกการบ่งชี้ข้อประกอบแก่นของสาระ โดยการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ชั่วคราวระหว่างหมวดหมู่เฉพาะเท่าที่พบจากข้อมูลและปรับเปลี่ยนชื่อรหัสไปตามข้อมูล 4. ความวางใจได้ (dependability) เพื่อให้ผู้อ่านงานวิจัยรู้สึกเห็นด้วยกับข้อค้นพบที่ผู้วิจัยนำเสนอ ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสุดท้ายให้อาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่านอ่าน และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ

จริยธรรมผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการประเมินงานด้านจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมและเสนอโครงการวิจัยไปยังบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลที่เลือกศึกษาและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลที่คัดเลือกศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตายเมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อแนะนำตัวและขออนุญาตในการค้นหารายชื่อผู้ให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมวิจัยอย่างละเอียด โดยอธิบายผู้ให้ข้อมูลทราบว่าการสัมภาษณ์เจาะลึกเป็นสิ่งจำเป็นต้องใช้เทปบันทึกเสียงทุกครั้ง เพื่อความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล และเก็บเทปบันทึกเสียงไว้เป็นความลับ นำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของงานเท่านั้น ชื่อที่ใช้ในการสัมภาษณ์เป็นชื่อสมมติ หากผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถตอบคำถามใดๆ หรือรู้สึกไม่สะดวกที่จะให้บันทึกเสียงในช่วงใดๆ สามารถแจ้งผู้วิจัยให้หยุดการบันทึกเสียงได้ตลอดเวลาที่ทำการสัมภาษณ์ โดยหากบางคำถามไปกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดภาวะเศร้าโศกมากขึ้น ผู้วิจัยจะหยุดสัมภาษณ์ทันที และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายและแสดงออกถึงความรู้สึกอย่างเต็มที่ รับฟังด้วยความตั้งใจ ยอมรับและเข้าใจในสภาพที่เกิดขึ้นหลังผู้ให้ข้อมูลรู้สึกดีขึ้นผู้วิจัยจะสอบถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง หากผู้ให้ข้อมูลต้องการหยุดหรือต้องการให้ข้อมูลต่อ ผู้วิจัยยินดีทำตามความประสงค์ของผู้ให้ข้อมูล

## ผลการวิจัย

## ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 ราย เป็นภรรยาของผู้ป่วยวิกฤตและตายทั้งหมด และหลังจากที่สามีเสียชีวิต ผู้ให้ข้อมูลทุกราย ยังคงสถานะภาพหม้าย มีอายุระหว่าง 40-78 ปี (อายุเฉลี่ย 50 ปี) 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 (รายได้เฉลี่ย 7,266.67 บาท) ระยะเวลาที่ใช้ชีวิตคู่ต่ำสุด 8 ปี สูงสุด 53 ปี (เฉลี่ย 29.6 ปี) โดยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเสียชีวิตจนถึงวันสัมภาษณ์ต่ำสุด 6 เดือน สูงสุด 4 ปี (เฉลี่ย 17.6 เดือน) ในช่วง 2 ปี ก่อนการสูญเสียคู่สมรส ผู้ให้ข้อมูลประสบกับการสูญเสียบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว จำนวน 4 ราย โดยสูญเสียน้องชาย 1 ราย พี่สะใภ้ 2 ราย และลูกสะใภ้ 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลทุกคนนับถือศาสนาพุทธ โดยก่อนสามีเสียชีวิต ผู้ให้ข้อมูลได้ปฏิบัติทางศาสนาด้วยการไหว้พระ/สวดมนต์ 8 ราย ไม่ได้ปฏิบัติ 7 ราย และหลังจากสามีเสียชีวิต ผู้ให้ข้อมูลทำบุญ ตักบาตร 8 ราย ศึกษาธรรมะ 5 ราย สวดมนต์และนั่งสมาธิ 5 ราย โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาพุทธมากกว่า 1 อย่าง

ผู้ป่วยซึ่งเป็นคู่สมรสที่เจ็บป่วยวิกฤตและเสียชีวิตทั้งหมดเป็นสามีของผู้ให้ข้อมูล มีอายุระหว่าง 42-80 ปี (อายุเฉลี่ย 59.53 ปี) โดยมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและวิกฤต จำนวน 11 ราย เจ็บป่วยเรื้อรังและวิกฤต จำนวน 4 ราย ในการเจ็บป่วยวิกฤตเหล่านี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจวายเฉียบพลัน จำนวน 5 ราย ติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 4 ราย ช็อกจากสูญเสียเลือด จำนวน 2 ราย หายใจวาย จำนวน 1 ราย บาดเจ็บหลายระบบจากอุบัติเหตุรถ จำนวน 1 ราย ไตวายเฉียบพลัน จำนวน 1 ราย และตับวายเฉียบพลัน จำนวน 1 ราย

ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 15 ราย ถึงประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อรับรู้ว่ามีกำลังจะเสียชีวิตและเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน คือ ด้านความรู้สึก ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านร่างกาย

1. ด้านความรู้สึก พบว่า ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 15 ราย มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ช็อก ตกใจ เหวง

ว่าเหว่ เกรียด กังวลและหงุดหงิด ดังตัวอย่างคำกล่าว

“รู้สึกเสียใจ ว่าเค้าต้องจากเราไปแน่แล้ว เราต้องทำจิตใจให้เข้มแข็งไว้ เพราะเราถือว่าเราดูแลมาทุกวัน ทุกวินาที เพราะฉะนั้นอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด พยายามไม่ร้องไห้ เพราะเราดูแลเต็มที่แล้ว แต่มันร้องไห้ในใจลึกๆ แล้วบอกลูกว่าอย่าร้องนะ แม่กับลูกคู่ออกันทุกวันนี่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“กังวล ว่าแกจะหายไปไหน ตอนนั้นหมอกก็ยังไม่ได้ออกอะไร ก็คิดว่าแกเป็นอะไรสักทีจะหายไปไหน ป้ากังวล กลุ่มใจเลยเราก็เครียด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

“รู้สึกโหยหาแบบว่า ว่าเหว่ หาทองกลับบ้านไม่เจอใคร คิดถึงเมื่อก่อนกลับบ้านก็ต้องเจอแถมนั่งอยู่หน้าบ้านทุกวัน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“แกเสียแรกๆ พี่ซ็อก รู้สึกว่าขามันสั้น เป็นลมเลย จะเดินก็เดินไม่ได้ มันก้าวขาไม่ออกเลย ตอนนั้นคิดเลยนะ ถ้าไม่มีเค้าเราจะอยู่อย่างไร พี่จะอยู่อย่างไร ลูกจะอยู่อย่างไร”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

2. ด้านความคิด พบว่า ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 ราย เล่าว่าช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติและกำลังเสียชีวิต รวมทั้งหลังสูญเสียสามารถ ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดหมกมุ่นวนเวียนอยู่กับสามี และคิดอยากฆ่าตัวตาย ดังตัวอย่างคำกล่าว

“รู้สึกเศร้าโศกเสียใจ จะอยู่บนห้องคนเดียว ไม่ลง จะไม่ทำอะไรเลยสักอย่างคิดอยากจะทำ ไม่อยากพูดกับใคร อยากอยู่คนเดียว ไม่อยากกินอะไร ไม่อยากทำอะไรด้วย คิดแต่ว่าไม่อยากอยู่ มันทำใจไม่ได้อยู่ประมาณ 5 เดือนพอช่วงกลางวันเด็กก็ไปโรงเรียนหมด เราก็อยู่คนเดียว นั่งร้อง นอนร้องอยู่ในห้องคิดว่าตายไปด้วยดีไหม”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ป้าอยู่บ้านคนเดียวก็เหงา ป้าจะคิดถึงเค้า (สามี) คิดอยู่ทุกวัน ไม่คิดเลยว่าแกจะไปเร็วแบบนี้เพราะตรงนี้ ป้าก็มากับเค้า มาจับด้วยกันแต่ว่า ป้าจับไม่หนักเท่าไหร่”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

3. ด้านพฤติกรรม พบว่า ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 6 ราย อยากอยู่เงียบๆคนเดียว และหลีกเลี่ยงสังคม ดังตัวอย่างคำกล่าว

“ไม่อยากจะไปให้เพื่อนเห็นสีหน้าว่าเราเป็นทุกข์เราแบกโลกเอาไว้แบบนี้ แล้วเราก็อยู่แบบเน่าๆ น้ำอะไรก็ไม่อยากอาบไม่ดูแลตัวเอง จากที่ว่าตัวเองเป็นคนรักการแต่งตัวนะ แต่อารมณ์นั้น (เศร้าโศก) เข้ามา มันไม่อยากทำอะไรเลย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14)

“หลังจากแกเสีย รู้สึกอยากอยู่คนเดียว ไม่อยากจะไปไหน ไม่อยากเจอใคร ไม่อยากจะถูกคุย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

4. ด้านร่างกาย พบว่า ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 9 ราย มีอาการกินไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับและโรคประจำตัวกำเริบ ดังตัวอย่างคำกล่าว

“ที่กินไม่ได้ ไม่หิว น้ำหนักลดช่วงนั้นไม่ค่อยกินข้าวแบบมันไม่หิว มันกินไม่ได้ มันรู้สึกมันมาจากอยู่ที่คอยกินไม่ได้เลย เพราะว่าคนเคยอยู่มาจากไป น้ำหนักลด 4 กิโลภายใน 2-3 เดือน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

“ที่นอนไม่หลับ เพราะเรานอน เราจะคิดถึงภาพเค้า (สามี) แล้วเวลาหลับตาก็นึกถึงสภาพของเค้าอะไรแบบนั้น มันก็นอนไม่หลับ บางทีก็ตื่นขึ้นมาทำงานบ้าง รีดผ้าบ้าง ทำงานบ้าน”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

“ที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว เป็นความดันพอมันเครียดความดันก็ขึ้น หมอต้องเพิ่มยา มีนหัว อ่อนเพลีย”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

### การอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า จากการที่สามีได้เสียชีวิตจากเจ็บป่วยวิกฤตทำให้ภรรยาที่อยู่ในภาวะเศร้าโศกรับรู้ตนเองถึงปฏิกริยาการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ โดยจิตใจมีความเศร้าเสียใจร้องไห้ หดหู่ เบื่อหน่าย เครียด สอดคล้องกับเชิรชัช งามทิพย์วัฒนา (2535) ที่กล่าวว่า ความรู้สึกเศร้าเสียใจเป็นความรู้สึกที่พบได้บ่อยที่สุด ภายหลังจากสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และความรู้สึกที่รองลงมาคือ ความเครียด เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกวิตกกังวล คิดมากในเรื่องต่างๆ และด้านร่างกาย รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ซึ่งพบในผู้ให้ข้อมูลจำนวน 9 รายจากทั้งหมด 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 และพบได้ทุกวัย สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์เศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังจากเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมของจรรยา ชำรัมย์ (2547) พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายความเศร้าโศกว่ามีผลต่อร่างกายซึ่งเกิดขึ้นขณะที่มีความเศร้าโศก ตั้งแต่วันแรกถึงประมาณ 4 เดือนได้แก่ น้ำหนักลดลง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ระดับโลหิตสูงเพิ่มขึ้น มีอาการเบลอๆ หลงลืมไปหลายเดือน จากการเกิดความเครียด เสียใจ เศร้าใจ

นอกจากนี้ปฏิกริยาด้านพฤติกรรม ที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกต้องการแยกตัวเองออกจากสังคม และบุคคลที่ตนเองเกี่ยวข้อง เพื่อขออยู่ตามลำพังเงียบๆ จากการศึกษาพบในช่วง 1 ถึง 6 เดือนหลังการสูญเสียสามี ซึ่งภาวะที่ยังทำใจยอมรับกับการสูญเสียคนรักอย่างกะทันหันไม่ได้ และเศร้าเสียใจมาก มีผลให้ขาดพลังในการดำรงชีวิตต่อไป ไม่ต้องการพบปะผู้คน และจมอยู่ในความทุกข์ เพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสภาพการสูญเสียคู่ชีวิต สอดคล้องกับฮอโรวิทซ์ และคณะ (Horowitz et al., 1977 อ้างตาม จรรยา ชำรัมย์, 2547) พบว่า คู่สมรสจะเกิดความรู้สึกอนาคดไม่มั่นคง จากการสูญเสียบุคคลที่พึ่งพาได้ โดยพบในช่วง 1 เดือนหลังการสูญเสียคู่สมรสจะรู้สึกถึงอนาคดไม่แน่นอน ไม่

มันคง รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจเมื่อมีคนมาพูดคุย หรือสอบถามเรื่องราวของสามี สอดคล้องกับผานิต บุญตระกูล (2551) ที่กล่าวถึง ปฏิกริยาตอบสนองต่อภาวะสูญเสีย และเศร้าโศกของหญิงม่ายจากเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัย พบว่า ด้านพฤติกรรม อยากรู้อยู่เรื่อยๆคนเดียว และหลีกเลี่ยงทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับสามี ส่วนด้านความคิด มีความคิดหมกมุ่นเวียนอยู่กับสามี และคิดฆ่าตัวตาย และปฏิกริยาตอบสนองด้านความคิด จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับสามี เนื่องจากสามีเป็นบุคคลที่รัก มีความใกล้ชิดผูกพัน เมื่อเสียชีวิตไปย่อมมีความรู้สึกคิดถึงโดยเฉพาะหลังเสียชีวิตใหม่ๆ จะคิดมากจนหมกมุ่น สอดคล้องกับริช (Rich, 2002) ที่พบว่า หากผู้เสียชีวิตและสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดผูกพันมาก การตัดขาดจะยากขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตายในครั้งนี สามารถนำมาใช้จัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาล และทีมสุขภาพในการช่วยเหลือด้านจิตใจแก่คู่สมรสไทยพุทธเมื่อรับทราบข้อมูลว่าผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระยะวิกฤตและใกล้ตาย และนำมาใช้เป็นข้อมูลให้แก่หน่วยงานพยาบาลและองค์กรทางสุขภาพในการติดตาม และดูแลคู่สมรสของผู้ป่วยวิกฤตและตาย ในการปรับตัวต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศก

### เอกสารอ้างอิง

- จริยา ชำรัมย์. 2547. ประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนา นิลชัย โกวิท. 2550. ความเศร้าโศกเสียใจที่เกิดจากการสูญเสียและการตาย. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา. 2535. การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่เศร้าโศก. คลินิก 8 (1): 29-34.
- ปาริชาติ สุขุม. 2539. ความทุกข์โศกจากความตาย. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.
- ผานิต บุญตระกูล. 2551. ภาวะสูญเสีย และเศร้าโศก: ประสบการณ์ของหญิงม่ายจากเหตุการณ์ธรณีพิบัติ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 28 (1): 45-47.
- ยุวนิดา อารามรัมย์. 2550. ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รัชณี หลงสวาสดี. 2554. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 19 (2): 54-67.
- สุภางค์ จันทวานิช. 2543. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Donhrend, B. 1994. Stress and measure of physiological arousal. *Health Psychology* 7 (8): 94.
- Hogan, N. S. 2001. Development and validation of the hogan grief reaction checklist. *Death Studies* 25: 748-817.
- Lincoln, Y. S., and Guba, E. G. 1985. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage.
- Morton, P. G, Fontaine, D., Hudak, C. M., and Gallo, B. M, (Eds). 2005. Loss and responses to loss. In *Critical Nursing: A holistic approach* (8<sup>th</sup> ed)(PP 20-26), Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Rich, S. 2002. Caregiver grief: Taking care of our patient. *International Journal of Trauma Nursing* 8: 24-28.



Wendy, G. A., Robert, M. A., Derek, C. A., and Cindy, L. B. 2008. Posttraumatic stress and complicated grief in family member of patients in the intensive care unit. *Journal of General Internal Medicine* 23 (11): 1871-1876.