

ประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



นางสาวรัสรินทร์ เสถียรภัทรนันท์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Loss experiences of spouses after dying of terminally ill patients
at King Chulalongkorn Memorial Hospital

Miss Ratsarin Sathianphattharanan



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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิต
โดย	ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สาขาวิชา	นางสาวสรินทร์ เสถียรภักทรนันท์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	สุภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย
	อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์โสภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หุ่นเรือวงศ์)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย)
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ)

รัสรินทร์ เสถียรภัทรนันท์ : ประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (Loss experiences of spouses after dying of terminally ill patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. นพ.พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 126 หน้า.

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสบการณ์จากการสูญเสีย การจัดการกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วิธีการศึกษา เป็นรูปแบบการวิจัยการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาจากคู่สมรสทั้งเพศชายและเพศหญิงของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตไปแล้วระยะเวลา 3 เดือน ที่ส่งปรึกษาศูนย์ชีวาภิบาล เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน-เดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นคู่สมรสที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนจนผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสียชีวิต เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ส่วนบุคคลเชิงลึก ใช้เวลา 60-90 นาที เครื่องมือประกอบด้วย 1)แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ระดับลึก และ 2)แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียฉบับภาษาไทย ข้อมูลมีจำนวน 10 ราย ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซซี่ (Colaizzi's)

ผลการศึกษา คู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้าย 10 ราย เป็นเพศหญิง 7 รายและเป็นเพศชาย 3 ราย มีอายุเฉลี่ย 50.2 ปี ผู้ป่วยทุกรายเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มีคู่สมรสที่ประสบกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 6 ราย (ร้อยละ 60) โดยใช้แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียฉบับภาษาไทย ประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าไม่แตกต่างจากปฏิกิริยาจากการสูญเสียของบุคคลอื่นเป็นที่รักทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1)ระยะมินชา 2)ระยะซิมเศร่า และ 3)ระยะกลับคืนสู่ปกติ ผู้ที่ประสบกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ จะเป็นผู้ที่มีความรักความผูกพันกับคู่สมรสมาก ฟังฟังฟังพากับผู้ที่เสียชีวิตอย่างสูง หรือมีการปิดบังไม่กล้าบอกความจริง หรือเป็นการสูญเสียเกิดขึ้นโดยฉับพลันกะทันหัน ไม่ทันคาดคิด ไม่ทันได้เตรียมใจ ไม่ทันได้เตรียมความพร้อม ผู้ที่ผ่านอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียจะมีการจัดการกับการสูญเสียที่ดีและมีการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม

สรุป ประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระยะเวลา 3 เดือน พบปฏิกิริยาทางจิตใจ 3 ระยะ ได้แก่ 1)ระยะมินชา 2)ระยะ ซิมเศร่า และ 3)ระยะกลับคืนสู่ปกติ การช่วยเหลือคู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้จัดการกับการสูญเสีย ต้องเริ่มตั้งแต่อนการเสียชีวิตและหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมให้คู่สมรสเผชิญกับการสูญเสีย การจัดการกับการสูญเสียและได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยให้คู่สมรสผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกหลังจากการเสียชีวิตได้

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

ลายมือชื่อนิติ
.....

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก
.....

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม
.....

5674260030 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: LOST EXPERIENCES / GRIEF / BEREAVEMENT / ABNORMAL / PATHOLOGICAL / COMPLICATED GRIEF / SPOUSES / COPING WITH LOSS / SOCIAL SUPPORT

RATSARIN SATHIANPHATTHARANAN: Loss experiences of spouses after dying of terminally ill patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital. ADVISOR: ASSOC. PROF. PEERAPHON LUEBOONTHAVATCHAI, M.D., CO-ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 126 pp.

Objectives: To study the loss experiences, coping with loss, and social support of spouses after the death of terminally ill patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Method: This is qualitative research. Both male and female spouses of terminally ill patients after the death of 3 months were recruited into the study from Cheewabhibaln Palliative Care Center at King Chulalongkorn Memorial Hospital and collected data from September - October 2014 by using purposive sampling. Those spouses were living and giving care to the patients for at least 6 months until the death of patients. Sixty - to - ninety - minute in-depth interview was used in this study. Instruments in this study were 1)demographic data form and questions for in-depth interview, and 2)Inventory of complicated Grief - ICG. The data was saturated at 10participants. Data analysis was performed by using Colazzi's method.

Results: There were 10 spouses of terminally ill patients; 7 were female and 3 were male. The average age was 50.2 years. All terminal patients were 6 spouses (60%) experienced complicated grief by ICG. Loss experiences of the terminally ill's spouses were not different from other close relatives' losses. The psychological reactions were composed of - phases : 1)numbness, 2)depression, 3)recovery. The spouses with complicated grief were those who had very close relationship or overly dependence to the dead person, the truth concealing, the sudden or unexpected loss, or unprepared loss. Spouse who had resolved grief were those with adaptive coping with loss, and adequate social support.

Conclusion: Loss experiences of spouses after the death of terminally ill patients in 3 - month period were composed of 3 phases of psychological reactions : 1)numbness, 2)depression, and 3)recovery. Helping the spouses of the terminally ill to deal with losses should implement both before and after the death of patients. Preparing the spouses to experience the losses, cope with losses, and gain adequate social support may help them to resolve the grief after the death of terminal patients.

Department: Psychiatry

Student's Signature

Field of Study: Mental Health

Advisor's Signature

Academic Year: 2014

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความเมตตาของ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพนธ์ ลีอบุญธวัชชัย และท่านอาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ที่กรุณาสละเวลาให้แนวคิด ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในเรื่องการทำวิทยานิพนธ์และการทำวิจัยเชิงคุณภาพ พร้อมทั้งช่วยตรวจทานแก้ไข จนทำให้ วิทยานิพนธ์เล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดี

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หุ่่มเรื่องวงศ์ และ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ ที่ให้เกียรติสละเวลามาเป็นประธานกรรมการและ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ในการแก้ไข วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นและขอขอบคุณ คุณอรสา ไยยอง ที่อนุญาตให้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินในการทำวิจัย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ให้การสนับสนุน ทุนการศึกษาแก่ผู้วิจัยให้มีโอกาสได้รับการศึกษาต่อยอด เพื่อนำความรู้มาพัฒนารูปแบบการ ปฏิบัติงานในอนาคตต่อไป

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พรเลิศ ฉัตรแก้ว และคุณวีรมลล์ จันทดี ที่เป็นแรงบันดาลใจในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจน แพทย์ พยาบาล หัวหน้าฝ่าย สวัสดิการสังคม เพื่อน พี่ น้อง นักสังคมสงเคราะห์ทุกท่าน เจ้าหน้าที่ศูนย์ชีวาภิบาลและฝ่าย สวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุน ให้คำแนะนำและเป็นกำลังใจ ที่ดีเสมอมา

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ที่กรุณาถ่ายทอดความรู้อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมถึงเจ้าหน้าที่ธุรการและ เพื่อนๆทุกท่าน ที่คอยให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ดีตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษาและ การทำวิทยานิพนธ์

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ร.ต.ชาลี และคุณแม่พิมพ์กุล เสถียรภัทรนันท์ บิดามารดาผู้เป็นที่รักยิ่ง คุณจิโรจน์และคุณทัศนีย์ เสถียรภัทรนันท์ น้องชายและน้องสาวที่คอย เป็นแรงใจที่สำคัญ ทั้งให้ความรัก ความอบอุ่น ให้คำปรึกษาแนะนำและอยู่เบื้องหลังทุกๆ ความสำเร็จที่ได้มา ตลอดจนทุกคนในครอบครัวที่ให้การสนับสนุนส่งเสริมด้านการศึกษาเป็นอย่าง ดีมาตลอด

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	1
สารบัญรูปภาพ.....	2
บทที่ 1	3
บทนำ.....	3
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	3
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	6
ข้อจำกัดในการทำวิจัย.....	6
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
บทที่ 2	10
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
1. ประสบการณ์การสูญเสีย (Loss experiences).....	11
1.1 ปฏิกริยาตอบสนองต่อการสูญเสีย (Five stages of grief).....	11
1.2 อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่เป็นปกติ (Grief or bereavement).....	14

1.3 อารมณ์เศร้าโศกต่อการสูญเสียที่ผิดปกติ (Abnormal/ pathological / or complicated grief).....	17
1.4 ปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกของกลุ่มสมรส	19
1.5 การบำบัดรักษาอารมณ์ที่ผิดปกติจากการสูญเสีย	22
2. การจัดการกับการสูญเสีย (Coping with loss).....	28
3. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)	32
4. การศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา	39
5. ข้อมูลทั่วไปของศูนย์ชีวาภิบาล	41
6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์จากการสูญเสีย การจัดการกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มสมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิต.....	44
บทที่ 3	47
วิธีดำเนินการวิจัย	47
ผู้เข้าร่วมในการศึกษาวิจัย.....	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การวิเคราะห์ข้อมูล	53
ข้อพิจารณาทางจริยธรรม (Ethical considerations).....	56
บทที่ 4	57
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	57
บทที่ 5	93
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	93
สรุปผลการวิจัย.....	93
อภิปรายผลการวิจัย.....	99
ข้อจำกัดในการศึกษา.....	104

การนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้.....	105
ข้อเสนอแนะ.....	106
รายการอ้างอิง.....	107
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	126



สารบัญตาราง

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	60
ตาราง 2 แสดงอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติของกลุ่มสมรสหลังจากการเสียชีวิตของ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	63



สารบัญรูปร่าง

รูป 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
รูป 2 แสดงประสบการณ์จากการสูญเสีย	64



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูญเสียเป็นประสบการณ์ในชีวิตตามปกติที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบพบเจอ โดยเฉพาะการสูญเสียที่เป็นผลมาจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก^(1, 2) เช่น คู่สมรส บิดา มารดาและญาติ พี่น้องที่ใกล้ชิด โดยอารมณ์เศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสีย (grief) เป็นอารมณ์เศร้าโศกตามปกติที่เกิดขึ้นได้ แต่ในบางรายอารมณ์ที่เศร้าโศกที่เกิดขึ้นอาจรุนแรงหรือยาวนานเกินปกติเรียกว่าอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (abnormal/ pathological/ or complicated grief) การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก โดยเฉพาะคู่สมรสเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดโรคซึมเศร้า โดยพบโรคซึมเศร้าเรื้อรังหลังจากการสูญเสียได้ถึงร้อยละ 10 -15⁽¹⁾ บุคคลที่จะผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกไปได้ มักจะต้องมีการจัดการกับการสูญเสีย (coping with loss)⁽³⁾ ที่ดี และมีการสนับสนุนทางสังคม (social support)⁽⁴⁾ ที่ดี

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งมีผู้มาใช้บริการเป็นจำนวนมาก สถิติการให้บริการในปีพ.ศ.2554 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยใน จำนวน 10,000 คน และผู้ป่วยนอก จำนวน 120,000 คน ให้บริการรักษาทั้งผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยเฉพาะทาง โดยได้รับพิจารณาการส่งต่อจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและในกรณีฉุกเฉินเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งมีผู้ป่วยในจำนวนมากที่มารักษาด้วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งมีสถิติผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ประมาณปีละ 1,500 ราย⁽⁵⁾ ทางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ในปัจจุบัน จึงได้มีการจัดตั้งศูนย์ชีวาภิบาล ซึ่งเป็นศูนย์ที่พัฒนาการให้บริการในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประครองและผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นมา เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม จากการปฏิบัติงานของศูนย์ชีวาภิบาลทำให้พบว่ามีผู้ป่วยเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น และสถิติผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตที่ส่งปรึกษาจากศูนย์ชีวาภิบาลประมาณปีละ 150 ราย⁽⁶⁾ โดยสถิติของกลุ่มที่เป็นคู่สมรสทั้งหมด 67 ราย คู่สมรสที่เป็นภรรยา 39 รายและเป็นสามี 28 ราย

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คู่สมรสจะต้องเผชิญกับปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นทางจิตใจ หลากหลายอย่าง⁽⁷⁾ ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะการเจ็บป่วย การรับรู้ข่าวร้ายว่าผู้ป่วยป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย การตัดสินใจบอกข่าวร้ายให้ผู้ป่วยทราบ การเตรียมความพร้อมของคู่สมรส ปฏิกิริยาต่างๆที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลายอมรับกับการสูญเสีย การปรับตัวหลังจากการสูญเสีย ปัจจัยอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้อง คือการจัดการกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้คู่สมรสสามารถจัดการกับการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้

จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ในหน้าที่นักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทีมศูนย์ชีวาภิบาล ผู้วิจัยได้พบว่าคู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องประสบกับประสบการณ์การสูญเสียตั้งแต่ก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และหลังจากการเสียชีวิต คู่สมรสบางรายไม่สามารถผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียไปได้ คู่สมรสที่สามารถปรับตัวกับการสูญเสีย มีการจัดการกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะสามารถผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียไปได้ แต่หากอารมณ์เศร้าโศกที่เกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นรุนแรงยาวนานเกินไปหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว 6 เดือนขึ้นไป^{(1),(2)} จะก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ โดยจะส่งผลให้คู่สมรสมีโอกาสเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต เสี่ยงต่อการมีความผิดปกติทางอารมณ์ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อปรับตัวในการดำเนินชีวิตของคู่สมรสได้⁽⁸⁾ การศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระยะเวลา 3 เดือน เพื่อดูว่าระยะเวลาช่วงแรกหลังจากการสูญเสีย คู่สมรสจะมีปฏิกิริยาในการสูญเสีย การจัดการกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างไรบ้าง และจากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับประสบการณ์การสูญเสียของคุณในการสมรสหลังจากการสูญเสียของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยังพบน้อย พบแต่เพียงการศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสของผู้ป่วยวิกฤตและตาย^{(9),(10)}

ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์จากการสูญเสียของคู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิต การจัดการกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อจะทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์จากการสูญเสียที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ที่สูญเสียผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสียไปได้ด้วยวิธีการจัดการกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ซึ่งการศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้สามารถนำผลวิจัยมาพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพ⁽¹¹⁾ ในการดูแล

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและคู่สมรส หาแนวทางในการให้ความช่วยเหลือ การป้องกัน การดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ อารมณ์ของคู่สมรสที่เกิดการสูญเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำถามการวิจัย

1. ประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นอย่างไร
2. คู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีวิธีการจัดการกับการสูญเสียเป็นอย่างไร
3. การสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสหลังจากการสูญเสียผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาการจัดการกับการสูญเสียของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สมมติฐานการวิจัย

ไม่มี

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative study) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวนทั้งหมด 10 ราย ที่ส่งปรึกษาจากศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หลังจากที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสียชีวิตในช่วงระยะเวลา 3 เดือน เพื่อศึกษาประสบการณ์การสูญเสีย การจัดการกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะคู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างใกล้ชิดเป็นระยะเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่ส่งปรึกษาศูนย์ชีวภีบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยเข้าไปเก็บข้อมูลหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว 3 เดือน เพื่อศึกษาปฏิกิริยาในช่วงแรกหลังจากการสูญเสีย

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ส่งปรึกษาจากศูนย์ชีวภีบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และศึกษาในช่วง 3 เดือนแรกของการสูญเสียเท่านั้น ดังนั้นหากจะนำผลการศึกษาไปใช้ควรพิจารณาในประเด็นดังกล่าวนี้ด้วย

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

ประสบการณ์การสูญเสีย (Loss experiences/ grief/ or bereavement) หมายถึง ประสบการณ์ที่คู่สมรสที่เป็นสามีหรือภรรยา ได้ประสบกับการสูญเสียผู้ป่วยระยะสุดท้ายในช่วงเวลา 3 เดือนหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่เป็นปกติ (Grief or bereavement) หมายถึง อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียตามปกติที่ตอบสนองต่อการสูญเสียตามธรรมชาติ เป็นปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมต่อการสูญเสียที่สำคัญโดยเฉพาะการเสียชีวิตของบุคคลที่ใกล้ชิด เกิดขึ้นหลังจากการรับรู้ถึงการสูญเสีย เช่น อารมณ์เศร้าโศก คร่ำครวญ ร้องไห้ ในการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะมีนชา (numbness) 2) ระยะซึมเศร้า (depression) และ 3) ระยะกลับคืนสู่ปกติ (recovery)

อารมณ์เศร้าโศกต่อการสูญเสียที่ผิดปกติ (Abnormal/ pathological/ or complicated grief) หมายถึงอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย เป็นอารมณ์เศร้าโศกที่รุนแรง ยาวนานเกินกว่าเวลาที่บุคคลส่วนใหญ่ในสังคมจะสามารถผ่านพ้นหรือดีขึ้นได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ

หรือขัดขวางการใช้ชีวิตประจำวันให้แย่งลง จนส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจอันได้แก่ โรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminally ill patient) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคต่างๆ ลุกกลามจนรักษาไม่หายและแพทย์ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะโรคนั้นๆอีกต่อไป นอกจากรักษาดูแลแบบประคับประคองตามอาการจวบจนเสียชีวิตที่ส่งปรึกษาจากศูนย์ชีววิทยาลและเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในการศึกษานี้อาศัยจากการวินิจฉัยของแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คู่สมรส (Spouses) หมายถึง สามีหรือภรรยาที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายหรือใช้ชีวิตร่วมกัน โดยไม่ได้จดทะเบียนสมรสทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างใกล้ชิดเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือนในช่วงสุดท้ายของชีวิต

การจัดการกับการสูญเสีย (Coping with loss) หมายถึง วิธีการหรือการกระทำที่คู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายใช้เพื่อลดหรือขจัดความเครียดที่เกิดจากการสูญเสียที่เกิดขึ้นของคู่สมรสหลังจากการสูญเสียผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในการศึกษานี้คู่สมรสมีวิธีการจัดการกับการสูญเสียได้แก่ การจัดการกับการสูญเสียด้านอารมณ์จิตใจ มุ่งจัดการเผชิญกับปัญหา มีครอบครัวและหลักคำสอนทางศาสนา เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

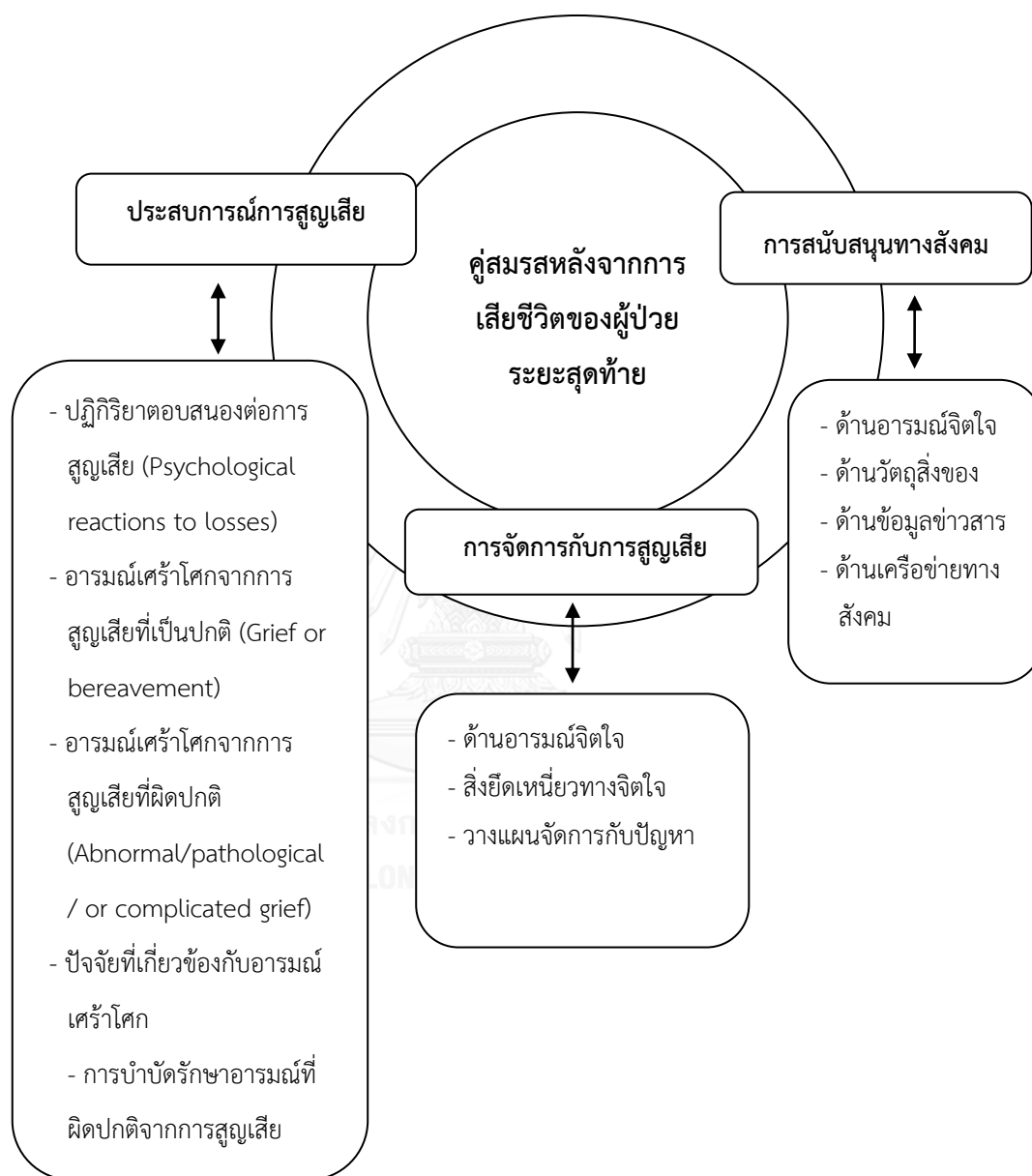
การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การที่คู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนม ครอบครัว เพื่อน ชุมชน สามารถดูแลและทำหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ การให้ความรัก การให้กำลังใจ ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา สนับสนุนทางการเงิน เวลา อาชีพ และที่อยู่อาศัยในการศึกษาเป็นการสนับสนุนทางสังคมประกอบไปด้วย 1)การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จิตใจ 2)ด้านข้อมูลข่าวสาร 3)ด้านเศรษฐกิจ และ 4)ด้านเครือข่ายทางสังคม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ข้อมูลที่ได้จะทำให้ทราบถึงประสบการณ์การสูญเสีย วิธีการจัดการกับการสูญเสีย และการสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เกิดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป
2. เป็นแนวทางสำหรับทีมสหวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์ ในการพัฒนาโปรแกรมในการป้องกันและให้การช่วยเหลือ ดูแล รักษา ฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจที่เกิดจากการสูญเสีย



กรอบแนวคิดในการวิจัย



รูป 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยในครั้งนี้เป็นประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี ความรู้ที่สำคัญจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ โดยสรุปสาระสำคัญและนำเสนอตามลำดับ ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. ประสบการณ์จากการสูญเสีย (Loss experiences)
 - 1.1 ปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสีย (Psychological reaction to losses)
 - 1.2 อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่เป็นปกติ (Grief or bereavement)
 - 1.3 อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Abnormal/ pathological/ or complicated grief)
 - 1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศก
 - 1.5 การบำบัดรักษาอารมณ์ที่ผิดปกติจากการสูญเสีย
2. การจัดการกับการสูญเสีย (Coping with loss)
3. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)
4. การศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา
5. ข้อมูลทั่วไปของศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
6. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การสูญเสีย การจัดการกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคม

1. ประสบการณ์การสูญเสีย (Loss experiences)

1.1 ปฏิกริยาตอบสนองต่อการสูญเสีย (Five stages of grief)

อลิซาเบททอลเบอร์ รอสส์⁽¹²⁾ ได้อธิบายกรณีที่ประสบภาวะสูญเสียเมื่อรู้ว่าตนเองกำลังจะเกิดการสูญเสีย สามารถนำทฤษฎีมาอธิบายปฏิกริยาทางจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะเกิดขึ้นหลังจากการเสียชีวิต ซึ่งปฏิกริยาทั้ง 5 ระยะนี้ ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นเรียงลำดับกัน สามารถสลับไปมาได้ขึ้นอยู่กับต่อการสูญเสียของแต่ละบุคคล ดังนี้

1. ระยะเวลาปฏิเสธและไม่ยอมรับความจริง (Denial and shock) เป็นการเผชิญหน้าสำหรับผู้พบกับความสูญเสียและความตายที่จะเกิดขึ้น อาจจะไม่ยอมรับความจริงว่าจะเกิดการสูญเสียขึ้น ทำให้เกิดอาการช็อค ไม่เชื่อ และไม่ยอมรับความจริง บางคนไม่ยอมรับความจริง แม้จะคาดเดาว่าจะต้องสูญเสียไว้ล่วงหน้าแล้ว แต่บางคนรับรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้นจะปฏิเสธและแยกตัวจากสังคม ภาวการณ์นี้จะคงอยู่ช่วงเวลาหนึ่ง เป็นชั่วโมง เป็นวัน หรือเป็นสัปดาห์

2. ระยะเวลาโกรธ (Anger) เมื่อความช็อคหายไป ความเจ็บปวดจากการสูญเสียเข้ามาเต็มที่ไม่สามารถปฏิเสธหรือยอมรับความจริงได้แล้ว อาจมีอาการโกรธที่ตนเองเป็นผู้สูญเสียเข้ามาแทนที่ บางครั้งโกรธตนเอง โกรธคนใกล้ชิด โกรธคนอื่นๆ รวมทั้งโกรธทีมแพทย์ที่รักษาพยาบาล ภาวการณ์จะร่ำไห้ คร่ำครวญหาคนที่รักที่จากไป เสียหายในสิ่งที่ไม่ได้ทำด้วยกัน ไม่ได้พูดหรือสื่อความรู้สึกบางอย่าง อาจไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับได้

3. ระยะเวลาต่อรอง (Bargaining) เป็นระยะที่เริ่มยอมรับกับการสูญเสีย แต่ยังคงต่อรองไม่ให้เกิดการสูญเสีย แสดงความหวัง แสวงหาทางออกวิธีต่างๆ เพื่อยืดระยะเวลาการสูญเสียและไม่ให้ความตายมาถึง

4. ระยะเวลาซึมเศร้า (Depression) เป็นช่วงเวลาที่บุคคลประสบกับความสูญเสียทบทวนเรื่องราวต่างๆ ยอมรับกับเรื่องราวที่เกิดขึ้น จะรู้สึกเศร้าเสียใจอย่างรุนแรง กลัว ซบอบอยู่เงียบๆ ไม่พูดกับใคร ไม่มีอะไรแน่นอน ร้องไห้เศร้าโศกอยู่คนเดียว ไม่รับประทานอาหาร

5. ระยะเวลายอมรับ (Acceptance) ระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มทำใจยอมรับความจริง ว่าการสูญเสีย เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ยอมรับกับความตายที่จะเกิดขึ้น เป็นวัฏจักรชีวิตมีการเกิด แก่ เจ็บ และตาย สามารถวางแผน ในการดำเนินชีวิตต่อไปได้ บางคนอาจจะยอมรับแต่ก็ยังคงมีความกลัวและวิตกกังวล

Robert Buckman⁽¹³⁾ ได้เสนอทฤษฎีของปฏิกิริยาทางจิตใจ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะแรก (Initial stage) เผชิญกับความจริง (Facing with threat) ระยะนี้ผู้สูญเสียจะ เกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่าง ๆ ซึ่งขึ้นกับลักษณะนิสัย ประสบการณ์เดิม และกลไกการปรับตัวที่เคยชินสำหรับ ตนเอง เช่น อาจมีความรู้สึก กลัว โกรธ ตกใจ เครียด กังวล อาจเกิดที่ละอย่างหรือผสมกัน และใช้กลไกทางจิต เช่น การปฏิเสธความจริง การโทษสิ่งต่าง ๆ นอกตัว การหลีกเลี่ยง เป็นต้น

2. ระยะต่อมา (Chronic stage) ป่วยเรื้อรัง (Being ill) ปฏิกิริยาทางอารมณ์ในระยะแรก ๆ อาจลดลง ทำใจยอมรับได้ ระยะนี้อาจซึมเศร้า เบื่อหน่าย บุคคลรอบข้างเห็นว่าสภาพจิตใจดูดีขึ้น คงยอมรับได้แล้ว ก็อาจวางตัวห่างไป ภาวะซึมเศร้าจึงพบได้มากในช่วงนี้

3. ระยะสุดท้าย (Final stage) ยอมรับ (Acceptance) ผู้ที่สูญเสียผู้ป่วยยอมรับความตายที่กำลังมาถึงได้ มีการแสดงออกที่เป็นปกติ พูดคุยสื่อสารได้ดี มีการตัดสินใจที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง สามารถยอมรับและปรับตัวได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลักษณะการแสดงออกของอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของคู่สมรส

Baier & Buechsel (2012)⁽¹⁴⁾ ได้สรุปการแสดงออกของอารมณ์เศร้าโศกเป็น 4 ลักษณะ คือ ด้านความรู้สึก ด้านอาการทางกาย ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม ดังนี้

1. ความรู้สึก ผู้ที่สูญเสียจะแสดงภาวะเศร้าโศกทางด้านความรู้สึก ดังเช่น

1.1 ความเสียใจ เป็นความรู้สึกที่พบได้บ่อยที่สุด ผู้ที่อยู่ในภาวะสูญเสียจะแสดงออกโดยการ ร้องไห้ ใบหน้าเศร้าหมอง

1.2 ความโกรธ เป็นความรู้สึกที่บอบช้ำซึ่งเป็นผลมาจากความรู้สึกคับข้องใจ ที่ตนไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วย หรือโกรธที่ถูกผู้เสียชีวิตทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ความรู้สึกโกรธนี้มักจะก่อให้เกิดปัญหา หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม เช่น การโทษตัวเองอย่างมาก การโทษหรือโกรธผู้รักษาที่ให้การดูแลไม่ดี⁽¹⁵⁾

1.3 ความกังวล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากความกังวลว่าตนเองจะอยู่อย่างไรต่อไป เมื่อคู่สมรสตายจากไป กังวลกับการชีวิตข้างหน้า รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต

1.4 ความรู้สึกผิดและโทษตัวเอง เป็นความรู้สึกสำนึกผิด และหมกมุ่นอยู่กับความรู้สึกนี้ตลอด ซึ่งมักจะพบได้บ่อย เช่น ความรู้สึกที่ว่าเป็นความผิดของคนที่ไม่รีบพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

1.5 ความรู้สึกเหงา อ่อนเพลีย ไม่มีชีวิตชีวา เป็นความรู้สึกที่เกิดจากต้องการปรับเปลี่ยนบทบาทของตนที่ต้องมาอยู่คนเดียวโดยปราศจากคู่สมรส ซึ่งมักจะพบร่วมกับความรู้สึกกังวล

1.6 ความรู้สึกโล่งใจ เป็นความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นได้ ในกรณีที่เมื่อบุคคลที่รักถึงแก่กรรม โดยเฉพาะกรณีที่มีการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน

2. ความคิด

ความคิดและอารมณ์มักจะเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นพร้อมๆกัน ซึ่งปฏิกิริยาที่พบได้บ่อย คือ ไม่มีสมาธิ เกิดความลังเล ไม่มั่นใจ ตัดสินใจไม่ได้ สับสน ปฏิเสธ เฉื่อยชา ไร้จุดหมาย ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพได้ ไม่เชื่อว่ามี การสูญเสียเกิดขึ้นจริง มีความสับสน โดยการศึกษาประสบการณ์ของหญิงม่ายจากเหตุการณ์ธรณีพิบัติ⁽¹⁶⁾ ซึ่งหญิงม่ายส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม พบว่า มีความคิดหมกมุ่นถึงบุคคลที่จากไปและคิดฆ่าตัวตาย บางครั้งมีความรู้สึกเสมือนว่า วิญญาณของผู้ที่เสียชีวิตยังคงวนเวียนอยู่ใกล้ๆ

3. อาการทางกาย

อาการที่พบบ่อยในผู้สูญเสีย คือ 1) ปวด ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อและกระดูก ปวดหลัง และปวดศีรษะ 2) ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และคลื่นไส้อาเจียน 3) โรคประจำตัวกำเริบ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขึ้น ระบบทางเดินหายใจมีปัญหา 4) การนอนหลับ ได้แก่ นอนไม่หลับ ฝันร้าย และนอนหลับยาก และ 5) ระบบประสาทและหลอดเลือด ได้แก่ อ่อนล้าง่าย ซาบบริเวณขา เวียนศีรษะ เป็นลม^(11,17)

4. พฤติกรรม

ผู้ที่ประสบกับการสูญเสียมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและชีวิตประจำวัน ได้แก่ แยกตัวออกจากสังคม อายากอยู่เงียบๆคนเดียว พึงพาคนอื่นแม้เรื่องง่าย และหลีกเลี่ยงทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับผู้ตาย ความสามารถในการตัดสินใจเสียไป ฝันถึงบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว หลีกเลี้ยงที่จะคิดถึงผู้ตาย เช่น เก็บรูปภาพผู้ตาย หลีกเลี้ยงการไปสถานที่ที่เคยไปกับผู้ตาย⁽¹⁶⁾

1.2 อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่เป็นปกติ (Grief or bereavement)

อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่เป็นปกติ

อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย หมายถึง อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียตามปกติที่ตอบสนองต่อการสูญเสียตามธรรมชาติ เป็นปฏิกิริยาจากการรับรู้ว่าจะต้องสูญเสียหรือคาดว่าจะต้องมีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ผูกพันใกล้ชิดหรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อตนเอง โดยแสดงความเศร้าโศกออกมาทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ และจิตสังคม เป็นกระบวนการพัฒนาที่ต่อเนื่องสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาและเป็นธรรมชาติที่ทุกคนต้องมี เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและปรับตัวยอมรับการสูญเสียได้⁽¹⁸⁾ ในการศึกษาครั้งนี้ อารมณ์เศร้าโศก คืออารมณ์เศร้าโศกที่ตอบสนองต่อการเสียชีวิต การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รัก ส่วนความจริงของการการสูญเสีย (bereavement) หมายถึง ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักหรือความจริงของการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งนำมาซึ่งความเจ็บปวดทั้งทางกายและจิตใจ^(1, 19) ดังนั้น bereavement คือประสบการณ์การสูญเสียที่เกิดขึ้นจริง ส่วนอารมณ์เศร้าโศก (grief) คือปฏิกิริยาทางจิตใจที่ตอบสนองต่อการสูญเสียนั้น ส่วนการไว้ทุกข์ (mourning) หมายถึงการแสดงออกทางสังคมเกี่ยวกับ

การสูญเสีย เพื่อผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ซึ่งมักได้รับอิทธิพลจากความเชื่อทางศาสนา และวัฒนธรรม เช่นการจัดงานศพ⁽²⁰⁾

ปฏิกิริยาต่ออารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่เป็นปกติ (Three stages of bereavement)

เป็นปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมต่อการสูญเสียที่สำคัญ โดยเฉพาะการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด จะเกิดขึ้นหลังจากการรับรู้ถึงการสูญเสีย เช่น อารมณ์เศร้าโศก คร่ำครวญ ร้องไห้ ซึ่งบางครั้ง grief สามารถเรียกว่า bereavement reaction หรือ bereavement process ก็ได้ โดยมีปฏิกิริยาของภาวะเศร้าโศกปกติจะแสดงปฏิกิริยาใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรก ซึ่งเรียกว่า ระยะมึนชา (numbness) เริ่มจากการรับรู้ความเป็นจริงของการสูญเสียหรือการเสียชีวิต ในระยะนี้ จะเกิดอาการตกใจ (shock) ไม่เชื่อ (disbelief) และปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น (denial) ระยะนี้ใช้เวลา 2-3 ชั่วโมง ตามมาด้วยระยะที่สอง ซึ่งเรียกว่าระยะซึมเศร้า (depression) ในระยะนี้จะมีอารมณ์ซึมเศร้า คร่ำครวญ ร้องไห้บ่อยๆ ย้ำนึกถึงบุคคลที่เสียชีวิต ฝันถึงหรืออาจเห็นภาพบุคคลที่เสียชีวิต ความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับ หรืออาจทำให้กิจวัตรประจำวันตามปกติลดลงจากเดิมบ้าง ระยะนี้จะใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มักไม่เกิน 6 เดือน หลังจากนั้นจะเข้าสู่ระยะที่สาม ซึ่งเรียกว่า ระยะกลับคืนสู่ปกติ (recovery) โดยผู้สูญเสียยอมรับการสูญเสียและเริ่มกลับเข้าสู่กิจวัตรประจำวันตามปกติ แต่ก็มีบางรายที่ไม่สามารถผ่านพ้นไปได้จึงเกิดเป็นอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ⁽¹⁾

อารมณ์เศร้าโศกก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย (anticipatory grief)

เป็นอารมณ์เศร้าโศก ก่อนที่จะเกิดการสูญเสียจริงเพราะได้คิดไว้แล้วว่าจะต้องเกิดการสูญเสียอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้และจบลงเมื่อการสูญเสียที่คาดไว้เกิดขึ้น โดยไม่ว่าจะมีปฏิกิริยาตามมาอย่างไรก็ตาม อารมณ์เศร้าโศกชนิดนี้จะต่างจากอารมณ์เศร้าโศกทั่วไป (grief) ที่จะค่อยๆลดลงตามเวลาที่ผ่านมา อารมณ์เศร้าโศกก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย (anticipatory grief) อาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงเมื่อความสูญเสียนั้นใกล้เข้ามาในบางครั้งโดยเฉพาะเมื่อมีการคาดไว้นานก่อนการสูญเสียจริง และได้มีอารมณ์เศร้าโศกก่อนที่จะเกิดการสูญเสียแล้ว บุคคลจะมีความแสดงของอารมณ์เศร้าโศกน้อยลงเมื่อการสูญเสียเกิดขึ้นจริง⁽²¹⁾

สาเหตุของอารมณ์เศร้าโศก

สาเหตุของอารมณ์เศร้าโศก ได้แก่ การสูญเสีย (loss)^(22, 23) ได้แบ่งลักษณะลักษณะของการสูญเสียออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสูญเสียวัตถุภายนอก เช่น การสูญเสียทรัพย์สิน ไฟไหม้บ้าน การสูญเสียสัตว์เลี้ยง
2. การแยกจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความปลอดภัย เช่น การย้ายที่อยู่อาศัย
3. การสูญเสียลักษณะของบุคคล เป็นการสูญเสียที่มองเห็นและสังเกตได้จากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของบุคคล เช่น การเกิดแผลเป็น การสูญเสียอวัยวะ ความพิการ และการสูญเสียที่สังเกตไม่ได้ เช่น การสูญเสียอวัยวะภายใน การสูญเสียทางอารมณ์
4. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเองจากการเจ็บป่วย การแยกจากกันการตาย ซึ่งถือว่าเป็นการสูญเสียที่สมบูรณ์และถาวร

ปฏิกิริยาตอบสนองต่ออารมณ์เศร้าโศก

ไม่ว่าบุคคลจะเกิดการสูญเสียในรูปแบบใด ปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียนั้นมักจะแสดงออกให้เห็นเป็นพฤติกรรมต่อเนื่องกัน ปฏิกิริยาตอบสนองจะช้าหรือเร็วเพียงใด ขึ้นอยู่กับช่วงเวลาในแต่ละบุคคลปรับตัวในแต่ละระยะและความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบสนองในแต่ละบุคคล

Bowlby⁽²⁴⁾ ได้ศึกษาความผูกพันและการสูญเสีย ซึ่งศึกษาในเด็กวัยหนุ่มสาวที่สูญเสียแม่ และหญิงม่ายที่สูญเสียสามี ในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ โดยสังเกตปฏิกิริยาของผู้สูญเสียและแบ่งระยะการสูญเสียไว้ 4 ระยะ⁽²⁵⁾ ดังนี้

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

2. การคิดถึงและการค้นหา (yearning and searching) เป็นระยะที่กลไกการป้องกันตัวไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดใจที่เกิดขึ้นจากการทราบข่าว ทำให้ผู้สูญเสียเริ่มรับรู้ถึงการสูญเสียบุคคลผู้เป็นที่รัก แต่ไม่เชื่อว่าเกิดการสูญเสียขึ้นจริง ได้แก่ ผู้สูญเสียรู้สึกกระวนกระวาย และหมกมุ่นอยู่กับผู้เสียชีวิต ลักษณะสำคัญ คือ คิดถึงผู้เสียชีวิตตลอดเวลา

3. ความยุ่งเหยิงและหมดอาลัย (disorganization and despair) ระยะนี้เป็นช่วงเวลาที่ยุ่สูญเสีย เกิดการเรียนรู้ถึงการไม่สามารถที่จะพยายามกลับมาใกล้ชิดทางกายภาพกับผู้เสียชีวิตได้ดังเดิม จากประสบการณ์ที่ตนเองได้รับในระยะการคิดถึงและการค้นหา คือ การถอยหนี การไร้อารมณ์ และอารมณ์ซึมเศร้า นอกจากนี้ยังอาจพบการนอนไม่หลับ น้ำหนักลดลงร่วมด้วย

4. การกลับสู่สภาพเดิม (reorganization) ระยะนี้เป็นระยะที่ความเศร้าโศกเกิดการคลี่คลายปรับเข้าสู่ภาวะปกติ ความเจ็บปวดในขณะเศร้าโศกเริ่มลดลงและผู้เศร้าโศกอาลัยเริ่มกลับสู่สภาพชีวิตเดิม เหลือแต่ความรู้สึกเป็นสุขหรือเสียใจ เมื่อคิดถึงผู้เสียชีวิตและมีการประทับภาพลักษณ์ (image) ของผู้เสียชีวิตไว้ในใจ

1.3 อารมณ์เศร้าโศกต่อการสูญเสียที่ผิดปกติ (Abnormal/ pathological / or complicated grief)

พริพเพอร์ ลีออนูธวัชชัย (2550)⁽¹⁾ ให้คำนิยามอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียคือ อารมณ์เศร้าโศกที่รุนแรงและนานเกินกว่าปกติต่อการสูญเสีย จนส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจอันได้แก่โรคซึมเศร้า

Prigerson (1995)⁽²⁶⁾ ให้ความหมายอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ คือเป็นอารมณ์เศร้าโศกที่ไม่สามารถผ่านพ้น หรือดีขึ้นได้ และยังส่งผลกระทบ ขัดขวางการใช้ชีวิตประจำวัน ให้แย่งลง

Shear (2015)⁽¹⁹⁾ ได้นิยามว่า อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียหมายถึง อารมณ์เศร้าโศกที่รุนแรง ยาวนานเกินกว่าเวลาที่บุคคลส่วนใหญ่ในสังคมจะประสบกัน ซึ่งเป็นสาเหตุให้ การใช้ชีวิตประจำวันมีปัญหา

อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่รุนแรงและนานเกินปกติจะพบได้หลายรูปแบบ ตั้งแต่การไม่แสดงอารมณ์เศร้าโศกหลังการสูญเสีย หรือการแสดงออกของอารมณ์เศร้าโศกที่มากเกินไปบุคคลที่เกิดการสูญเสียแต่ไม่สามารถผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกเหล่านี้ไปได้ ยังคงมีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับการสูญเสีย ร้องไห้คร่ำครวญ นึกถึงหรือพูดถึง โหยหาผู้ที่จากไปแล้ว ยอมรับการสูญเสียได้ยาก หดเหี่ยวแรงหรือความสนใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป ไม่มีเป้าหมายในชีวิต มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด มีความคิดฆ่าตัวตาย^(1, 27, 28) ซึ่งอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย^(1, 20) พบได้หลายรูปแบบดังนี้

1. อารมณ์เศร้าโศกที่เรื้อรังต่อการสูญเสีย (chronic or prolonged grief) เป็นปฏิกิริยาผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุด โดยเกิดขึ้นยาวนานกว่า 6 เดือน หลังจากสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจะมีความเศร้าที่เรื้อรังและยาวนาน มักจะรู้สึกผิดและโทษตนเองตลอดเวลา
2. อารมณ์เศร้าโศกที่รุนแรงต่อการสูญเสีย (hypertrophic grief) ช่วงนี้จะมีอารมณ์เศร้าโศกที่รุนแรงเกินกว่าปกติ จนทำให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า (depressive disorder) หรือโรควิตกกังวล (anxiety disorder) ตามมา
3. อารมณ์เศร้าโศกที่ยับยั้งไว้หรือเกิดขึ้นช้ากว่าปกติ (inhibited or delayed grief) การที่ไม่พบปฏิกิริยาการสูญเสีย ซึ่งควรจะพบใน 2 สัปดาห์แรก บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อการสูญเสียน้อยมากกว่าที่ควรจะเป็น เช่น พ่อแม่ที่สูญเสียลูกจากการฆ่าตัวตาย มักจะไม่แสดงอาการเศร้า เพราะกลัวว่าเมื่อแสดงแล้ว บุคคลรอบข้างจะแสดงความเห็นใจแล้วทำให้บุคคลนั้น เศร้ามากขึ้นกว่าเดิม หรือแสดงปฏิกิริยาต่อการสูญเสียช้ามาก หลังจากเกิดการสูญเสีย (delayed grief) จะมีอาการมีนชาต่อการสูญเสีย ที่ควรจะเกิดขึ้นหลังจากเกิดการสูญเสียทันที กลับเกิดขึ้นหลังจากนั้นนานมาก หรือไม่เกิดขึ้นเลย
4. อารมณ์เศร้าโศกที่ไม่สามารถผ่านพ้น (unresolved grief) หมายถึง การชะงักงันของกระบวนการผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศก ไม่สามารถก้าวข้ามผ่านอารมณ์เศร้าโศกไปได้ โดยบุคคลจะเศร้าอยู่ตลอดเวลา ไม่แตกต่างจากช่วงหลังเกิดการสูญเสียใหม่ๆ ยังคงยึดติดต่อการสูญเสียนั้น
5. อารมณ์เศร้าโศกที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (traumatic stress grief) มักจะพบในผู้ที่รอดชีวิตหรือผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์จากภัยพิบัติที่รุนแรงทางธรรมชาติ เหตุการณ์สะเทือน

ขวัญ อุบัติเหตุหรือการถูกทำร้าย โดยจะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจอย่างรุนแรง อาจจะพบร่วมกับโรคความเครียดทางจิตใจจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (posttraumatic stress disorder) ก็ได้

สาเหตุของอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ

สาเหตุที่ส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย ได้แก่ การประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญหรือภัยพิบัติที่รุนแรง การเสียชีวิตที่รวดเร็วกะทันหัน ไม่ทันคาดคิด หรือการเสียชีวิตที่ผิดธรรมชาติ เช่น จากอุบัติเหตุหรือการฆ่าตัวตาย รวมถึงการเสียชีวิตของบุตร นอกจากนี้การที่บุคคลนั้นมีความรู้สึกผิดหรือรู้สึกว่าตนเองต้องรับผิดชอบต่อการเสียชีวิต มีความผูกพันใกล้ชิดหรือพึ่งพากับบุคคลที่เสียชีวิตอย่างมาก หรือมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายกับบุคคลที่เสียชีวิต เช่น ทั้งรักทั้งโกรธ รวมถึงการขาดแหล่งสนับสนุนระดับประคองทางสังคมที่ดี ก็ส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติได้เช่นกัน⁽²⁹⁾

1.4 ปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกของคู่สมรส

จากการทบทวนวรรณกรรมในคู่สมรสวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่ออารมณ์เศร้าโศก ซึ่งสามารถจัดแบ่งได้เป็น 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยภายใน ได้แก่

1.1 ความหมายของสิ่งที่จะสูญเสีย (meaning of the loss) หมายถึง หากผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความหมายต่อชีวิตของสมาชิกในครอบครัวมาก ความเศร้าโศกก็จะรุนแรงมาก⁽³⁰⁾

1.2 ลักษณะของสัมพันธภาพ (qualities of relationship) หากผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและผูกพันกันมาก การตัดขาดหรือแยกจากจะยากมากขึ้น เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส หรือบิดามารดากับบุตร จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับความเศร้าโศกของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรสของ⁽³¹⁾ พบว่า

ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวตีความเศร้าโศกน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวไม่ดี

1.3 บทบาทของผู้เศร้าโศก (roles of the griever) เมื่อเกิดการสูญเสียหรือภาวะใกล้ตายขึ้น ย่อมทำให้ญาติผู้ดูแลมีหน้าที่ความรับผิดชอบต่าง ๆ มาก ก็ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกด้อยคุณค่าไม่สามารถจัดการหรือรับผิดชอบหน้าที่ต่างๆต่อไปได้ นอกจากนี้การเสียผู้นำครอบครัวทำให้สมาชิกในครอบครัวแบกรับหน้าที่เพิ่มขึ้นจะทำให้การปรับตัวคืนสู่ภาวะสมดุลยาวนานขึ้น⁽³⁰⁾

1.4 อายุของผู้เศร้าโศก (age of the griever) ผู้เศร้าโศกที่มีอายุแตกต่างกันจะมีมุมมองเกี่ยวกับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น ความตายและการจัดการกับความเศร้าโศกต่างกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่ผู้ดูแลอายุน้อยจะจัดการกับความเศร้าโศกได้ไม่ดีกว่ากับผู้ที่มีอายุมากกว่า⁽³²⁾

1.5 เพศของผู้เศร้าโศก (sex of griever) สังคมคาดหวังว่าผู้ชายจะต้องรักษาบุคลิกภาพภายนอกให้ดูสุขภาพและควบคุมได้ ในขณะที่เดียวกันก็ยอมให้ผู้หญิงแสดงอารมณ์ความรู้สึกต่างๆออกมาได้ บทบาททางเพศจึงเป็นตัวกำหนดการรับรู้ของบุคคล⁽³¹⁾ ให้แสดงออกซึ่งพฤติกรรมว่าควรทำอย่างไร ดังนั้น การแสดงออกของผู้ดูแลอาจมีบางอย่างที่ซ่อนเร้นไว้เพราะถูกกำหนดด้วยบทบาททางเพศจากสังคม

1.6 สภาพจิตใจของผู้เศร้าโศก (griever's mental state) หากเป็นบุคลิกภาพแบบเก็บกด ไม่ค่อยแสดงออก ซึมเศร้าจะแสดงอาการโศกเศร้าที่รุนแรงกว่า⁽³⁰⁾

1.7วุฒิภาวะและเชาว์ปัญญาของผู้เศร้าโศก (griever's maturity & intelligence) หากมีวุฒิภาวะและเชาว์ปัญญาดีจะสามารถปรับตัวโดยใช้กลไกการปรับตัวได้ดี⁽³⁰⁾

1.8 ประสบการณ์การสูญเสียในครั้งก่อน (previous experience with loss) การจัดการกับการสูญเสียครั้งก่อน หากญาติผู้ดูแลสามารถผ่านความเศร้าโศกในครั้งก่อนได้ดี ก็จะสามารถเผชิญและจัดการกับการสูญเสียและความเศร้าโศกครั้งนี้ได้ดีเช่นกัน⁽³⁰⁾

2. ปัจจัยภายนอก ได้แก่

2.1 บริบทของภาวะใกล้ตาย (context of the dying) สภาพแวดล้อมขณะอยู่ในภาวะใกล้ตายมีอิทธิพลต่อกระบวนการเศร้าโศก เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ญาติผู้ดูแลจะสามารถเตรียมตัวและปรับตัวให้ยอมรับ แต่ถ้าเป็นการอยู่ในภาวะใกล้ตายอย่างเฉียบพลันหรือในเหตุการณ์รุนแรง ได้รับความเจ็บปวดทรมาน ญาติผู้ดูแลจะปรับตัวยอมรับและสิ้นสุดกระบวนการเศร้าโศกได้ยากกว่า⁽³³⁾

2.2 ระบบสนับสนุนทางสังคมที่เป็นประโยชน์ (available support system) สัมพันธภาพที่มีมานานจะช่วยให้บุคคลสนใจที่จะดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันมากกว่าสัมพันธภาพที่เพิ่งจะเริ่มต้น ดังนั้นการได้รับการดูแลช่วยเหลือประคับประคองในเครือญาติและสังคม จะสามารถช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยผ่านความเศร้าโศกไปได้เร็วขึ้น⁽³⁰⁾

2.3 พื้นฐานทางศาสนาและวัฒนธรรม (cultural background) แต่ละวัฒนธรรมจะมีความแตกต่างกันในด้านพฤติกรรมการแสดงออกถึงความเศร้าโศก ถ้าสังคมยอมรับการแสดงออกได้ จะช่วยได้มากกว่าการต้องเก็บกดความรู้สึกต่างๆเอาไว้⁽³⁰⁾

2.4 สถานะทางเศรษฐกิจสังคม (socioeconomic status) การต้องสูญเสียผู้หาเลี้ยงครอบครัว ส่งผลกระทบต่อระบบการเงินและการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ปัญหาความเศร้าโศกก็รุนแรงมากขึ้น⁽³⁰⁾

2.5 พิธีกรรมเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและการตาย (funerary rituals) การประกอบพิธีกรรมทางศาสนามีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดการยอมรับที่จะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักที่จะมาถึง โดยมีสังคมเข้ามามีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถยอมรับได้เร็วขึ้น⁽³⁰⁾

ผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์สูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักที่มีอารมณ์เศร้าโศกโดยประมาณร้อยละ 10-20 จะพัฒนาไปเป็น อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ⁽³⁴⁾ โดยจะพบได้มากในผู้ที่มีการสูญเสียคู่ครองและบุตร⁽³⁵⁾ ความชุกในประชากรทั่วไปอยู่ที่ ร้อยละ 2-3⁽³⁶⁾ ทั้งนี้ในบุคคลที่ประสบกับการสูญเสีย จะ

สามารถปรับตัวได้ภายใน 3 – 18 เดือน แต่สำหรับผู้ที่มีการมรณศรัทธาที่ผิดปกตินั้น แม้เวลาจะผ่านไปนานเพียงใด อารมณ์ศรัทธาก็จะไม่ดีขึ้น⁽³⁷⁾

1.5 การบำบัดรักษาอารมณ์ที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

เกณฑ์การวินิจฉัยอารมณ์ศรัทธาที่ผิดปกติจากการสูญเสียโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition)⁽²⁷⁾

ในผู้ที่ประสบกับการสูญเสียสามารถแบ่งอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยได้ดังนี้

1. บุคคลที่มีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
 2. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อาการ ปรากฏอยู่ในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานเกินกว่าที่บุคคลส่วนใหญ่ สังคม หรือวัฒนธรรมนั้นยอมรับได้ ได้แก่
 - 2.1 โหยหาหรือปรารถนาถึงบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว
 - 2.2 มีความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว หรือชีวิตไร้ซึ่งความหมาย หากปราศจากผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว
 - 2.3 มีความคิดเข้าไปซ้ำมาเกี่ยวกับความไม่ยุติธรรมที่ตนยังคงได้มีชีวิตอยู่ ทนไม่ได้ หรือคิดอยากตายตามผู้ที่จากไปแล้ว
 - 2.4 หมกมุ่นครุ่นคิดเกี่ยวกับผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วอย่างสม่ำเสมอจนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน
 3. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ ปรากฏอยู่อย่างน้อย 1 เดือน ได้แก่
 - 3.1 ใคร่ครวญเกี่ยวกับเหตุการณ์ สาเหตุ ของการสูญเสีย เช่นทำไม เพราะอะไรจึงต้องตาย
 - 3.2 ไม่เชื่อหรือทำใจยอมรับเรื่องการสูญเสียได้ยาก
 - 3.3 มีอาการตกตะลึง ซ็อก มึนงง มึนชาตั้งแต่เกิดการสูญเสีย
 - 3.4 รู้สึกโกรธหรือขมขื่นเกี่ยวกับการสูญเสีย

3.5 เชื่อใจหรือใส่ใจผู้อื่นได้ยาก มีความอิจฉาบุคคลอื่นที่ไม่เคยมีประสบการณ์การสูญเสียที่คล้ายคลึงกับตนเอง

3.6 มีการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกับบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว ได้ยินหรือเห็นผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว

3.7 จะเกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์หรือทางร่างกายที่รุนแรงหากนึกถึงผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว

3.8 มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในลักษณะของการหลีกเลี่ยง (หรือในทางตรงกันข้ามอาจจะเข้าหา มากเกินไป) ต่อสถานที่ กิจกรรม หรือสิ่งต่างๆที่จะทำให้นึกถึงผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว ทั้งสองอาการคือทั้ง หลีกเลี่ยงและเข้าหาสามารถเกิดขึ้นได้ในคนคนเดียว

4. ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่นการทำงาน การเรียน การเข้าสังคม⁽³⁸⁾

การรักษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

ในการรักษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียนั้นจะพบว่า อารมณ์เศร้าโศกที่เป็น ปกติสามารถหายได้เอง แต่อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจำเป็นต้องได้รับการรักษา ได้แก่การใช้ยา และการบำบัด การบำบัดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติมีหลายหลายวิธีด้วยกันได้แก่ การบำบัดอารมณ์ เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (complicated grief treatment-CGT) จิตบำบัดสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy-IPT) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy-CBT)

การบำบัดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (complicated grief treatment - CGT) เป้าหมายในการรักษาเพื่อลดความเศร้าโศก และช่วยให้มีการก้าวผ่านความโศกเศร้าได้อย่างมี ประสิทธิภาพ การบำบัดอาศัยทฤษฎีความผูกพัน ที่กล่าวว่ามนุษย์นั้นถูกสร้างมาเพื่อให้เสาะแสวงหา และดำรงไว้ซึ่งความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง⁽³⁹⁾ การที่บุคคลรู้สึกที่มีความผูกพันที่มั่นคงกับผู้อื่นก็จะ สามารถมีพลัง มีความเชื่อมั่น มีความกล้าที่จะเผชิญหรือออกไปสำรวจโลกภายนอกได้ แต่ในขณะที่เกิด การสูญเสีย ระบบของความผูกพันนั้นจะถูกรบกวน ทำให้บุคคลรู้สึกไม่เชื่อใจ มีแต่ความเจ็บปวด มี แต่ความคิดในแง่ร้าย และหยุดที่จะสนใจสิ่งรอบข้าง⁽⁴⁰⁾ แต่ถ้าหากบุคคลสามารถผ่านการไว้ทุกข์ได้ อย่างสำเร็จจุลวง ไม่มีอะไรติดค้าง บุคคลก็จะปรับตัวยอมรับกับการสูญเสีย ความเศร้ามักจะคลี่คลาย ได้⁽⁴¹⁾ การบำบัดจะเกิดขึ้นประมาณ 16 ครั้ง ภายใน 4 เดือน ซึ่งกรอบของการบำบัดมีดังนี้

1) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าโศก อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติและการบำบัดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ

2) ให้จดบันทึกประจำวันเกี่ยวกับอารมณ์เศร้าโศกของตนเอง

3) ให้นึกถึงและให้ความสำคัญกับบุคคลสำคัญในชีวิตคนอื่นที่เหลือนอยู่

4) ช่วยให้เกิดการปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างมากขึ้น

5) ตั้งเป้าหมายในชีวิตและรู้จักดูแลตนเอง

6) ให้ทบทวนเกี่ยวกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น ให้นึกถึงผลที่เกิดขึ้น

7) ให้ทบทวนถึงสถานที่หรือกิจกรรมที่คอยหลีกเลี่ยง

8) ให้ทบทวนความทรงจำเกี่ยวกับคนที่เสียชีวิตไปแล้ว ทั้งรูปร่าง หน้าตา และบทสนทนา

กระบวนการบำบัดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ แบ่งเป็น 3 ระยะ⁽⁴¹⁾ คือ

1.1) ระยะแนะนำทำความเข้าใจ (introductory phase) จะใช้เวลาช่วง 1-3 สัปดาห์แรกของการบำบัด เป็นระยะของการทำความเข้าใจในตัวผู้รับการบำบัด เกี่ยวกับลักษณะสัมพันธภาพที่มีกับคนรอบข้าง รูปแบบความสัมพันธ์ รวมถึงให้ความรู้ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเศร้าโศกที่ผิดปกติ และให้รายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการบำบัด

1.2) ระยะกลาง (intermediate phase) คือช่วงการบำบัดครั้งที่ 4 -9 โดยจะให้ผู้รับการบำบัดได้ทำกิจกรรมเกี่ยวกับการสูญเสียและการฟื้นตัวจากการสูญเสีย ให้มองเห็นถึงความสุข เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต

1.3) ระยะสุดท้าย (final phase) คือการบำบัดครั้งที่ 10 - 16 ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดจะร่วมกันทบทวนถึงกระบวนการที่ผ่านมาพร้อมทั้งร่วมกันตั้งเป้าว่าทิศทางควรจะไปต่ออย่างไร เพื่อให้สำเร็จลุล่วงและได้ผลประโยชน์มากที่สุด โดยรวมการบำบัดจะมีความคล้ายคลึงกับจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่บ้าง

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy-IPT)

เป็นจิตบำบัดระยะสั้น มีการกำหนดระยะเวลาในการรักษาที่ชัดเจนและมุ่งเน้นในประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในที่นี้คืออารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย โดยจะช่วยให้บุคคลยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้น สามารถก้าวข้ามผ่านอารมณ์เศร้าโศก สามารถจัดการกับความรู้สึกค้างคาที่มีต่อผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วให้ตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น ก็จะช่วยบรรเทาอารมณ์เศร้าโศกและโรคซึมเศร้าได้^(1, 42)

ลักษณะของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ระยะเวลาในการรักษาใช้ เวลา สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที นานประมาณ 12-16 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย

1) ระยะเริ่มต้น (initial phase) เป็นระยะที่ผู้บำบัดจะทบทวนอาการและให้การวินิจฉัยว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดเป็นอะไร ประเมินปัญหาสัมพันธภาพว่าเป็นเรื่องใด อธิบายกระบวนการบำบัดที่จะเกิดขึ้นทั้งหมดให้ผู้ที่ได้รับการบำบัดทราบ

2) ระยะกลาง (intermediate phase) เป็นระยะของการค้นหาและทำความเข้าใจปัญหา ทำการเชื่อมโยงปัญหากับอาการของผู้ที่ได้รับการบำบัด

3) ระยะสิ้นสุด (termination phase) ทบทวนการรักษาว่ามีความสำเร็จมากน้อยเพียงใด ช่วยให้ผู้ที่ได้รับการบำบัดตระหนักถึงการที่จะต้องเผชิญกับปัญหาต่อไปด้วยตนเองในอนาคต หากการบำบัดไม่ดีขึ้นอาจต้องพิจารณาการรักษาต่อเนื่องต่อไป

เทคนิควิธีการของจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่

1) เทคนิคการหาข้อมูล (exploratory techniques) เป็นเทคนิคที่ช่วยให้ผู้บำบัดเข้าใจผู้ที่ได้รับการบำบัดมากยิ่งขึ้น เข้าใจปัญหาที่แท้จริง และเป็นการเพิ่มความร่วมมือในการบำบัดด้วย

2) การวิเคราะห์การสื่อสาร (communication analysis) เป็นการชี้ให้ผู้ได้รับการบำบัด เข้าใจวิธีการสื่อสารของตนว่าจุดอ่อน อย่างไร เพื่อช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาศัยจากการฟังการเล่าเรื่องของผู้ที่ได้รับการบำบัด

3) การกระตุ้นให้แสดงอารมณ์และจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม (encouragement of affect) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ได้รับการบำบัดเข้าใจ ตระหนักถึงอารมณ์ของตนเองต่อเหตุการณ์นั้นๆ เพื่อแสดงออกอย่างเหมาะสม

4) การแสดงบทบาทสมมุติ (role playing) เป็นการจำลองสถานการณ์ให้ผู้ได้รับการบำบัด ได้ลองมีปฏิสัมพันธ์ก่อนจะนำไปปฏิบัติจริง เพื่อทำความเข้าใจปัญหาการสื่อสารของตนเองมากยิ่งขึ้น แล้วจึงนำมาปรับปรุง เพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5) การแก้ปัญหา (problem solving) ร่วมมือกันในการหาวิธีแก้ปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดขึ้น โดยกระตุ้นให้ผู้ได้รับการบำบัดร่วมคิดหาวิธี รวมถึงผู้บำบัดก็จะร่วมเสนอแนะด้วยเพื่อวิธีที่เหมาะสมที่สุด

6) การมอบหมายงานหรือการบ้าน (task assignment or homework) เป็นการมอบหมายงานให้ผู้ได้รับการบำบัดไปทำนอกเหนือจากช่วงเวลาการบำบัด โดยส่วนใหญ่งานที่มอบหมายมักเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารกับผู้อื่น เพื่อเป็นการพัฒนาผู้ได้รับการบำบัด

7) การใช้สัมพันธภาพในการบำบัด (use of therapeutic relationships) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้ได้รับการบำบัดที่ดีย่อมส่งผลต่อการบำบัด โดยจะช่วยให้การบำบัดเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เข้าใจถึงปัญหาที่แท้จริง รักษาได้ตรงจุดและสร้างความร่วมมือในการบำบัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการบำบัดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียโดยจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

1) ชี้ให้ผู้ได้รับการบำบัดเห็นถึงประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก นั้นมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ที่ผู้ได้รับการบำบัดเป็นอยู่

- 2) ช่วยให้ผู้ที่สูญเสียได้รับรู้และแสดงออกถึงอารมณ์และความรู้สึกที่มีต่อการสูญเสีย ได้เล่าถึงประสบการณ์การสูญเสีย
- 3) ผู้บำบัดต้องให้ผลป้อนกลับว่าอารมณ์เศร้าโศก หรือความรู้สึกต่างๆต่อการสูญเสียเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ สามารถจัดการและควบคุมได้
- 4) ให้ผู้ที่สูญเสียได้มีมุมมองต่อผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วตามความเป็นจริง โดยให้เล่าทั้งด้านลักษณะนิสัยหรือความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ทั้งในด้านที่ดีและด้านที่มีปัญหา
- 5) ช่วยให้ผู้ที่ประสบกับการสูญเสีย เริ่มต้นพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีต่อคนรอบข้าง และคอยส่งเสริม สนับสนุนให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้น

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral therapy-CBT)

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมคือ การการรักษาโดยการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม โดยการที่ผู้รักษา โดยจะให้ผู้ที่ได้รับการบำบัดมุ่งเน้นไปที่อาการ ต่างๆของความทรงจำที่เจ็บปวดเกี่ยวกับการสูญเสีย โดยการปล่อยให้แสดงความเศร้าโศก ในขณะที่เดียวกันก็จะคอยสนับสนุนและแนะแนวทางในการเริ่มต้นชีวิตใหม่ที่ปราศจากบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว ทำให้ผู้ที่สูญเสียเข้าใจประสบการณ์การสูญเสียของตนเองได้เห็นถึงอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นในการก้าวผ่านความเศร้าโศก รวมถึงช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองให้มากขึ้นด้วย ⁽⁴³⁾

หลักการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ⁽²⁰⁾

- 1) การบำบัดมุ่งเน้นผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง โดยเน้นไปที่พฤติกรรมที่เป็นปัญหาเพื่อปรับความคิดโดยไม่เน้นลงไปที่ต้นตอ หรือที่มาของปัญหาที่มาจากระดับจิตไร้สำนึก
- 2) เน้นความร่วมมือของผู้รับบำบัด การบำบัดจะต้องได้รับความร่วมมือที่ดีจากผู้รับการบำบัดเพื่อประสิทธิภาพสูงสุด

3) ผู้บำบัดต้องมีความจริงใจ ต้องแสดงออกถึงความจริงใจ ความอบอุ่น ความเข้าใจ เห็นใจ อย่างจริงแท้ ไม่เสแสร้งแกล้งทำ

กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

1) ชั้นประเมินความคิดและพฤติกรรม ผู้บำบัดจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา หาจุดแข็งจุดอ่อนของผู้รับการบำบัด

2) ชั้นวิเคราะห์สภาพปัญหา โดยจะวิเคราะห์ถึงสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นก่อนเกิดพฤติกรรม (antecedent) วิเคราะห์พฤติกรรม (behavior) และผลที่ตามมา (consequence) หรืออาจประเมินประสบการณ์ของบุคคล 3 ด้านคือ การตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึก (affective) ด้านพฤติกรรม สิ่งที่แสดงออกมาให้เห็น (behavior) และ ความคิดที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์นั้น (cognitive)

3) ชั้นปฏิบัติการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เน้นให้เพิ่มการมีกิจกรรม สนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดเป็นผู้กระทำมากขึ้น ลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ เพิ่มความพึงพอใจ และเพิ่มทักษะทางสังคม

2. การจัดการกับการสูญเสีย (Coping with loss)

Lazarus & Folkman⁽⁴⁴⁾ กล่าวว่า เป็นขั้นตอนของการลงมือดำเนินการเพื่อจัดการกับปัญหา หรือความเครียดที่เกิดขึ้น การเผชิญปัญหาของบุคคลจะแสดงออกมาสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิด จิตใจ และอารมณ์ของบุคคลนั้น โดยพยายามที่จะควบคุม ลด หรือทนต่อความต้องการทั้งภายในและภายนอกที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และวิธีการจัดการกับความเครียด ดังนี้

1. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem-focused Coping) เป็นความพยายาม ในการทำความเข้าใจปัญหา พิจารณาว่า ปัญหาคืออะไร สาเหตุอยู่ที่ไหน และหาทางออกที่เป็นไปได้ วิธีที่ใช้อาจมุ่งแก้ไขปรับเปลี่ยนสถานการณ์ หรือพฤติกรรมของผู้อื่นหรือมุ่งแก้ไขที่ตนเอง เช่น พิจารณาทบทวน ปรับเปลี่ยนทัศนคติและความต้องการของตนใหม่ พัฒนาทักษะที่ใช้ในการเผชิญ ปัญหา เป็นต้น เป็นการวางแผนวางขั้นตอนในการดำเนินการ มุ่งมั่นในการแก้ปัญหา และลงมือ ดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นโดยตรง

2. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused Coping) เป็นความพยายามที่จะจัดการกับอารมณ์ทางลบทั้งหลายที่เกิดขึ้น เช่น ความรัก ความโกรธ ความเศร้า ความสงสัยไม่แน่ใจ ความคับข้องใจ ความวิตกกังวลและความไม่สบายใจต่างๆ วิธีที่ใช้อาจจะเป็นการระบายออกทางอารมณ์ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อได้รับกำลังใจ การมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่ในทางบวก การทำสมาธิ การออกกำลังกาย เป็นต้น

โดยทั่วไปบุคคลจะใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาในกรณี que เห็นว่าตนเองสามารถจะจัดการกับปัญหาได้ และมักจะใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์เมื่อเห็นว่าเป็นปัญหานั้นเกินกว่าแก้ไขได้ การเผชิญปัญหาที่ให้ผลอย่างดีที่สุด คือการใช้วิธีทั้ง 2 แบบช่วยเสริมซึ่งกันและกันนำไปสู่การจัดการกับปัญหาได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

การเผชิญกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของคู่สมรส

บุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเศร้าโศกและรู้สึกว่าจะไม่สามารถทำอะไรต่อไปได้ ทำให้ต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่น และพลังความเข้มแข็งที่มีอยู่ในตนเองจะทำให้สามารถเผชิญกับภาวะเศร้าโศกได้อย่างเหมาะสม ซึ่งภาวะเศร้าโศกเป็นเรื่องธรรมชาติของมนุษย์ที่ทุกคนต้องประสบพบเจอ ดังนั้นวิธีการเผชิญกับภาวะเศร้าโศก จึงมีความหลากหลายในแต่ละบริบท ได้แก่ ศาสนา สังคมและวัฒนธรรม สามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้ตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคลแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม⁽⁴⁵⁾ ดังนี้

1. การเผชิญกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียด้วยตนเอง

1. เก็บความทรงจำ (keep mementos) อาจเก็บภาพ สิ่งของผู้ป่วยที่สิ้นชีวิต อาจเป็นนาฬิกา เสื้อผ้า หรือสิ่งอื่นๆที่ทำให้ระลึกถึงได้ ในช่วงแรกอาจทำให้รู้สึกเจ็บปวดเมื่อเห็นสิ่งเหล่านั้นนานๆไปจะกลับกลายเป็นความพอใจและความบรรเทา (pleasance & relief) และเมื่อพ้นระยะเศร้าโศก บางคนก็มีพลังพอที่จะทิ้งสิ่งเหล่านี้ได้ในเวลาต่อมา

2. การยอมรับ (acceptance) ซึ่งเป็นกลวิธีที่ทำให้หันมาเผชิญกับความเป็นจริง ซึ่งแม้จะเจ็บปวดในช่วงแรก แต่ก็ทำให้สามารถเดินผ่านประตูความเจ็บปวดและปิดประตูนั้นได้เร็วกว่ากลวิธีอื่น การยอมรับทำให้เห็นความจริงของชีวิต และสามารถเริ่มต้นเดินทางก้าวหน้าผ่านกระบวนการ

เศร้าโศกได้ตั้งแต่ระยะแรกๆ การใช้กลไกการยอมรับความจริง มักจะเกิดขึ้นได้ง่ายขึ้นในครอบครัวที่เคยมีประสบการณ์การสูญเสียมาแล้ว หรือครอบครัวที่ยึดศาสนาเป็นที่พึ่ง

3. การควบคุมอารมณ์ (emotional control) เป็นกลวิธีการเผชิญในระดับสูง ซึ่งต้องมีความเป็นผู้ใหญ่ในระดับหนึ่ง การควบคุมอารมณ์ไม่ได้หมายความว่าเกิดการเก็บกดอารมณ์ไว้ แต่เป็นการแสดงออกอย่างเหมาะสมและรู้ตัว การรู้ตัวจะทำให้อารมณ์ที่แสดงออกมาในครั้งต่อไปเบาบางลง ซึ่งเป็นการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันด้านอารมณ์ให้กับผู้ที่เศร้าโศก

4. การใช้สัญลักษณ์ (symbolic representations) อาจใช้กลวิธีติดต่อกับผู้สับสนใจด้วยการสัมผัสกับสิ่งที่เป็นตัวแทนของเขาและคิดคำนึงถึงหรือพูดคุยกับสิ่งนั้นแทน เช่น เตียงที่เคยนอนคู่กันสวนที่เคยตกแต่งและต้นไม้ที่เคยปลูกด้วยกัน รูปภาพ แหวนแต่งงาน การปฏิบัติเช่นนี้นำมาทั้งความเจ็บปวดและความสุขสบายมาให้

5. การพิจารณามุมมองอื่นๆ (altered perspectives) มนุษย์ทุกคนมีความสามารถมองได้หลายแง่หลายมุม มีทางเลือกเสมอ ในช่วงของความเศร้าโศก ถ้าได้ทีมีสุขภาพที่สามารถวินิจฉัยและให้คำแนะนำที่ถูกต้อง จะช่วยให้ปรับเปลี่ยนความคิดและสามารถแปลความหมาย (rethinking & reinterpreting) ของเหตุการณ์ในทางที่เสริมสร้างพลังให้ตนเอง เพื่อสามารถเผชิญความเจ็บปวดทางอารมณ์ (emotion pain) ในระยะเศร้าโศกได้

6. การดูแลตนเอง (take good care of yourself) สนใจดูแลตนเองมากขึ้น ดูแลการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย เพื่อไม่ให้เจ็บป่วย ทั้งนี้เพราะอาจต้องปรับบทบาทเป็นผู้นำครอบครัวจะเจ็บป่วยไม่ได้ สมาชิกครอบครัวบางคนก็หันเข้าพึ่งแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด ซึ่งจะช่วยบรรเทาได้แค่ระยะสั้นๆ ผลเสียคือทำให้กระบวนการเศร้าโศกยาวนานกว่าเดิม

7. อยู่กับปัจจุบัน (be at presence) ไม่คาดหวังตนเองมากเกินไป อยู่กับปัจจุบัน ค่อยๆ ใช้เวลาไปกับกิจกรรมที่ทำประจำวันทีละกิจกรรม เพื่อภาวะเศร้าโศกค่อยๆ บรรเทาลงทีละน้อย การมุ่งความสนใจกับปัจจุบัน สนใจสิ่งที่กำลังทำหรือกำลังเป็น ไม่กังวลมากไปกับพรุ่งนี้หรือสัปดาห์หน้าที่จะมาถึง การอยู่กับปัจจุบันเป็นยารักษาภาวะเศร้าโศกที่ดีประการหนึ่ง

8. ความฝัน (dream) ความฝันเป็นกลวิธีเผชิญภาวะเศร้าโศกอย่างหนักที่ใช้ทางคลินิก คือในความฝันมีพลังในการบำบัด เพราะในความฝันมีจินตนาการที่ไร้ขอบเขต ในความฝันทุกสิ่งเป็นไปได้เสมอ ในความฝันไม่มีข้อจำกัด อยากฝันอะไรก็ฝันได้ สามารถฝันในสิ่งที่เป็นไปได้ก็ไม่ได้ ในความฝันไม่มีสิ่งที่เป็นไปไม่ได้ บุคคลอาจใช้การฝันถึงผู้ตายให้กลับมามีชีวิตอยู่ใหม่ และในความฝันสามารถติดต่อสนทนา และการกระทำที่ตนปรารถนาทำให้สำเร็จได้ในความฝัน

9. ออกกำลังกาย (exercise) เป็นวิธีการใช้พลังงานและขับพลังงานที่มากเกินไปออกจากตัว อีกทั้งยังเป็นการระบายความรู้สึกคับข้องใจอัดอั้นตันใจออกมา

10. เปิดเผยหรือแสดงออก (express yourself) ถ้าไม่ชอบที่จะพูดคุย ให้ใช้วิธีการเขียนความรู้สึกของตน อาจเขียนเป็นบันทึกประจำวัน เป็นจดหมาย โคร่งกลอน บทเพลง หรือแสดงความรู้สึกออกมาผ่านการวาดภาพ ปั้นดินน้ำมัน สิ่งประดิษฐ์ หรืออื่นๆ เป็นต้น

11. ปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพ (changes in relationships) ตัวอย่างเช่น บิดาอาจมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับลูกชายคนโต ซึ่งเป็นลูกที่ภรรยา(ผู้ป่วย)รักมาก เมื่อผู้ป่วยสิ้นใจไปแล้วบิดาปรับบทบาทและกลับมาดูแลเอาใจใส่ลูกชายคนโตมากกว่าแต่ก่อน

2. การเผชิญกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียด้วยการสนับสนุนทางสังคม

1. ขอความช่วยเหลือ (ask for help) เป็นวิธีที่ง่ายแต่ยากที่จะกระทำ ต้องอาศัยความกล้าหาญและการยอมรับตนเองว่าต้องการความช่วยเหลือ อาจขอคนที่ไว้ใจได้ หรือขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้แทนศาสนา บิดามารดาหรือผู้ใหญ่ที่นับถือ เป็นต้น

2. มีกิจกรรมทำตลอด (activity) การทำให้ตนเองมีอะไรทำตลอดเป็นวิธีการเผชิญกับภาวะเศร้าโศกอีกประการหนึ่ง การทำให้ตนเองยุ่งไม่ได้หมายความว่าทำอะไรที่เร่งรีบยุ่งไปหมด แต่เป็นการหาอะไรทำได้ตลอดเวลา เช่น การทำงาน การเข้ากิจกรรมสังคม การไปพักผ่อนดูหนัง การเยี่ยมเพื่อนหรือญาติ

3. แบ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน (sharing) การเล่าเรื่อง (narrative/storytelling) ให้กับผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ประสบภัยเหตุการณ์ในลักษณะเดียวกัน เป็นวิธีการ

พูดเพื่อบรรเทา (relief) อีกทั้งยังเป็นการช่วยให้ไม่รู้สึกลดเดี๋ยว จะก่อให้เกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และเป็นเพื่อนร่วมเดินทางจนกว่าจะสามารถปรับตัวต่อความตายได้

4. การเข้าไปเกี่ยวข้องกับผู้อื่น (involvement with others) ซึ่งจะช่วยให้ออกจากโลกของตนเองและเข้าไปอยู่ในโลกของคนอื่นชั่วคราว (someone else's shoes) เช่น การเยี่ยมคนจน อดิธา การทำงานอาสาสมัคร ฯลฯ กิจกรรมเหล่านี้จะทำให้เห็นโลกความเป็นจริง และทำให้เข้าใจว่าผู้อื่นเขาทุกข์ยากลำบากมากกว่า ทำให้เกิดการยอมรับเหตุการณ์ของตนเองได้ง่ายกว่า

3. การเผชิญกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียด้วยความเชื่อและศาสนา

1. พิธีกรรม (rituals) ซึ่งใช้กันมาก ในบางวัฒนธรรมจะใช้การตกแต่งหลุมศพผู้ตาย มีการโปรยเถ้าหรือกระดูกในวันสำคัญๆ การทำพิธีระลึกถึงในทางศาสนา การจุดเทียนและทำพิธีอำลาในหมู่ญาติ การตั้งรูปและสวดภาวนาให้ก่อนนอนทุกคืน

2. พึ่งศาสนา (religion and faith) โดยอาศัยความเชื่อในศาสนา หันหน้าเข้าวัด ฟังเทศน์ ฟังธรรม สวดภาวนาส่วนตัว ไปโบสถ์ร่วมพิธีทางศาสนา สนทนาปรึกษากับบาทหลวง หรือพระภิกษุ หรือในบุคคลที่ไม่เคยปฏิบัติศาสนา อาจสนใจทำบุญบริจาคทาน เข้าร่วมกิจกรรมการกุศล

3. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

Kahn (1979)⁽⁴⁶⁾ อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมาย ความผูกพันที่ดีเกิดจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง ทำให้มีการช่วยเหลือเกื้อกูลในด้านสิ่งของ เงินทอง หรือในด้านอื่นๆ

Macquire (1983)⁽⁴⁶⁾ อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่ใช่การรักษาโดยตรงแต่เป็นความรู้สึกที่แสดงออกถึงความสนใจ เมตตา กรุณา ที่รับมาจากครอบครัว เพื่อน ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน ขณะที่บุคคลเหล่านี้มารวมกันหรือประสานกัน โดยมีวัตถุประสงค์ในการช่วยเหลือ ก็จะเกิดเป็นเครือข่ายของการสนับสนุนทางสังคมได้

Langlie⁽⁴⁷⁾ ได้กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ด้านเงินทอง จากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนๆ ในขณะที่กำลังเผชิญกับปัญหาต่างๆ แรงสนับสนุนทางสังคมจะสามารถคลี่คลายกับปัญหานั้นๆ ได้

Schaefer, Coyne และ Lazarus⁽⁴⁸⁾ การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุสิ่งของ โดยที่ผู้รับจะได้ประโยชน์จากการช่วยเหลือหรือปฏิสัมพันธ์นั้น แบ่งประเภทของการสนับสนุนออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึงแรงสนับสนุนด้านความผูกพัน ความมั่นใจ ความรู้สึกเชื่อถือ ความใกล้ชิด ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารหรือการแนะนำ ซึ่งช่วยให้บุคคลแก้ไขปัญหาและให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (tangible support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของเงินทองหรือบริการอย่างเช่นการช่วยเหลือดูแลผู้อื่น

House⁽⁴⁾ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของบุคคล ประกอบด้วยความรักใคร่ ช่วยเหลือในด้านวัตถุ สิ่งของ แรงงาน ข้อมูลข่าวสารโดยนำไปสู่การช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยแบ่งประเภทของการสนับสนุนออกเป็น 4 ประเภทคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึงการให้ความรักความผูกพันความจริงใจความเอาใจใส่ซึ่งนำไปสู่การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

2. การสนับสนุนทางการประเมิน (Appraisal support) หมายถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรมกับคนในสังคม ซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจในการอยู่ในสังคมมากขึ้น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึงการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะแนวทาง ข่าวสารต่างๆที่เป็นประโยชน์ ซึ่งจะสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือสิ่งของ (Instrumental support) หมายถึงการช่วยเหลือ โดยตรงต่อบุคคลในเรื่องของเงินทอง แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

Hogan (2002)⁽⁴⁹⁾ กล่าวว่า แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมมีหลากหลายได้แก่ จาก ครอบครัว คู่ครอง เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน สัตว์เลี้ยง ครูบาอาจารย์ ผู้บังคับบัญชา ผู้ให้คำปรึกษา จิตแพทย์ เป็นต้น

กิติพัฒน์ นนทปัทมะดูล⁽⁵⁰⁾ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หรือแรงสนับสนุนทางสังคม หรือการเกื้อกูลทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลในสังคมได้รับความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ได้รับการยกย่อง มีความผูกพันซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกเป็นส่วนร่วมในสังคมเดียวกัน มีการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่นการให้คำแนะนำ การให้สิ่งของ การประเมินเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น การให้ความช่วยเหลือโดยมาเป็นแรงงาน ให้เวลา ให้ความคิดเห็น ให้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ ขอบเขตครอบครัวทั้งการให้และการรับจากบุคคลภายในครอบครัว อาทิ บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เพื่อนนักเรียน เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน ครู อาจารย์ คนในชุมชน บุคลากรวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นต้น

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

สุภาภรณ์ ดั่งแพง⁽⁴⁷⁾ ได้รวบรวมประเภทการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 8 ประเภท ได้แก่

1. ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) ทำให้ผู้ที่สูญเสียเกิดความรู้สึกว่าได้รับความรัก ความทะนุถนอม เอาใจใส่ที่ดี มักจะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย ถ้าหากขาดผูกพันใกล้ชิดนี้ บุคคลจะรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง

2. การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) เป็นการร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งจะก่อให้เกิดการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนความคิด รู้สึกห่วงใยและเข้าใจขณะทำกิจกรรมร่วมกัน อาจจะเป็นความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงาน สมาชิก องค์กร ชุมชน หากขาดการสนับสนุนทางสังคมนี้ ผู้ที่สูญเสียจะรู้สึกเบื่อหน่าย
3. การส่งเสริมให้รู้คุณค่าแห่งตน (Reassurance of Worth) การได้รับการยอมรับจากสังคมรอบข้างในการแสดงบทบาททางสังคม เช่น การช่วยเหลือครอบครัว ช่วยเหลือเพื่อนๆ หากขาดไปจะทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง
4. โอกาสจะได้โอบอ้อมเลี้ยงดูผู้น้อย (Opportunity for Nurturance) เป็นความรับผิดชอบต่อบุคคลอื่น เช่น พ่อแม่เลี้ยงดูลูกให้เจริญเติบโต ปรารถนาอยากให้ผู้อื่นสุขสบาย เป็นที่พึ่งพาของผู้อื่น เช่น การช่วยเหลือผู้ที่ด้อยกว่า ถ้าหากขาดไปจะทำให้รู้สึกว่างเปล่า ขาดจุดหมาย
5. ความเป็นมิตรที่ดี (Reliable Alliance) เป็นความจริงใจต่อกันไว้วางใจกัน เป็นที่คาดหวังของกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว หากขาดด้านนี้ไปจะทำให้รู้สึกถูกทอดทิ้ง
6. การได้รับคำแนะนำชี้แจง (Guidance) เป็นความสัมพันธ์ในช่วงที่บุคคลเผชิญกับภาวะตึงเครียด หรืออยู่ในภาวะวิกฤต ต้องการปลอบใจ กำลั้งใจ คำแนะนำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดและสามารถเผชิญสภาวะการณ์ได้อย่างมั่นคง
7. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูลความรู้ต่างๆ ที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม
8. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของและได้รับการอำนวยความสะดวกต่างๆ ตลอดเวลาและแรงงานเพื่อให้ได้รับความสะดวกสบาย

แหล่งสนับสนุนทางสังคม

จรรย์วัตร คมพยัคฆ์⁽⁵¹⁾ ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มทางสังคมที่มีความสนิทสนม และมีความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเป็นลักษณะส่วนตัวสูง ได้แก่ ครอบครัว พี่น้อง และเพื่อนบ้าน
2. กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มทางสังคมที่มีความสัมพันธ์อย่างมีแบบแผน และกฎเกณฑ์ที่วางไว้ ซึ่งมีอิทธิพลในการกำหนดบรรทัดฐานแก่บุคคลในสังคม ได้แก่ กลุ่มเพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ

Pander (1978)⁽⁵²⁾ ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ 4 ระบบ ได้แก่

1. ระบบการสนับสนุนทางธรรมชาติ (Natural Support System) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญอย่างมาก เพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญตั้งแต่วัยเด็ก เป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่างๆในชีวิต
2. ระบบการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน (Peer Support System) เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลที่มีประสบการณ์ มีความชำนาญที่จะค้นคว้าหาความต้องการ เป็นเหตุให้ประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวได้ดีในสถานการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต
3. ระบบการสนับสนุนทางสังคมจากศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religious Organization or Denominations) เป็นแหล่งที่ช่วยให้บุคคลได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับการดำรงชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ได้แก่ พระ นักบวช แม่ชี หมอสอนศาสนา และกลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น
4. ระบบการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มนักวิชาชีพอื่นๆ (Organized Support System not Directed by Health Professionals) เป็นการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มให้บริการอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Health Group) เป็นสื่อกลางที่จะช่วยให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ในทางที่ส่งเสริมให้สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิตได้ เช่น ปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น

อุบล นิวัติชัย (2527)⁽⁴⁶⁾ ได้จำแนกแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ (Spontaneous of Natural Supportive System) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ
 - 1) บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูกหลาน
 - 2) ครอบครัวใกล้ชิด (Kith) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย เพื่อนร่วมงาน
2. องค์กรและสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized Support) คือบุคคลที่มารวมตัวเป็นหน่วยเป็นชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่นสมาคมผู้สูงอายุ ชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน
3. กลุ่มช่วยเหลือทางวิชาชีพ (Professional Health Care Workers) เป็นกลุ่มที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนโดยอาชีพ

ผลของการสนับสนุนทางสังคม

Wortman (1984)⁽⁵²⁾ อธิบายว่าผลของการสนับสนุนทางสังคมเป็นกลไกที่เกิดจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและช่วยให้ปลอดภัยจากผลร้าย หรือความรุนแรงของภาวะความเครียด และทำให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และช่วยป้องกันความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจด้วย ดังนี้

1. ช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญกับภาวะเครียด โดยกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
2. ทำให้สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญกับภาวะเครียดได้
3. สามารถทำให้เผชิญกับภาวะเครียดได้ดีขึ้น จากการได้รับข้อมูลต่างๆ ที่จะทำให้การรับรู้ของบุคคลดีขึ้น
4. ทำให้บุคคลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับ วิธีเผชิญกับความเครียดแบบใหม่ ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่รู้มาก่อน
5. การได้รับสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ความต้องการของคู่สมรสในอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย

ความต้องการเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติที่มีอยู่ในบุคคลทุกคน ซึ่งความต้องการจะเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตาย และจะมีความต้องการทั้งในเวลาปกติ และเมื่อ

เจ็บป่วย ความต้องการที่เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ความต้องการเกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดความสมดุล ซึ่งอาจพบการแสดงออกในรูปของความวิตกกังวล ความหวั่นไหว ความเศร้าเสียใจ ความว้าวุ่น เป็นต้น ถ้าความต้องการเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนองอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวหรือคู่สมรสของผู้ป่วยเกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางกาย เกิดความทุกข์ และความกระวนกระวายใจ แต่ถ้าความต้องการเหล่านี้ได้รับการตอบสนองจะทำให้ชีวิตของสมาชิกในครอบครัวหรือคู่สมรสของผู้ป่วย มีความสุข สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติและมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมความต้องการในภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตก่อนการเสียชีวิต สามารถแบ่งความต้องการของคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เป็น 5 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เป็นความต้องการที่จะได้พูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับความรู้สึกและความกลัวต่างๆ ได้พูดคุยกับบุคคลที่มีความคุ้นเคย มีสถานที่ที่เป็นส่วนตัวขณะพูดคุยและระบายความรู้สึก และได้รับอนุญาตให้ทำพิธีกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยได้ตามความเชื่อ จากการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต พบว่า อยู่ในระดับสูง

2. ด้านความต้องการข้อมูลข่าวสาร เป็นการได้รับคำอธิบาย ชี้แจงและแนะนำจากผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ ชัดเจน ถูกต้องและตรงตามความจริงเกี่ยวกับอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย กิจกรรมการรักษาพยาบาลและอุปกรณ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ประคับประคองชีวิตให้กับผู้ป่วยและเหตุผล การให้บริการต่างๆ และกฎระเบียบของหอผู้ป่วยหนักและโรงพยาบาล

3. ด้านความต้องการอยู่กับผู้ป่วย เป็นความต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ได้เข้าเยี่ยมดูอาการของผู้ป่วยใกล้ๆ แม้ในช่วงสุดท้ายของชีวิต หรือได้อยู่ในที่พักรอเยี่ยมที่ใกล้หอผู้ป่วยมากที่สุด

4. ด้านความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นการมีส่วนร่วมในการดูแลความสุขสบายและบรรเทาความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ได้พูดคุย

เพื่อปลอบใจและให้กำลังใจผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ให้อยู่และเป็นแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือด้านต่างๆให้กับผู้ป่วย

5. ด้านความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ เป็นความต้องการเพื่อตนเองได้แก่ การได้รับการดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสะดวกสบาย ที่พักสำหรับคู่สมรส และสมาชิกในครอบครัว การมีคนคอยให้กำลังใจ คอยอยู่เป็นเพื่อนใกล้ๆ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ ช่วยแบ่งเบาปัญหาและภาระงานต่างๆ และมีแหล่งให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและอื่นๆ

สรุป "การสนับสนุนทางสังคม" หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดี ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ชุมชน ผู้นำทางศาสนา นักวิชาชีพ และบุคคลอื่นๆในสังคมที่มีส่วนช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ให้การช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ วัตถุสิ่งของ การเงิน เวบา และข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่ทำให้ผู้ที่สูญเสียสามารถเผชิญหรือจัดการกับปัญหาต่างๆไปได้ในช่วงวิกฤตของชีวิต และสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตต่อไปให้ได้

4. การศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาความรู้โดยศึกษาประสบการณ์ชีวิตตามการรับรู้ในปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ (Streubert and Carpenter, 1993)⁽⁵³⁾ นักปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่า ความรู้คือสิ่งที่จริง (Knowledge is that the reality)

ปรากฏการณ์วิทยาเป็นศาสตร์สาขาหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ⁽⁵⁴⁾ จะให้ความสำคัญกับแหล่งข้อมูล และความหมายของแหล่งข้อมูลจากการรับรู้ของผู้มีประสบการณ์ มีเป้าหมายเพื่อค้นหาวิเคราะห์ และอธิบายประสบการณ์ โดยปราศจากความคิดล่วงหน้าเพื่อรับรู้สิ่งที่จริงมากที่สุด โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ ประเมิน หรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้องและอธิบายปรากฏการณ์เสมือนเป็นการอธิบายของผู้มีประสบการณ์เอง ในการศึกษานี้จะทบทวนแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl

Husserl (Holloway and Wheeler, 1996)⁽⁵⁵⁾ ได้ให้ความหมายว่า การศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาเพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิต โดยปราศจากการคิดไตร่ตรองไว้ก่อนเกี่ยวกับความจริงของสิ่งต่างๆรอบตัวของประสบการณ์นั้น

Omery (1983)⁽⁵⁶⁾ ปรากฏการณ์วิทยาหมายถึง การค้นหาและอธิบายปรากฏการณ์ประสบการณ์ของมนุษย์ตามสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ตามการให้ความหมายของผู้มีประสบการณ์

Holloway and Wheeler (1969)⁽⁵⁵⁾ ให้ความหมายว่า เป็นการศึกษาสิ่งที่มีอยู่ในธรรมชาติ โดยมีคำถามคือ สิ่งปรากฏอยู่นั้นคืออะไร (What is being)

กล่าวโดยสรุป การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาหมายถึง การศึกษาที่ให้ความรู้ตามความเป็นจริง จากสิ่งที่มีอยู่ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ตามการรับรู้ จากผู้มีประสบการณ์ ผู้ศึกษาจะต้องศึกษาวิเคราะห์ ให้ความหมายหรือตีความ โดยปราศจากอคติทางความคิด และไม่วิพากษ์วิจารณ์หรือประเมินใดทั้งสิ้น เพื่อจะได้รับรู้สิ่งที่เป็นจริงมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา

Holloway & Wheeler (1996)⁽⁵⁵⁾ ได้กล่าวถึงกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา ในการศึกษาจะใช้การวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi⁽⁵⁷⁾ ดังนี้

1. นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปคำให้สัมภาษณ์มาอ่านเพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นๆของผู้ให้ข้อมูล
2. ดึงคำหรือประโยคที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาออกมาให้ได้มากที่สุด
3. นำส่วนที่ได้จากข้อ 2 มากำหนดความหมายให้กับคำ ประโยคหรือย่อหน้าที่คิดว่าเป็นปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษาและตรงประเด็นที่ศึกษา
4. ดำเนินการซ้ำตามข้อ 1-3 สำหรับข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์คนต่อไป แล้วนำมาจัดกลุ่มประเด็นต่างๆ ถ้าเป็นประเด็นในเรื่องเดียวกันก็จะเก็บรวมไว้ด้วยกัน โดยยังไม่ต้องพิจารณาว่าประเด็นใดเป็นประเด็นหลัก และประเด็นใดเป็นประเด็นย่อย และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยนำข้อความที่ดึงออกมา กลับไปตรวจสอบกับข้อความในต้นฉบับด้วย

5. เมื่อได้ประเด็นต่างๆ จำนวนมาก และไม่มีประเด็นใหม่ๆเกิดขึ้น จะหยุดการสัมภาษณ์
6. ลดทอนข้อมูล โดยการพิจารณาการจัดหมวดหมู่ให้กับประเด็นเหล่านั้นว่าข้อความใดควรเป็นประเด็นหลัก และข้อความใดเป็นประเด็นย่อยที่อยู่ภายใต้ประเด็นหลัก
7. นำการวิเคราะห์ที่ได้นี้ กลับไปให้ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบและสัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน

5. ข้อมูลทั่วไปของศูนย์ชีวาภิบาล

ศูนย์ชีวาภิบาล⁽⁵⁸⁾ เป็นศูนย์ที่ให้บริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care/ End of life care) ซึ่งให้การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นศูนย์ Coordinating Center ในการรับส่งปรึกษาจากแพทย์เจ้าของไข้และทีมพยาบาลในหอผู้ป่วย โดยการประสานงาน รวมถึงให้คำแนะนำเบื้องต้นเพื่อให้ทีมที่ดูแลคนไข้ประจำสามารถดูแลคนไข้ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในการดูแลต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและต้องได้รับการดูแลในช่วงสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ศูนย์ชีวาภิบาล “เอาทุกข์ออก เอาสุขให้ เอาใจวาง” ดังนั้น ศูนย์ชีวาภิบาลจึงเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้การดูแลชีวิตช่วงสุดท้ายของผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เน้นการทำงานแบบองค์รวมให้ได้รับการตอบสนองครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านกาย ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตปัญญา (Spiritual) โดยทำงานแบบสหวิชาชีพ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีจุดเริ่มต้นต่างจากการรวมกลุ่มของบุคลากรในโรงพยาบาลที่สนใจและมีจิตอาสาทำงานด้านนี้ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2544 และพัฒนามาเป็นคณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จนกระทั่งได้รับการอนุมัติจากสภาวิชาชีพเมื่อเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2555 จัดตั้งเป็นศูนย์ชีวาภิบาล ณ ปัจจุบันมีบุคลากรปฏิบัติงานประจำศูนย์

7 คน ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาล 2 คน นักสังคมสงเคราะห์ 2 คน และเจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 1 คน

บทบาทหน้าที่ของศูนย์ชีวาภิบาล ด้วยนโยบายของโรงพยาบาลที่จะไม่แยกผู้ป่วยระยะสุดท้ายออกเป็นหอพิเศษโดยเฉพาะดังนั้น ศูนย์ชีวาภิบาลจึงทำหน้าที่เป็น"ที่ปรึกษา"ให้กับทีมดูแลหลัก โดยร่วมมือกับแพทย์เจ้าของ และบุคลากรในหอผู้ป่วยเพื่อช่วยกันดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เพราะทีมดูแลหลักย่อมรู้จักและได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยเป็นทุนเดิม ทางศูนย์ชีวาภิบาล จะเป็นพลังเสริมให้การดูแลแก่ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ศูนย์ชีวาภิบาลยังมีทรัพยากรเครือข่ายอาสาสมัครเป็นแหล่งเติมเต็มความต้องการในสิ่งที่ทีมรักษาทำไม่ได้ เช่น การเยี่ยมเยียนแบบเพื่อน นอกจากบทบาทดังกล่าวแล้ว ศูนย์ยังทำหน้าที่เป็นแหล่งส่งเสริมความรู้ให้แก่บุคลากร นิสิต นักศึกษา และประชาชนทั่วไป โดยการจัดการเรียน การสอน และการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผลงานเด่นที่ผ่านมา แบ่งงานได้เป็น 3 ด้าน คือ ด้านวิชาการ ด้านบริการ และด้านเครือข่าย

ด้านวิชาการ

1. การจัดประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง"End Of Life Care : Improving Care of The Dying" ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ซึ่งมีคนร่วมประชุมครั้งละกว่า 300 คน
2. ผลจากการประชุมข้างต้นได้ตีพิมพ์เป็นหนังสือ ที่ถือได้ว่าเป็นหนังสือรวบรวมศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากผู้มีประสบการณ์ของทุกวิชาชีพ จึงได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจนถึงปัจจุบันตีพิมพ์เป็นครั้งที่ 9
3. การวิจัย โครงการศึกษาในประเด็นความต้องการการรับรู้ความจริงของผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแล ผลการวิจัยดังกล่าวทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงความคิดและแนวทางการแจ้งข่าวร้ายในโรงพยาบาล
4. ร่วมเขียนหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้กับเครือข่ายโรงเรียนแพทย์ (กสพท.)

5. มี Professor จากต่างประเทศและบุคลากรทางการแพทย์ภายในประเทศเข้ามาศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในงานด้าน Palliative care และ End of life care

ด้านบริการ

1. สร้างโปรแกรมปรึกษาผ่านระบบออนไลน์ของโรงพยาบาล ชื่อ "IPDADE 27 บันทึกข้อมูล Consult ศูนย์ชีวิธาภิบาล" เป็นแห่งแรกในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2555

2. เป็นแกนประสานให้เกิดทีมการทำงานเพื่อดูแลผู้ป่วยโดยให้หลัก patient and family centered care ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ภาควิชาต่างๆ ฝ่ายการพยาบาล บุคลากรด้านวิสัญญี เวชศาสตร์ฟื้นฟู เภสัชศาสตร์ เวชศาสตร์ครอบครัว ทีมพยาบาล Comfort Care หน่วย Home Health Care นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัคร อาสาช่างเตียง และจิตอาสาชีวิธาภิบาล

ด้านเครือข่ายอาสาสมัคร

1. ปี พ.ศ. 2549 ได้จัดโครงการสร้างเครือข่ายอาสาสมัครช่างเตียงผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจัดอบรมนิสิตแพทย์และนักศึกษาพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยรื้อรัง มุ่งเน้นการเป็นเพื่อนช่างเตียงโดยใช้เทคนิคการฟังอย่างลึกซึ้งจากสองปีแรกที่ทางศูนย์ต้องประชาสัมพันธ์โครงการด้วยตัวเอง มีการบอกต่อและได้รับความสนใจจากนิสิตและนักศึกษาเป็นอย่างดีจนมีการตั้งเป็นชมรมและดำเนินการด้วยตัวเอง

2. ร่วมอบรมและจัดประชุมวิชาการกับกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย(กสพท.) จัดทำหนังสือสรุปการประชุมทั้งสิ้น 6 เล่ม เผยแพร่ให้บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนที่สนใจได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานการณ์ปัจจุบัน จากการรวมครั้งนั้นทำให้เกิดชมรมและจัดตั้งเป็นสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในที่สุดเพื่อเป็นเครือข่ายในการปฏิบัติงานและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์จากการสูญเสีย การจัดการกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิต

Mash (2014)⁽⁵⁹⁾ ทำการศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างระดับการพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิต กับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 157 คน อายุระหว่าง 17-29 ปี ซึ่งมีประสบการณ์การสูญเสียสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท ในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา ระยะเวลาการสูญเสียเฉลี่ย 1.74 ปี พบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียร้อยละ 16 และร้อยละ 34 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง พบว่าการพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วมากจะทำให้มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติและภาวะซึมเศร้าสูง

สิริวรรณ คงทอง, วราภรณ์ คงสุวรรณ และกิตติกร นิลมานันต์⁽¹⁰⁾ ศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย จำนวน 15 ราย ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อรับรู้ว่ามีกำลังจะเสียชีวิตและเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน คือ ด้านความรู้สึก ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านร่างกาย

1. ด้านความรู้สึก พบว่า ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 15 ราย มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ซ็อก ตกใจ เหงาว่าเหว่ เครียด กังวลและหงุดหงิด
2. ด้านความคิด พบว่า ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 ราย เล่าว่าช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและกำลังเสียชีวิต รวมทั้งหลังจากการสูญเสีย ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดหมกมุ่นวนเวียนอยู่กับสามี และคิดอยากฆ่าตัวตายตาม
3. ด้านพฤติกรรม พบว่า ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 6 ราย อยากอยู่เงียบๆคนเดียว และหลีกเลี่ยงสังคม
4. ด้านร่างกาย พบว่า ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 9 ราย มีอาการกินไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับและโรคประจำตัวกำเริบ

Duke⁽⁶⁰⁾ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของคู่สมรสของผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย โดยใช้การสัมภาษณ์คู่สมรสผู้ป่วยจำนวน 12 ราย พบว่าขณะที่คู่สมรสต้องเผชิญกับภาวะสูญเสียและเศร้าโศกนั้น คู่สมรสจะมีปฏิกิริยาต่อความสูญเสียเป็นระยะๆ คือ มีอารมณ์ที่แปรปรวน รู้สึกสับสน ยุ่งยากใจ จะอยู่กับความทรงจำเก่าๆ ท่ามกลางความสับสน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มี

การแยกตัวอยู่คนเดียว มีความรู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนถูกทอดทิ้ง และในที่สุดก็จะสามารถปรับตัวเข้าสู่ความสมดุลได้

McAdam, Dracup, White, Fontaine, & Puntillo⁽⁶¹⁾ ทำการศึกษาประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นในสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหลัง 3-5 วัน ที่เข้ารับการรักษาใน ไอซียู จำนวน 74 ราย มีอาการต่างๆเกิดขึ้นหลายอย่าง ได้แก่ เครียดระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 56.8, กังวลเล็กน้อย ร้อยละ 79.7, ซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 70.3

Plakas, Cant & Taket⁽⁶²⁾ ทำการศึกษาประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤตในประเทศกรีซ พบว่า ระหว่างบุคคลอันเป็นที่รักเจ็บป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยไอซียู ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกเศร้าโศกและรู้สึกผิดและตำหนิตนเองว่าเป็นต้นเหตุให้ผู้ป่วยต้องมาเจ็บป่วยวิกฤต

สุไศรินทร์แวตะ⁽⁶³⁾ ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มุสลิมระยะสุดท้ายจำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งด้านลบและด้านบวก ดังนี้

ผลกระทบด้านลบ คือ พักผ่อนไม่เพียงพอ ร่างกายทรุดโทรม ทุกข์ทรมานทางอารมณ์ เครียดวิตกกังวล ท้อแท้ น้อยใจ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย สูญเสียรายได้ มีหนี้สิน แยกตัวจากสังคม ไม่ได้ประกอบพิธีกรรม ทางศาสนา

ผลกระทบด้านบวก คือ ภูมิใจที่ได้ดูแล ได้รับประสบการณ์ที่ดี

ผานิต บุญตระกูลและคณะ⁽¹⁶⁾ ศึกษาภาวะสูญเสียและเศร้าโศก ประสบการณ์ของหญิงม่ายจากเหตุการณ์ ธรรมพิบัติภัย พบว่า ปฏิกริยาตอบสนองต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศก ด้านความรู้สึก มีความรู้สึกเสียใจ และไม่มีชีวิตชีวาเมื่อสูญเสียสามี

Zisook S, ShuchterSR⁽⁶⁴⁾ พบโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) หลังจากการสูญเสียคู่สมรสประมาณร้อยละ 24 เมื่อเวลา 2 เดือน และร้อยละ 23 เมื่อเวลาผ่านไป 7 เดือน และ

ลดลงเหลือร้อยละ 16 เมื่อเวลาผ่านไป 13 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่สมรสแล้วแต่ไม่ได้
ประสบกับการสูญเสีย พบอัตราของโรคซึมเศร้าเพียงร้อยละ 4

Allen (2013)⁽⁶⁵⁾ ทำการศึกษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในผู้ดูแลผู้ป่วย
มะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีการเสียชีวิตไปแล้วจำนวน 188 คน ผลพบว่า ภายใน 1 ปี หลังจากผู้ป่วยได้
เสียชีวิตลงไป ผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 50 พบภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อยและได้รับการ
สนับสนุนทางสังคมต่ำ จะเป็นตัวทำนายอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

Holtlander & McMillan (2011)⁽⁶⁶⁾ ทำการศึกษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติของสมาชิก
ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังการสูญเสีย ทำการเก็บข้อมูลที่ระยะเวลา 3 เดือน จำนวน
280 ราย พบว่า ผู้ดูแลประสบกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติจะมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้า
ได้มากขึ้น

ทิพย์สุตา สำเนียงเสนาะ⁽⁶⁷⁾ ได้ศึกษาเผชิญกับการสูญเสียและภาวะเศร้าโศก สรุปได้ว่า การ
สูญเสียบุคคลสำคัญหรือบุคคลอันเป็นที่รักจะทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าโศก ซึ่งเป็นสิ่งที่พบได้เป็นปกติ
หลังจากการสูญเสีย เป็นปฏิกิริยาตอบสนองโดยรวมที่มีต่ออารมณ์ที่เป็นทุกข้ออัน เนื่องมาจากการ
สูญเสีย เมื่อเกิดความเศร้าโศกบุคคลจะผ่านขั้นตอนของความรู้สึกต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นปฏิเสธ โกรธ
ต่อรอง ซึมเศร้า จนกระทั่งเริ่มยอมรับความจริงและพยายามกลับสู่สังคมอีกครั้ง

อรรถการญจน์ ธนวิสกุล⁽⁶⁸⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตและความต้องการสนับสนุนทางสังคมของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด คือ
ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงต่างๆทางร่างกาย และสิ่งที่ผู้ดูแลมีลักษณะการดูแล
หรือมีความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเท่าใด ระดับความต้องการข้อมูลก็สูงขึ้นตามไปด้วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ส่วนบุคคลเชิงลึก (in-depth Interview) เป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาของโคไลซซี่ (Colaizzi's) เพื่ออธิบายประสบการณ์การสูญเสียการจัดการกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง มีวิธีการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. ก่อนการวิจัยผู้วิจัยได้มีการศึกษางานวิจัย ข้อมูลความรู้ต่างๆที่เกี่ยวกับการสูญเสียของคู่สมรสจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (documentary study) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลทุติยภูมิ โดยศึกษาข้อมูลจากวารสาร บทความ ตำรา หนังสือ เอกสารทางวิชาการ รายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ ตลอดจนข้อมูลทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์
2. การศึกษาภาคสนาม (field study) เป็นการเก็บข้อมูลจากปรากฏการณ์จริง หรือแหล่งต้นตอของข้อมูลโดยตรง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์เชิงพรรณนา โดยมีขั้นตอนในการวิจัยดังนี้

ผู้เข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

ผู้เข้าร่วมในการศึกษาวิจัยหรือผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาครั้งนี้ (research participant) ได้แก่ คู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ส่งปรึกษาศูนย์ชีวาภิบาล เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยวิธีการคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นคู่สมรสทั้งเพศชายและเพศหญิงของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและให้การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา

ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จนผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสียชีวิต เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2557 เลือกรู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งได้แก่คู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1. คู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างใกล้ชิดเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือนในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่ส่งปรึกษาศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการประเมินจากแพทย์เจ้าของไข้และแพทย์ประจำศูนย์ชีวาภิบาลว่าผู้ป่วยอยู่ในอยู่ในระยะสุดท้ายและคู่สมรสไม่มีปัญหาทางสุขภาพจิต
2. ผู้ให้ข้อมูลสามารถสื่อสารได้ด้วยคำพูด เข้าใจคำถาม
3. ผู้ให้ข้อมูลยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

เกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclusion Criteria)

1. คู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีโรคทางกายหรือมีอาการป่วยมากหรือมีการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่รุนแรงจนไม่สามารถร่วมมือในการให้สัมภาษณ์ได้
2. คู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถให้การสัมภาษณ์ต่อเนื่อง

จำนวนของผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับความพอเพียงและคุณภาพของข้อมูล โดยผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (saturation) คือ เมื่อผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลซ้ำๆ เดิมๆ กับข้อมูลเดิม ข้อมูลอิ่มตัวที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด จำนวน 12 ราย เนื่องจากข้อมูลที่ได้มีการซ้ำๆ เดิมๆ ของเนื้อหาจากการสัมภาษณ์ ไม่พบข้อมูลใหม่ และข้อมูลอิ่มตัวอยู่ที่ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการดำเนินการเก็บข้อมูลของการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ลักษณะคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ถือได้ว่าเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยให้การสัมภาษณ์นั้นเป็นไปอย่างราบรื่น และเป็นประโยชน์แก่ผู้สัมภาษณ์ ซึ่งก็คือผู้วิจัย เพราะจะช่วยให้ผู้วิจัยมีเป้าหมายและมีวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์อย่างชัดเจน ไม่หลงประเด็น และสอบถามข้อมูลได้อย่างครอบคลุมเนื้อหา นอกจากนี้หากมีการสร้างคำถามที่ตีร่วมกับท่าทีที่ผ่อนคลายของผู้วิจัย ก็จะช่วยให้ผู้รับการสัมภาษณ์รู้สึกผ่อนคลายและพร้อมเปิดใจมากยิ่งขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ระดับลึก (in-depth Interview) เพื่อใช้เป็นแนวคำถามประกอบการสัมภาษณ์โดยกระบวนการในการสร้างแนวคำถามมีดังนี้

1.1 แนวคำถามถูกสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องประสบการณ์การสูญเสียของกลุ่มหลังจากการสูญเสียของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยังมีอยู่จำกัดผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์จากการสูญเสียของกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างลึกซึ้ง เพื่อนำผลวิจัยมาพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพ⁽⁶⁾ และศูนย์ชีวาภิบาล ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและกลุ่มสมรส หาแนวทางในการให้ความช่วยเหลือ การป้องกัน การดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ อารมณ์ของกลุ่มสมรสที่เกิดการสูญเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 จากความคิดเห็นและคำปรึกษาแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่าน

1.3 จากการศึกษาผู้วิจัยเป็นนักสังคมสงเคราะห์ได้ฝึกอบรมผ่านทักษะการสัมภาษณ์ทางจิตเวชและการให้คำปรึกษาแนะนำ ได้เข้าเรียนและฝึกอบรมในการบำบัดช่วยเหลือผู้ที่ประสบกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักโดยใช้จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ในการหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น (reliability and content validity) ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) และได้ผ่านการตรวจสอบจาก

ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านซึ่งเป็นอาจารย์จิตแพทย์และอาจารย์พยาบาล ผู้วิจัยได้ฝึกการสัมภาษณ์ก่อนการเก็บข้อมูลโดยได้ฝึกซ้อมการเก็บข้อมูลจากอาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่าน

1.4 เครื่องบันทึกเสียงและอุปกรณ์การบันทึกสำหรับใช้ในการบันทึกเสียงผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยขณะดำเนินการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยใช้เครื่องบันทึกเสียงดิจิทัล 2 เครื่อง เพื่อสำรองไว้เมื่อเครื่องบันทึกชำรุดขณะสัมภาษณ์ และบันทึกไฟล์ไว้ในคอมพิวเตอร์ ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันข้อมูลไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยจึงได้มีการตั้งรหัสส่วนตัว และจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมดทิ้งเมื่อการทำวิจัยสิ้นสุดลงส่วนสมุดบันทึกใช้สำหรับจดบันทึกรายละเอียดสำคัญในการสัมภาษณ์และใจความสำคัญ

2. แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียฉบับภาษาไทย (Inventory of Complicated Grief - ICG) มีจำนวนทั้งหมด 19 ข้อ ซึ่งแปลและพัฒนาโดย อรสา ไยยอง และ พิรพนธ์ ลีบุญธรวัชชัย⁽⁶⁹⁾ โดยได้รับอนุญาตจาก Prigerson⁽²⁾ เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาตอบด้วยตนเอง ความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ที่ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.97⁽⁶⁹⁾ มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเลย และ 4 คะแนน หมายถึง เป็นประจำและแปลผลโดยคิดคะแนนรวมทั้งแบบสอบถามที่ได้คะแนนตั้งแต่ 25 คะแนน ขึ้นไป หมายถึง มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

ตัวผู้วิจัย

เนื่องจากการทำวิจัยเรื่องประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นการทำวิจัยเชิงคุณภาพ จะต้องมีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแบบเชิงลึก เครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งคือตัวผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์และในการสัมภาษณ์นั้นตัวผู้วิจัยจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมเป็นอย่างดี โดยการทบทวนวรรณกรรม ทบทวนและทำความเข้าใจในคำถามที่จะใช้สัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และเพื่อให้งานวิจัยออกมามีคุณภาพ อีกทั้งยังสอดคล้องกับสภาพปัญหาหลังจากการสูญเสียของคู่สมรสได้ดียิ่งขึ้น

ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤต รวมระยะเวลา 7 ปี ในตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์วิชาชีพ มีประสบการณ์ในการดูแล

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวทั้งก่อนและหลังจากการเสียชีวิต ได้ฝึกอบรมผ่านทักษะการสัมภาษณ์ทางจิตเวชและการให้คำปรึกษาแนะนำ ผ่านการฝึกอบรมระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ได้เข้าเรียนและฝึกอบรมในการบำบัดช่วยเหลือผู้ที่ประสบกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักโดยใช้จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ในการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ประสบกับภาวะการสูญเสีย ให้การดูแลคุ้มครองของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในด้านสังคม เมื่อไม่สามารถจัดการกับการสูญเสียที่เกิดภายหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้และด้านอารมณ์จิตใจเมื่อเกิดอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย ทำให้เห็นปฏิกริยาต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อตามมาหลังจากการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้แก่ กินไม่ได้ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ร้องไห้ คร่ำครวญเสียใจ วิตกกังวล เครียด การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ปรับตัวไม่ได้ เป็นต้น ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นประจำในการปฏิบัติงานของผู้วิจัย แต่มิได้เข้าไปศึกษาในเชิงลึก เพื่อให้ได้ทราบถึงประสบการณ์การสูญเสีย การจัดการกับการสูญเสีย และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มสมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แท้จริงแล้วเป็นอย่างไร เพื่อช่วยให้กลุ่มสมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ภายหลังจากการสูญเสียได้ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วทำให้เมื่อเห็นกลุ่มสมรสที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป เกิดความรู้สึกสงสารและเกิดความเห็นอกเห็นใจเป็นพื้นฐาน อันจะส่งผลทำให้เกิดความลำเอียงในการดำเนินการเก็บข้อมูลได้ ดังนั้นในการดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจำเป็นต้องระมัดระวังและอารมณ์ส่วนบุคคล เช่น ความเศร้าโศกเสียใจ ความสะเทือนใจ ความสงสาร และความตื่นเต้น เพื่อเปิดรับมุมมองและทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการสรุปผลการดำเนินการวิจัยให้มีคุณภาพมากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ต้องการข้อมูลที่ลึกซึ้ง ครอบคลุมและเชื่อถือได้ จึงใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยเตรียมหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง อุปกรณ์บันทึกภาคสนามและแบบสัมภาษณ์ต่างๆให้พร้อมเพื่อความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยทำหนังสือถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตจากเวรชะเป็ยของศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
6. ผู้วิจัยคัดเลือกคู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลังจากการเสียชีวิตไปแล้ว 3 เดือน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์จากคู่สมรสที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยต่างๆเพื่อประเมินทางสังคมเบื้องต้น เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและคู่สมรส หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งบอกให้ทราบเกี่ยวกับลักษณะการสนทนาแบบเจาะลึก การขออนุญาตจดบันทึกและบันทึกเสียงในการสนทนาระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการสนทนาประมาณ 60-90 นาที ซึ่งจะถูกทำลายหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการศึกษาแล้ว สถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เป็นสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวและเป็นสัดส่วน เพื่อสร้างบรรยากาศให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกผ่อนคลายสะดวกในการให้ข้อมูล และไม่มีบุคคลที่สามเข้ามารบกวนการสัมภาษณ์ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะกระทำโดยภาพรวมและไม่เปิดเผยชื่อ พร้อมทั้งทำความเข้าใจว่า คู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตในการเป็นผู้ให้ข้อมูลจะไม่มีผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิต และในระหว่างการพูดคุยหากมีข้อคำถามใดไม่สะดวกใจที่จะตอบมีอิสระที่จะไม่ตอบรวมทั้งสามารถบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆของการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง โดยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (informed consent) ก่อนทำการเก็บข้อมูล
7. สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยเป็นนักสังคมสงเคราะห์ได้ฝึกอบรมผ่านทักษะการสัมภาษณ์ทางจิตเวชและการให้คำปรึกษาแนะนำ ได้เข้าเรียนและฝึกอบรมในการบำบัดช่วยเหลือผู้ที่ประสบกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักโดยใช้จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ฝึกซ้อมการเก็บข้อมูลจากอาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่าน เพื่อเป็นการเตรียมตัว

ก่อนการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกต สีนห้ทำทาง น้ำเสียงและการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ทราบความนัยที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้บอก ออกมาอย่างชัดเจน การพูดคุยสัมภาษณ์เป็นไปอย่างไม่เป็นทางการ ไม่เร่งรัด มีลักษณะเป็นกันเอง สร้างบรรยากาศให้เกิดความรู้สึกร่วมกัน ไม่ตึงเครียด

8. เริ่มการสัมภาษณ์ด้วยการทำแบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ฉบับภาษาไทย (Inventory of Complicated Grief - ICG) เมื่อแปลผลจากแบบประเมินเสร็จสิ้นก็ เริ่มสัมภาษณ์ด้วยคำถามทั่วไปจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นเริ่มสัมภาษณ์โดยใช้แนว คำถามระดับลึก เชื่อมโยงเข้าหาประเด็นที่ต้องการเจาะหารายละเอียดจากผู้ให้ข้อมูลให้ได้มากที่สุด และให้ตรงตามแนวคำถามที่ตั้งไว้ ก่อนยุติการสนทนาผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่า ประสบการณ์ที่ผู้วิจัยไม่ได้ถาม และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามข้อข้องใจประเด็นต่างๆในการ สนทนา

9. การปิดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกระทำเมื่อได้คำตอบครบถ้วนหมดแล้ว หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลที่ได้มาอย่างละเอียด นำมาประกอบการตัดสินใจเลือกเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล รายต่อไปซึ่งคาดว่าจะให้ข้อมูลและมโนทัศน์ที่แตกต่างจากเดิมที่มีอยู่แล้ว เพื่อช่วยในการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลในรายต่อไปสามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนและตรงประเด็นมากยิ่งขึ้น

10. เมื่อได้ข้อมูลที่ต้องการแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาถอดเทป ลักษณะคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค ที่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์ ตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนของคำตอบและ ดำเนินการวิเคราะห์คำตอบจากบทสนทนาที่ผู้วิจัยถอดเทปออกมาผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว จำนวนของผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับความพอเพียงและคุณภาพของข้อมูล ผู้วิจัยยุติ การเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (saturation) คือ เมื่อผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลซ้ำๆเรื่อยๆ กับข้อมูลเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนั้นการวิเคราะห์ ข้อมูล ส่วนบุคคลใช้การแจกแจงความถี่ส่วนข้อมูลประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรสหลังจากการ เสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาของโคลไลซี (Colaizzi, 1987 อ้างอิงในอารีย์วรรณอ่วมตานี, 2549) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปมาอ่านหลายๆ ครั้งถึง

ข้อความที่สำคัญออกมาให้มากที่สุดและนำไปตรวจสอบความตรงกับผู้ให้ข้อมูลหลักนำข้อความที่ได้มาจัดเป็นหัวข้ออธิบายแต่ละหัวข้อให้ละเอียดชัดเจนนำคำอธิบายที่ได้ไปรวมกันและตรวจสอบสรุปจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักโดยมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์จากกรณีศึกษาแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ
- 3) ประสบการณ์จากการสูญเสีย ได้แก่ ภาวะก่อนการสูญเสียและภาวะหลังการสูญเสีย
- 4) การจัดการกับการสูญเสีย
- 5) การสนับสนุนทางสังคม

การวิเคราะห์ข้อมูลมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นเก็บข้อมูลจนถึงสิ้นสุดการศึกษา โดยมีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปคำสัมภาษณ์มาอ่านเพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่ได้ทำการศึกษา โดยเฉพาะอารมณ์ความรู้สึกที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นๆของผู้ให้ข้อมูล
2. ผู้วิจัยทำการตั้งคำหรือประโยคที่เกี่ยวข้องออกมาให้ได้มากที่สุดจากนั้นนำมากำหนดความหมายให้กับคำ ประโยคหรือย่อหน้าที่คิดว่าเป็นปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษาและตรงประเด็น
3. ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบข้อมูลซ้ำ สำหรับข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์คนต่อไป แล้วนำมาจัดกลุ่มประเด็นต่างๆ ถ้าเป็นประเด็นในเรื่องเดียวกันก็จะเก็บรวบรวมไว้ด้วยกันโดยยังไม่ต้องพิจารณาว่าประเด็นใดเป็นประเด็นหลักและประเด็นใดเป็นประเด็นย่อย ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วย โดยนำข้อความที่ดึงออกมากลับไปตรวจสอบกับข้อความในต้นฉบับด้วย
4. เมื่อได้ประเด็นต่างๆจำนวนมากและไม่มีประเด็นใหม่ๆเกิดขึ้นหรือข้อมูลที่ได้ ซ้ำๆเดิมๆจนข้อมูลอิ่มตัว ผู้วิจัยจึงหยุดการสัมภาษณ์
5. ผู้วิจัยได้ทำการลดทอนข้อมูล โดยพิจารณาการจัดหมวดหมู่ให้กับประเด็นเหล่านั้นว่าข้อความใดควรเป็นประเด็นหลักและข้อความใดควรเป็นประเด็นย่อยที่อยู่ภายใต้ประเด็นหลัก
6. ผู้วิจัยนำการวิเคราะห์นี้กลับไปตรวจสอบและสัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งจำแนกออกเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์เนื้อหา คือ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์และหาแนวคิดหลักในแต่ละลำข้อคำถาม ข้อมูลทั้งหมดนำเสนอในรูปแบบความเรียงโดยผู้วิจัยนำเทปบันทึกการสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นการสนทนา ระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลมาฟังและถอดเทปแบบคำต่อคำ ตรวจสอบความถูกต้องของการถอดเทป อ่านบทสนทนาโดยการเปรียบเทียบกับเทปที่บันทึกอีกครั้ง รวมทั้งการตรวจสอบกับข้อมูลที่จัดบันทึกไว้ได้ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ภาคสนาม

2. วิเคราะห์ข้อมูลภาคสนาม คือการวิเคราะห์จากสถานการณ์ที่ผู้ศึกษาได้ไปคลุกคลีอยู่กับ แหล่งข้อมูลในระยะหนึ่ง อาศัยเทคนิคหลากหลายวิธี เช่น การสังเกต การพูดคุย การสัมภาษณ์ จัด บันทึกข้อมูลเป็นต้น

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ คือ การนำข้อมูลในสถานการณ์ต่างๆมาหาความสอดคล้องสัมพันธ์ กัน ในการเก็บข้อมูลจากคู่สมรสทั้งเพศชายและเพศหญิง ผู้วิจัยจะทำการเปรียบเทียบวิเคราะห์ พิจารณาในข้อที่มีความเหมือนและความแตกต่างกัน รวมทั้งข้อมูลที่มีความสอดคล้องสัมพันธ์กันมา เขียนรายงานสรุปการศึกษา อธิบาย เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่ได้กับวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูลบนพื้นฐานของความน่าเชื่อถือ (credibility) ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการดำเนินการโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ที่ทบทวนแบบแผนที่แตกต่างกันออกไป (negative case analysis) เป็นการวิเคราะห์หาแบบแผนของความหมายหรือข้อมูล หรือหลักฐานที่พบในการถอด ข้อมูลที่แตกต่างออกไปนี้ มีลักษณะเป็นกระบวนการทบทวนข้อสันนิษฐานย้อนหลัง อีกทั้งยังเป็นการ วิเคราะห์ในประเด็นที่แตกต่างออกไป เพื่อให้ครบทุกมุมมอง

การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล กระทำการบนพื้นฐานของจรรยาบรรณการวิจัย กล่าวคือ ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลต้อง ทราบว่าจะได้รับผลกระทบอะไรบ้าง เนื้อหาในการสัมภาษณ์จะเป็นไปในลักษณะใดผู้ให้ข้อมูลมีอิสระ ในการตัดสินใจที่จะยินยอมให้ข้อมูลหรือมิให้ข้อมูล โดยไม่มีการบังคับขู่เข็ญหรือให้สินบนแต่อย่างใด นอกจากนี้การเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนในเนื้อหาการเรียบเรียงผลการวิจัยจะต้องกระทำโดยการ คำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล จะต้องไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือรายละเอียดที่จะเป็นการ เปิดเผยผู้ให้สัมภาษณ์และมีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จากความสนใจและประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติงาน ในหน้าที่นักสังคมสงเคราะห์ที่ให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัย ในฐานะผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยความ ระมัดระวังและระลึกรถึงข้อพึงระวังในการปฏิบัติกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตามสภาพปัญหาของผู้ให้ ข้อมูล

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม (Ethical considerations)

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับอนุญาตจาก คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยได้ให้การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลตลอด กระบวนการศึกษา โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามความสมัครใจ หลังจากที่ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด บอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อที่จะ สัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก การจดบันทึกและขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ การรักษาความลับโดยการลบทำลายเทปเมื่อสิ้นสุดการศึกษา การไม่ เปิดเผยข้อมูลใดๆที่จะเกี่ยวข้องถึงผู้เข้าร่วมวิจัย

การนำข้อมูลเอกสารจากการสัมภาษณ์ไปอภิปรายเผยแพร่ในลักษณะข้อมูลโดยรวม และการ นำเสนอข้อมูลทางวิชาการเท่านั้นในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลเกิดภาวะเครียด หรือรู้สึกเศร้าเสียใจมากจาก การสังเกตสีหน้า และพฤติกรรมในขณะที่กำลังให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ให้ข้อมูล ร้องไห้ตลอดเวลาและเมื่อผู้ให้ข้อมูลต้องการ โดยหยุดสัมภาษณ์และหยุดการบันทึกเสียง สอบถาม ผู้ให้ข้อมูลเพื่อยุติการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ โดยผู้วิจัยรับฟังด้วย ความตั้งใจและเห็นอกเห็นใจ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลขณะทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 ราย ร้องไห้แต่ไม่เกิดภาวะเครียดหรือกดดันในการให้ข้อมูล ยืนยันว่าสามารถให้ข้อมูลต่อไปได้ และไม่ มีผู้ให้ข้อมูลรายใดส่งต่อแหล่งช่วยเหลืออื่น

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสบการณ์การสูญเสียของกลุ่มสมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้เวลาเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 2 เดือน จากกลุ่มสมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตทั้งเพศชายและเพศหญิง ระยะเวลา 3 เดือน หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 10 ราย โดยวิธีการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ ส่วนบุคคลเชิงลึก (In-depth interview) ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้การแจกแจงความถี่ ส่วนข้อมูลประสบการณ์การสูญเสียของกลุ่มสมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาของโคไลซซี (Colaizzi, 1987) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปมาอ่านหลายๆ ครั้ง ดึงข้อความที่สำคัญออกมาให้มากที่สุดและนำไปตรวจสอบความตรงกับผู้ให้ข้อมูลหลัก นำข้อความที่ได้มาจัดเป็นหัวข้ออธิบายแต่ละหัวข้อให้ละเอียดชัดเจน นำคำอธิบายที่ได้ไปรวมกันและตรวจสอบสรุปจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์จากกรณีศึกษา แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ในประเด็นต่างๆดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์จากการสูญเสีย

- ภาวะก่อนการสูญเสีย

- ภาวะหลังการสูญเสีย

ส่วนที่ 4 การจัดการกับการสูญเสีย

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม

ข้อมูลส่วนบุคคล

ลำดับ	กรณีศึกษา	ความสัมพันธ์	อายุ	การศึกษา	อาชีพ	รายได้	สถานภาพสมรส	ผู้ดูแลใกล้ชิด
1	คุณมะลิ	ภรรยา	40	ป.6	รับจ้าง	8,000	ไม่ได้สมรส	ไม่มี
2	คุณกุหลาบ	ภรรยา	63	ป.4	ค้าขาย	5,000	ไม่ได้สมรส	บุตร
3	คุณลำดวน	ภรรยา	56	ป.4	ลูกจ้าง	14,000	สมรส	บุตร
4	คุณดอกกรัก	สามี	66	ป.5	ค้าขาย	50,000	สมรส	บุตร
5	คุณพิกุล	ภรรยา	53	ป.4	รับจ้าง	9,000	สมรส	บุตร
6	คุณสาละ	สามี	59	ม.3	ค้าขาย	30,000	สมรส	บุตร
7	คุณโกศล	สามี	43	ป.6	รับจ้าง	20,000	ไม่ได้สมรส	ไม่มี
8	คุณบัวตอง	ภรรยา	28	ปวส.	ค้าขาย	9,000	สมรส	บิดา มารดา
9	คุณบุษบา	ภรรยา	49	ม.3	รับจ้าง	12,000	ไม่ได้สมรส	ไม่มี
10	คุณมณฑา	ภรรยา	40	ป.6	รับจ้าง	10,000	สมรส	บุตร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้วิจัยได้กำหนดนามสมมติของผู้ส่วนร่วมในการวิจัยซึ่งเป็นคู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตในครั้งนี้จำนวนทั้งหมด 10 ราย แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 3 ราย ได้แก่ คุณดอกกรัก คุณสาละ และคุณโกศล และเพศหญิงจำนวน 7 ราย ได้แก่ คุณมะลิ คุณกุหลาบ คุณลำดวน คุณพิกุล คุณบัวตอง คุณบุษบาและคุณมณฑา

คู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีทั้งหมด 10 ราย มีอายุตั้งแต่ 28-66 ปี โดยอายุเฉลี่ย 50.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.5 คู่สมรสมีความสัมพันธ์เป็นภรรยาจำนวน 7 ราย เป็นสามีจำนวน 3 ราย ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 7 ราย มัธยมศึกษาตอนต้น 2 ราย

ปริญญาวิชาชีพชั้นสูง 1 ราย ประกอบอาชีพรับจ้าง 5 ราย ค้าขาย 4 ราย รับราชการ 1 ราย โดยมี รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 16,700 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13,752) คู่สมรสที่จดทะเบียนสมรส จำนวน 6 ราย และไม่ได้จดทะเบียนสมรสจำนวน 4 ราย ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 โดยจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกันสูงสุดจำนวน 8 ราย ต่ำสุด จำนวน 1 ราย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวจำนวน 7 รายและครอบครัวขยายจำนวน 3 ราย ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ในบ้านตนเองจำนวน 7 ราย คู่สมรสส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบุตรจำนวน 7 ราย อยู่กับบิดา-มารดา บุตรและน้องชายจำนวน 1 ราย พักอาศัยอยู่กับหลานจำนวน 1 รายและพัก อาศัยอยู่ตามลำพังจำนวน 1 ราย ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลใกล้ชิดที่เป็นบุตรจำนวน 6 ราย เป็นบิดา-มารดา จำนวน 1 ราย และไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิดเลยจำนวน 3 ราย เศรษฐฐานะครอบครัวเพียงพอมีเหลือเก็บ จำนวน 4 ราย เพียงพอไม่มีเหลือเก็บจำนวน 3 ราย ไม่เพียงพอและมีหนี้สินจำนวน 3 ราย คู่สมรสที่มี โรคประจำตัวทางกายจำนวน 4 ราย ได้แก่โรคเบาหวานคลอเรสเตอรอลและความดันโลหิตสูง พบคู่ สมรสมีประวัติโรคทางจิตเวช จำนวน 2 ราย ได้แก่ โรคซึมเศร้า โดยผู้ให้ข้อมูลที่พบโรคซึมเศร้าทั้ง 2 ราย ได้เข้ารับการรักษาอาการจนสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติแล้ว

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในครั้งนี้เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เลือกเฉพาะเจาะจงจากคู่ สมรสที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากประสบการณ์ในการ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของคู่สมรสพบว่าชนิดของโรคที่ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุดคือ มะเร็งระบบ ทางเดินอาหาร 7 ราย ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ มะเร็งถุงน้ำดี มะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งกระเพาะ อาหาร มะเร็งระบบทางเดินหายใจ 1 ราย ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งระบบสูติ-นรีเวช 1 ราย ได้แก่ มะเร็งมดลูก มะเร็งระบบโลหิตวิทยา 1 ราย ได้แก่ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง

คู่สมรสที่เสียชีวิตส่วนใหญ่จะเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ใช้ ระยะเวลาในการรักษาตัวตั้งแต่ 2-8 เดือนก่อนที่คู่สมรสจะเสียชีวิต โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 2.20 เดือน (คิด เป็นร้อยละ 50) หลังจากการสูญเสียผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่าระยะเวลาผ่านไป 3 เดือน คู่สมรสส่วน ใหญ่ยังทำใจยอมรับกับการสูญเสียไม่ได้ 6 ราย (คิดเป็นร้อยละ 60) ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (N=10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(ราย)	ร้อยละ (%)
เพศ		
หญิง	7	70
ชาย	3	30
อายุ (ปี)		
21-30	1	10
31-40	1	10
41-50	3	30
51-60	3	30
61 ขึ้นไป	2	20
(Mean \pm SD= 50.2 \pm 11.5,Min = 28 คะแนน ,Max = 66 คะแนน		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาตอนต้น	3	30
ประถมศึกษาตอนปลาย	4	40
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	20
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0	0
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	1	10
อาชีพ		
รับจ้าง	5	50
ค้าขาย	4	40
รับราชการ	1	10
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)		
\leq 5,000	1	10
5,0001 - 10,000	4	40
10,001 - 15,000	3	30
15,001 - 20,000	0	0
20,001 - 25,000	1	10
25,001 - 30,000	0	0

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(ราย)	ร้อยละ (%)
35,001 ขึ้นไป Mean±SD=16,700 ± 13,752,Min=5,000 ,Max = 50,000 บาท	1	10
สถานภาพสมรส		
จดทะเบียนสมรส	6	60
ไม่ได้จดทะเบียนสมรส	4	40
จำนวนสมาชิกในครอบครัว(คน)		
≤2	4	40
3 - 4	3	30
5 - 6	2	20
7 ขึ้นไป	1	10
Mode = 2, Median = 3.5, Min = 1 คน, Max = 8 คน		
ลักษณะที่พักอาศัย		
บ้านตนเอง	7	70
บ้านเช่า	1	10
อพาร์ทเมนท์	1	10
คอนโดมิเนียม	1	10
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	7	70
ครอบครัวขยาย	3	30
ผู้ดูแลใกล้ชิด		
บิดา-มารดา	1	10
บุตร	6	60
ไม่มี อยู่ตามลำพัง	3	30
โรคประจำตัวทางกาย		
ไม่มี	6	60
มี ได้แก่ ไ้มนันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน	4	40
ประวัติโรคทางจิตเวช		
ไม่มี	8	80

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(ราย)	ร้อยละ (%)
มีได้แก่ โรคซึมเศร้า	2	20
ชนิดของโรคที่ผู้ป่วยเสียชีวิต (N=10)		
1.มะเร็งระบบทางเดินอาหาร	7	70
2.มะเร็งระบบทางเดินหายใจ	1	10
3.มะเร็งระบบโลหิตวิทยา	1	10
4.มะเร็งระบบสูติ-นรีเวช	1	10
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (เดือน)		
≤ 2	2	20
> 2 - 4	5	50
> 4 - 6	2	20
> 6 ขึ้นไป	1	10
Mean±SD = 2.20 ± 0.92, Min = 2 เดือน, Max=8เดือน		
ระยะเวลายอมรับในการสูญเสีย(เดือน)		
1	0	0
2	4	40
3 ยังทำใจยอมรับไม่ได้	6	60

ส่วนที่ 2 อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Complicated Grief)

ตาราง 2 แสดงอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติของกลุ่มสมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย ระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

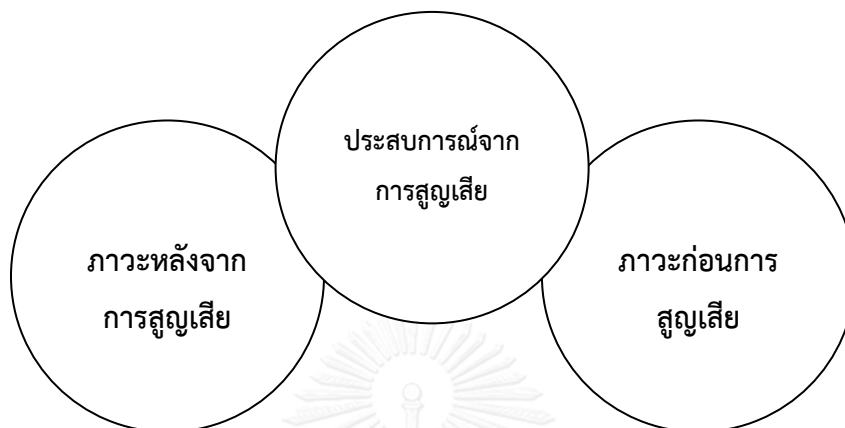
อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย	จำนวน (N = 10)	ร้อยละ
อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (ICG \geq 25)	6	60
อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่เป็นปกติ(ICG<25)	4	40

Mean \pm SD = 31.2 \pm 9.4, Min = 18 คะแนน ,Max = 43 คะแนน

จากตารางที่ 2 แสดงอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติของกลุ่มสมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่ากลุ่มสมรสที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 และพบกลุ่มสมรสที่มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่เป็นปกติ 4 รายคิดเป็นร้อยละ 40 โดยค่าคะแนนที่ถือว่าอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียคือ 25 คะแนนขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 31.2 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุดคือ 18 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 43 คะแนน

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์จากการสูญเสีย

ตารางที่ 3 แสดงประสบการณ์จากการสูญเสีย



รูป 2 แสดงประสบการณ์จากการสูญเสีย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถแบ่งประสบการณ์ที่คู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายออกเป็น 2 ช่วงเวลา ได้แก่ ภาวะก่อนการสูญเสีย และภาวะหลังการสูญเสีย

1. ภาวะก่อนการสูญเสีย

เป็นภาวะทางอารมณ์ จิตใจที่เกิดขึ้นตั้งแต่คู่สมรสเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ได้รับการวินิจฉัยโรครับทราบผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายไม่มีทางรักษาให้หายขาด ได้ตัดสินใจพาผู้ป่วยกลับบ้าน ก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้ทำตามความต้องการของผู้ป่วย และได้เตรียมความพร้อมก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิตทั้งจากคู่สมรสและทีมการรักษา ในระยะนี้ภาวะทางอารมณ์จิตใจที่เกิดขึ้นจะมีภาวะเศร้าโศกก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย (anticipatory grief) หมายถึง ภาวะเศร้าโศกนี้อาจจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงเมื่อความสูญเสียนั้นใกล้เข้ามาเป็นเหตุการณ์ที่คิดไว้แล้วว่าจะต้องเกิดการสูญเสียไม่อาจจะหลีกเลี่ยงได้และจบลงเมื่อการสูญเสียที่คาดไว้เกิดขึ้น ภาวะเศร้าโศกชนิดนี้จะต่าง

จากภาวะเศร้าโศก (normal grief) ทั่วไปที่จะค่อยๆลดลงตามเวลาที่ผ่านไป เนื่องจากคู่สมรสจำนวนหนึ่งสามารถปรับตัวได้ดีกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น แต่กับอีกจำนวนหนึ่งไม่สามารถที่จะปรับตัวหรือรับกับสภาพที่กำลังจะเกิดขึ้นได้จึงยังพบปัญหาการปรับตัวอยู่ในระยะสั้นๆที่ไม่รุนแรง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

▪ ความรักและความผูกพันกับผู้ป่วย

ความรักและความผูกพันส่งผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกของคู่สมรส ยิ่งมีความผูกพันกันมากย่อมส่งผลต่ออารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียมาก คู่สมรสจำนวน 10 ราย มีความผูกพันกันมายาวนาน มีระยะเวลาที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันระหว่าง 6ปี - 40ปี อาศัยอยู่ด้วยกันตลอดทั้งที่จดทะเบียนสมรสมีจำนวน 6 ราย และอยู่ด้วยกันทั้งที่ไม่ได้จดทะเบียนสมรสจำนวน 4 ราย คู่สมรสที่มีความผูกพันกันมากจะอยู่ด้วยกันตลอดเวลา ไปไหนมาไหนด้วยกัน ดูแลซึ่งกันและกันไม่ห่าง ไปรับไปส่งกันในช่วงเวลาไปทำงาน ไปโรงพยาบาล และไม่เคยแยกจากกัน อยู่ดูแลซึ่งกันและกันจนจบจนวาระสุดท้ายของชีวิต ดังคำพูด

"คบกันมา 5-6 ปี แล้วก็รู้สึกผูกพันมากอะคะ เราอยู่ด้วยกันตลอดตั้งแต่ตัดสินใจมาอยู่ด้วยกัน ชอบเขาตรงนี้ที่ขยันทำงาน ช่วงแรกๆก็มีปัญหากันนะคะ แต่ช่วงหลังๆเนี่ยะพอมีลูก 2 คนเขาก็หาความมั่นคงให้ครอบครัว แบบซื้อบ้าน ซื้อที่ดิน ทำนี่เพื่ออนาคตของลูก หางานประจำแล้ว จะไม่ย้าย แล้วเขาก็ส่งแม่เนาะ แม่เนี่ยเขาจะไม่ทิ้งซึ่งตอนนี้บัวตองก็ดูแลแทนเขาอยู่" (คุณบัวตอง)

"อ๊อ!! ป้าอยู่ด้วยกันกับลุงตลอดเลย ก็ผูกพันกับแกมากๆเลยอะ ก็จินลูกโตอะ ลูกอายุ 30 กว่าแหละ อยู่ด้วยกันมาก็37ปี ตอนนี่ลูกบ๊าก็35ปี แล้วนะบ๊ากับลุงก็จะไปไหนมาไหนด้วยกันตลอดถ้าช่วงที่อยู่บ้านนะ ลุงเค้าเป็นพนักงานขับรถไฟ บ๊าก็ขายอาหารอยู่หน้าปากซอย เราก็ออยู่ดูแลกันมาแบบนี้แหละ" (คุณกุหลาบ)

"ก็อยู่ด้วยกันมานาน 30 กว่าปีแล้ว รักมากเลยคะ ลุงเค้าดูแลป้าดีมาโดยตลอด ไปไหนไปด้วยกัน ไปหาหมอก็อพาไปตลอด เค้าเป็นคนซื่อสัตย์ รักครอบครัว ใจดี เราก็ออยู่กันมาแบบไม่มีปัญหา" (คุณพิบูล)

■ **สังเกตและพบอาการผิดปกติ ตัดสินใจพาไปโรงพยาบาล**

ผู้ป่วยและคู่สมรสส่วนใหญ่เมื่อรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยมาก่อน และอาการของโรคเริ่มมีความรุนแรงมากขึ้นจึงตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที ดังคำพูด

"เค้าไม่มีอาการที่เห็นได้ชัดเลยนะ แต่เค้าบอกว่าปวดท้อง เค้านอนหงาย ท้องเค้าเริ่มใหญ่ขึ้นๆ พอตื่นเช้าขึ้นมาเลยพาไปหาหมอ พอตีไม่ได้เอาบัตรประชาชนมาเลยไม่ได้หา พอวันรุ่งขึ้นก็เลยไปโรงพยาบาลทหารผ่านศึก เลยไปอัลตราซาวด์ดูถึงได้รู้ หมอเลยให้นอนโรงพยาบาล" (คุณพิกุล)

"ปวดท้อง แน่นท้องบ่อย เราก็บอกไปเช็คว่าเหนื่อยนะแม่ ก็ไปที่คลินิก ที่เขาส่งตัวนะ เขาส่งไปรพ. แพทย์ปัญหา แพทย์ปัญหาเขาก็ดูทุกอย่างแล้ว เขาก็บอก เขาไม่รู้เรื่อง แล้วก็กลับมาที่คลินิกอีก คลินิกเขาก็บอกว่าให้ส่งตัวไปจุฬาฯ เขาก็ส่งตัวไป แต่ว่าหมอชल्ली เขาก็ดีนะ เป็นหมอมือดีแลบ่า ตั้งแต่รับป่าเข้ามาตอนแรกไปจุฬาฯ ตอนแรกป่าไป 5- 6 ครั้ง ไม่มี ไม่ได้รับนะ ไปแล้วก็ให้กลับ ตอนนั้นไปตรวจที่ศัลยกรรม อะไรนี้แหละ ก็มีหมอชल्लीนี้แหละ ที่บอกว่า ป่านี้เริ่มผิดปกติแล้วนะ เขาก็รับเป็นคนไข้ในไว้" (คุณสาละ)

"ก่อนที่จะเข้าทำงานที่ใหม่เขาก็มีอาการ เขาบอกว่าเขาเป็นอะไรไม่รู้ พอกินไปได้หน่อยหนึ่งแล้วมันก็จุก มันรู้สึกจุกๆ ตรงลิ้นปี เขาคิดว่าเอ้ยกินอีโน กินอะไรแบบนี้ได้แล้วก็คงหาย ทีนี้มันก็เริ่มเป็นทุกวัน หลังๆ ก็กินแล้วแน่นๆ ทีนี้ก็บอกว่าเอาไปหาหมอเพราะว่ามีประกันสังคมอยู่ที่แพทย์รังสิต พอไปหาหมอมาก็ให้ยามากิน บอกว่าเป็นโรคกระเพาะอะไรอย่างนี้ค่ะ จนยาโรคกระเพาะเต็มบ้าน รักษาเป็นเดือนค่ะ เกือบเดือนแล้วทีนี้เขาก็ อาการเขาก็เริ่มแยขึ้น เขาไม่ได้นอนค่ะเขานั่ง นั่งหลับ ไม่ได้หลับตอนกลางคืน มันก็ไม่ได้รู้สึกดีขึ้นจนแม่บอกว่าไปหาหมอนะให้เขาเช็คเพราะเขาเริ่มมีอาการตัวเหลืองแล้ว กินเริ่มอ้วก ตัวเริ่มเหลืองก็เลยให้เขาไปเช็ค พอไปเขาก็เห็นว่าตัวสามมีเริ่มเหลือง เขาก็เลยให้นอน ให้ Admit เลย" (คุณบัวตอง)

และ มี 1 ครอบครัวที่ตัดสินใจไม่เข้าไปรับการรักษาในโรงพยาบาลทันที ปฏิเสธการเดินทางไปพบแพทย์เพื่อรักษาเพียงเพราะคิดว่าตนเองไม่เป็นอะไรมาก และมีความเชื่อทางไสยศาสตร์ว่าโดนของเข้าตัวแต่สุดท้ายก็ตัดสินใจที่จะพามารักษาที่โรงพยาบาลเพราะอาการเป็นจากตัวโรคไม่ได้โดนของ ดังคำพูด

"เขาก็ปวดมาเรื่อยๆ ก็ร่วมๆเดือน ทนเอา ซ้อมมาทาน พอมันไม่ไหว ก็ตัดสินใจว่าจะกลับบ้าน ไปรักษาที่นั่นอีกรอบนึง ที่มหาสารคาม เขาก็คิดว่าตัวเขาโดนของ อะไรแบบนั้นเพราะมันไม่หาย เขาก็เลยจะไปรักษาที่นั่น ไปหาพระ พระท่านก็บอกว่าไม่ได้เป็น มันเป็นด้วยโรค ก็เลยไปคลินิกที่นั่น คลินิกเขาก็ใหญ่เหมือนกันมีเครื่องอัลตราซาวด์ พอเขาซาวด์ดู ก็เห็นว่าตับเป็นอะไรยังไง เขาก็มีใบมาให้ บอกให้ไปรักษาที่กรุงเทพฯ เพราะว่าที่กรุงเทพฯเขามีเครื่องมือมากกว่า" (คุณมณฑา)

▪ รู้สึกเสียใจ ทำอะไรไม่ถูก เมื่อรู้ว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย

ในช่วงของการดูแลผู้ป่วยเมื่อโรคดำเนินมาถึงขั้นท้าย การแจ้งความจริงให้ญาติหรือผู้ดูแลทราบ เป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญในการวางแผนการดูแลรักษา เมื่อทีมการรักษาแจ้งอาการให้คู่สมรสทราบ คู่สมรสส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกตกใจเสียใจ มีน งง ซา หน้ามืด ทำอะไรไม่ถูก ไม่คิดว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกับครอบครัวของตน ดังคำกล่าว

"ความรู้สึกคือกลัว ตอนนั้นความรู้สึกเสียใจ ไข้ค่ะ มันเหมือนซ็อคอะคะ ซ็อคเล็กๆ อะคะก็มีอาการซา เหมือนกับมีนง หน้ามืด ซ็อคทำอะไรไม่ถูกเลยคะ" (คุณบุษบา)

"ผมก็หมดหวังแล้วนะ ทำไมมันต้องมาเป็นเรานะ เพราะเรา เราก็ทำบุญทำทานมาตลอด ทำไมมาตกที่เราได้ ก็ตกใจ มันเสียใจ มีนหมดเลยครับ แต่ป่าแก่ใจแข็งมากนะ" (คุณสาละ)

"ตกใจ ตกใจมากใจหาย ไม่น่าเป็นเรารู้อยู่แล้วว่าโรคนี้อ่าเป็นแล้วไม่มีทางหายใช้ไหม เสียใจ มี ไม่สบายใจมี คิดไม่ถูกมี" (คุณดอกกรัก)

"ตกใจอะก็พาไปรักษาตลอด ไม่คิดว่าจะเร็ว หมอบอกให้ทำใจก็ทำอะไรไม่ถูก งงเลย มันเหมือนหุ้อ๊อ งงๆ มีนๆ ไม่น่าใช้ลุงน้ำ ตอนนั้นป่ารู้สึกแบบนี่นะ" (คุณกุหลาบ)

▪ ปิดบังข้อมูลผู้ป่วยในตอนแรก และตัดสินใจบอกข่าวร้ายเมื่ออาการทรุดหนัก

จากการศึกษาพบว่าคู่สมรสส่วนใหญ่ตัดสินใจที่จะไม่บอกความจริงเกี่ยวกับโรคว่าคู่สมรสของตนป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย โดยให้เหตุผลว่าถ้าผู้ป่วยทราบจะทำให้ร่างกายทรุดหนักลงไปกว่าเดิม และหมดกำลังใจที่จะรักษาต่อไปแต่สุดท้ายคู่สมรสก็ตัดสินใจบอกข่าวร้ายให้ผู้ป่วยทราบเมื่ออาการของโรคได้ดำเนินมาถึงขั้นท้ายและทรุดลงอย่างรวดเร็ว ดังคำพูด

"แกไม่รู้หรอก ไม่บอก ไม่กล้าบอกแกกลัวแกจะทรุด เราก็บอกว่าว่าอย่าบอกแกเลย สงสารแก ให้แกได้มีกำลังใจอยู่กับป่าต่อ แต่ลูกก็รู้นะ คอยกันแล้วว่าไม่บอกลูก ไม่อยากให้แกเสียกำลังใจ...แต่ตอนที่แกไม่ไหวป่าก็คุยกับแกว่ามันหนักมากแล้วจริงๆ อาการมันทรุดเร็วมาก ถ้าไม่ไหวก็บอก เจ็บตรงไหน ปวดตรงไหนก็บอกกัน ไม่ต้องห่วงนะป่าจะอยู่ดูแลแกเอง" (คุณกุหลาบ)

"ไม่ได้บอก เพราะกลัวลูกเค้าจะหมดกำลังใจ กลัวเขาท้อ ไม่อยากให้เขาเสียใจไม่มีใครบอกเลย... เค้าไม่รู้เลย เค้าก็อยากรู้อยากรักษา เค้าบอกทำยังไงก็ได้ จะฉีดยาหรืออะไรก็ได้ที่ไม่ทรมาน เค้าก็บอกกับคุณหมอนะ...แต่สุดท้ายป่าก็นั่งคุยกับลูก บอกกับเค้าว่าโรคมันกระจายไปหลายที่ นั่งคุยข้างเตียงนั่นแหละเค้าบอกทำยังไงก็ได้ จะฉีดยาหรืออะไรก็ได้ที่ไม่ทรมาน เค้าก็บอกกับคุณหมอนะ" (คุณพิบูล)

"ตอนแรกไม่รู้นะ ไม่ได้บอก บอกเค้าว่าไตแม่อักเสบ เพราะว่ามันหนักแล้ว กลัวแกไปเร็ว กลัวแกทรุดลงเพราะแกรู้ตัวแล้วว่าร่างกายแกไม่ไหวแล้ว...แต่ลูกก็คุยกับลูกว่าจะบอกแม่ให้รู้ดีมีแม่อาการหนักมากแล้ว สุดท้ายก็บอกป่านะว่าโรคมันกระจายไปหลายจุด มันรักษาไม่หาย ป่าเขาเข้มแข็งมากนะ เขาบอกเลยว่าถ้าไม่หายให้พาเขากลับบ้าน เขาอยากไปอยู่บ้าน อยากกลับไปนอนในห้องพระ" (คุณสาละ)

▪ ทำใจไม่ได้ ไม่ได้เตรียมใจมาก่อน

คู่สมรสจำนวน 9 ราย มองว่าโรคที่เกิดจากการเจ็บป่วยไม่ทันคาดคิดของสามีหรือภรรยาตนเองเป็นเหตุการณ์การสูญเสียที่เกิดขึ้นแบบเร็วมาก ไม่ทันตั้งตัวและไม่ทันเตรียมใจ หลังจากที่ได้

รับรู้และรับทราบการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีอาการตกใจ ซ็อก มึนงง คิดว่าสิ่งที่ได้ยินไม่ใช่ความจริง ความโศกเศร้าต้องไม่เกิดขึ้นกับครอบครัวตนเอง จะต้องมีการรักษา มีความหวังว่าอาการจะดีขึ้นและหายขาด ดังคำกล่าว

"เร็ว มันเร็วมาก ไม่ถึง 4-5 เดือนเขาเป็นมะเร็งท่อน้ำดีระยะสุดท้าย หมอบอกแค่การรักษาตามอาการ โรครักษาไม่ได้ก็คงบรรเทาไปเรื่อยๆ ตรวจเจออะไรก็รักษาตามอาการ ถ้าปวดก็ให้ยาแก้ปวด ไม่ให้ทรมาณ... มันขัดแย้ง 2 อย่าง (เสียงสั่น) ใจหนึ่งก็ว่าเขาสู้ เราก็สู้ แต่อีกใจหนึ่ง (ร้องไห้) พอกลับมาที่บ้านเราก็เสียใจ เราก็เตรียมหมด เสื้อผ้าอะไร เตรียมไว้หมด เขาไม่รอด มันขัดแย้งกัน อยู่โรงพยาบาลเราต้องเข้มแข็ง พอกลับมาบ้านก็ปล่อยหมดเลย เสียใจ ร้องไห้ ทำอะไรไม่ได้เลย ตกใจ มึนงงไปหมด กลับมาเก็บเสื้อผ้าเขากองไว้หมดเลย เอาออกจากตู้เสื้อผ้ามา คือเหมือนคนบ้ามันไม่รู้จะทำอะไรก่อนเลยทำไปเพื่ออะไรก็ไม่รู้..." (คุณมณฑา)

"มะเร็งที่ตับ ตอนแรกแกเป็นที่ลำไส้แล้วก็ขึ้นมาที่ตับ แล้วก็ลำไส้แกอุดตันด้วย อยู่ๆหมอก็บอกให้ทำใจ โรคเป็นหนักเป็นระยะสุดท้ายแล้ว 4 เดือนมั้ง เขาบอกว่าขั้น..ขั้นสุดท้ายแล้วนะ ที่หมอบอกตกใจอะก็พาไปรักษาตลอด ไม่คิดว่าจะเร็ว หมอบอกให้ทำใจก็ทำอะไรไม่ถูก งงเลย มันเหมือนหูอื้อ งงๆ มึนๆ ไม่น่าใช้ลู้งน้ำ ตอนนั้นป้ารู้สึกแบบนี้นะ" (คุณกุหลาบ)

แต่ก็มีคู่สมรสรายหนึ่งที่ดูแลผู้ป่วยมานานก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตเป็นระยะเวลา 8 เดือน ให้ข้อมูลว่า การจากไปของผู้ป่วยไม่ใช่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกระทันหัน เพราะรู้มาก่อนแล้วว่าโรคไม่มีทางรักษาให้หายขาด จึงได้มีการเตรียมใจไว้บ้างแล้ว

"มันก็เสียใจนะแต่ว่ามันไม่ถึงกับตกใจมาก เพราะว่าเราเตรียมใจ มันไม่ใช่ว่าจะทันหัน เพราะว่าเรารู้ตัวมาตลอดก็เลยเหมือนกับเตรียมใจ มันได้เตรียมใจไว้บ้างตั้งแต่ที่เขามีอาการผิดปกติ บางทีก็เหมือนกับปฏิเสธ แต่มันไม่ใช่ มันหนีไม่พ้น เราต้องยอมรับให้ได้" (คุณบุษบา)

■ เมื่อรับรู้ว่ามีโรคไม่มีทางรักษาให้หายขาดตัดสินใจพาผู้ป่วยกลับบ้าน

หลังจากที่คู่สมรสรับรู้ว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งอยู่ในระยะลุกลามไปอวัยวะอื่นของร่างกาย แพทย์ได้ประเมินอาการแล้วว่าหากทำการรักษาต่อไปก็ไม่สามารถควบคุมอาการที่ลุกลามของมะเร็งและไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยและคู่สมรสจำนวน 7 ราย ทำใจยอมรับกับอาการของโรคที่ไม่สามารถ

รักษาให้หายขาดได้ จึงตัดสินใจขอแพทย์เจ้าของไข้ กลับไปใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้านท่ามกลางบรรยากาศ สิ่งแวดล้อมที่สงบและความอบอุ่นในครอบครัว ตามที่ผู้ป่วยต้องการ ดังคำกล่าว

"ถ้าคนไข้ไม่ไหวก็อยากให้คุณป้ากลับบ้าน ถ้าไม่ไหวผมก็ปรึกษากันแล้วว่าอยากให้เรากลับบ้าน เพราะคนไข้เขาอยากกลับ ลุงกับลูกก็คิดแล้วว่าถ้าอาการพอกลับไหวก็พาเค้ากลับบ้านเถอะ พอกลับมาอยู่บ้านไม่คิดว่าภรรยาจะเสียชีวิตเร็ว คิดว่าจะอยู่ได้เป็นเดือน" (คุณตอกรัก)

"คุณหมอเขาบอกให้กลับมาพักผ่อนที่บ้าน ก็ถึงบอกเขาเพราะว่าเขาเป็นระยะสุดท้ายแล้วนะ หมอเขาบอกรักษาไม่ได้แล้วนะ เราก็เที่ยวหาทางออกอื่น หาวิธีไปต้มสมุนไพรกินที่บ้านเราดูเขาก็เชื่อนะ เพราะเขาก็อยากกลับบ้าน อยู่ไปก็ไม่ดีขึ้น เขาคิดถึงลูก คิดถึงบ้าน เราจึงตัดสินใจกลับบ้านครับ" (คุณโกสน)

"ป้าเค้าบอกว่าเค้าอยากกลับบ้านมาก ตอนแรกลูกจะลูกลังยังไม่อยากให้ป้ากลับ เพราะอาการแกไม่ดี ป้าแกโกรธมากบอกว่าถ้าไม่หาย แกอยากกลับไปตายที่บ้าน แกอยากไปนอนที่ห้องของแก" (คุณสาละ)

นอกจากนี้คู่สมรสจำนวน 3 ราย ตัดสินใจให้ผู้ป่วยรักษาต่อในโรงพยาบาลเพราะขาดความมั่นใจในการดูแล เนื่องจากอาการผู้ป่วยค่อนข้างหนัก ดูแลยาก มีความกังวล กลัวว่าถ้าผู้ป่วยอยู่ที่บ้านเกิดอาการที่ไม่สามารถควบคุมได้จะพาลกลับมาโรงพยาบาลไม่ทัน จึงตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลตามอาการ ถึงแม้ว่าตัวผู้ป่วยเองอยากกลับบ้านก็ตาม

"ก็มีเลือดออกในกระเพาะ แกปวดหลังมาก ถ่ายเป็นเลือด หมอเค้าก็เลยให้นอนเลย บวกกับที่แกทน สะสมมานาน เราก็คิดนะว่าเพราะเลือดออกในกระเพาะนี่แหละทำให้แกแย่ ถ้าเลือดไม่ออกแกก็คงอยู่ได้สักพักเราเข้าใจว่าเป็นมะเร็งระดับ แต่เขาเป็นมะเร็งท่อน้ำดีระยะสุดท้าย หมอบอกแค่ว่ารักษาตามอาการ โรครักษาไม่ได้ ก็คงบรรเทาไปเรื่อยๆ ตรวจเจออะไรก็รักษาตามอาการ ถ้าปวดก็ให้ยาแก้ปวด ไม่ให้ทรมาณ" (คุณมณฑา)

"หมอก็บอกว่ามะเร็งมันกำเริบ มันลามแล้วนะคุณป้าคุณหมอปียะชัยมาดูแลแล้ววัดอีกครั้งหนึ่ง คุณหมอบอกว่ายังไงคุณลุงก็ต้องนอนโรงพยาบาล ตานี้หมอบอกว่า...คุณลุงบอกว่าไม่นอน เถียงกับ คุณหมอว่าไม่นอน ตานี้ก็เลยโมโหก็เลยบอกวาก็เลยบอกแก คุณว่าต้องนอนยังไงก็ต้องนอนไม่นอน คุณจะทำยังไงความดันคุณตก ถ้ากลับไปบ้านก็กลับมาอีกแกก็เลยยอมนอน" (คุณลำดวน)

"ได้กลับมาบ้านก่อนอะคะ กลับมาที่มินบุรีได้ 17 วันค่ะตัดสินใจพามาโรงพยาบาลแพทย์ ปัญญาอีกครั้งเอ่อ เพราะว่าตอนที่มานั้นใส่สายปัสสาวะหลุด แล้วที่ห้องน้อยแสบปวด ตอนนั้นรู้สึกแสบ เบลอๆ แสบปวดไม่ค่อยได้ แกรมมีอาการปวดท้องน้อย และพี่รู้สึกว่ามันบวม และมีเหมือนว่ามันฉีกก็ไม่ใช่ นะคะ มันออกมาทางสายนะค่ะมันมีกลิ่น พี่ก็เลยพา แกไปโรงพยาบาลเพราะพี่ไม่แน่ใจว่า พี่ดึงสาย ของแกออกหรือเปล่าวันแรกที่เขาบอกกับพี่เขาบอกว่า ต้องทำใจนะอะ ถ้าเกิดอะไรขึ้น จะไม่มีการปั๊ม พี่ก็บอกว่าใช่ค่ะ จะไม่มีการปั๊มหัวใจ เพราะคนไข้เป็นคนบอกเองว่าไม่ให้ปั๊ม" (คุณบุษบา)

และมี 2 ครอบครัวหลังจากที่แพทย์ได้แจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่า เป็นโรคมะเร็ง ระยะสุดท้าย ในช่วงนี้ผู้ป่วยและครอบครัวจะเกิดภาวะเครียด วิตกกังวลถึงภาวะความตายที่กำลัง คุกคามชีวิตในระยะเวลาที่เหลืออยู่ จึงพยายามที่จะแสวงหาทางเลือกในการรักษา มีความหวังว่าจะ หายหรืออาการดีขึ้นเหมือนคนอื่น โดยการมองหายาสมุนไพรรักษาอาการของผู้ป่วยร่วมด้วยเพื่อยืด ระยะเวลาในอยู่ด้วยกันให้นานที่สุดดังคำพูด

"ก็ยังคิดว่ามันน่าหายนะ ก็เลยบอกว่ารักษาร่วมกันให้กินยาไทยกินยาโบราณด้วย กินยาไทย แล้วก็ให้กินยาโรงพยาบาลด้วย เพราะว่าช่วยกันมันอาจจะหายเป็นยาหม้อค่ะคือเราเคยให้กินแล้วมีคน หาย" (คุณลำดวน)

"แต่เขาก็ยังมีความหวังนะเพราะพี่ชายเขาอยู่ที่บ้านที่กำแพงเพชรเนี่ย เขาก็เป็นมะเร็งระยะ สุดท้ายเหมือนกัน พี่ชายเขาหายอะ เขากินยาสมุนไพรแล้วเขาก็หาย ดีขึ้นเยอะ แฟนผมเขาก็เลยมี ความหวังว่าจะกลับไปกินยาสมุนไพรเหมือนกับพี่ชาย" (คุณโกสน)

▪ สั่งเสียเอาไว้... ได้เตรียมใจก่อนผู้ป่วยจะตาย

เมื่อคู่สมรสส่วนใหญ่ ตัดสินใจแจ้งอาการให้ผู้ป่วยรับรู้แล้วว่าโรคได้ดำเนินมาถึงระยะท้าย สิ่งหนึ่งที่ผู้ป่วยต้องการจัดการกับภารกิจต่างๆให้เรียบร้อยเพื่อเป็นการเตรียมตัวเตรียมใจ เตรียมความพร้อมโดยไม่ประมาทเมื่อวาระท้ายได้เข้ามาถึง ผู้ป่วยได้มีการสั่งเสียและปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจกับคู่สมรสก่อนที่จะตนจากไปไม่ว่าจะเป็นสิ่งของ เครื่องใช้ ข้าวของ เงินทอง ทรัพย์สินมรดก หรือแม้กระทั่งการเลือกรับหรือปฏิเสธหัตถการต่างๆที่เป็นการยื้อและทำให้ทรมาน ดังคำกล่าว

"เขาก็สั่งไว้เลยนะ ไม่รอดแน่หนูมะลิ เราก็มองหน้าเขานะ เพราะว่าตอนแรกเขาปิด พอหลังเขาก็บอก แต่ตรงกันข้ามเลย คำพูดเขาประทับใจมาก เพราะฉะนั้นต้องเตรียมตัวกับสิ่งที่มันจะเกิดขึ้น และเขาบอกที่ว่า ไม่ต้องกลัวนะ ทั้งที่ตัวเขาแบบแยแล้ว แต่ก็บอกไม่ให้เรากลัว ก่อนที่เขาจะเสีย เขาบอกให้อาการเก่งขาล้านสีขาว เลือกล้านสีขาวให้เขาใส่ และก็ทำแป้ง เขาก็เขียนว่า ให้ดมดูว่าหอมหรือยัง ก็ดมดู ก็บอกว่า หอมๆ เยี่ยมๆ ทีนี้เขาก็ชี้มาที่พระของเขาว่า ให้คุณวิทย์มาจัดการที่ว่า แต่เขาเขียนแล้วนะว่าราคาเท่าไร" (คุณมะลิ)

"เรามีการคุยกันไว้แล้ว เพราะว่าแกเห็นคนไข้เตียงตรงข้าม เขาใส่สาย ก็เลยถามเขาว่า พ่อถ้าเกิดอะไรขึ้นอย่างนี้จะใส่สายไหม เขาบอกว่าไม่ ไม่ต้องยื้อเขา เขาไม่อยากทรมาน เป็นความสมัครใจของเขา แก่แต่ดีเดียว เข้มแข็งมากนะที่ตัดสินใจเลือกที่จะเอาอย่างไรกับชีวิต" (คุณบุษบา)

"ตอนหลัง ภรรยาทำใจแล้วว่าในเมื่อเขาเป็นโรคนี้อะไรจะเสียชีวิตก็เสียไป แต่อย่าให้เจ็บปวดมาก" (คุณดอกกรัก)

ขณะที่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้มีการเตรียมความพร้อมไว้แต่ก็ยังมีผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ที่ไม่ได้มีการสั่งเสียหรือเตรียมความพร้อมก่อนที่จะเสียชีวิต เนื่องจากอาการของโรคลุกลามอย่างรวดเร็วผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งต่างๆได้ คู่สมรสจึงเป็นผู้ตัดสินใจแทนทุกอย่าง

"หิ...เขาไม่ได้สั่งเสียอะไรก่อนที่เขาจะจากไป ไม่ได้พูดหรือสั่งอะไรไว้เลยครับ" (คุณโกสน)

"ตอนแรกคุณลุงก็พูดคุยไม่ได้ เพราะตอนนั้นแกกินอะไรไม่ได้แล้ว เพราะหมอบอกว่า กระเพาะติดเชื้อแล้วก็ติดเชื้อในช่องท้อง คุณหมอบอกว่าถ้าผ่าตัดเนี่ยก็อาจจะไม่ได้ออกมาให้ญาติเห็นหน้าเลย หมอว่าแบบนี้ไม่ต้องผ่าเนาะก็ทำใจไม่ได้ตัดสินใจเองไม่ได้ว่าจะผ่าดีหรือไม่ผ่าดี คือถ้าไม่ผ่า ถ้าเกิดแกเป็นอะไรไปเราก็จะเสียใจไปตลอดชีวิต ผ่าแล้วแกอาจจะรอด" (คุณลำตวน)

■ การเตรียมความพร้อมของคู่สมรส

เมื่อรับรู้สถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีคู่สมรสจำนวน 6 ราย ที่ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมในการสูญเสียไว้ก่อนเลย บางคนไม่มีคนช่วยคิด อยู่คนเดียว ไม่มีญาติพี่น้องพอที่จะแนะนำช่วยเหลือกันได้ หรือแม้กระทั่งไม่ได้คาดคิดว่าสามีจะเสียชีวิตเร็ว จึงไม่ได้เตรียมการอะไรไว้ก่อนล่วงหน้า ดังคำกล่าว

"ตอนนั้นไม่ได้เตรียมตัวอะไรเลยครับ มันลงไปหมดเลย ก็ยังดีที่มีเพื่อนบ้านช่วย เขาก็ช่วยเหลือดีมาก เขาก็จะแนะนำเรื่องงาน เรื่องพิธี จัดงานยังไง ต้องทำอะไรก่อน ตอนนั้นเราต้องมีสติมากๆ" (คุณโกสน)

"ไม่ได้เตรียมอะไร ไม่เคยคิดเลย ไม่คิดเลยว่าเค้าจะไปไวขนาดนี้ คนแข็งแรง ขนาดคนข้างๆ บ้านเค้ายังไม่รู้เลย จนเผาแล้ว เขามาถามว่าป้า..ลุงไปไหน ป้าก็บอกลุงเสียแล้ว เค้าก็ว่าเฮ้ย!! เสียได้ ยังไง ป้าก็บอกเขาไปว่าแกเสีย แกเป็นมะเร็ง" (คุณพิกุล)

แต่ก็มีคู่สมรสจำนวน 4 ราย ที่มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับการสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นการเตรียมเสื้อผ้า สิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นไว้ให้ผู้ป่วย เตรียมรูปภาพ เตรียมเอกสาร เตรียมจองวัดและเตรียมจัดพิธีฌาปนกิจศพให้แก่ผู้ป่วย และจัดการทำสิ่งต่างๆตามผู้ป่วยต้องการ ดังพูด

"พี่เคยปรึกษาพี่สาวว่าถ้าสมมติแกเสียเราจะเอาไว้กันยังไง จะทำยังไง เตรียมรูปก่อน รูปถ่ายที่ไว้ในงาน แกก็เห็นรูปแกก่อนด้วย ก็ถามแกว่าสวยไหมรูปนี้ ชอบไหม แกก็บอกว่าชอบ ก็ถามกันก่อน

แต่ถามในแบบไม่ได้ตั้งใจว่าเค้า แต่เป็นแบบรูปนี้หล่อไหม อันนี้หล่อไหม เขาก็บอกเขาหล่อ เขาชอบ ก็เตรียมไว้ ส่วนเสื้อผ้าที่เป็นคนเลือกเองเพราะ พี่เห็นเขาใส่ เขาชอบ" (คุณบุษบา)

"ได้มีเวลาเตรียมตัว ได้คุยกับภรรยาเองด้วย เค้าก็บอกว่าเขาต้องการ แบบไหน ใส่เสื้อผ้า ยังไง เราคุยกันเยอะความกังวลเรื่องต่างๆทั้งอาการก็น้อยลง เพราะเราทำตามที่ภรรยาผมเขาต้องการ ทั้งหมด ภรรยาเคยบอกว่าขอให้เผด็จกว่า ผมคุยกับลูกๆแล้ว ก็ตกลงทำตามที่ ภรรยาบอกดีก็คือ เอาไปเผาแล้วเก็บกระดูกไว้ที่วัด ในส่วนของกระดูก ภรรยาเคยคุยว่าเก็บไว้ที่วัดส่วนหนึ่ง ไว้ที่บ้าน ส่วนหนึ่ง" (คุณดอกรัก)

■ มีทีมการรักษาเตรียมวางแผนก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ทีมศูนย์ชีวาภิบาลและทีมการดูแลรักษาเป็นส่วนหนึ่งที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและคู่สมรสให้เข้าสู่กระบวนการการดูแลแบบประคับประคองให้ช่วงท้ายของชีวิตผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการประชุมกลุ่มครอบครัว (family conference) และการให้คำปรึกษารายบุคคล (individual counseling) เพื่อบอกข่าวร้ายและแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและคู่สมรสทุกรายได้มีการเตรียมตัวก่อนวาระท้ายจะมาถึง ให้ผู้ป่วยมีโอกาสทำในสิ่งที่ต้องการ สิ่งที่ค้างคาใจ ได้มีโอกาสขอขมาลาโทษ เพื่อเตรียมความพร้อมของคู่สมรสให้สามารถปรับตัวและยอมรับกับการสูญเสียที่กำลังจะมาถึง ดังคำกล่าว

"โชคดียิ่งที่เราได้มีการทำ Family Conference ที่รพ.จุฬาฯก่อน ทำให้ตัวคุณพิเชษฐ์เอง เขาก็รู้สถานะของเขาว่าอาจจะอยู่ได้ไม่นาน ก็เลยทำให้วางแผนกันก่อนที่เขาจากไป" (คุณมะลิ)

"ดีที่หมอปรารถนาและทีมเข้าไปคุยกันก่อน ไปเตรียมความพร้อมให้ก่อน ผมกับลูกก็สบายใจ ขึ้นบ้างได้มีเวลาคุยกัน ได้มีเวลาเตรียมตัว ได้คุยกับภรรยาเองด้วย เค้าก็บอกว่าเขาต้องการแบบไหน" (คุณโกศล)

"บัวตองจำได้ว่าบัวตองคุยกับพี่นุช พี่พยาบาลในทีมชีวาภิบาลตอนเย็น... พี่นุชบอกว่า บัวตองคุยกับสามีบ้างไหมว่าถ้าสามีไม่อยู่เนี่ยะ บัวตองจะดูแลตัวเองได้ ดูแลลูกได้ บัวตองบอกว่าบัวตองยังไม่ได้คุยเลย ... แต่พอหลังจากวันนั้นบัวตองก็คุยกับเขา ก็บอกเขาว่าอย่างที่พี่นุชได้บอกว่า บัวตองเก่งไหม เขาก็บอกว่าเก่ง บัวตองเก่ง ถ้าเขาต้องดูแลลูกสองคนเอง บัวตองทำได้นะ (ร้องไห้) บัวตองดูแลได้นะ บัวตองจะเลี้ยงให้ดีเลย แต่เขาก็ไม่ได้ถามนะคะว่าทำไมบัวตองถึงพูดแบบนั้น เขาก็บอกว่าบัวตองเก่ง บัวตองทำได้อยู่แล้ว ตัวไม่ต้องห่วงบัวตองกับลูกนะ ตัวมีหน้าที่รักษาตัวนะ เค้าจะดูแลลูกเอง เพราะว่าบัวตองก็เริ่มรู้แล้วเนาะว่าเขาจะไม่อยู่" (คุณบัวตอง)

2. ภาวะหลังการสูญเสีย

เป็นภาวะทางอารมณ์จิตใจหลังจากคู่สมรสเสียชีวิตรวมถึงพฤติกรรมของคู่สมรสที่เกิดขึ้น หลังจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสียชีวิตไปแล้ว คู่สมรสจะมีปฏิกิริยาจากการสูญเสียทั้งที่เป็นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ปกติและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ ดังเช่น

2.1 อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่เป็นปกติ

เมื่อผู้ป่วยได้เสียชีวิตลง คู่สมรสย่อมมีปฏิกิริยาที่เกิดจากการสูญเสียตามมาซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมต่อการสูญเสีย โดยเฉพาะการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก เกิดขึ้นหลังจากการรับรู้ถึงการสูญเสีย เช่น อารมณ์เศร้าโศก เสียใจ ร้องไห้ คร่ำครวญ ซึ่งบางครั้ง grief หรือ bereavement reaction หรือ bereavement process ปฏิกิริยาของภาวะเศร้าโศกปกตินี้จะแสดงปฏิกิริยาใน 3 ระยะ ได้แก่

1. **ระยะมึนชา (numbness)** เป็นการรับรู้ความเป็นจริงของการสูญเสียหรือการเสียชีวิต ในระยะนี้คู่สมรสส่วนใหญ่จะเกิดอาการตกใจ (shock) เสียใจ มึนงง สับสน ร้องไห้ ไม่เชื่อ (disbelief) ชีวิตมีตม่น ขาดสิ่งสำคัญในชีวิต เหมือนมีคนมาเอาดวงใจไป น้ำตาตกใน ทำใจไม่ได้ รับไม่ได้และปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น (denial) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่ส่งผลกระทบทางด้านอารมณ์ของคู่สมรส ระยะนี้ใช้เวลา 2-3 ชั่วโมง ดังคำพูด

"ตกใจอะตกใจมากทำอะไรไม่ถูก มีเงิน งบ มีไม้สั้นไปหมด ได้แต่บอกลูกชายให้มาช่วยดูพ่อ พอรู้ว่าเขาเสียแล้วป้าก็ร้องไห้อย่างเดียวนะ คนข้างบ้านก็ช่วยกันปลอบใจป้า ปลอบเขาไปสบายแล้ว ไม่ต้องเป็นห่วงเขาหรอกเพื่อนเขาก็บอกให้ทำใจ ช่วงที่เขาเสียมันไม่ได้ง่ายเลย เราร้อง...ตอนเขามา เอาศพไปอะ ยิ่งร้องหนักเลย สงสารแก" (คุณกุหลาบ)

"สุดท้ายเลยครับตอนนั้น ผมนี่ทำอะไรไม่ถูกเลย ตกใจ เสียใจ ไม่รู้จะเริ่มอะไรก่อน มันเหมือนว่า เขาไปแล้วจริงๆหรอ มันมีดมน เหมือนมีคนมาเอาดวงใจของเราไป น้ำตาตกใน ร้องไห้ก็ร้องไม่ออก มันบอกไม่ถูก อึ้ง เสียใจมากครับ ลูกก็ร้องไห้อยู่ข้างๆแม่เขา มันเศร้ามากครับ ตอนนั้น" (คุณโกศล)

"ตอนนั้นทำใจไม่ได้ ร้องไห้กอดแกอยู่ตรงนั้น (ร้องไห้) พอช่วงที่แกจากไปจริงๆป้าก็ซ็อค มีเงิน ไปเลย ยืนอึ้งอยู่สักพัก แล้วก็ร้องไห้ เสียใจมากเหมือนสิ่งสำคัญได้หายไปจากชีวิต มันบอกไม่ถูกเราอยู่ด้วยกันมานาน เขาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตป้า เป็นทุกอย่าง (ร้องไห้)" (คุณพิกุล)

ขณะที่เกิดปฏิกิริยาต่างๆส่งผลกระทบต่อทางด้านอารมณ์ของกลุ่มสมรส แต่ก็มีคู่สมรสจำนวน 3 ราย ได้ให้ข้อมูลว่า ความรู้สึกที่เกิดขึ้นตนเองก็รู้สึกเสียใจ แต่ตอนนั้นคิดว่าถ้าตัวเองอ่อนแอก็ไม่มีใครที่จะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงต้องตั้งสติในการจัดการกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นเรื่อง เอกสาร การแจ้งความ แจ้งการเสียชีวิตของผู้ป่วยให้ครอบครัว ญาติพี่น้อง หัวหน้างานให้ทราบ เกี่ยวกับเหตุการณ์การสูญเสียในครั้งนี้ แม้กระทั่งการจัดเตรียมงานต่างๆ ดังคำพูด

"ตอนนั้นเราไม่ได้ร้องไห้ละ ต้องเข้มแข็ง แล้วเราก็ไปบอกน้าว่าเขาไปแล้วตอนนั้นคิดว่าทุกคนทำอะไรไม่ได้ ตกใจนะ แต่ต้องตั้งสติให้ได้ ไม่มีใครเป็นหลักให้เราเลย เราต้องมีสติ โทรบอกหัวหน้างาน ญาติๆเขาก็ไม่สนใจ ไม่รู้เลย ใครช่วยเราก็ไม่ได้ จะเบลอ จะงง ไม่ได้ ต้องมีสติเท่านั้นถ้าไม่มีสติ เราจะผ่านตรงนั้นมาไม่ได้ แม้แต่เอกสารใบมรณะบัตร ถ้าเราไม่วิ่งไม่ทำ ก็ไม่มีใครทำให้เราได้" (คุณมณฑา)

"สำหรับตัวพี่คือ ใจหาย พี่ตกใจคือพี่เตรียมร้องไห้แล้ว แต่พยาบาลดู พี่ว่าไม่ให้ร้องเดี่ยวเขาห่วง พี่ก็เลยเก็บตรงนั้น กลับตรงนั้นไม่ปล่อย..ก็เลยพยายามควบคุมอารมณ์ คุมสติตัวเอง.. แล้วพอเขาไปจริงๆ พี่ร้องไม่ออก เหมือนมันซ็อค มันร้องไม่ออก มันแบบมีเงิน งบๆ เสียใจ แต่ต้องมีสติ มันใช้แล้ว มันไปจริงๆ อะไอย่างนี้คะ มันซ็อคนะ คือเสียใจนะ คือยังไงอะแบบน้ำตาตกในอะคะ มันเศร้า

เสียใจมากเลยนะคะตอนนั้น แต่ไม่ฟูมฟาย ไม่โวยวาย พี่ร้องตอนที่เขาปวดมากกว่า.. เสียใจคะแต่พี่ยังคงมสติตัวเองอยู่" (คุณบุษบา)

2. **ระยะซึมเศร้า (depression)** คู่สมรสจำนวน 10 ราย จะมีอารมณ์ซึมเศร้า คร่ำครวญ ร้องไห้บ่อยๆ นึกถึงบุคคลที่เสียชีวิต ความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับ หรืออาจทำให้กิจวัตรประจำวันตามปกติลดลงจากเดิม ระยะนี้จะใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มักไม่เกิน 6 เดือน ดังคำพูด

"ตอนแรกๆผมเป็นโรคซึมเศร้า ถ้าเวลาเป็นนะครับ คุณหมอเคยถามว่าคิดอยากจะทำอะไร ผมไม่คิดเลย เพียงแต่ว่าท้อแท้ต่อการทำงาน ท้อแท้ต่อสิ่งแวดล้อม อยากจะนอนไม่อยากทำอะไร แม้กระทั่งไปออกกำลังกายก็ไม่อยาก แต่ตอนนี้ปกติ ซึมเศร้าก็หายแล้ว" (คุณดอกกรัก)

"น้ำหนักลงไป 10 โล ไม่อยากกินเลย อยากนอนอย่างเดียวก็เลยไม่ค่อยได้กิน ตอนแรกๆนอนไม่หลับนะคะ พยายามจะนอนให้หลับมันก็ไม่หลับ มันมีความรู้สึกว่าจะกลัวมันก็ไม่ได้กลัวอะพี่ มันก็เหมือนหลับไปได้ ชั่วโมงนึง แล้วก็ตื่นมาและก็จะหลับอีก เคยบ่นกับแม่เหมือนกันว่าเป็นอะไรไม่รู้นอนไม่หลับ ทั้งๆที่อยากนอน นอนไม่หลับ นอนไปได้ชั่วโมงนึงตื่นขึ้นมา ตื่นไปตื่นมา เดียวก็หลับเดี๋ยวก็ตื่น" (คุณบัวตอง)

"มันแคว้งคว้างหมด มือตีนอ่อน เห็นอะไร ก็ไม่อยากหยิบ ไม่อยากจับนะ มันเบื่อหน่าย พอคนมาพูด ซื่อของบางที เราก็รำคาญอะไม่อยากพูดคุย ไม่อยากไปไหน อยากอยู่เงียบๆ คนเดียว มาพูดจู้จี้กับลูกมาก ลูกก็เดินหนีนะ พอคนมาซื่อของลูกก็จะพูดล้อเขาเล่นนะแต่ตอนนั้นโหว ไม่อยากคุยกับคน ไม่อยากเห็นหน้า พอเห็นหน้า เขาก็จะถามอย่างนั้น อย่างนี้ เรารำคาญที่จะตอบ" (คุณสาละ)

○ ระยะเวลาในการเกิดอารมณ์ซึมเศร้า

หลังจากที่คู่สมรสเสียชีวิต คู่สมรสส่วนใหญ่จะมีปฏิกิริยาที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ซึมเศร้าในระยะแรก ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากออกไปไหน อยู่แต่ในบ้าน นอนไม่หลับ เบื่อ ท้อแท้ เซ็ง ส่วนใหญ่ปฏิกิริยาจะเกิดในช่วง 2-3 สัปดาห์แรก แต่ก็มีคู่สมรสบางรายที่มีระยะเวลายาวนานเป็นเดือน ดังคำกล่าวนี้

"ตอนแรกๆเป็นอาทิตย์แรกๆที่นอนไม่หลับนะคะ พยายามจะนอนให้หลับ มันก็ไม่หลับ แรกๆเป็นนะ นอนแล้วแบบร้องไห้ ทานข้าวได้น้อยค่ะ บางทีครั้งเดียว นิดเดียว มันเหมือนว่ามันไม่อยากริน มันไม่หิวอะไรอย่างเนี่ย" (คุณบัวตอง)

"ช่วงแรกที่คุณป้าเสีย อาทิตย์กว่า กว่าลุงจะเปิดร้าน จนตอนเช้าเขาก็มาทัก อ้าวลุง พอเขาเห็นลูกชายไปทำงานนะ ลักพักหนึ่งเขาก็มาดู กลัวลุงจะเป็นลม เพื่อนบ้านที่สนิทๆ กันหน่อยอะนะเขาก็จะคอยมาดู ตอนนั้นบอกได้เลยไม่อยากทำอะไร อยากรจะปิดร้าน อยากรนอนเฉยๆ เผาศพป้าเสร็จแล้ว อาทิตย์กว่า ลุงไม่เปิดร้านเลยนะ ไม่ทำอะไร นั่งเหม่อแต่อยู่ในบ้าน บางทีก็นอน ตื่นขึ้นมาแล้วก็นอนต่อ" (คุณสาละ)

"ช่วงที่พี่เขาเสีย ไม่อยากออกจากบ้านเลย ก็นานค่ะคือ 2 อาทิตย์เลยนะที่วานอนแห้ง ไม่อยากทำอะไรเลย จะหงุดหงิดแต่จะไม่แสดงความหงุดหงิดออกมาให้เห็น ต้องอาบน้ำ สระผมให้ตัวเองรู้สึกดี เพราะถ้ายังคิดมาก ยิ่งไม่อยากทำอะไร ยิ่งแยะเข้าไปอีก" (คุณมะลิ)

"ช่วงแรกๆเป็นบ่อย ก็เป็นนาน 2 อาทิตย์อะมันเหงา มันเศร้า ตอนแรกๆนอนไม่หลับพอสะดุ้งตัวตื่นขึ้นมาก็คิดถึงแกอะ บางทีก็มีนอนร้องไห้นะ ร้องไห้เพราะคิดถึงแก ร้องประจำ ร้องบ่อยเลยไม่อยากทำอะไรเลยร้องทุกวัน หลังจากแกเสียพอเย็นๆมาก็คิดถึงแกอะ พอนึกถึงมันก็ร้อง จนลูกชายเขามาบอกว่าแม่ขึ้นไปนอนข้างบนเถอะ มันก็ค่อยๆห่างหน่อย" (คุณกุหลาบ)

"ป้าหยุดงานไป 3 อาทิตย์ หลังจากทีลุงเสียกินไม่ได้นอนไม่หลับ ซึมๆเบื่อๆ ก็ไม่อยากเจอใครเป็นเดือน ขนาดทุกวันนี่ยังเป็นอยู่ มันเบื่อ เศร้า ลูกก็บอกว่าแม่รีบทำใจได้แล้วนะ ก็ตั้งแต่นั้นมาก็มาทำงาน เจอน้องเพื่อนๆก็เล่นกัน พุดคุยกันมันก็ทำให้ลืมได้บ้าง" (คุณพิกุล)

3. ระยะกลับคืนสู่ปกติ (recovery) คู่สมรสยอมรับกับการสูญเสียและเริ่มกลับเข้าสู่กิจวัตรประจำวันตามปกติสามารถปรับตัวได้ เริ่มจัดระเบียบชีวิตใหม่ มีจุดหมายของชีวิตมากขึ้น และมีเป้าหมายในการทำงานมากขึ้น คู่สมรสทั้งหมด 10 ราย สามารถกลับมาประกอบอาชีพเดิมของตนเองหลังจากผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกในระยะแรกไปได้ ทั้งกลับไปทำงานรับจ้าง ค้าขาย หรือแม้กระทั่งมองหางานใหม่ เพื่อเลี้ยงดูครอบครัวต่อไป อาการจากอารมณ์ที่เศร้าโศกทั้งทางร่างกายและจิตใจก็เริ่มลดลง มีความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้น ดังคำพูด

"หลังจากที่แกเสียไป พี่ก็เริ่มสตาร์ทงานเลยคะ พี่ยังไม่เคยขาดงานเลยคะ วันอาทิตย์พัก เริ่มต้นวันจันทร์ไปละ ไม่เคยลาเลยคะ" (คุณบุษบา)

"คนเรามันนั่งๆ นอนๆ มันเครียดอยู่อย่างนี้ มันไม่เกิดประโยชน์กับเรานะ เรามีอาชีพทำอยู่ ลูกค้าก็คอยเราอยู่ เขาก็มาเรียกรถจ้าง มาดูตลอดว่าเปิดร้านไหม ถ้าเราขึ้นไม่เปิด มาหมกมุ่นอยู่อย่างนี้ เราก็ทำให้ร่างกายเราทรุดลงมานั่น ตอนนั้นผมอม แล้วพอเปิดร้านลูกค้าก็เข้ามาคุย เราก็คุย ช่วงที่เขามาอยู่กับเราเราก็เพลินไป เราไม่ต้องมาเก็บกด มาเครียดทั้งวัน" (คุณสาละ)

"ก็มาฮึดสู้ตอนที่ตั้งคโกล์จะหมด เพราะว่าค่าใช้จ่ายอะไรอย่างนี้ครับ มีภาระเยอะ เราก็ต้องจ่ายไฟแนนส์รถก็เลยโทรหาอาจารย์ว่ามีงานให้ทำบ้างไหม เขาก็บอกว่ามี ผมก็เริ่มไปทำงานครับ" (คุณโกลน)

2.3 อารมณ์เศร้าโศกต่อการสูญเสียที่ผิดปกติ (Abnormal/ pathological/ or complicated grief)

เป็นภาวะเศร้าโศกอารมณ์ที่รุนแรงและนานเกินปกติต่อการสูญเสีย พบได้หลายรูปแบบ ตั้งแต่การไม่แสดงอารมณ์เศร้าโศกหลังการสูญเสีย หรือการแสดงออกของอารมณ์เศร้าโศกที่มากเกินไป จนอาจเกิดอาการของโรคซึมเศร้า (depressive disorder) โดยมีระยะเวลายาวนานเกินกว่า 6 เดือนขึ้นไป หลังจากสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป ปฏิกิริยาระยะนี้ได้แก่อารมณ์เศร้าที่รุนแรงและหมดความสนใจในทุกอย่างรอบตัว รู้สึกผิดเกินจริง โทษหรือตำหนิตัวเองอย่างมาก หมดความเชื่อมั่น

หรือความภาคภูมิใจในตัวเอง เชื่องช้า หงุดหงิดหรือกระวนกระวาย มีผลกระทบทางด้านร่างกายเช่น อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง รู้สึกตนเองไร้ค่า คิดอยากตายตามผู้ป่วยหรือคิดฆ่าตัวตายตามผู้ป่วย ดังนี้

○ รู้สึกผิด โทษ ต่ำหนิตัวเอง

หลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว คู่สมรสจำนวน 7 ราย มีความรู้สึกผิดกับผู้ป่วยอย่างมาก โทษหรือตำหนิตัวเองว่าดูแลผู้ป่วยไม่ดี ไม่พาผู้ป่วยไปรักษาให้เร็วกว่านี้ โทษว่าตนเองเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจากไปเร็วแบบนี้ ดังลักษณะคำกล่าวต่อไปนี้

"ความรู้สึกตอนนั้นเป็นเหมือนขาดอะไรไปเลยแบบนี้ คิดไม่ถึงว่าเขาจะตายมันเป็นไปได้ ยังไง ตอนนั้นป้ารู้สึกผิดมากนะ หมอบอกให้เราอยู่ดูใจเค้า ทำไมเราไม่อยู่ ทำไมเราไม่นั่งรอขยับกลับไป ทำไมถึงให้เขาอยู่คนเดียว ให้เขาไปอย่างโดดเดี่ยวคนตอนไปรับศพเราก็ไม่กล้าไปดูเค้าในห้องเย็น พอเค้ามาเปิดโลงให้ไปรดน้ำศพเราก็ไม่กล้าไปรดน้ำศพ พอเค้าให้ไปขอขมาศพลงโลงเราก็ไม่กล้าไปดู เค้าพอตอนเผาเราก็ไม่ขึ้นเผาเค้าอีกเพราะว่าทำใจไม่ได้ยอมรับว่าทำใจไม่ได้" (คุณลำดวน)

"ป้าก็รู้สึกโทษตัวเองนะที่เราไปดูแลแก็ไม่ดีอะป้ารู้สึกผิดแกยงว่าเออ อุ้มแกเข้าห้องน้ำ แกยงว่า เออมึงไม่เป็นก็แล้วไปถ้าเป็นมึงจะรู้สึกเพราะว่าป้าแดงเนี่ยะทำแกแรง พาแกเข้าห้องน้ำแล้วให้แกไปเอง บางทีเราก็ก็น้อย แกเดินไม่ไหวเนี่ยะป้าก็อุ้มไม่ไหวแกก็ว่า เออ มึงไม่เป็นแล้วไปถ้ามึงเป็นก็รู้สึกเหมือนกับเค้ามันแหละ ป้าก็คิดว่าเพราะป้าดูแลแก็ไม่ดีแน่ๆ แกก็เลยไปไวขนาดนี้" (คุณกุหลาบ)

"ก็รู้สึกเสียใจนะ เสียใจมาก บางทีก็โทษตัวเองนะ ที่ว่าพาแก็ไปรักษาช้าไปรีเปลา เราคิดว่าไป บางทีก็รู้สึกผิดนะว่าไม่ดูแลเขารีเปลา ปล่อยให้เขาตายแล้ว เราพาเขาไปรักษาตั้งแต่แรก ไม่ได้ดูแลเขาให้ดีเท่าที่ควรรีเปลา" (คุณมณฑา)

แต่ก็มีคู่สมรสอีก 3 ราย ที่ไม่ได้รู้สึกผิดหรือติดค้างใดๆเลยกับผู้ป่วย เนื่องจากช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ ได้มีโอกาสบอกความจริงทั้งเรื่องโรคและการดูแลรักษา มีการพูดคุยและเตรียมความพร้อมไว้ด้วยกัน คิดว่าตนเองดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่และดีที่สุดแล้ว ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"ไม่มีนะคะ ไม่ได้รู้สึกผิดแบบนั้นค่ะ เพราะว่าถ้าสมมติว่า พี่ทำผิดอะไร พี่จะบอกแกก่อน ก่อนที่แกจะเสีย พี่ก็บอกว่า สิ่งที่คุณ ไม่ว่าจะพูด หรือทำอะไรก็แล้วแต่ไม่ว่าต่อหน้าและหลัง หนูก็ขอโทษ ยกโทษให้หนูนะ พี่ก็จะบอกอย่างนี้ประจำ พี่ก็จะขอโทษแก เหมือนขอโทษกรรมแกตลอด ไม่ว่าแกทำกับพี่ พี่ก็ขอโทษกรรมให้แก ตอนที่แกไม่สบาย พี่ดูแลแกดีที่สุดแล้วเนอะ พี่นึกแต่ว่ามันเหลือเวลาไม่เยอะแล้วค่ะ พี่ก็รีบทำ แล้วพี่ก็จะบอกแกทุกอย่าง ก็เลยทำให้เรารู้สึกแบบไม่ติดค้าง"

(คุณบุษบา)

"ไม่ได้ตั้งใจอะไรแล้วค่ะ ยิ่งช่วงที่หลังๆอาการหนักๆ พูดคุยกันทุกวันนะพี่ พูดคุยกัน คุณนี่บอกรักทุกวัน คุยกันทุกวัน มันก็เหมือนว่าทำไปเยอะแล้ว ทำให้ทุกอย่างที่เราอยากทำให้เขา ทำให้เขาทุกสิ่งทุกอย่างที่เราทำได้ บัวต้องคิดว่าตัวเองทำดีที่สุดแล้ว ทั้งดูแลเขา ทั้งดูแลลูก เราช่วยกันคิดแล้วพี่ๆที่โรงพยาบาลก็ช่วยเตรียมว่าต้องทำอะไรบ้างก่อนที่เขาจะจากไป มันทำให้สบายใจขึ้น โลงใจได้บ้างค่ะ" (บัวตอง)

"คือไม่ติดนะ คือเมื่อก่อนก็เคยโกรธเค้ามาก แต่รักเค้ามากบอกตรงๆ ไม่เคยคิดที่จะเลิกแล้วก็ที่เค้าไม่สบายแบบนี้ก็ไม่เคยคิดเสียใจที่ต้องดูแลเค้า แล้วก็ไม่เคยคิดที่จะทิ้งหรือว่าโกรธเค้า คือให้อภัยเค้าทุกอย่างคือขอโทษกรรมให้เค้า เราคิดว่ามันเป็นเวรเป็นกรรมเมื่อชาติก่อนกันมาคิดแบบนี้ว่าถ้าคนเราไม่มีเวรกรรมร่วมกันมากก็คงไม่เป็นแบบนี้คิดว่าเค้าคงทำร้ายกันมาเมื่อชาติปางก่อนชาตินี้เค้าถึงต้องมาเจอแบบนี้ เราก็ต้องรับตรงนี้ให้ได้ มีโอกาสขอขมาลาโทษต่อกัน ก็เลยไม่ตั้งใจอะไร อีกร้อยเราก็ดูแลเขาเต็มที่ ที่สุดแล้ว" (คุณลำดวน)

○ เก็บสิ่งของและคิดวนเวียนเกี่ยวกับผู้ป่วย

คู่สมรสส่วนใหญ่มีการเก็บสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วยไว้ดูต่างหน้า บางทีเก็บเสื้อผ้ามาดม นอนกอดหอมอนข้าง นั่งดูรูปผู้ป่วย พูดคุยกับรูปภาพเป็นเพื่อนคลายความเหงา คิดว่าผู้ป่วยยังวนเวียนอยู่ในบ้าน ดังคำพูด

"ก็เศร้า รู้สึกโดดเดี่ยว คิดถึงเค้า คิดถึงมากๆ คนเคยอยู่ด้วยกันแล้วมาอยู่ดีๆก็ไม่มีเค้าแล้วเหงา อ้างว้างโดดเดี่ยว ตอนกลางคืนก็บอคนะ บอกว่ามาอยู่ด้วยกันก็ได้ เค้าก็มานะ กลิ่นธูปก็มาอยู่ ป้ายยังได้กลิ่นเค้าอยู่เลย (ร้องไห้)" (คุณพิกุล)

"ของทุกอย่างของคุณป้ายังเก็บไว้ครบหมด ตั้งแต่ของใช้ประจำวันของแก ของใช้ประจำวันทุกอย่างที่ใช้ทำอาชีพการงานตอนเย็บผ้า กรรไกร ลุงเก็บหมด ทุกอย่างก็เก็บไว้ให้ บางทีลุงไปเปิดตู้ นะ ก็เห็นของแก ก็นึกออกว่าตัวนี้เคยใช้ อย่างนี้ๆนะเราก็นึก เคยเอามากอด มานอนกอดบ้างครับ ก็ส่วนมากเวลานอน ก็จะมีหมอนข้างประจำตัวเขา เวลาเขานอน เวลาเหงๆ ก็จะเอามากอด ก็จะเรียกแม่ เรียกทุกคืนอะ ยิ่งเวลากินก็จะเรียก แม่ กินข้าวนะ แล้วผมก็จะแบ่งไว้หน่อย" (คุณสาละ)

"เคยฝันเห็นบ้างบางครั้งนอน มันเหมือนกับเขานอนข้างๆ แต่ว่าเป็นความกลัวมากกว่าคะ อาจจะมีคิดถึงเขามากไป บางครั้งนอนแบบที่นอนมัน เอ๊ะ ทำไมมันยวบๆ แต่ที่นอนนี้แกไม่เคยนอน ที่นอนมันทำไม มันยวบๆ แต่ก็ห้องๆ กลัวว่าแกจะมาหา ห้องๆ นโมไว้ก่อนเป็นปกติอะคะ แต่ถ้าสมมติว่ามาทำเสียงก๊อกรก ก็ก็จะบอกเลยว่าพี่กลัวอย่า มาทำแบบนี้เลย บางทีพี่ก็เคยพูดคุยกับรูปสามมีบ้างถ้ากลางวันจะคุยอะคะ จะให้อะไรของใครก็คุยอะคะ ตอนเช้าก็จะออกจากบ้านก็จะไหว้ ไหว้พระเสีจก็ไหว้รูปแก ก็กลับบ้าน ออกไปทำงานก็จะบอกเขาก่อนคะ" (คุณบุษบา)

"มีความรู้สึกที่ว่าบางทีเข้าบ้านไปแล้วเหมือนกับว่ามีคนอยู่ในบ้าน เดี๋ยวนี้ไม่กลัวเค้าแล้วนะเฉยๆ เมื่อก่อนกลัวมากเป็นคนจิตอ่อนแบบที่ว่าวิญญาณเข้าร่างได้ง่ายมาก เคยคิดนะว่า เออ เค้านอนอยู่ตรงนี้หรือเปล่า แต่ตอนนี้ก็เริ่มทำใจ เค้าไม่อยู่กับเราแล้วนะ แต่ของยังเก็บไว้บ้างก็มีคะ ยังให้เขาไม่หมดคือเราจะเอาเสื้อผ้าใหม่ๆทำบุญให้เขาไปก็เหลือเสื้อผ้าเก่าๆเราก็เก็บไว้ให้ลูก ลูกๆบอกว่าแม่เมื่อไรจะทิ้งไปสักทีเอาเก็บไว้อย่างนั้นแหละเดี๋ยวแม่จัดการเอง แม่จะเก็บไว้ทำไมคือจะเก็บไว้ไม่เก็บทิ้งไม่เห็นเป็นไรเลย รถของเค้าคือลูกบอกแม่ขายนะ แต่เราไม่ขายคือมันเป็นรถเก๋งเก่า เหมือนกับว่าเราได้เห็นเราก็ตายใจ" (คุณลำดวน)

"ก็มีเก็บข้างของพี่เขาไว้ นะ เป็นรูปภาพ เสื้อผ้าก็ยังมีบ้าง บางทีเหงาหลายๆ พี่ก็คุยกับรูปเขา นะ จะไปทำงานก็บอกเขา ไปไหนมาไหนก็บอกเขา ทำบุญก็บอกเขา ใส่บาตรด้วยกันไหม ขวนเขาไปใส่บาตรด้วย อย่างหมอนข้าง หมอนหนุน ลูกชายก็มาขนเอาไปหมดแล้วแยกห้องนอนกันคนละห้อง เราก็ให้เขาไป จะได้ไม่คิดถึงเขามาก เพราะตอนแรกเข้าห้องไป เห็นหมอนเค้าก็นอนร้องไห้ กอดหมอนข้างเขา แล้วก็คุยกับเขา... (ร้องไห้)" (คุณมณฑา)

○ คิดอยากตายตามหรือคิดฆ่าตัวตายตามผู้ป่วย

คู่สมรส 4 ราย มีความคิดที่อยากจะตายตามผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตมาก ด้วยความผูกพันและรักกันมาก แต่ก็ไม่ได้ฆ่าตัวตายตามเพราะมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่ไม่สามารถให้กระทำตามที่คิดได้ เช่น พ่อ แม่ และลูกๆ ที่ต้องอยู่ดูแลรับผิดชอบต่อไป ดังคำพูด

"ตอนแรกอยากจะทำตามบ๊ายไป เพราะไม่รู้จะอยู่ทำไม อายุขนาดเราไม่ซำก็เร็วก็ต้องไป ก็ไปพร้อมๆ กันให้หมดเรื่อง แล้วก็จะได้ไปอยู่ด้วยกันอีก ลุงมีความเชื่อถือว่า เรามีชีวิตเราก็อยู่ด้วยกัน เราไม่มีชีวิตเราก็ไปด้วยกัน มันจะได้ไปอยู่ด้วยกัน" (คุณสาละ)

"มันก็รู้สึกเศร้านะครับ เศร้ามาก ไม่อยากจะทำอะไรเลย เปื่อไปหมดช่วงแรกไม่ไปทำงานเลย ครับ เป็นเดือน สองเดือนเลยครับ อยู่แต่ในบ้านไม่ออกไปไหน เป็นเดือน สองเดือนเลย.. ช่วงนั้นก็ไม่มีรับงานอะ ถ้ารับงานไปลูกก็ไม่มีคนเลี้ยง ซึมเศร้ามากไม่อยากออกไปไหน ท้อแท้ อยู่บ้านก็นอนนอนดูทีวี มันเปื่อ เปื่องานช่วงเดือนสองเดือนแรก มันเปื่อมากไม่อยากออกไปทำงาน บางทีก็อยากตายๆตามเค้าไป แต่ก็มีลูกๆนี้แหละที่ทำให้เราฮึดสู้ต่อ" (คุณโกสน)

"ตอนแรกก็นอนแหง่อยู่บนที่นอนแบบว่า ...มันหมดอะไรตายอยากอะคะ ไม่อยากทำอะไร หมายถึงว่านอนแหง่อะนะคะ แม้แต่เสื้อผ้ายังไม่อยากซัก มันแคว้งนะคะ อยากจะตายตามพี่เค้าไป... เราต้องพยายามดูแลร่างกาย รู้ว่าเป็นโรคเครียด โรคซึมเศร้าเราก็อย่าไปเครียดตามโรค พยายามช่วยตัวเอง เพื่อที่จะดูแลเด็กให้มันโตไปก่อน ล้มไม่ได้แล้ว" (คุณมะลิ)

"บางทีก็คิดนะว่าถ้าเราไปกับเขาก็ดี มันมีขึ้นมาแว็บนึงอยากตายตามเขาไป เวลาที่คิดถึงเขาคิดถึงแต่เรื่องเขา ไม่รู้จะอยู่ไปทำไม พอคิดมากๆก็วกกลับมาว่า แล้วแม่เราจะอยู่ยังไง แต่ก็จะมีเรื่องแม่แว็บขึ้นมาตลอดเราก็ทำไม่ได้ เราก็ได้แต่คิด" (คุณมณฑา)

○ ระยะเวลายอมรับต่อการสูญเสีย

นอกจากนี้ยังเห็นได้ว่าคู่สมรสมีระยะเวลายอมรับต่อการสูญเสียที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตพบว่าระยะเวลาผ่านไป 3 เดือน คู่สมรสส่วนใหญ่ยังทำใจยอมรับกับการสูญเสียไม่ได้ จำนวน 6 ราย และมีคู่สมรสอีกจำนวน 4 ราย ใช้เวลายอมรับการสูญเสีย 2 เดือน ดังคำพูด

"กว่าป่าจะทำใจได้ก็ 2 เดือนได้นะ อยู่ๆก็นั่งนอนอยู่ในบ้านพวกก็ไปเรียก โอ๊ย!! คิดอะไรถึงเสียไปแล้วป่าก็นอนอย่างนั้นอะ 2เดือน ป่าก็นอนร้องไห้ นอนดูรูป คิดถึงแก ของอะไรที่เป็นของแก อย่างเสื้อผ้า เสื้อผ้าแกยังเก็บไว้อะ คิดถึงก็เอามากอด เอามาดม " (ป่ากุหลาบ)

" ผ่านไปแล้ว3 เดือน ตอนนี้อยู่ก็ยังทำใจยอมรับไม่ได้ คิดว่ามันเป็นความฝันอะครับ ผมคิดถึงเขามากครับ คิดว่ามันไม่น่า เขาไม่น่าด่วนจากเร็วแบบนี้ ในใจก็คิดแต่แบบนี้ครับ ไม่น่าเลย แต่อีกใจนึ่งก็พยายามทำใจยอมรับให้ได้ ตอนนี้อยู่ก็รู้สึกอยู่ แต่ก็ยังทำใจยอมรับไม่ได้" (คุณโกสน)

"ก็นานอยู่นะกว่าจะทำใจยอมรับ เป็น 2-3 เดือน ตอนนี้อยู่ 3 เดือนก็ยังยอมรับไม่ได้เลยว่าแกเสียไปแล้ว ก็ถ้าอยู่ที่ทำงานก็พอทำใจได้อยู่มีเพื่อนพูดคุย แต่พอกลับมาอยู่บ้านไม่มีใคร ก็คิดถึง เหงา คิดถึงแก บางทีมันก็เศร้าๆ บางทีก็ซึมไม่อยากออกไปไหน ไม่อยากไปทำงาน อยากนั่งอยู่เฉยๆทุกวันนี้ยังเป็นอยู่ มันเบื่อ เศร้า" (คุณพิกุล)

"คือ ณ ตอนนี้ ผ่านมาแล้ว 3 เดือนก็จริง แต่ว่ายังแปลบที่หัวใจ คือความสงสารที่ดูแลกันที่รพ. ก็ทำใจยอมรับตั้งแต่เผาเสร็จ อะไรเสร็จเรียบร้อยหมดแล้ว ว่านี่คือเสียชีวิตแล้วแต่พอเวลามันผ่านก็รู้ว่ายังทำใจไม่ได้จริงๆ ยังลืมพี่เขาไม่ได้เลยจริงๆ ทุกวันนี้ยังคิดถึงตลอด" (คุณมะลิ)

ส่วนที่ 4 วิธีการจัดการกับการสูญเสีย(Coping with loss)

หลังที่ผู้ป่วยเสียชีวิตคู่สมรสมีวิธีการจัดการกับการสูญเสียที่แตกต่างกันออกไปไม่ว่าจะเป็นการจัดการทางด้านอารมณ์จิตใจ คู่สมรสส่วนใหญ่มีการจัดการกับอารมณ์จิตใจหลังจากการสูญเสียส่วนใหญ่ผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียไปได้ด้วยการมองการสูญเสียตามความเป็นจริง ทำให้สามารถปรับสภาพจิตใจได้ดี ดังคำพูด

○ การจัดการทางด้านอารมณ์จิตใจ

คู่สมรสส่วนใหญ่มีการจัดการด้านอารมณ์ จิตใจ โดยหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ก็พยายามทำใจยอมรับกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ยากในช่วงแรกๆก็ตาม ดังคำพูด

"ตอนที่เขาป่วยก็พยายามทำใจยอมรับมาตลอดนะ...พอวันที่เขาเสียชีวิตเราก็ทำใจได้เยอะ พอเราคิดว่าเขาอยู่แล้วธรรมชาติเราก็ยิ่งทำใจได้มากขึ้น" (คุณบุษบา)

"ส่วนด้านจิตใจ ตอนนี้ก็ใกล้จะครบ ใกล้จะเต็มร้อยแล้ว เข้มแข็งขึ้นมากกว่าเดิม ขอเวลาอีกหน่อย ถ้าไม่มีคนพูดถึง ไม่เจอภาพในบ้านก็จะไม่คิดอะไร ออกมาทำงานก็จะลืม เพลินไปกับงาน พอกลับไปบ้านเจอรูปเขาก็ทำให้คิดได้เหมือนกันนะ บางทีก็มีคิดๆนะว่าอยากจะตายตามเขาไป รักเขามาก แต่ก็ทำไม่ได้ ถ้าเราเป็นอะไรอีกคนลูกจะอยู่ยังไง คิดถึงลูก ก็พยายามยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นให้ได้ครับ ต้องเข้มแข็งเพื่อลูก" (คุณโกศล)

"ตอนนี้ข้าก็ต้องพยายามปรับให้ได้ ตอนแกอยู่ถ้าจะไปไหนแกก็ห้ามไม่ให้ไป บอกอย่าไปเลย เราผูกพันกันมาก แถวนี่คนเยอะแยะ ที่ผัวตายบ้าง เมียตายบ้าง คนในซอยนี้เยอะแยะที่ผัวตายเมียตาย ก็คิดว่า เออดีวะ ได้มีเพื่อนกัน ก็มีมาพูดคุยปรึกษากันอยู่เรื่อยๆ ชีวิตก็เหมือนกันไม่ต้องไปคิดอะไรนักหนา พยายามทำใจไม่ได้เกิดที่เรารคนเดียว" (คุณกุหลาบ)

○ อาศัยข้อคิดหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

คู่สมรสจำนวน 10 ราย อาศัยข้อคิดหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเช่นคำพูดของผู้ป่วยที่คอยเตือนใจ มีลูก เป็นที่พึ่งทางใจ และคู่สมรสส่วนใหญ่จะพึ่งหลักคำสอนทางศาสนา ไม่ว่าจะป็นคติคำสอน ข้อคิดไว้เตือนใจ เช่นเกิดแก่เจ็บตายเป็นเรื่องที่ทุกคนต้องพบเจอตั้งคำพูด

"พอกับแม่ป้าคะ เค้ายังอยู่ เราก็ต้องอยู่ ไม่อยากให้เขาเป็นห่วงหรือไม่สบายใจ พ่อแม่จะคอยถามตลอดมันก็รู้สึกอบอุ่นในใจอย่างน้อย ลุงเค้าเสียไปแล้วพ่อแม่เราก็ยังอยู่ มีอะไรเราก็ไปหาท่าน แล้วก็ลูกหลาน ต้องอยู่เป็นที่พึ่งให้ลูกหลานด้วย พ่อเค้าไม่อยู่ แม่ก็ต้องอยู่เป็นกำลังใจให้ลูกๆ"
(คุณลำดาวน)

"ก็เอาคำพูดของคุณอ๊อดที่สอนเรามาปรับใช้กับตัวเอง คือเขาป่วยขนาดนั้น เขายังเข้มแข็ง แล้วเราไม่ได้ป่วยเราก็ต้องเข้มแข็งให้ได้ ต้องผ่านจุดนี้ไปให้ได้... พิจารณาความเข้มแข็งในใจเรานี้แหละที่ทำให้พี่ผ่านมันมาได้ แล้วก็หลานๆที่พี่ต้องดูแลเขาต่อไป" (คุณมะลิ)

"นี่ถึงคำสอนของศาสนาพุทธ ว่าคนเรามีเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นของธรรมดา คนเราอยู่ด้วยกันแล้วจะไม่จากกันเป็นไปไม่ได้" (คุณดอกกรัก)

"พระก็บอก ลุงมันเป็นวัฏจักรของมนุษย์ อะไรอย่างนี้ มีเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นของธรรมดา เสร้าโศกไปมันก็ทำให้ร่างกายเราทรุดโทรมไปด้วย เพราะฉะนั้นเราทำใจให้ร่าเริงก่อน ธรรมดาทุกคนก็ต้องมี รักสิ่งไหนมาก ก็ต้องมีความเศร้าโศกมาก เราก็ต้องทำใจก่อนนะแล้วบางที" (คุณสาละ)

○ มีการวางแผนการจัดการกับปัญหา

ในด้านการจัดการกับการสูญเสีย คู่สมรสส่วนใหญ่สามารถวางแผนจัดการกับปัญหาต่างๆได้ดี เนื่องจากมีการเตรียมความพร้อมก่อนการเสียชีวิตไว้บ้างจึงวางแผนจัดการพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนาให้กับผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย ทำให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

- **ประกอบพิธีกรรมความเชื่อทางศาสนา**

หลังจากที่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตลง คู่สมรสทั้งหมดได้จัดพิธีฌาปนกิจศพให้ผู้ป่วยให้ถูกต้องตาม ประเพณี เป็นสิ่งที่สามารถทำให้ผู้ป่วยได้อย่างมีเกียรติและสมศักดิ์ศรีเป็นครั้งสุดท้าย ดังคำกล่าว

"จัดงานศพที่วัดแก้วพุทธธรรมค่ะ ตรงซอย55มั้งคะ จัดงาน7วันค่ะ ก็มีเพื่อนไปกันทุกคืนก็ สวดให้เค้า6วัน7คืน คืนสุดท้ายวันอาทิตย์ก็เผาวันจันทร์ คืนสุดท้ายก็สวดเป็น2จบแล้วก็ทำบุญให้เค้า7 วันแล้วก็ไปลอยอังคารไม่ได้เก็บกระดูกไว้เลยเพราะกระดูกเหมือนมันปูเป็นรูพรุนๆหมด แบบว่ามันไม่มีเป็นกระดูกมีเป็นชิ้นแต่ว่าเป็นรูพรุนๆหมดเหมือนกับว่ารังปลวกอะไรอย่างนี้ ก็ไปลอยที่วัดหลวง พ่อโสธร" (คุณลำตวน)

"จัดงานศพ5 วัน ที่วัดแถวๆบ้านเดี่ยวทำบุญ 100 วันแล้วก็จะไปลอยอังคาร เก็บใส่โกฏไว้ค่ะ แต่ครบ 100 วันก็จะเอาไปลอยอังคาร ก็มีบางส่วนจะใส่กรอบเอาไว้ห้อยคอให้ลูก" (คุณบัวตอง)

"จัดงานที่กรุงเทพฯ นี่แหละ ที่วัดระฆัง หลวงพ่อที่วัดระฆังท่านช่วยหลวงพ่อดีใจค่า ไร่ทุกอย่าง สวดคืนแรกนี่หลวงพ่อดีใจเลย ท่านช่วย พอคืนที่ 2 น้องเขาเอาเงินมาช่วย 10,000 นิ่ง แล้วก็ไปเอาเงินที่สหกรณ์ เขาช่วยมา 10,000 นิ่ง ก็เอาเงินตรงนั้นมาจัด จัดงานเสร็จก็ให้แม่เขาเอา กระดุกไปทำบุญที่บ้านเพราะเราไม่มีเงิน" (คุณมณฑา)

"จัดค่ะ ที่มินบุรีค่ะวัดป่าเพ็ญใต้ ไปจัดงานที่วัดนั้น พี่จัดเล็กๆไม่ใหญ่มาก 3 คืน พี่รู้สึกภูมิใจนะคะคุณก๊วง ถึงไม่รวย พี่ก็ทำดีที่สุด" (คุณบุษบา)

"หนึ่งคือจัดงานพิธีให้เขาให้เรียบร้อย สองคือสิ่งที่ต่อเนื่องจากเขา ไร่ทุกอย่างอย่าง เราก็พยายามเคลียร์ให้หมด แล้วก็คืนอุปการะทางการแพทย์ที่ยืมมา เอายาที่เหลือไปบริจาค สามคือพยายามทำกิจกรรมกับลูกๆ เช่น ไปเที่ยวด้วยกัน เพื่อไม่ให้เราคิดมาก เราไปโฟกัสกับหลานๆมากขึ้น" (ลุงดอกกรัก)

○ การดำเนินชีวิตและการจัดการด้านเศรษฐกิจ

หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตไป คู่สมรสส่วนใหญ่ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของตนเองจากที่เคยเป็นผู้พึ่งพิง พึ่งพาอาศัยคู่สมรส ต้องกลับบทบาทมาเป็นหัวหน้าครอบครัวเพื่อหารายได้เลี้ยงดู จุนเจือครอบครัวต่อไปมีการจัดการในเรื่องทรัพย์สินมรดก สามารถวางแผนการเงินในอนาคตได้เป็นที่พึงไว้ให้กับลูกหลานต่อไปและภาระทำหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบดูแลต่อไปดังคำพูด

"ผมก็ขายของอยู่ที่บ้าน ลูกก็ไปทำงาน ส่วนเรื่องทรัพย์สิน ผมก็จัดการให้ลูกแล้วเพราะว่าคนเรามันไม่แน่นอนนะ แล้วเราก็มารู้สึกว่า แล้วเราก็มีลูกสองคน ก็บอกให้เขารับรู้ไว้ก่อนนะ คนเรามันก็ไม่แน่นอน" (คุณสาละ)

"ผมต้องทำงาน ผมก็เลยโทรไปหาเจ้านายเก่า โทรไปถามอาจารย์ว่ามีงานให้ผมทำมั้ย ผมต้องหาเงินเลี้ยงลูก หาเงินจ่ายค่าคนเลี้ยงลูก หาเงินจ่ายไฟแนนซ์ ไหนจะค่าใช้จ่ายอื่นๆ ญาติๆก็โทรมาหาเรื่อยๆผมคิดว่า ผมต้องสู้ สู้เพื่อลูกอย่างน้อยเราล้ม เราเจ็บป่วยไม่ได้ ลูกจะอยู่ยังไง ผมคิดทุกวันเรื่องนี้ว่าเราจะล้มจะป่วยไม่ได้ จะต้องอยู่ให้ได้เพื่อลูก ตอนนี้อาจังได้วันละ 800 บาท ผมก็ต้องอดออมไว้จ่ายอย่างอื่นด้วย ไม่มีเงินเก็บแต่ก็พอใช้จ่าย ไม่มีหนี้สินเพิ่มก็ดีแล้ว" (คุณโกศล)

"ตอนนี้รีคะ การดำเนินชีวิตก็ปกติเข้ามาทำงานแล้วจากทำงานก็กลับบ้าน ก็ทำงานเหมือนเดิม ก็ทำทุกวันนะคะ มีหยุดงานครั้งเดียวก็คือตอนที่เค้าป่วยแล้วก็ไปเผื่อนะคะแล้วป้าก็คิดว่าเมื่อถึงเวลาเค้าก็ต้องไป เราจะไปยึดติดถือติดก็รังแต่จะทำให้เราห่อเหี่ยว แล้วทำให้เราสุขภาพเสียในเมื่อเค้าตายไปแล้วเราก็คิดซะว่าเราทำบุญใส่บาตรให้เค้ากิน ถ้าเค้ายังอยากอยู่ตรงนี้ที่บ้านเมื่อถึงเวลาเค้าก็ต้องไป จะไปเกิดหรือว่าไปใช้เวรใช้กรรมเราก็ไม่ว่าเพราะนั่นคือบ้านของเค้าเราให้เข้าออกได้ตลอด" (คุณลำดวน)

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

หลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว คู่สมรสส่วนใหญ่ที่สามารถผ่านพ้นอารมณ์ความรู้สึกจากการเศร้าโศกไปได้นั้นส่วนหนึ่งได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างที่ดีไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์จิตใจ ด้านวัตถุประสงค์ของ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครือข่ายทางสังคม ดังนี้

▪ ทางด้านอารมณ์จิตใจ

คู่สมรสได้รับการให้กำลังใจ การให้คำปรึกษาแนะนำจากลูก บุคคลในครอบครัวหรือจากเพื่อนบ้าน เป็นเพื่อนพูดคุย เป็นที่ปรึกษา เป็นเพื่อนคลายเหงา คอยช่วยเหลือแบ่งเบาภาระหน้าที่ต่างๆ ทั้งการดำเนินชีวิตและในการดูแลบุตร ดังคำพูด

"ก็มีเพื่อนบ้านคอยช่วยเหลือ แล้วลุงชอบเข้าวัด เข้าวา ก็เข้าไปฟังพระ พอสวดเสร็จแล้วเขาก็นั่งคุยกับลุง" (คุณสาละ)

"เวลาไม่สบายใจก็จะไปคุยกับหลวงตาที่วัด แบบทำกับข้าวไปถวายเพล คือหลวงตาคณะนี้ ท่านบวชตั้งแต่เป็นเณรแล้ว เคยเอารถไปเจิมกับท่าน แล้วพี่เขานับถือมาก เรื่องไหนไม่เข้าใจ ก็ถามหลวงตาคณะนี้หนูจะทำยังไงดี หลวงตาเขาก็จะชี้แนะในส่วนหนึ่ง แล้วก็ไปแก้ไขเอาเอง แล้วก็ก็มีเพื่อนสนิทค่ะ แต่ตอนนี้เขาไปอยู่ต่างจังหวัดแล้ว ก็มีโทรคุยกันตลอด ปรึกษากันแต่ไม่ได้ช่วยเหลือเรื่องเงินก็จะช่วยให้กำลังใจมากกว่าค่ะ" (คุณมะลิ)

"ก็ลูกชายนี้แหละ คอยให้กำลังใจบอกว่าจะไม่ต้องคิดมากพอไปสบายแล้ว พอได้แล้วอย่าร้องไห้ แม่อย่าคิดมากลูกนี้แหละที่คอยเป็นกำลังใจให้ตลอด บ้าไม่เคยไปปฏิบัติธรรมเพราะป่าต้องไปทำงานก็มีใส่บาตรให้เขาบ้างนะ วันหยุดลูกก็พาไปวัดไปทำบุญให้พ่อเค้า มันก็สบายใจนะไปวัดเนี่ย" (ป้าพิกุล)

"พี่น้องพี่คะ พี่น้องพี่ตลอด พี่ถือว่าพี่น้องพี่เขาไม่ทิ้งเราอะคะ มันเหมือนเราไม่ใช่ตัวคนเดียว เหมือนว่า เอออ เราก็มีพี่น้องเนอะ พี่น้องเขาไม่ได้รังเกียจเราเลย มันรู้สึกอบอุ่น รู้สึกอุ่นใจ ปลอดภัย

มันเป็นอย่างนั้นจริงๆค่ะ พอกลับมาถึงบ้านปุ๊บ ก็อยู่ได้ไหม นอนได้ไหม ฝนร้ายหรือเปล่า น้องเขาจะโทรถามตลอด น้องก็เบ๊น คนไข้ แต่ให้กำลังใจเราดี เราก็รู้สึกอบอุ่นดีค่ะ" (คุณบุษบา)

▪ ด้านวัตถุประสงค์ของ

คู่สมรสส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือทางวัตถุประสงค์ของ เงินทองจากคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน เช่น เพื่อนบ้านแบ่งอาหารมาให้ทาน นายจ้างช่วยเหลือให้งานทำต่อ พ่อแม่ ญาติพี่น้องช่วยเหลือเรื่องการเงิน ดังคำพูด

"ก็มีอาจารย์ คอยให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือดีมาก ช่วยให้งานทำ ช่วยเหลือเรื่องงานดี เพื่อนร่วมงานก็ช่วยเหลือกันดี เพื่อนบ้านก็ให้คำแนะนำดี" (คุณโกศล)

"คนที่ช่วยเหลือตลอดหลักๆ ก็คนในบ้านนี่แหละที่เป็นกำลังใจสำคัญคอยสนับสนุนช่วยเหลือทุกอย่างเลย แล้วก็ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ก็มีที่บ้าน อย่างพ่อกับแม่ก็ช่วยเหลือเรื่องเงินทอง ดูแลลูกๆช่วย น้องชายถ้าว่างก็ไปรับ ไปส่งหลานให้ ถ้าบ๊วต้องทำงานนานๆ ก็จะทำให้เขาเอารถไปรับลูกมาให้ค่ะ เขาก็ช่วยเหลือดีมาก" (บ๊วตอง)

"ก็มีลูกที่ช่วยเหลือเรื่องเงิน เขาก็ช่วยแม่เดือนละพัน ให้แม่นะ ให้ช่วงกลางเดือน จ่ายค่าเช่าห้องให้ พี่ก็ต้องจ่ายเงินให้แม่ทุกเดือน ต้องรีบเคลียร์ให้หมดทุกอย่าง" (คุณมณฑา)

▪ ด้านข้อมูลข่าวสาร

หลังจากการสูญเสียคู่สมรสได้รับทราบข้อมูลจากเพื่อนบ้านและทีมการรักษาติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งให้ความรู้ คำแนะนำ ประสานเครือข่ายในการให้ความช่วยเหลือด้านอาชีพและทุนการศึกษาบุตร สามารถทำให้คู่สมรสผ่อนคลายอารมณ์เศร้าโศกเสียใจจากการสูญเสียผู้ป่วยไปได้ ดังคำพูด

"ก็ในชุมชนเขาก็ประกาศบอกนะถ้ามีเรื่องอะไร มีข่าวอะไร เพื่อนก็มาบอก เด็กๆเพื่อนๆที่ขายของด้วยกันก็มาบอกมาคุย ลูกก็มาเล่าให้ฟังบ้าง เขาก็บอกเรานะ เวลาได้ยินเสียงวูดรถไฟคิดถึง

แก ป้าก็คิดถึงแกนะ ตอนนี่ก็รู้สึกดีขึ้นบ้างแล้ว สบายใจที่มีคนมาคุยด้วย ก็ชอบใจหนูนะ ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลแล้ว เตรียมให้ทุกอย่างทั้งบอกโรค ดูอาการ บอกให้เตรียมใจ นัดมาพูดคุย จนมาเยี่ยมบ้านตอนที่หมอให้ลุงแกกลับบ้าน ป้าก็โทรไปรบกวบ่อย แกดีใจนะที่หนูกับหมอลูกก็น้องพยาบาล มาเยี่ยมที่บ้าน ป้าก็อุ่นใจ มันใจเยอะว่าจะทำแผลยังไง จะทำถูกมั้ย ดีที่เข้ามาสอนป้า ไม่งั้นลุงคงเจ็บ น่าดู ป้าก็ไม่รู้จะทำยังไงนะก็แกอยากกลับบ้าน แกบอกกลับมาอยู่บ้านดีกว่า ก็สมใจแกแล้วล่ะได้อยู่บ้าน ตายที่บ้านจริงๆ ชอบใจมากๆนะ" (คุณกุหลาบ)

"พีดีใจที่สุด คือ พี่ระลึกถึงผ่านที่โรงพยาบาลนะคะ ตอนที่เขาอยู่แล้วก็จากไปยังช่วยเหลือตลอด ถ้าเป็นบุคคลก็คือ คุณก๊วง แล้วคุณหมอฉัฐพร ที่เป็นหมอเลือด แล้วคุณหมอฉายแสง แบบทุกๆ คน เจ้าหน้าที่ทุกๆ คน เขาดีอะคะคุณก๊วง พีดีใจตรงนี้ พีได้กำลังใจตรงนี้ด้วยนะคะ มีส่วนเพราะเขาดีกับเราอย่างมาก 2 ก็คือ พี่น้องเรา ที่ 3 คือ ที่ทำงานเรานะคะ เจ้านายเรา เพื่อนเราที่คอยช่วยเหลือมาตลอด" (คุณบุษบา)

"ป้าได้รู้ข้อมูลข่าวสารบ้านเมืองก็มาจากลูกๆ เพื่อนๆที่ทำงาน พี่สาว คุณุทรทัศน์ มีข่าวอะไรเพื่อนบ้านก็มาบอก เพราะเราไปทำงานไม่ค่อยได้อยู่บ้าน เพื่อนบ้านก็ดี ทักทาย ช่วยเหลือตลอดคะ" (คุณพิกุล)

■ ด้านเครือข่ายทางสังคม

นอกเหนือจากครอบครัวแล้วเครือข่ายทางสังคมก็มีส่วนช่วยเหลือคู่สมรสที่ต้องเผชิญกับความสูญเสีย ให้สามารถปรับตัวได้ดี เช่น ทำกิจกรรมร่วมกัน ออกไปเล่นกีฬา ไปเที่ยวสังสรรค์กับเพื่อน ทำให้รู้สึกตัวเองไม่ได้อยู่คนเดียวโดดเดี่ยว ทำให้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีกลุ่มเพื่อนเที่ยว มีกลุ่มเพื่อนไปทำบุญ อยากทำประโยชน์ให้สังคม รู้สึกมีคุณค่า ทำให้ปรับตัวได้ดีหลังจากการสูญเสีย ส่วนคู่สมรสที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่ดีทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ ต้องเผชิญกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ยาวนานโดยไม่มีคนคอยช่วยเหลือ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้

ดังคำพูด

"ถ้าอยู่ว่างๆนะช่วงนี้ผมก็จะไปเดินห้าง ไปเที่ยวกับลูกๆ ไปหาอะไรอร่อยๆทาน... ผมเองก็ชอบไปกับลูกๆหลายๆ สนุกสนานดีครับ โทรศัพท์คุยกับน้องบ้าง พี่น้องที่ให้อำลัใจ คอยถามสารทุกข์สุขดิบ พี่งพาได้ตลอด ชวนกันไปทำบุญ ชวนกันไปกินเจ ไปไหว้พระด้วยกันตลอด ออกไปเที่ยวกับลูกๆหลายๆ หรือไม่ก็ไปตลาดหาเพื่อนๆ เพื่อนในตลาดผมเยอะ หาเพื่อนคุย" (คุณดอกกรัก)

"ก็มีเพื่อนๆนี้แหละคะ เพื่อนๆบัวตองก็มาหา โทรมาหา ถามข่าวตลอด ชวนไปเที่ยวบ้าง ผ่อนคลายบ้าง บัวตองก็ไปนะ เอลูกไปด้วยบางที ส่วนใหญ่ก็จะไปนั่งคุยกัน ชวนไปทำบุญ ชวนไปเดินเล่น ก็ช่วยได้นะ เพื่อนๆจะคุยสนุก บัวตองก็นั่งขำสิ่งที่เขาพูดคุยกัน ก็เพลินคะบางที ลูกๆก็จะสนุก ทำให้บัวตองรู้ว่ายังมีคนที่คอยช่วยเหลือบัวตองอยู่นะ" (บัวตอง)

"นอกจากญาติพี่น้อง ก็จะมีเพื่อนๆ ที่ทำงานคะ มีทั้งนายจ้าง มีเพื่อนร่วมงานแต่ก็ไม่เยอะอะคะ อย่างน้อยเวลาไปทำงาน เขาก็ไปกอดเรา เข้าใจเรา ปลอบเราว่าไม่ต้องห่วงงาน ไม่มีปัญหาอย่างนี้คะ หลังจากที่เขาเสียไปแล้วก็พูดคุยให้อำลัใจกันทุกวันนี้ก็ไปไหน ไปกัน นายจ้างก็ชวนไปเที่ยว เพื่อนๆก็ชวนไปเที่ยว ไปกิน ไปทำบุญ ก็รู้สึกอบอุ่นในใจ อย่างน้อยก็ยังมีเพื่อน มีคนคอยปลอบใจ เข้าใจเราคะ" (คุณบุษบา)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรส การจัดการกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคมหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดการวิจัยของ (Husserl Phenomenology) ซึ่งเป็นการค้นหาความจริงเกี่ยวกับการให้ความหมายตามการรับรู้ ความคิด ความรู้สึกของผู้ที่มีประสบการณ์นั้น ในที่นี้คือคู่สมรสทั้งเพศชายและเพศหญิงของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิต ที่ส่งปรึกษาศูนย์ชีววิบาลเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นคู่สมรสที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน จนผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสียชีวิตเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ส่วนบุคคลเชิงลึก ใช้เวลา 60-90 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1)แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ระดับลึกและ 2)แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียฉบับภาษาไทย (Inventory of Complicated Grief - ICG) เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน กันยายน ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทำแบบประเมิน ICG ก่อน หลังจากนั้นจึงได้เริ่มสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก และข้อมูลอ้อมตัวอยู่ที่จำนวน 10 ราย ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาของโคไลซซี่ (Colaizzi's)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีทั้งหมด 10 ราย มีอายุตั้งแต่ 28-66 ปี โดยอายุเฉลี่ย 50.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.5 คู่สมรสมีความสัมพันธ์เป็นภรรยาจำนวน 7 ราย เป็นสามีจำนวน 3 ราย ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 7 ราย มัธยมศึกษาตอนต้น 2 ราย ปริญญาวิชาชีพ

ชั้นสูง 1 ราย ประกอบอาชีพรับจ้าง 5 ราย ค้าขาย 4 ราย รับราชการ 1 ราย โดยมีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 16,700 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13,752) มีคู่สมรสที่จดทะเบียนสมรสจำนวน 6 ราย และไม่ได้จดทะเบียนสมรสจำนวน 4 ราย ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 คู่สมรสที่มีโรคประจำตัวทางกายจำนวน 4 ราย ได้แก่โรคเบาหวานคลอเรสเตอรอลและความดันโลหิตสูง พบคู่สมรสมีประวัติโรคทางจิตเวช จำนวน 2 ราย ได้แก่ โรคซึมเศร้าซึ่งคู่สมรสที่มีพบประวัติโรคซึมเศร้าได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามต้นสังกัดแล้ว จนอาการดีขึ้นสามารถให้ข้อมูลได้

จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของคู่สมรสพบว่าชนิดของโรคที่ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุดคือ มะเร็งระบบทางเดินอาหาร 7 ราย ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ มะเร็งถุงน้ำดี มะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งระบบทางเดินหายใจ 1 ราย ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งระบบสูติ-นรีเวช 1 ราย ได้แก่ มะเร็งมดลูก มะเร็งระบบโลหิตวิทยา 1 ราย ได้แก่ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง

คู่สมรสที่เสียชีวิตส่วนใหญ่จะเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ใช้ระยะเวลาในการรักษาตัวตั้งแต่ 2-8 เดือนก่อนที่คู่สมรสจะเสียชีวิต โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 2.20 เดือน (คิดเป็นร้อยละ 50) หลังจากการสูญเสียผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่าระยะเวลาผ่านไป 3 เดือน คู่สมรสส่วนใหญ่ยังทำใจยอมรับกับการสูญเสียไม่ได้ 6 ราย (คิดเป็นร้อยละ 60) ส่วนคู่สมรสจำนวน 4 ราย (คิดเป็นร้อยละ 40) สามารถทำใจยอมรับกับการสูญเสียได้ภายในระยะเวลา 2 เดือน

2. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Complicated Grief)

จากการใช้แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียฉบับภาษาไทย (Inventory of Complicated Grief - ICG) พบว่าคู่สมรสที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 และพบคู่สมรสที่มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่เป็นปกติ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 โดยค่าคะแนนที่ถือว่ามามีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียคือ 25 คะแนนขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 31.2 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุดคือ 18 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 43 คะแนน โดยผู้ที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียจำนวน 6 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้แนะนำแนวทางให้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ให้ทราบถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆที่จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียไปได้

และหากมีผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือและต้องการเข้ารับการรักษา ผู้วิจัยได้แนะนำแนวทาง ส่งต่อให้ ผู้เข้าร่วมวิจัยไปพบผู้เชี่ยวชาญที่เป็นจิตแพทย์แล้ว

3. ประสบการณ์จากการสูญเสีย

ประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งก่อนและหลังจากการสูญเสีย พบว่าไม่แตกต่างจากปฏิกิริยาจากการสูญเสียของบุคคลอื่นเป็นที่รักทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1)ระยะมึนชา (numbness) 2)ระยะซึมเศร้า (depression) และ 3)ระยะกลับคืนสู่ปกติ (recovery) ผู้ที่ประสบกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ จะเป็นผู้ที่มีความรักความผูกพัน กับคู่สมรสมาก พึงพิงพิงพากับผู้ที่เสียชีวิตอย่างสูง รู้สึกเสียใจเมื่อรับรู้ว่าคุณป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย จึงมีการปิดบังไม่กล้าบอกความจริง หรือเป็นการสูญเสียเกิดขึ้นโดยฉับพลันกะทันหัน ไม่ทันคาดคิด ไม่ทันได้เตรียมใจ ไม่ทันได้เตรียมความพร้อม มีความรู้สึกผิด ตำหนิหรือโทษตัวเองอย่างมากที่ดูแล คู่ป่วยไม่ดี มีการคิดวนเวียนเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยอยู่เสมอ เก็บสิ่งของเครื่องใช้ไว้บางครั้งนำมาทอด มา หอม แม้กระทั่งนั่งเหม่อลอย มองรูปภาพหรือนั่งคุยกับผู้ที่เสียชีวิตแล้ว

คู่สมรสจำนวน 4 รายมีความคิดที่อยากจะตายตามและคิดที่จะฆ่าตัวตายตามผู้ป่วยไป เนื่องจากทำใจยอมรับกับการสูญเสียไม่ได้ รู้สึกปวดใจ เหมือนมีคนมาดึงหัวใจออกไป เหมือนมีคนมา พรากสิ่งสำคัญในชีวิตไป ทุกข์ระทมกับการสูญเสียอย่างมาก หรือขาดการจัดการกับการสูญเสียที่ดี รวมถึงขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ส่วนผู้ที่ผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียมาได้นั้นจะเป็น ผู้ที่มีการเตรียมความพร้อมกับการสูญเสียไว้ ทั้งจากการเตรียมตัวเตรียมใจไว้ก่อน การทำตามความต้องการของผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต และการมีทีมสุขภาพเข้ามาคอยให้คำปรึกษาแนะนำให้ ความช่วยเหลือในเผชิญกับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นและผลกระทบที่จะตามมา ทำให้คู่สมรสสามารถ ปรับตัวได้เร็ว ช่วยบรรเทาอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียไปได้

ระยะเวลาที่เกิดอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียนี้อยู่ในช่วง 2-3 สัปดาห์แรก คู่สมรส จำนวน 6 เมื่อระยะเวลาผ่านไปถึง 3 เดือน ก็ยังทำใจยอมรับกับการสูญเสียไม่ได้ และมีคู่สมรส 2 ราย ที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งคู่สมรสมีจะปฏิกิริยาทางจิตใจหลากหลายอย่างแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ทางด้านอารมณ์จิตใจ ทั้งรู้สึกตกใจ เสียใจ สับสน มึนงง ร้องไห้ ทำอะไรไม่ถูก ไม่ยอมรับความจริง รับไม่ได้กับการสูญเสียที่เกิดขึ้น รู้สึกเหงา โดดเดี่ยว รู้สึกกลัว กังวล กับอนาคตข้างหน้า
2. ทางด้านร่างกาย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง พักผ่อนไม่เพียงพอ นอนน้อยหรือนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง โรคประจำตัวกำเริบเช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเส้นเลือดสูง
3. ทางด้านความคิด ก็รู้สึกผิดต่อตนเองที่ดูแลผู้ป่วยไม่ดี การตายที่กระทันหันเกิดขึ้นจากการละเลยไม่ใส่ใจผู้ป่วย ไม่รีบพาผู้ป่วยไปรักษา โกรธที่ผู้ป่วยทิ้งตนเองให้อยู่คนเดียว คิดว่าเมื่อไม่มีผู้ป่วยแล้วตนเองจะอยู่ต่อไปได้อย่างไร คิดว่าตนเองไม่มีใครแล้ว หรือคิดแม้กระทั่งว่าอยากจะตายตามผู้ป่วยไป
4. ด้านพฤติกรรม ท้อแท้เบื่อหน่ายต่อสิ่งรอบกาย เก็บตัวอยู่แต่ในบ้านไม่ยอมทำอะไร ไม่อยากออกไปไหน ไม่พบปะผู้คน แยกตัวออกจากสังคม รู้สึกหงุดหงิด เศร้า ร้องไห้เสียใจตลอดเวลา เมื่อนึกถึงคนรักที่จากไป อยากจะนอนอยู่แต่ในบ้าน ไม่อยากออกไปไหน ไม่อยากไปทำงาน หรือแม้กระทั่งการใช้ชีวิตประจำวันก็เกิดปัญหาเช่นกัน

4. การจัดการกับการสูญเสีย

คู่สมรสที่ผ่านอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียไปได้จะมีการจัดการกับการสูญเสียที่ดี⁽¹⁴⁾ หลังที่ผู้ป่วยเสียชีวิตคู่สมรสมีวิธีการจัดการกับการสูญเสียที่แตกต่างกันออกไปไม่ว่าจะเป็น

1. การจัดการทางด้านอารมณ์จิตใจ

คู่สมรสมีการจัดการกับอารมณ์จิตใจหลังจากการสูญเสียส่วนใหญ่ผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียไปได้ด้วยการมองการสูญเสียตามความเป็นจริง พยายามมุ่งจัดการเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม

2. ใช้ข้อคิดหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

จากการศึกษานี้ผู้สมรสอาศัยข้อคิดหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจจากคำพูดของผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วมาเป็นสิ่งเตือนใจให้ผู้สมรสดำเนินชีวิตต่อไปได้ เป็นการระลึกถึงคุณงามความดีและสิ่งดีงามที่ผู้เสียชีวิตได้กระทำเป็นแบบอย่างไว้ให้กับครอบครัว หรือใช้หลักคำสอนทางศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่นการไปทำบุญตักบาตร การไปปฏิบัติธรรม สนทนาธรรมกับพระที่วัด และยึดหลักคำสอนทางพุทธศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวภายในจิตใจ ทำให้ผู้สมรสสามารถผ่านพ้นช่วงเวลาแห่งการสูญเสียและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียไปได้

3. มีการวางแผนการจัดการกับการสูญเสีย

ในการศึกษาหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้สมรสได้มีการวางแผนในการจัดการกับการสูญเสียไว้ ซึ่งสิ่งที่สำคัญก็คือได้จัดเตรียมวางแผนในการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนา เช่น มีการจัดพิธีฌาปนกิจศพให้กับผู้ป่วยที่เสียชีวิตไปแล้วนำอัฐิไปลอยอังคาร หรือเก็บไว้ที่วัดตามความเชื่อในแต่ละครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งสุดท้ายที่ผู้สมรสและครอบครัวได้ทำให้ผู้ป่วยเป็นครั้งสุดท้ายอย่างเต็มที่และสมศักดิ์ศรีที่สุด เพื่อชดเชยความรู้สึกผิดที่คิดว่าตนเองไม่ได้ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่หรือสิ่งที่เคยกระทำล่วงเกินกับผู้ป่วยในช่วงที่มีชีวิตอยู่ไปได้

4. การปรับตัวในการดำเนินชีวิตและการจัดการทางด้านเศรษฐกิจ

ผู้สมรสมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ จากที่เคยเป็นผู้พึ่งพิงพึ่งพาอาศัยผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว ต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้นำครอบครัวเพื่อหารายได้เลี้ยงดู จุนเจือครอบครัวต่อไป เช่น บทบาทที่ผู้ป่วยเคยทำในช่วงมีชีวิตอยู่ทั้งการออกไปทำงานหารายได้เข้าครอบครัว การไปรับไปส่งลูก การดูแลลูก การทำงานบ้าน หรือแม้กระทั่งการใช้ชีวิตประจำวันจากที่ไม่เคยทำ ต้องเปลี่ยนมาทำตนเองทั้งหมด ผู้สมรสบางรายรู้สึกว่ายากแต่ก็สามารถผ่านพ้นไปได้ ส่วนด้านเศรษฐกิจต้องวางแผนในการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ไว้ใช้จ่ายในครอบครัว บางคนมีอาชีพอยู่แล้วก็ต้องปรับสภาพจิตใจในการทำงานต่อไป ส่วนคนที่ไม่มียาชีพ ก็ต้องออกไปหางานทำใหม่ ผู้สมรสมีการจัดการในเรื่องทรัพย์สินมรดกที่ได้รับหลังจากที่ผู้ตายเสียชีวิตไปแล้ว จัดการภาระหนี้สินต่างๆ สามารถวางแผนการเงินใน

อนาคตได้เป็นที่พึงให้กับลูกหลานต่อไปและภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลคนในครอบครัวต่อไป ทำให้สามารถผ่านพ้นช่วงเวลาการสูญเสียและสามารถปรับสภาพจิตใจได้ดี

5. การสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษานี้พบว่า คู่สมรสทั้งหมด 10 ราย ที่สามารถผ่านพ้นอารมณ์ความรู้สึกจากการเศร้าโศกไปได้นั้น คู่สมรสได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม อาจจะมีลักษณะการได้รับความช่วยเหลือที่แตกต่างกันออกไป แต่ทุกคนได้รับการช่วยเหลือซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผ่านพ้นช่วงเวลาแห่งการสูญเสียไปได้ ซึ่งในการศึกษานี้ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านอารมณ์จิตใจ

คู่สมรสได้รับการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ จากบุคคลรอบข้างที่ใกล้ชิดในครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นบุตร พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน นายจ้างหรือแม่กระทั่งพระ ที่คอยให้คำปรึกษา แนะนำ ให้กำลังใจ หรือจากเพื่อนบ้าน เป็นเพื่อนพูดคุย เป็นที่ปรึกษา เป็นเพื่อนคลายเหงา และช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ในการดูแลบุตร ทำให้รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย

2. ด้านวัตถุสิ่งของ

การสนับสนุนทางสังคมทางด้านวัตถุสิ่งของ เงินทองจากคนในครอบครัวเพื่อนบ้านและคนใกล้ชิด เช่นเพื่อนบ้านแบ่งอาหารมาให้ทาน นายจ้างช่วยเหลือให้มียางานทำ พ่อแม่ ญาติพี่น้องช่วยเหลือเรื่องการเงิน ทำให้คู่สมรสสามารถผ่านพ้นช่วงเวลาแห่งการสูญเสียไปได้ โดยได้รับการช่วยเหลือดังกล่าว ทำให้อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียลดลงตามไปด้วย

3. ด้านข้อมูลข่าวสาร

หลังจากการสูญเสียคู่สมรสได้รับทราบข้อมูลจากเพื่อนบ้านและทีมการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งได้รับความรู้ คำปรึกษาแนะนำ รวมถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆที่เป็นประโยชน์ มีการประสานเครือข่าย

ต่างๆ ในการให้ความช่วยเหลือด้านอาชีพและการศึกษาแก่บุตร ทำให้คู่สมรสสามารถผ่อนคลายอารมณ์เศร้าโศกเสียใจจากการสูญเสียผู้ป่วยไปได้

4. ด้านเครือข่ายทางสังคม

นอกเหนือจากครอบครัวแล้วก็มีส่วนช่วยเหลือคู่สมรสที่สูญเสียปรับตัวได้ดี เช่น ทำกิจกรรมร่วมกัน ออกไปเล่นกีฬา ไปเที่ยวสังสรรค์กับเพื่อน ทำให้รู้สึกตัวเองไม่ได้อยู่คนเดียวโดดเดี่ยว ลดการแยกตัวจากสังคม ทำให้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีกลุ่มเพื่อนเที่ยว มีกลุ่มเพื่อนไปทำบุญ อยากทำประโยชน์ให้สังคม รู้สึกมีคุณค่า ทำให้ปรับตัวได้ดีหลังจากการสูญเสีย ส่วนคู่สมรสที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่ดีทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ ต้องเผชิญกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ยาวนานโดยไม่มีคนคอยช่วยเหลือ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษานี้พบว่าปฏิกิริยาการสูญเสียและอารมณ์เศร้าโศกที่เกิดขึ้นเป็นไปตามทฤษฎีและการศึกษาที่ผ่านมา โดยผู้ที่มีอารมณ์เศร้าโศกหลังจากการสูญเสียจะมีปฏิกิริยาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ซึ่งสอดคล้องกับพีรพจน์ (2550)⁽¹⁾ ได้แก่ 1)ระยะมึนชา (numbness) 2) ระยะซึมเศร้า (depression) และ 3) ระยะกลับคืนสู่ปกติ (recovery) ส่วนปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียจะมีลักษณะปฏิกิริยาอาการใกล้เคียงกันกับงานวิจัยของอลิซาเบท คลูเบอร์ รอสส์ (1969)⁽¹³⁾ ที่ได้อธิบายปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ระยะปฏิเสธและไม่ยอมรับความจริง ระยะโกรธ ระยะต่อรอง ระยะซึมเศร้า และระยะยอมรับ ซึ่งระยะต่างๆที่เกิดขึ้นอาจไม่เป็นไปตามขั้นตอนที่เกิดขึ้นแต่สามารถสลับไปมาได้แล้วแต่ปฏิกิริยาต่อการสูญเสียของแต่ละบุคคล จากการศึกษาที่ค้นพบ คู่สมรสมีปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นคือ เกิดอาการตกใจ (shock) ไม่เชื่อ (disbelief) ร้องไห้ เสียใจ สับสน มึนงง รับประทานไม่ได้และปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น (denial) ซึ่งสอดคล้องกับงานของธนา นิลชัยโกวิท (2539)⁽¹⁸⁾ ที่ได้ทำการศึกษาความเศร้าโศกเสียใจที่เกิดจากการสูญเสียและการตาย ผลพบว่าคู่สมรสมีอาการกินไม่ได้ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ คร่ำครวญ ร้องไห้บ่อย ๆ นึกถึงบุคคลที่เสียชีวิต ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นสลับไปมา และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kubler-Ross (1969)⁽¹²⁾ และ Duke (1988)⁽⁶⁰⁻⁶²⁾ ที่

ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของคู่สมรสของผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย พบว่าขณะที่คู่สมรสต้องเผชิญกับภาวะสูญเสียและเศร้าโศกนั้น คู่สมรสจะมีปฏิกิริยาต่อความสูญเสียเป็นระยะๆ คือ มีอารมณ์ที่แปรปรวน รู้สึกสับสน ยุ่งยากใจ จะอยู่กับความทรงจำเก่าๆ ท่ามกลางความสับสน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายมีการแยกตัวอยู่คนเดียว มีความรู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนถูกทอดทิ้ง และในที่สุดก็จะสามารถปรับตัวเข้าสู่ความสมดุลได้

ในการศึกษาในครั้งนี้พบว่าคู่สมรสที่ประสบกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติคือรุนแรงกว่าปกติ ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Baier & Buechsel (2012)⁽¹⁴⁾ จะพบในคู่สมรสที่มีความรัก ความผูกพันกับผู้เสียชีวิตมาก ตรงกับงานของ Duke (1988)⁽⁶⁰⁾ ฟังฟังฟังพากับผู้ที่เสียชีวิตอย่างสูง สอดคล้องกับ Comb (2010)⁽²¹⁾ รู้สึกเสียใจเมื่อรับรู้ว่าคุณป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายจึงมีการปิดบังไม่กล้าบอกความจริง หรือเป็นการสูญเสียเกิดขึ้นโดยฉับพลันกะทันหัน ไม่ทันคาดคิด ไม่ทันได้เตรียมใจ ไม่ทันได้เตรียมความพร้อม มีความรู้สึกผิด ตำหนิหรือโทษตัวเองอย่างมากที่คุณป่วยไม่ดี มีการคิดวนเวียนเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยอยู่เสมอ เก็บสิ่งของเครื่องใช้ไว้บางครั้งนำมาทอด มาหอม แม้กระทั่งนั่งเหม่อลอย มองรูปภาพหรือนั่งคุยกับผู้เสียชีวิตแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Plakas, Cant & Taket (2009)⁽⁶³⁾ ที่ทำการศึกษาประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่บุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤตในประเทศกรีซพบว่า ระหว่างที่บุคคลอันเป็นที่รักเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตในไอซียู พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกเศร้าโศกและมีความรู้สึกผิดและโทษตัวเองว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเจ็บป่วยวิกฤต

คู่สมรสจำนวน 4 รายมีความคิดที่อยากจะตายตามและคิดที่จะฆ่าตัวตายตามผู้ป่วยไป เนื่องจากทำใจยอมรับกับการสูญเสียไม่ได้ รู้สึกปวดใจ เหมือนมีคนมาดึงหัวใจออกไป เหมือนมีคนมาพรากสิ่งสำคัญในชีวิตไป ทุกข์ระทมกับการสูญเสียอย่างมาก หรือขาดการจัดการกับการสูญเสียที่ดี รวมถึงขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ส่วนผู้ที่ผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียมาได้นั้นจะเป็นผู้ที่มีการเตรียมความพร้อมกับการสูญเสียไว้ ทั้งจากการเตรียมตัวเตรียมใจไว้ก่อน การทำตามความต้องการของผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต และการมีทีมสุขภาพเข้ามาคอยให้คำปรึกษาแนะนำให้ความช่วยเหลือในเผชิญกับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นและผลกระทบที่จะตามมา ทำให้คู่สมรสสามารถปรับตัวได้เร็ว ช่วยบรรเทาอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียไปได้

ระยะเวลาที่เกิดอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียนี้จะอยู่ในช่วง 2-3 สัปดาห์แรก คู่สมรสจำนวน 6 เมื่อระยะเวลาผ่านไปถึง 3 เดือน ก็ยังทำใจยอมรับกับการสูญเสียไม่ได้ และมีคู่สมรส 2 รายที่เป็นโรคซึมเศร้า และประสบการณ์การสูญเสียในการศึกษาคั้งนี้ คู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านการสูญเสียมาระยะเวลา 3 เดือน เกือบทุกรายยังมีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียอยู่ ซึ่งตรงกับงานวิจัยของ Holtzlander & McMillan (2011)⁽⁶⁶⁾ ทำการศึกษาอารมณ์เศร้าโศกและอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติของสมาชิกผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังการสูญเสีย ทำการเก็บข้อมูลที่ระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 280 ราย พบว่า ผู้ดูแลมีระดับที่จะเกิดอาการซึมเศร้าและประสบกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติสูงจะมีอาการของโรคซึมเศร้ามากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียจะพบมากในช่วงระยะแรกและจะค่อย ๆ ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป⁽¹¹⁾ ซึ่งหากได้ติดตามปฏิกิริยาจากการสูญเสียของคู่สมรสต่อหลังจากนี้ อารมณ์เศร้าโศกที่เกิดขึ้นอาจจะลดลงได้ คู่สมรสก็สามารถปรับตัวได้⁽¹²⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียตามปกติมักจะหายไปเมื่อผ่านไป 6 เดือนขึ้นไป^{(14),(20)} และมีความใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Prigerson และคณะ (2002)⁽²⁾ ที่พบว่าอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียจะค่อย ๆ ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน และยิ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Zisook S, Shuchter SR (1991)⁽⁶⁴⁾ พบโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder) หลังการสูญเสียคู่สมรสประมาณร้อยละ 24 เมื่อเวลา 2 เดือน และร้อยละ 23 เมื่อเวลาผ่านไป 7 เดือน และลดลงเหลือร้อยละ 16 เมื่อเวลาผ่านไป 13 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่สมรสแล้วแต่ไม่ได้ประสบกับการสูญเสีย พบอัตราของโรคซึมเศร้าเพียงร้อยละ 4 ซึ่งในการศึกษานี้มีคู่สมรสจากทั้งหมด 10 ราย พบโรคซึมเศร้าจำนวน 2 ราย

สิริวรรณ คงทองและคณะ⁽¹¹⁾ ที่ทำการศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย พบว่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อรับรู้ว่ามีกำลังจะเสียชีวิตและเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน คือ ด้านความรู้สึก ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านร่างกาย ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้พบว่าคู่สมรสมีจะปฏิกิริยาทางจิตใจหลากหลายอย่างแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ทางด้านอารมณ์จิตใจ ทั้งรู้สึกตกใจ เสียใจ สับสน มึนงง ร้องไห้ ทำอะไรไม่ถูก ไม่ยอมรับความจริง รับไม่ได้กับการสูญเสียที่เกิดขึ้น รู้สึกเหงา โดดเดี่ยว รู้สึกกลัว กังวล กังวอน ข้างหน้า

2. ทางด้านร่างกาย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง พักผ่อนไม่เพียงพอ นอนน้อยหรือนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง โรคประจำตัวกำเริบเช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเส้นเลือดสูง

3. ทางด้านความคิด ก็รู้สึกผิดต่อตนเองที่ดูแลผู้ป่วยไม่ดี การตายที่กระทันหันเกิดจากการละเลยไม่ใส่ใจผู้ป่วย ไม่รีบพาผู้ป่วยไปรักษา โกรธที่ผู้ป่วยทิ้งตนเองให้อยู่คนเดียว คิดว่าเมื่อไม่มีผู้ป่วยแล้วตนเองจะอยู่ต่อไปได้อย่างไร คิดว่าตนเองไม่มีใครแล้ว หรือคิดแม้กระทั่งว่าอยากจะตายตามผู้ป่วยไป

4. ด้านพฤติกรรม ท้อแท้เบื่อหน่ายต่อสิ่งรอบกาย เก็บตัวอยู่แต่ในบ้านไม่ยอมทำอะไร ไม่อยากออกไปไหน ไม่พบปะผู้คน แยกตัวออกจากสังคม รู้สึกหงุดหงิด เศร้า ร้องไห้เสียใจตลอดเวลา เมื่อนึกถึงคนรักที่จากไป อยากจะนอนอยู่แต่ในบ้าน ไม่อยากออกไปไหน ไม่อยากไปทำงาน หรือแม้กระทั่งการใช้ชีวิตประจำวันก็เกิดปัญหาเช่นกัน

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของผานิต บุญตระกูลและคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาภาวะสูญเสียและเศร้าโศก ประสบการณ์ของหญิงมาจกเหตุการณ์ ธรณีพิบัติภัย พบว่า ปฏิกริยาตอบสนองต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศก ด้านความรู้สึก มีความรู้สึกเสียใจ และไม่มีชีวิตชีวาเมื่อสูญเสียสามี และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุไศดาร์ แวตะ⁽⁶³⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายจำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งด้านลบและด้านบวก ซึ่งในการศึกษานี้ตรงกับผลกระทบด้านลบ คือ พักผ่อนไม่เพียงพอ ร่างกายทรุดโทรม ทุกข์ทรมานทางอารมณ์ เครียด วิตกกังวล ท้อแท้ น้อยใจ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย สูญเสียรายได้ มีหนี้สิน แยกตัวจากสังคม ไม่ได้ประกอบพิธีกรรม ทางศาสนา แต่มีความขัดแย้งกับผลกระทบด้านบวก คือ ภูมิใจที่ได้ดูแล ได้รับประสบการณ์ที่ดี แต่การศึกษาในครั้งนี้พบว่าคู่สมรสมีความรู้สึกผิด คิดโทษตัวเองที่ไม่ได้ดูแล ผู้ป่วยเป็นอย่างดี ไม่ได้เอาใจใส่ในการพาไปรักษาให้เร็วกว่านี้ก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตซึ่งคิดว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแบบกระทันหัน ไม่ทันได้เตรียมใจหรือเตรียมความพร้อมมาก่อน และสอดคล้องกับงานของจรรยา ชำรัมย์⁽⁷⁾ ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของคู่สมรสที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม พบว่า ในขณะที่มีความเศร้าโศกในระยะวันแรกถึงช่วง

ระยะเวลา 4 เดือน จะมีน้ำหนักลดลง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ระดับโลหิตสูงเพิ่มขึ้น เกิดความเครียด เสียใจ เศร้าใจ

จากการใช้แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียฉบับภาษาไทย (Inventory of Complicated Grief - ICG) พบว่าคู่สมรสที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 และพบคู่สมรสที่มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่เป็นปกติ 4 รายคิดเป็นร้อยละ 40 โดยค่าคะแนนที่ถือว่ามึอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียคือ 25 คะแนนขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 31.2 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุดคือ 18 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 43 คะแนน มีความใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Prigerson และคณะ (2002)⁽²⁾ ทำการศึกษาในผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชที่มีการสูญเสีย 151 คน ในประเทศปากีสถาน พบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 34 โดยใช้แบบประเมิน Inventory of Complicated Grief – Revised (ICG-R)

ในการจัดการกับการสูญเสีย พบว่า คู่สมรสที่ผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียไปได้จะมีวิธีการจัดการกับการสูญเสียที่ดี และมุ่งจัดการเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม^{(23),(24)} ได้แก่ การมอง การสูญเสียอย่างตรงความเป็นจริง ปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของตนเองหลังจากการสูญเสีย เป็นที่พึ่งให้กับลูกหลาน และการทำภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ นอกเหนือจากนั้น สิ่งที่พบเพิ่มจากการศึกษาในครั้งนี้ คู่สมรสยังใช้ครอบครัวเป็นที่ยึดเหนี่ยวใช้ข้อคิดจากคำพูดของผู้ป่วยที่เสียชีวิตไปแล้ว รวมถึงหลักคำสอนทางศาสนา ซึ่งเข้ากับบริบทของสังคมวัฒนธรรมไทย

ในการศึกษานี้พบว่าคู่สมรสที่ผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียไปได้เป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี⁽²⁵⁾ ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์จิตใจ จะช่วยให้คู่สมรสผ่อนคลาย สบายใจ มีความมั่นคงทางอารมณ์จิตใจมากขึ้น ด้านข้อมูลข่าวสาร⁽²⁶⁾ จะช่วยให้คู่สมรสรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆจากสังคมภายนอกรับทราบข้อมูลโรค อาการ เพื่อเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่จะให้ความช่วยเหลือได้ มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างมากขึ้น⁽²⁵⁾ ด้านเศรษฐกิจทำให้คู่สมรสมีรายได้ มีงานทำสามารถหาเลี้ยงตนเองและครอบครัวต่อไปได้ และด้านเครือข่ายทางสังคมทำให้มีกลุ่มเพื่อน มีสังคม รู้สึกตัวเองไม่โดดเดี่ยวไม่ได้อยู่คนเดียว ไม่แยกตัวทางสังคม⁽¹⁾ อยากทำประโยชน์ให้สังคม รู้สึกตัวเองมี

คุณค่า⁽¹⁶⁾ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้คู่สมรสผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียและสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตต่อไปได้⁽²³⁾

โดยสรุปจากการศึกษานี้จะพบว่าในการที่จะช่วยเหลือคู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตที่ประสบกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย⁽²⁴⁾ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวของศูนย์ชีววาภิบาล⁽⁶⁾ จะต้องให้การช่วยเหลือคู่สมรสตั้งแต่ระยะก่อนการสูญเสีย โดยเริ่มตั้งแต่การให้ข้อมูลในเรื่องการรักษาอาการ โรค การแจ้งข่าวร้าย การเตรียมพร้อมทางจิตใจ โดยการประชุมกลุ่มครอบครัว (family conference) การให้คำปรึกษาเฉพาะราย (individual counseling)⁽⁵⁾ การเตรียมพร้อมของคู่สมรสก่อนที่จะเผชิญกับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียจะมีการจัดการกับการสูญเสียที่ดี⁽²³⁾ โดยมองการสูญเสียตามความเป็นจริง พยายามมุ่งจัดการเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม⁽³⁾ หรือใช้ข้อคิด ข้อยึดเหนี่ยวจากคำพูดของผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว หรือใช้หลักคำสอนทางศาสนา รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์จิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร⁽²⁶⁾ ด้านเศรษฐกิจรวมถึงด้านการสนับสนุนเครือข่ายทางสังคม

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การศึกษาในครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ส่งปรึกษาจากศูนย์ชีววาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และศึกษาในช่วง 3 เดือนแรกของการสูญเสียเท่านั้น ดังนั้นหากจะนำผลการศึกษาไปใช้ควรพิจารณาในประเด็นดังกล่าวนี้ด้วย

2. การศึกษานี้เป็นการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ในเฉพาะกลุ่มคู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายในช่วงก่อนและหลังจากการสูญเสียแต่ไม่ได้อธิบายถึงช่วงระยะเวลาการสูญเสีย เพื่อให้ทราบถึงประสบการณ์การสูญเสีย การจัดการกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคมที่ลึกซึ้งควรทำการศึกษาเพิ่มในช่วงนี้ด้วย และทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เช่น การสูญเสียบิดามารดา กา

เสียบุตร เพื่อให้เห็นภาพรวมจากการสูญเสียที่กว้างขึ้น เพื่อให้ผู้ที่ประสบกับการสูญเสียได้รับการดูแลช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุมและตรงตามความต้องการ

3. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคู่สมรสหลังจากการสูญเสียของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระยะเวลา 3 เดือน จึงอาจจะบอกได้เพียงประสบการณ์การสูญเสียในช่วงระยะแรกเท่านั้น และไม่ได้ทำการศึกษาต่อในระยะยาว

การนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. คู่สมรสหลังจากการสูญเสียผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะพบอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียมาก ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรสหรือบุคคลที่ประสบกับการสูญเสีย รวมถึงอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจนกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้

2. ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาพัฒนารูปแบบการบำบัด รักษา ดูแลให้ความช่วยเหลือคู่สมรส ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือบุคคลที่ประสบกับการสูญเสีย โดยการประเมิน คัดกรองผู้ที่มีการสูญเสีย โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่จะทำให้พบอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติได้มาก ดังเช่น คู่สมรสที่มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีความผูกพันกันมาก ลักษณะการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นกะทันหัน ไม่ทันได้เตรียมตัวเตรียมใจ ไม่มีการเตรียมความพร้อมก่อนการสูญเสีย เพื่อเป็นการป้องกันในกลุ่มคู่สมรส ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดที่ยังไม่พัฒนาไปเป็นอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ และเป็นการช่วยเหลือผู้ที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติแล้วให้สามารถจัดการกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียดังกล่าวได้ โดยการช่วยให้บุคคลผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกไปได้ ด้วยวิธีการบำบัดต่างๆ ได้แก่ การบำบัดอารมณ์เศร้าโศก (grief therapy) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy - IPT) และ การบำบัดปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy-CBT) ก็จะช่วยให้บรรเทาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นได้

3. คู่สมรส บุคคลใกล้ชิดหรือผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ก็มีส่วนสำคัญในการป้องกันและรักษาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ควรตระหนักถึงความสำคัญของการประสพการณ์การสูญเสีย การจัดการกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์จิตใจ การให้คำปรึกษาแนะนำ ให้กำลังใจและเครือข่ายทางสังคม ก็จะช่วยบรรเทาอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติให้ลดลงได้

4. ผลที่ได้จากการวิจัย สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการให้บริการตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งติดตามคู่สมรส หรือผู้ดูแลใกล้ชิด หลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถยอมรับและปรับตัวต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ โดยทีมศูนย์ชีวภบาลได้จัดทำโครงการอุทิศส่วนกุศล ส่งผลบุญสู่ผู้ล่วงลับ เพื่อเป็นการทำบุญและระลึกถึงผู้ที่เสียชีวิต และเป็นการพบปะพูดคุยกับคู่สมรสและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ได้มีโอกาสมาพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสพการณ์ การปรับตัว หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งต่อไปอาจทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่นเช่น ผู้ที่มีการสูญเสียบิดา มารดา ผู้ที่สูญเสียบุตร หรือบุตรที่สูญเสียบิดา มารดา เป็นต้น เนื่องจากอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียมีปัจจัยสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องหลายอย่าง เพื่อทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่ออารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติและภาวะซึมเศร้า อันได้แก่ ลักษณะบุคลิกภาพ ลักษณะการสูญเสีย ลักษณะอาการระยะเวลาในการดูแล จะทำให้ได้ประเด็นที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมบำบัดเพื่อลดอารมณ์เศร้าโศกได้ และสามารถพัฒนาเป็นโปรแกรมการบำบัดอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย โดยช่วยให้ผู้ที่สูญเสียมองภาพการสูญเสียตามความเป็นจริง ส่งเสริมให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะทางด้านอารมณ์จิตใจและเครือข่ายทางสังคม ก็จะส่งผลให้อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติการสูญเสียดีขึ้นได้

รายการอ้างอิง

1. พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียและจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล; หลักการและแนวทางการดูแล. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2550;52:29-45.
2. Prigerson H., Ahmed I., Silverman GK., Saxena AK., Maciejewski PK., Jacobs SC. Rates and risks of complicated grief among psychiatric clinic patients in Karachi, Pakistan. Death studies. 2002;26:781-92.
3. Charles A. Corr, Clyde M. Nabe, Donna M.Corr. Death & Dying, Life & Living, Sixth Edition: Coping with loss and Grief 2009.
4. House J. S. Work stress and social support. MA: Addison-Wesley; 1981.
5. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เวชระเบียนและสถิติ แบบรายงานผู้ป่วยที่เสียชีวิต ประจำปีงบประมาณ 2555 (ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555)2556.
6. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แบบรายงานสถิติผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตศูนย์ชีวาภิบาล ประจำปีงบประมาณ 2555 (ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555)2556.
7. จริญญา ชำรัมย์. ประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
8. ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์, สมพร ชีโนรส. ภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสียคู่ชีวิต. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2554:238-40. กรมมหาวิทยาลัย
9. สุนิศา สุขตระกูล. ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
10. ศิริวรรณ คงทอง, วราภรณ์ คงสุวรรณ, กิตติกร นิลมานันต์, editors. ศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย,. บทความวิจัย การประชุมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่4; 2556 (10 พฤษภาคม 2556); คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
11. ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันทชาย สิทธิพันธ์. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย : End of Life Care Improving Care of The Dying. 9 ed. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์; 2556.
12. Kubler-Ross E. On death and dying. New York: Mac Millan; 1969.

13. ฤชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. Psychiatric assessment and management in palliative care ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care improving care of the dying), . กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.; 2550.
14. Baier M., Buechsel R. A model to help bereaved individuals understand the grief process. *Mental Health Practice*. 2012;16(1):28 - 32.
15. Ming-San W., Wai-Chi C. H. The experiences of Chinese family member of terminally ill patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16:2537-364.
16. ผานิต บุญตระกูล, จินตนา เลิศไพบุลย์, ถนอมศรี อินทนนท์. ภาวะสูญเสียและเศร้าโศก: ประสบการณ์ของหญิงม่ายจากเหตุการณ์ธรณีพิบัติ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 2551;28(1):45-7.
17. Kongsuwan W, Chaipetch O, Matchim Y. Thai Buddhist families's perspective of a peaceful death in ICUs. *Nursing in Critical Care*. 2012;17(151-159).
18. ธนา นิลชัยโกวิทย์. ความเศร้าโศกเสียใจที่เกิดจากการสูญเสียและการตาย จิตเวชศาสตร์ งามาธิบัติ. กรุงเทพฯ: สริชาญการพิมพ์; 2539.
19. Shear M. K. Complicated Grief. *New England Journal of Medicine*. 2015;372:153-60.
20. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย. การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรค ซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธนาเพลส; 2553.
21. Coombs MA. The mourning before: Can anticipatolgy grief theory inform f amily care in adult intensive care. *International Journal of Palliative Nursing*. 2010;16:580 - 4.
22. สวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศิลป์. ปรากฎการณ์การสูญเสียและเศร้าโศก: ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออก. *งามาธิบัติเวชสาร*. 2546;9:124-30.
23. Kozier et al. *Introduction to nursing: Loss & Grieving*. California: Addisio-Wesley; 1989.
24. พระมหาปรกฤษณ์ พันธุ์งาม. การศึกษาสภาวะความผูกพันต่อเนื้องค้ำคักับระดับความเศร้าโศกในบิดา มารดาผู้สูญเสียบุตรจากเหตุการณ์สึนามิ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2549.
25. Davies R. New understandings of parental grief: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;46:506-13.

26. Prigerson H. G., Frank E., Kasl S. V., Reynolds C. F., Anderson B., Zubenko G. S., et al. Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry*. 1995;152:22-30.
27. Shear M.K., Simon N., Wall M., Zisook S., Neimeyer R., Duan N., et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28:103-17.
28. จารุรินทร์ ปิตานุกพงศ์. Grief and bereavement การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กรุงเทพฯ: โอเอส พรินติ้ง เฮาส์; 2547.
29. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. โศกเศร้าจากการสูญเสีย 2011. Available from: <http://www.cumentalhealth.com/>.
30. อรสา ไยยอง, พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2554;56(2):117-28.
31. ขวณชม พิษพันธ์ไพศาล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสกับความเศร้าโศกของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรส. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยบูรพา*; 2542.
32. Hegge M., Fischer C. Grief response of seniors and elder: Practice Implications. *Journal of Gerontological Nursing*. 2000;26:35-43.
33. Rich S. Caregiver grief: Taking care of our patient,. *International Journal of Trauma Nursing*., 2002;8:24-8.
34. Middleton W., Burnett P., Raphael B., Martinek N. The bereavement response: a cluster analysis. *Br J Psychiatry*. 1996;169:167-71.
35. Meert K. L., Shear K., Newth C. J. L., Harrison R., Berger J., Zimmerman J., et al. Follow-Up Study of Complicated Grief among Parents Eighteen Months after a Child's Death in the Pediatric Intensive Care Unit. *J Palliat Med*. 2011;14:207-14.
36. Fujisawa D., Miyashita M., Nakajima S., Ito M., Kato M., Kim Y. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorders*. 2010;127:352-8.

37. Ott C. H. The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death studies*. 2003;27:249-72.
38. Sikorski C., Luppia M. HK, Ernst A., Lange C., Werle J., Bickel H., Mösch E., et al. The role of spousal loss in the development of depressive symptoms in the elderly - Implications for diagnostic systems. *Journal of Affective Disorders*. 2014;161:97-103.
39. Shear M. K. Complicated grief treatment: the theory, practice and outcomes. *Bereavement care : for all those who help the bereaved*. 2010;29:249-72.
40. Shear K., Frank E., Houck P. R., Reynolds C. F. Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293:2601-8.
41. Wetherell J. L. Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2012;14:159-66.
42. Hensley P. L. Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *Journal of affective disorders*. 2006;92:117-24.
43. MAPS SM. The psychology of grief – applying cognitive and behaviour therapy principle Boston,;Dana-Farber Cancer Institute; [cite 2015 28] Available from: <http://www.psychology.org.au/Content.aspx?ID=4088>.
44. Lazarus R. S, Folkman S. *Stress, appraisal and Coping*. New york: Springer; 1984.
45. สุภาพร ดาวดี. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามมุมมองศาสนาคริสต์คาทอลิก. กรุงเทพมหานคร: แม่พระยุคใหม่; 2553.
46. รุ่งนภา ทองรักน้อย. บทบาทครอบครัวในการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดระยอง: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2545.
47. ลิธิฎฐ์ ชูโต. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
48. Schaefer C., Coyne J. C., Lazarus R. S. The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine*. 1981;4:381-406.
49. Hogan B. E., Linden W., B. N. Social support interventions: do they work? *Clinical psychology review*. 2002;22:383-442.


50. วีรมลล์ จันทรดี. การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและความพร้อมในการใช้บริการสาธารณสุขใกล้บ้านของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ต่างจังหวัด ศึกษาเฉพาะกรณีผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542.
51. จริยาวัตร คมพยัคฆ์. แรงสนับสนุนทางสังคม: มโนทัศน์และการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2531;6:96-105.
52. ไพรัช บวรสมพงษ์. อัทมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง: วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.; 2542,.
53. Streubert H.J., Carpenter D.R. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative,. Philadelphia: Lippincott,. 1999;Second Edition.
54. สุภางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 14). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
55. Holloway I., Wheeler S. Qualitative research for nursing., Great Britain: Brackwell Science,1996.
56. Omery A. Phenomenology: a method for nursing research. Advances in Nursing Science (January)1983, .
57. อารีย์วรรณ อ่วมตานี. การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. 2 ed. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
58. MED IS CU Magazine. เรื่องดี ๆ ในรั้วโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารคุณภาพของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพฯ,2557.
59. Mash H. B., Fullerton C. S., Shear M. K., J. UR. Complicated grief and depression in young adults: personality and relationship quality. The Journal of nervous and mental disease. 2014;202:539-43.
60. Duke S. An exploration of anticipatory grief. The lived experience of people during their spouses' terminal illness and in bereavement. Journal of Advanced Nursing. 1988;28:289-339.
61. McAdam J. L., Dracup K. A., White D. B., Fontaine D.K., Puntillo K. A. Symptom experience of family member of intensive care unit patients at high risk of dying. Critical Care Medicine. 2010;38:1078-85.

62. Plakas S., Cant B., Taket A. The experiences of families of critically ill patients in Greece: a social constructionist grounded theory study. *Intensive Critical Care Nursing*. 2009;25(10-20).
63. สุไฮดาร์ แวแต๊ะ. ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.
64. Zisook S., R. SS. Depression through the first year after the death of a spouse. *AM J Psychiatry* 1991(148):1346-52.
65. Allen J. Y., Haley W. E., Small B. J., Schonwetter R.S., C. MS. Bereavement among hospice caregivers of cancer patients one year following loss: predictors of grief, complicated grief, and symptoms of depression. *J Palliat Med*. 2013;16:745-51.
66. Holtslander L. F., C. MS. Drpressive sytoms, grief, and complicated grief among family caregivers of patients with advanced cancer three months into bereavement. *Oncology Nursing Forum*. 2011;38(1):60-5.
67. ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ. การเผชิญกับภาวะสูญเสียและเศร้าโศก. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*. 2556;21(7):10.
68. อรรถการญจน์ ธนทวีสกุล. คุณภาพชีวิตและความต้องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย, . กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม.; 2556.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 1 / 4</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ชื่อโครงการวิจัย ประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีรพนธ์ ลีอบุญธวัชชัย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวรัสรินทร์ เสถียรภักทรนันท์

ที่อยู่ 1873 ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

เบอร์โทรศัพท์ 094-451-6342


ผู้สนับสนุนทุนวิจัย

ไม่มี

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นคู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิต
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่าง
ถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติม กรุณา
ซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่าน

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อนของท่าน และแพทย์ประจำตัว
ของท่านได้ ท่านมีเวลาเพียงพอในการตัดสินใจอย่างอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้
ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 2 / 4</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

เหตุผลและความเป็นมา

การสูญเสียคู่สมรสที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย เป็นประสบการณ์การสูญเสียที่ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความทุกข์ทางใจที่ต้องเผชิญกับการสูญเสียและพลัดพราก คู่สมรสบางคนจะมีความเศร้าโศกเสียใจที่เกิดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป บางคนสามารถปรับตัวได้แต่สำหรับบางคนไม่สามารถปรับตัวได้ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติหลังจากการสูญเสียในระยะเวลา 2 เดือน ผู้วิจัยได้พบกับสภาพปัญหาที่จะส่งผลกระทบต่อตามมาจากการสูญเสียที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรส การจัดการกับการสูญเสีย และการสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสหลังจากการสูญเสียของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อเห็นภาพรวมจากเหตุการณ์ในการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อนำผลวิจัยมาพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของทีมนสหวิชาชีพในการดูแลผู้ระยะสุดท้ายและญาติ หาแนวทางในการให้ความช่วยเหลือ การป้องกัน การดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ อารมณ์ของคู่สมรสที่เกิดการสูญเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์หลักของการศึกษาในครั้งนี้คือ

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาการจัดการกับการสูญเสียของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยคืออย่างน้อยประมาณ 10 ราย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้ซ้ำๆ เดิมจนข้อมูลอิ่มตัว


วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านให้ข้อมูลจากแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาด้านข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การสูญเสีย การจัดการกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้เวลาในสัมภาษณ์ประมาณ 60-90 นาที โดยวิธีการจดบันทึกและบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ด้วยเครื่องบันทึกเสียงอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งข้อมูลที่บันทึกไว้ทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้งหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการศึกษาเสร็จสิ้นแล้ว หากท่านไม่สามารถตอบคำถามด้วยสาเหตุใดๆก็ตาม ท่านสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลในส่วนนั้นและทำการถอนตัวได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่านทั้งสิ้น

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แม้ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบทันที หากท่านต้องการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 3 / 4</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางสำหรับ ทีมสห-วิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์ในการพัฒนาโครงการและนโยบายในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ระยะเวลาที่เสียชีวิต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ต่อไปและหากพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่ผิดปกติ เช่น อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ ภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจะทำการส่งต่อผู้สมรสไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านจิตเวช เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลาหรือไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน


ท่านอาจเกิดความรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจเมื่อถูกถามคำถามที่อาจกระทบความรู้สึกส่วนตัวของท่านได้ เพื่อความปลอดภัยและความสบายใจของท่าน ท่านสามารถหยุดการสัมภาษณ์หรือไม่ตอบคำถามที่ท่านไม่ต้องการตอบได้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ๆที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยนี้ต่อไปหรือจะขอลอนตัวออกจากกรวิจัย

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยนี้ไม่มีค่าตอบแทนและค่าเดินทางให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย เนื่องจากเป็นความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัยและเป็นบริการหนึ่งของศูนย์ชีวภคิบาลที่นักสังคมสงเคราะห์จะต้องดำเนินการประเมินติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการดูแลให้คำปรึกษาครอบครัวต่อเนื่อง หลังจากการสูญเสียผู้เข้าร่วมวิจัยจึงไม่ต้องเสียค่าเดินทาง แต่อาจจะเสียเวลาบ้างเล็กน้อย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 4 / 4</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัยและผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวรัสรินทร์ เสถียรภักทรนันท์ ที่อยู่เลขที่ 1873 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพหลโยธิน แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิในการตัดสินใจดังต่อไปนี้


1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงความเสี่ยงเกี่ยวกับความไม่สบายที่ท่านจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้มีโอกาสซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านจะได้รับโอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลข่มขู่

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงนามออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อท่านแต่อย่างใด

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกกานันท์มหิตลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบพระคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)</p> <p>หน้า 1 / 2</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

การวิจัยเรื่อง ประสพการณ์การสูญเสียหลังจากการเสียชีวิตของคู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้าย ณ

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ที่อยู่.....
.....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ


ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่พร้อม
ด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยครั้งนี้

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย
อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดย
วิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัย
ได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอก
เลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ซึ่งจะไม่ผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ
ยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ
วิจัยในคน สำนักงาน คณะกรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลผลข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย
ทั้งนี้จะต้องกระทำเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วม
การศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของข้าพเจ้าเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม
โครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้า
ได้

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)</p> <p style="text-align: right;">หน้า 2 / 2</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

แนวคำถามการวิจัย

เรื่อง ประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 1 : แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

- เพศ () หญิง () ชาย ความสัมพันธ์กับบุคคลที่เสียชีวิต.....
- อายุ ปี ศาสนา ระดับการศึกษา
- อาชีพ..... รายได้.....
- สถานภาพสมรส () สมรส () ไม่ได้สมรส
- ลักษณะครอบครัว () ครอบครัวเดี่ยว () ครอบครัวขยาย
- ที่พักอาศัย () บ้านตนเอง () บ้านเช่า () อพาร์ทเมนต์
- () คอนโดมิเนียม () อื่นๆ ระบุ.....
- ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับใคร () บิดา มารดา () บุตร () พี่ น้อง
- () ญาติอื่นๆ () ไม่มี อยู่คนเดียวตามลำพัง
- จำนวนสมาชิกในครอบครัว คน
- ผู้ที่ดูแลใกล้ชิดมากที่สุด () บิดา มารดา () สามี ภรรยา () บุตร
- () ญาติพี่น้อง () ไม่มี () อื่นๆระบุ.....
- ฐานะของครอบครัว () เพียงพอ มีเหลือเก็บ () เพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ
- () ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน () ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน
- โรคประจำตัว () ไม่มี () มี ระบุ.....
- ประวัติโรคทางจิตเวช () ไม่มี () มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2 : แบบสอบถามประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Inventory of Complicated Grief, ICG) จำนวน 19 ข้อ

คำชี้แจง ข้อใดตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดในช่วงระยะเวลา 2-3 เดือนที่ผ่านมาโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ตามความเป็นจริง

1. ฉันคิดถึงบุคคลที่เสียชีวิตนี้มากจนกระทั่งรบกวนกิจวัตรที่ฉันเคยทำ

ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
2. ภาพความทรงจำเกี่ยวกับบุคคลที่เสียชีวิตไปทำให้ฉันรู้สึกทุกข์ใจ(เสียใจ)

ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
3. ฉันไม่สามารถทำใจยอมรับการเสียชีวิตของบุคคลผู้นั้น

ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
4. ฉันรู้สึกอยากให้บุคคลที่เสียชีวิตไปแล้วนั้นกลับคืนมา

ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
5. ฉันยังรู้สึกยึดติดอยู่กับสถานที่และสิ่งของที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว

ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
6. ฉันรู้สึกโกรธในเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดการเสียชีวิต

ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ
7. ฉันไม่อยากจะเชื่อว่าบุคคลนั้นเสียชีวิตไปแล้ว

ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ

8. ฉันรู้สึกมีพลังและตกตะลึงกับการเสียชีวิตที่เกิดขึ้น

- ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ

9. ตั้งแต่บุคคลนั้นเสียชีวิตไปฉันรู้สึกว่าเป็นเรื่องยากลำบากสำหรับฉันที่จะเชื่อใจคนอื่น ๆ

- ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ

10. ตั้งแต่บุคคลนั้นเสียชีวิตไปฉันสูญเสียความห่วงใยที่มีให้กับคนอื่น ๆ หรือรู้สึกว่าการห่างเหินกับคนอื่น ๆ ที่ฉันเคยห่วงใยมากขึ้น

- ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ

11. ฉันรู้สึกเหงาอ้างว้างโดดเดี่ยวมากและรู้สึกอยู่เกือบตลอดเวลาหลังจากที่บุคคลนั้นเสียชีวิตไป

- ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ

12. ฉันรู้สึกเจ็บปวดในบางส่วนของร่างกายหรือมีอาการบางอย่างเช่นเดียวกับบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว

- ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ

13. ฉันหลีกเลี่ยงการดำเนินชีวิตเดิมๆเพื่อไม่ให้นึกถึงบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว

- ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ

14. ฉันรู้สึกว่าชีวิตว่างเปล่าเมื่อขาดบุคคลที่เสียชีวิตนั้น

- ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ

15. ฉันได้ยินเสียงของบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้วนั้นพูดกับฉัน

- ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ

16. ฉันเห็นบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้วมายืนอยู่ตรงหน้าฉัน

ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ

17. ฉันรู้สึกว่ามีคุณธรรมเลยที่ฉันยังมีชีวิตอยู่ในขณะที่บุคคลนั้นต้องเสียชีวิตไป

ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ

18. ฉันรู้สึกขมขื่นกับการเสียชีวิตของบุคคลนั้น

ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ

19. ฉันรู้สึกอิจฉาคนอื่นๆที่ไม่ได้พบกับการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด

ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยๆ เป็นประจำ



ส่วนที่ 3 : แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก

1. ข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์จากการสูญเสีย

ประเด็นที่ต้องการทราบ

- คู่สมรสมีประสบการณ์จากการสูญเสียมาก่อนหรือไม่ อย่างไร
- ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยสาเหตุใด ใช้ระยะเวลาในการรักษาตัวนานเท่าไร
- ผู้ป่วยมีความผูกพันกับท่านอย่างไรมีการจัดพิธีศพหรือไม่ อย่างไร
- ช่วงเวลาที่เกิดการสูญเสียมีใครอยู่ด้วยและสามารถผ่านพ้นช่วงเวลานั้นไปได้ได้อย่างไร
- คู่สมรสมีการเตรียมความพร้อมก่อนการสูญเสียเป็นอย่างไรบ้าง
- เหตุการณ์การสูญเสียมีผลกระทบต่อตัวท่านและครอบครัวอย่างไร

ประสบการณ์ต่อการสูญเสียทางด้านร่างกาย

- หลังจากการสูญเสียคู่สมรสสุขภาพของคุณเป็นอย่างไรบ้าง
- มีวิธีการดูแลสุขภาพอย่างไร

ประสบการณ์ต่อการสูญเสียทางด้านความรู้สึก อารมณ์/จิตใจ

- คุณรู้สึกอย่างไรต่อการสูญเสียสามี/ภรรยา ที่ป่วยระยะสุดท้าย
- เมื่อได้สูญเสียคู่สมรสไปแล้ว คุณมีความรู้สึกในใจเป็นอย่างไรทั้งต่อตนเองและคู่สมรส
- ใช้เวลาในการยอมรับการสูญเสียนานแค่ไหน
- อะไรเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ก้าวผ่านความรู้สึกที่เกิดขึ้นในครั้งแรกที่รับรู้ว่าการสูญเสียคู่สมรสผ่านพ้นมาได้

ประสบการณ์ต่อการสูญเสียทางด้านพฤติกรรม

- คุณมีการดำเนินชีวิตอย่างไรภายหลังการสูญเสียสามี/ภรรยา
- พฤติกรรมหลังจากการสูญเสียที่เกิดขึ้นเหมือนเดิมหรือมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร

2. ข้อคำถามเกี่ยวกับการจัดการกับการสูญเสีย

- ภายหลังจากการสูญเสียสามี/ภรรยา คุณมีการวางแผนในการจัดการกับการสูญเสียที่เกิดขึ้นอย่างไร
- เหตุการณ์ไหน หรืออะไรที่ทำให้รู้สึกยากลำบากในการจัดการกับปัญหาหลังจากที่สามี/ภรรยา ได้เสียชีวิตไปแล้วผ่านพ้นกับปัญหานั้นไปได้ได้อย่างไร มีโอกาสได้ปรึกษาใครและมีคนคอยช่วยเหลือหรือไม่
- คุณสามารถจัดการกับอารมณ์เมื่อทุกข้อใจที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียอย่างไรสิ่งใดที่ช่วยให้ผ่านความทุกข์ใจนั้นไปได้
- มีบุคคลที่คอยเป็นที่พึ่งทางใจหรือไม่ คือใครและมีผลอย่างไรต่อจิตใจของท่าน
- มีวิธีการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างไรทั้งจากตนเองและจากแหล่งอื่นๆ
- จัดการกับชีวิตและครอบครัวหลังจากการสูญเสียเป็นอย่างไรอะไรเป็นจุดแข็งที่สามารถทำให้ผ่านพ้นไปได้

3. ข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

- ปัจจุบันมีรายได้หลักมาจากแหล่งใด
- ช่วงที่ประสบกับเหตุการณ์การสูญเสียมีคนรอบข้างให้ความช่วยเหลือสนับสนุนอย่างไร
- บุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนคือใครและได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านใดบ้าง
- หลังจากการสูญเสียมีคนรอบข้างเข้าใจ คอยให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ อย่างไรบ้าง
- คุณได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากคนรอบข้างอย่างไร และต้องการความช่วยเหลืออย่างไรบ้าง

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวรัสรินทร์ เสถียรภักทรนันท์ เกิดเมื่อวันที่ 23 ตุลาคม 2526 สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรี สังคมสงเคราะห์ศาสตร์บัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ปีการศึกษา 2549 เข้าศึกษาต่อ ในระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2556 ปัจจุบันปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์วิชาชีพ ฝ่ายสวัสดิการสังคมและศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ประสบการณ์การนำเสนอผลงาน

1. นำเสนอผลงานวิจัยประเภท Oral presentation เรื่อง Loss experiences of spouses after dying of terminally ill patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital ในหัวข้อ "Imagination for Quality" ในงานประชุมวิชาการประจำปี HA National Forum ครั้งที่ 16 ณ ศูนย์การประชุม Impact Forum เมืองทองธานี ระหว่างวันที่ 10-13 มีนาคม 2558

2. นำเสนอผลงานวิจัยประเภท Oral presentation เรื่องประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในการประชุมวิชาการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ประจำปี 2558 ระหว่างวันที่ 25-27 มีนาคม 2558

3. นำเสนอผลงานวิจัยประเภท Poster presentation เรื่อง Loss experiences of spouses after dying of terminally ill patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital ในหัวข้อ Psychosocial Loss & Grief bereavement ในการประชุมวิชาการ Asia Pacific Hospice Conference (APHC) 2015 ครั้งที่ 11 "Transforming Palliative Care" ณ กรุงไทเป ประเทศไต้หวัน ระหว่างวันที่ 30 เมษายน - 3 พฤษภาคม 2558