

# ประสบการณ์การสูญเสียคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย ระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

รัชนีทร์ เสถียรภักถนันท์ \*

พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย \*\* เพ็ญนิภา แดงด้อมยุทธร\*\*\*

**Sathianphattharanan R, Lueboonthavatchai P, Dangdomyouth P. Loss experiences of spouses after dying of terminally ill patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Chula Med J 2016 Mar – Apr; 60(2): 185 - 99**

- Background** : *Spouses of the terminally ill may experience many psychological reactions, and have to cope with losses.*
- Objectives** : *To study the loss experiences, coping with loss, and social support of spouses after the death of terminally ill patients.*
- Design** : *Qualitative study.*
- Setting** : *King Chulalongkorn Memorial Hospital.*
- Materials and Methods** : *Both male and female spouses of terminally ill patients were recruited into the study from Cheewabhibaln Palliative Care Center at King Chulalongkorn Memorial Hospital by using purposive sampling. The spouses were living and giving care to the patients - for at least 6 months until the death of the 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 10 participants. Data analysis was performed by using Colaizzi's method.*

\* นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\*\* คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- Results** : *There were 10 spouses of terminally ill patients: 7 females and 3 males. The average age was 50.2 years. Six spouses (60%) of the terminally ill patients 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 3 phases: 1) numbness; 2) depression; and 3) recovery. The spouses with complicated grief were those who had very close relationship or overly dependent to the dead person, the truth concealed, the sudden or unexpected loss, or unprepared loss. Spouses who resolved grief were those with adaptive coping with loss, and adequate social support.*
- Conclusion** : *Helping the spouses of the terminally ill to deal with losses should implement both before and after the death of the patient. 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.*
- Keywords** : *Loss experience, spouses, coping with loss, social support.*

Reprint request: Lueboonthavatchai P. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. June 22, 2015.

รัสรินทร์ เสถียรภัทรนันท์, พีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย, เพ็ญญา แดงต่อมยุทธ์. ประสบการณ์การสูญเสียคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2559 มี.ค. - เม.ย.; 60(2): 185 - 99

**เหตุผลของการทำวิจัย** : คู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นผู้ที่ประสบกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย เนื่องจากต้องเผชิญกับประสบการณ์หลายอย่าง ปฏิกริยาต่าง ๆ ของการสูญเสีย และการปรับตัวหลังจากการสูญเสีย

**วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาประสบการณ์จากการสูญเสีย การจัดการกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

**รูปแบบการวิจัย** : การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ

**สถานที่ทำการศึกษา** : โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

**ตัวอย่างและวิธีการศึกษา** : ศึกษาจากคู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตแล้ว ที่ส่งปริกษาศูนย์ชีวภินบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นคู่สมรสที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน จนผู้ป่วยเสียชีวิต เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ส่วนบุคคลเชิงลึก ใช้เวลา 60 - 90 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ระดับลึก และ 2) แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียฉบับภาษาไทย ข้อมูลอิมตัวอย่างที่จำนวน 10 ราย ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาของโคไลซซี่ (Colaizzi)

**ผลการศึกษา** : คู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้าย 10 ราย เป็นเพศหญิง 7 รายและเป็นเพศชาย 3 ราย มีอายุเฉลี่ย 50.2 ปี ผู้ป่วยทุกรายเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง มีคู่สมรสที่ประสบกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติจำนวน 6 ราย โดยใช้ ICG พบว่าประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรสในผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ต่างจากปฏิกริยาการสูญเสียของบุคคลใกล้ชิดทั่ว ๆ ไป ซึ่งประกอบด้วย 1) ระยะเวลา 2) ระยะซึมเศร้า และ 3) ระยะกลับคืนสู่ปกติ ผู้ที่ประสบกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ เป็นผู้ที่มีความรักความผูกพันกันมาก พึ่งพิงกับผู้เสียชีวิตอย่างสูง ปิดบัง ไม่กล้าบอกความจริง การสูญเสียเกิดขึ้นโดยฉับพลันกะทันหัน ไม่ทันคาดคิด หรือไม่ทันได้เตรียมความพร้อมที่ดี คู่สมรสที่ผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียไปได้ เป็นผู้ที่มีการจัดการกับการสูญเสียที่ดี และมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี

- สรุป** : การช่วยเหลือผู้สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้จัดการกับการสูญเสีย ต้องเริ่มตั้งแต่ก่อนการเสียชีวิตและหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมให้ผู้สมรสเผชิญกับการสูญเสีย การจัดการกับการสูญเสียและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้สมรสผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้
- คำสำคัญ** : ประสบการณ์การสูญเสีย, ผู้สมรส, การจัดการกับการสูญเสีย, การสนับสนุนทางสังคม.

การสูญเสียเป็นประสบการณ์ในชีวิตตามปกติที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบพบเจอโดยเฉพาะการสูญเสียที่เป็นผลมาจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก<sup>(1,2)</sup> เช่น คู่สมรส บิดา มารดาและญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด โดยอารมณ์เศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสีย (grief) เป็นอารมณ์เศร้าโศกตามปกติที่เกิดขึ้นได้ แต่ในบางรายอารมณ์ที่เศร้าโศกที่เกิดขึ้นอาจรุนแรงหรือยาวนานเกินปกติเรียกว่าอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (abnormal grief/pathological/complicated grief) การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักโดยเฉพาะคู่สมรสเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดโรคซึมเศร้า โดยพบโรคซึมเศร้าเรื้อรังหลังการสูญเสียได้ถึงร้อยละ 10 -15<sup>(1)</sup> บุคคลที่จะผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกไปได้มักจะต้องมีการจัดการกับการสูญเสีย (coping with loss)<sup>(3)</sup> ที่ดีและมีการสนับสนุนทางสังคม (social support)<sup>(4)</sup> ที่ดี

คู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นผู้ที่ประสบกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย เนื่องจากต้องเผชิญกับประสบการณ์หลายอย่าง ตั้งแต่การดูแลผู้ป่วยอยู่ในภาวะการเจ็บป่วยการรับรู้ข่าวร้ายว่าผู้ป่วยป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย การตัดสินใจบอกข่าวร้ายให้ผู้ป่วยทราบ การทำตามความต้องการในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมจิตใจของคู่สมรสก่อนการสูญเสียและในขณะที่สูญเสียผู้ป่วย ได้แก่ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ ปฏิบัติการต่าง ๆ ของการสูญเสีย และการปรับตัวหลังจากการสูญเสียทั้งหมดนี้มีความเกี่ยวข้องกับปฏิบัติการการสูญเสียที่เกิดขึ้น<sup>(4)</sup> ศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล ติดตามดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต โดยงานที่สำคัญอย่างหนึ่งหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต คือ การดูแลทางด้านจิตใจของครอบครัวผู้ป่วย<sup>(6)</sup> ซึ่งผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด คือ คู่สมรส

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรสหลังจากการสูญเสียของ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีอยู่จำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์จากการสูญเสียของคู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิต การจัดการกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อนำผลวิจัยมาพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพ<sup>(7)</sup> และศูนย์ชีวาภิบาล ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและคู่สมรสหาแนวทางในการให้ความช่วยเหลือการป้องกัน การดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ อารมณ์ของคู่สมรสที่เกิดการสูญเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ใช้วิธีระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ (qualitative research) เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ส่วนบุคคลเชิงลึก (in-depth Interview) ใช้เวลา 60 - 90 นาที ตั้งแต่เดือน กันยายน - ตุลาคม พ.ศ.2557 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ระดับลึก (in-depth Interview) เพื่อใช้เป็นแนวคำถามประกอบการสัมภาษณ์ โดยแนวคำถามถูกสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยเป็นนักสังคมสงเคราะห์ได้ฝึกอบรมผ่านทักษะการสัมภาษณ์ทางจิตเวชและการให้คำปรึกษาแนะนำ ได้เข้าเรียนและฝึกอบรมในการบำบัดช่วยเหลือผู้ที่ประสบกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักโดยใช้จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์จิตแพทย์และอาจารย์พยาบาลผู้วิจัยได้ฝึกการสัมภาษณ์ก่อนการเก็บข้อมูล โดยได้ฝึกซ้อมการเก็บข้อมูลจากอาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่าน และ 2) แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียฉบับภาษาไทย (Inventory of Complicated Grief - ICG) มีจำนวนทั้งหมด 19 ข้อซึ่งแปลและพัฒนาโดย อรสา ไยยอง และพีรพันธ์ ลีอนุญชวิชัย<sup>(8)</sup> โดยได้รับอนุญาตจาก Prigerson<sup>(9)</sup> เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้เชี่ยวชาญการศึกษาตอบด้วยตนเอง

ความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ที่ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.97<sup>(6)</sup> แต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเลย และ 4 คะแนน หมายถึง เป็นประจำ และแปลผลโดยคิดคะแนนรวมทั้งแบบสอบถามที่ได้คะแนนตั้งแต่ 25 คะแนน ขึ้นไป หมายถึง มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กระบวนการเก็บข้อมูลครั้งนี้ เริ่มต้นด้วยการเข้าไปคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษาที่เข้ากับเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) คู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างใกล้ชิดเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือนในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่ส่งปรึกษาศูนย์ชีวภิบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 2) ผู้ให้ข้อมูลสามารถสื่อสารได้ด้วยคำพูด เข้าใจคำถาม และ 3) ผู้ให้ข้อมูลยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ และเกณฑ์การคัดเลือกออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) คู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีโรคทางกายหรือมีอาการป่วยมากหรือมีการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่รุนแรงจนไม่สามารถร่วมมือในการให้สัมภาษณ์ได้ และ 2) คู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถให้การสัมภาษณ์ต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์จากคู่สมรสที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเริ่มจากการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมกับบอกให้ทราบเกี่ยวกับลักษณะการสนทนาแบบเจาะลึก คู่สมรสได้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง โดยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคู่สมรสหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว 3 เดือน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว จำนวนของผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับความพอเพียงและคุณภาพของข้อมูล ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (saturation) คือ เมื่อผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลซ้ำ ๆ เดิม ๆ กับข้อมูลเดิม ในการศึกษาพบว่าข้อมูลอิ่มตัวที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ โคลไลซซี (Colaizzi)<sup>(10)</sup> เพื่ออธิบายประสบการณ์การสูญเสีย การจัดการกับการสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปมาอ่านหลาย ๆ ครั้ง ดึงข้อความที่สำคัญออกมาให้มากที่สุดและนำไปตรวจสอบความตรงกับผู้ให้ข้อมูลหลัก นำข้อความที่ได้มาจัดเป็นหัวข้ออธิบายแต่ละหัวข้อให้ละเอียดชัดเจน นำคำอธิบายที่ได้ไปรวมกันและตรวจสอบสรุปจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์จากกรณีศึกษา แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 3) ประสบการณ์จากการสูญเสีย ได้แก่ ภาวะก่อนการสูญเสียและภาวะหลังการสูญเสีย 4) การจัดการกับการสูญเสีย และ 5) การสนับสนุนทางสังคม

## ผลการศึกษา

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้วิจัยได้กำหนดนามสมมุติของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยซึ่งเป็นผู้สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตในครั้งนี้นับจำนวนทั้งหมด 10 ราย แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 3 ราย ได้แก่ คุณดอกกรัก คุณสาละ และคุณโกศล และเพศหญิงจำนวน 7 ราย ได้แก่ คุณมะลิ คุณกุหลาบ คุณลำดวน คุณพิกุล คุณบัวตอง คุณบุษบา และคุณมณฑา

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 ค่าขาย 4 ราย รับราชการ 1 ราย โดยมีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 16,700 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13,752) คู่สมรสที่มีโรคประจำตัวทางกายจำนวน 4 ราย ได้แก่ โรคเบาหวาน คลอเรสเตอรอลและความดันโลหิตสูง พบคู่สมรสมีประวัติโรคทางจิตเวชจำนวน 2 ราย ได้แก่ โรคซึมเศร้า ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล (N = 10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)
<b>เพศ</b>			<b>สถานภาพสมรส</b>		
หญิง	7	70	จดทะเบียนสมรส	6	60
ชาย	3	30	ไม่ได้จดทะเบียนสมรส	4	40
<b>อายุ (ปี)</b>			<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)</b>		
21-30	1	10	≤2	4	40
31-40	1	10	3 - 4	3	30
41-50	3	30	5 - 6	2	20
51-60	3	30	7 ขึ้นไป	1	10
61 ขึ้นไป	2	20	Mode = 2, Median = 3.5, Min = 1 คน, Max = 8 คน		
Mean ± SD = 50.2 ± 11.5, Min = 28 ปี, Max = 66 ปี			<b>ผู้ดูแลใกล้ชิด</b>		
<b>ระดับการศึกษา</b>			บิดา-มารดา	1	10
ประถมศึกษาตอนต้น	3	30	บุตร	6	60
ประถมศึกษาตอนปลาย	4	40	ไม่มี อยู่ตามลำพัง	3	30
มัธยมศึกษาตอนต้นมัธยมศึกษา	2	20			
ตอนปลายอาชีวศึกษาหรือ	0	0			
อนุปริญญา	1	10			
<b>อาชีพ</b>			<b>ประวัติโรคทางจิตเวช</b>		
รับจ้าง	5	50	ไม่มี	8	80
ค้าขาย	4	40	มี ได้แก่ โรคซึมเศร้า	2	20
รับราชการ	1	10	<b>โรคประจำตัวทางกาย</b>		
<b>รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)</b>			ไม่มี	4	40
≤5,000	1	10	มี ได้แก่	6	60
5,0001 - 10,000	4	40	คลอเรสเตอรอลสูง		
10,001 - 15,000	3	30	ความดันโลหิตสูง และ		
15,001 - 20,000	0	0	โรคเบาหวาน		
20,001 - 25,000	1	10	<b>ลักษณะครอบครัว</b>		
25,001 - 30,000	0	0	ครอบครัวเดี่ยว	7	70
35,001 ขึ้นไป	1	10	ครอบครัวขยาย	3	30
Mean ± SD = 16,700 ± 13,752, Min = 5,000, Max = 50,000			<b>ผู้ดูแลใกล้ชิด</b>		
<b>ลักษณะที่พักอาศัย</b>			บุตร	6	60
บ้านตนเอง	7	70	บิดา มารดา	1	10
บ้านเช่า	1	10	ไม่มี	3	30
อพาร์ทเมนท์	1	10			
คอนโดมิเนียม	1	10			

ส่วนที่ 2 อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Complicated Grief)

ตารางที่ 2. แสดงอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติของกลุ่มสมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย	จำนวน (N = 10)	ร้อยละ
อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (ICG ≥25)	6	60
อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่เป็นปกติ (ICG <25)	4	40
Mean ± SD = 31.2 ± 9.4, Min = 18 คะแนน, Max = 43 คะแนน		

จากตารางที่ 2 แสดงอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติของกลุ่มสมรสหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า มีคู่สมรสที่มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 โดย

ค่าคะแนนที่ถือว่า มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียคือ 25 คะแนนขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 31.2 คะแนน โดยมีคะแนนต่ำสุดคือ 18 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 43 คะแนน

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์จากการสูญเสีย

ตารางที่ 3. แสดงประสบการณ์จากการสูญเสีย

ประสบการณ์จากการสูญเสีย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)	ประสบการณ์จากการสูญเสีย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)
<b>ชนิดของโรคที่ผู้ป่วยเสียชีวิต (N = 10)</b>			<b>ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับรักษา (เดือน)</b>		
1. มะเร็งระบบทางเดินอาหาร	7	70	≤ 2	2	20
2. มะเร็งระบบทางเดินหายใจ	1	10	> 2 - 4	5	50
3. มะเร็งระบบโลหิตวิทยา	1	10	> 4 - 6	2	20
4. มะเร็งระบบสูติ-นรีเวช	1	10	> 6 ขึ้นไป	1	10
			Mean ± SD = 2.20 ± 0.92,		
			Min = 2 เดือน, Max = 8 เดือน		
<b>ระยะเวลายอมรับในการสูญเสีย (เดือน)</b>					
1. ระยะเวลาภายใน 1 เดือน	0	0			
2. ระยะเวลาภายใน 2 เดือน	4	40			
3. 3 เดือนยังทำใจยอมรับไม่ได้	6	60			



จากตารางที่ 3 แสดงประสบการณ์จากการสูญเสีย พบว่าชนิดของโรคที่ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุด คือ 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)

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถแบ่งประสบการณ์ที่คู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายออกเป็น 2 ช่วงเวลา ได้แก่ ภาวะก่อนการสูญเสีย และภาวะหลังการสูญเสีย

### 1. ภาวะก่อนการสูญเสีย

เป็นภาวะทางอารมณ์จิตใจที่เกิดขึ้นตั้งแต่คู่สมรสเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ได้รับการวินิจฉัยโรครับทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ไม่มีทางรักษาให้หายขาด ได้ตัดสินใจพาผู้ป่วยกลับบ้านก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้ทำตามความต้องการของผู้ป่วย และได้เตรียมความพร้อมก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิตทั้งจากคู่สมรสและทีมการรักษา คู่สมรสจำนวนหนึ่งสามารถปรับตัวได้ดีกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น แต่กับอีกจำนวนหนึ่งไม่สามารถที่จะปรับตัวหรือรับกับสภาพที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ จึงยังพบปัญหาการปรับตัวอยู่ในระยะสั้น ๆ ที่ไม่รุนแรง<sup>(1)</sup> ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความรักและความผูกพันส่งผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกของคู่สมรส ยิ่งมีความผูกพันกันมากย่อมส่งผลกระทบต่ออารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียมาก คู่สมรสส่วนใหญ่มีความผูกพันกันมายาวนานมีความผูกพันกัน

มากจะอยู่ด้วยกันตลอดเวลา ไปไหนมาไหนด้วยกัน ดูแลซึ่งกันและกันไม่ห่าง และไม่เคยแยกจากกัน อยู่ดูแลซึ่งกันและกันจนจบจนวาระสุดท้ายของชีวิต ดังคำพูด

“โอย!! ป้าอยู่ด้วยกันกับลุงตลอดเลย ก็ผูกพันกับแก่มาก ๆ เลยอะ ก็จนลุงโตอะ ลุงอายุ 30 กว่าแหละ อยู่ด้วยกันมา ก็ 37 ปี ... ป้ากับลุงก็จะไปไหนมาไหนด้วยกันตลอดถ้าช่วงที่อยู่บ้านนะ ลุงเค้าเป็นพนักงานขับรถไฟ ป้าก็ขายอาหารอยู่หน้าปากซอย เรายังอยู่ดูแลกันมาแบบนี้แหละ” (คุณกุหลาบ)

ในช่วงของการดูแลผู้ป่วยเมื่อโรคดำเนินมาถึงขั้นท้าย การแจ้งความจริงให้ญาติหรือผู้ดูแลทราบเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญในการวางแผนการดูแลรักษา เมื่อทีมการรักษาแจ้งอาการให้คู่สมรสทราบ คู่สมรสส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกช็อค เสียใจ ตกใจ มึนงง ซา หน้ามืด ทำอะไรไม่ถูก ไม่คิดว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นกับครอบครัวของตน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ความรู้สึกคือกลัว ตอนนั้นความรู้สึกเสียใจ ใจคะมันเหมือนช็อคอะคะ ช็อคเล็ก ๆ อะคะ ก็มีอาการซา เหมือนกับมึนงง หน้ามืด ช็อค ทำอะไรไม่ถูกเลยคะ” (คุณบุษบา)

จากการศึกษาพบว่าคู่สมรสส่วนใหญ่ตัดสินใจที่จะไม่บอกความจริงเกี่ยวกับโรคว่าคู่สมรสของตนป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย โดยให้เหตุผลว่าถ้าผู้ป่วยทราบจะทำให้ร่างกายทรุดหนักลงไปกว่าเดิม และหมดกำลังใจที่จะรักษาต่อไป แต่สุดท้ายคู่สมรสก็ตัดสินใจบอกข่าวร้ายให้ผู้ป่วยทราบเมื่ออาการทรุดหนักลงมาก ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ตอนแรกไม่รู้นะ ไม่ได้บอก บอกแค่ว่าไตแม่อักเสบ เพราะว่ามันหนักแล้ว กลัวแกไปเร็ว กลัวแกทรุดลงเพราะแกรู้ตัวแล้วว่าร่างกายแกไม่ไหวแล้ว...แต่ลุงก็คุยกับลุงว่าจะบอกแม่ให้รู้ดีมีแม่อาการหนักมากแล้วสุดท้ายก็บอกป้านะว่าโรคมันกระจายไปหลายจุด มันรักษาไม่หาย ป้าเขาเข้มแข็งมากนะ เขาบอกเลยว่าถ้าไม่หายให้พาเขากลับบ้าน เขาอยากไปอยู่บ้าน อยากกลับไปนอนในห้องพระ” (คุณสาละ)

คู่สมรสส่วนใหญ่จะมองว่าโรคที่เกิดจากการเจ็บป่วยของสามีหรือภรรยาตนเองเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

แบบกะทันหัน ไม่ทันคาดคิด ไม่ทันเตรียมตัวเตรียมใจ หลังจากที่ได้รับรู้และรับทราบการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ ว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีอาการตกใจ ซึ่อก มีนงง คิดว่าสิ่งที่ได้ยินไม่ใช่ความจริง ไม่เชื่อ มีความหวังว่าอาการผู้ป่วยจะดีขึ้นและมีทางรักษาให้หายขาด ดังคำพูด

“เร็ว มันเร็วมาก ไม่ถึง 4 - 5 เดือน เขาเป็นมะเร็ง ท่อน้ำดีระยะสุดท้าย หมอบอกแล้วว่ารักษาตามอาการ โรครักษาไม่ได้ก็คงบรรเทาไปเรื่อย ๆ ตรวจเจออะไรก็ รักษาตามอาการ ถ้าปวดก็ให้ยาแก้ปวด ไม่ให้ทรมาณ... มันขัดแย้ง 2 อย่าง (เสียงสั่น) ใจหนึ่งก็คิดว่าเขาสู่ว่างก็สู่ว่าง แต่อีกใจหนึ่ง (ร้องไห้) พอกลับมาที่บ้านเราก็เสียใจ เราก็เตรียมเสื้อผ้าอะไรเตรียมไว้หมด เขาไม่รอด มันขัดแย้งกัน อยู่โรงพยาบาลเราต้องเข้มแข็ง พอกลับมาบ้านก็ปล่อยหมดเลย เสียใจ ร้องไห้ ทำอะไรไม่ได้เลย ตกใจ มีนงง ไปหมด...” (คุณมณฑา)

แต่ก็มีคู่สมรสรายหนึ่งที่ดูแลผู้ป่วยมานานก่อนที่จะผู้ป่วยจะเสียชีวิตเป็นระยะเวลา 8 เดือน ให้ข้อมูลว่าการจากไปของผู้ป่วยไม่ใช่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกะทันหัน เพราะรู้มาก่อนแล้วว่าโรคไม่มีทางรักษาให้หายขาด จึงได้มีการเตรียมใจไว้บ้างแล้ว ดังคำพูด

“มันก็เสียใจนะแต่ว่ามันไม่ถึงกับตกใจมาก เพราะว่าเราเตรียมใจ มันไม่ใช่ว่ากะทันหัน เพราะเรารู้ตัวมาตลอดก็เลยเหมือนเตรียมใจ มันได้เตรียมใจไว้บ้าง ตั้งแต่ที่เขามีอาการผิดปกติ บางทีก็เหมือนกับปฏิเสธ แต่ว่ามันไม่ใช่ มันหนีไม่พ้น เราต้องยอมรับให้ได้” (คุณบุษบา)

เมื่อรับรู้สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คู่สมรสส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับการสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นการเตรียมเสื้อผ้า สิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นไว้ให้ผู้ป่วย เตรียมรูปภาพ เตรียมเอกสาร เตรียมจองวัดและเตรียมจัดพิธีฌาปนกิจศพให้แกผู้ป่วย และจัดการทำสิ่งต่าง ๆ ตามที่ผู้ป่วยต้องการ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่เคยปรึกษาพี่สาวว่าถ้าสมมติแก่เสียเราจะเอาไว้นั้นยังไง จะทำยังไง เตรียมรูปก่อน รูปถ่าย ที่ไว้ในงาน

แกก็เห็นรูปแกก่อนด้วย... แต่ถามในแบบไม่ได้ตั้งใจว่าเค้าแต่เป็นแบบรูปนี้หล่อไหม เขาก็บอกเขาหล่อ เขาชอบก็เตรียมไว้ ส่วนเสื้อผ้าที่เป็นคนเลือกเองเพราะ พี่เห็นเขาใส่ เขาชอบ” (คุณบุษบา)

และมีคู่สมรสอีกส่วนหนึ่งไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมในการสูญเสียไว้ก่อนเลย บางคนไม่มีคนช่วยคิด อยู่คนเดียว ไม่มีญาติพี่น้องพอที่จะแนะนำช่วยเหลือกันได้ หรือแม้กระทั่งไม่ได้คาดคิดว่าสามีจะเสียชีวิตเร็ว จึงไม่ได้เตรียมการอะไรไว้เลย ดังคำพูด

“ตอนนั้นไม่ได้เตรียมตัวอะไรเลยครับ มันจะไปหมดเลย ก็ยังดีที่มีเพื่อนบ้านช่วยเหลือดีมาก เขาก็จะแนะนำเรื่องงาน เรื่องพิธี จัดงานยังไง ต้องทำอะไรก่อน ตอนนั้นเราต้องมีสติมาก ๆ” (คุณโกสน)

## 2. ภาวะหลังการสูญเสีย

เป็นภาวะทางอารมณ์จิตใจหลังจากคู่สมรสเสียชีวิตรวมถึงพฤติกรรมของคู่สมรสที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสียชีวิตไปแล้ว คู่สมรสจะมีปฏิกิริยาจากการสูญเสียทั้งที่เป็นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ปกติและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ ดังเช่น

### 2.1 อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่เป็นปกติ

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

1. **ระยะมีนชา (numbness)** เป็นการรับรู้ความเป็นจริงของการสูญเสียหรือการเสียชีวิต ในระยะนี้จะเกิดอาการตกใจ (shock) ไม่เชื่อ (disbelief) ร้องไห้ เสียใจ สับสน มีนงง รับไม่ได้และปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น (denial) ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตกใจอะตกใจมากทำอะไรไม่ถูก มีเงิน งบ มีอะไร  
สิ้นไปหมด ได้แต่บอกลูกชายให้มาช่วยดูพ่อ พอรู้ว่าเขา  
เสียแล้วปากก็ร้องไห้อย่างเดียวนะ... ช่วงที่เขาเสียมันไม่ได้  
ง่ายเลย เราชอร้อง...ตอนเขามาเอาศพไปอะ ยิ่งร้องหนักเลย  
สงสารแก” (คุณกุหลาบ)

2. **ระยะซึมเศร้า (depression)** จะมีอารมณ์  
ซึมเศร้า คร่ำครวญ ร้องไห้บ่อย ๆ นึกถึงบุคคลที่เสียชีวิต  
ความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับ หรืออาจทำ  
กิจกรรมประจำวันตามปกติลดลงจากเดิม ดังคำกล่าว

“น้ำหนักลงไป 10 โล ไม่อยากกินเลย อยากนอน  
อย่างเดียวก็เลยไม่ค่อยได้กิน ตอนแรก ๆ นอนไม่หลับ  
นะคะ พยายามจะนอนให้หลับมันก็ไม่หลับ..มันก็เหมือน  
หลับไปได้ ชั่วโมงนึง แล้วก็ตื่นมาและก็จะหลับอีก..ทั้ง ๆ  
ที่อยากนอน นอนไม่หลับ นอนไปได้ชั่วโมงนึงตื่นขึ้นมา  
เดี่ยวก็หลับเดี่ยวก็ตื่น” (คุณบัวตอง)

3. **ระยะกลับคืนสู่ปกติ (recovery)** คู่สมรส  
ยอมรับกับการสูญเสียและเริ่มกลับเข้าสู่กิจวัตรประจำวัน  
ตามปกติ สามารถปรับตัวได้ เริ่มจัดระเบียบชีวิตใหม่ มี  
เป้าหมายในการทำงานมากขึ้น อាកารจากอารมณ์ที่  
เศร้าโศกทั้งทางร่างกายและจิตใจก็เริ่มลดลง มีความมั่นคง  
ทางอารมณ์มากขึ้น ดังคำพูด

“หลังจากที่แกเสียไป พี่ก็เริ่มสตาร์ททำงานเลยคะ  
พี่ยังไม่เคยขาดงานเลยคะ วันอาทิตย์พัก เริ่มต้นวันจันทร์  
ไปละ ไม่เคยลาเลยคะ “ (คุณบุษบา)

## 2.2 ภาวะเศร้าโศกต่อการสูญเสียที่ผิดปกติ (Abnormal/ pathological/ or complicated grief)

เป็นภาวะอารมณ์เศร้าโศกที่รุนแรงและนานเกิน  
ปกติต่อการสูญเสีย จนเกิดอาการของโรคซึมเศร้า หลังจาก  
สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป ปฏิกริยาระยะนี้ได้แก่อารมณ์  
เศร้าที่รุนแรงและหมดความสนใจในทุกอย่างรอบตัว  
รู้สึกผิดเกินจริง โทษหรือตำหนิตัวเองอย่างมาก หมดความ  
เชื่อมั่นหรือความภาคภูมิใจในตัวเอง เชื่องช้า หงุดหงิด  
หรือกระวนกระวาย มีผลกระทบทางด้านร่างกายเช่น  
อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง รู้สึกตนเองไร้ค่า คิดอยากตายตาม  
ผู้ป่วยหรือคิดฆ่าตัวตายตามผู้ป่วย ดังคำกล่าวของคู่สมรส  
ที่ว่า

“ตอนแรกอยากจะทำตาย ๆ ตามไป เพราะไม่รู้  
จะอยู่ทำไม อายุขนาดเราไม่ช้าก็เร็วก็ต้องไป ก็ไปพร้อม ๆ  
กันให้หมดเรื่อง แล้วก็จะได้ไปอยู่ด้วยกันอีก...” (คุณสาละ)

“มันก็รู้สึกเศร้านะครับ เศร้ามาก ไม่อยากจะทำ  
อะไรเลย เบื่อไปหมดช่วงแรกไม่ไปทำงานเลยครับเป็น  
เดือน สองเดือนเลยครับ อยู่แต่ในบ้านไม่ออกไปไหน...  
ช่วงนั้นก็ไม่ง้อรับงานอะ ถ้ารับงานไปลูกก็ไม่มีคนเลี้ยง  
ซึมเศร้ามาก ท้อแท้ อยู่บ้านก็นอน นอนดูทีวี มันเบื่อ  
เบื่องานไม่อยากจะออกไปทำงาน” (คุณโกสน)

## ส่วนที่ 4 วิธีการจัดการกับการสูญเสีย (Coping with loss)

หลังที่ผู้ป่วยเสียชีวิตคู่สมรสมีวิธีการจัดการกับ  
การสูญเสียที่แตกต่างกันออกไปไม่ว่าจะเป็นการจัดการทาง  
ด้านอารมณ์จิตใจ คู่สมรสส่วนใหญ่ผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศก  
จากการสูญเสียไปได้ด้วยการมองการสูญเสียตามความ  
เป็นจริง ทำให้สามารถปรับสภาพจิตใจได้ดี ดังคำพูด

“ตอนที่เขาป่วยก็พยายามทำใจยอมรับมา  
ตลอดนะ...พอวันที่เขาเสียเราก็ทำใจได้เยอะ พอเราคิดว่า  
เขาอยู่แล้วทรมาน เราก็งงทำใจได้มากขึ้น” (คุณบุษบา)

คู่สมรสส่วนหนึ่งอาศัยข้อคิดหรือสิ่งยึดเหนี่ยว  
ทางจิตใจเช่นคำพูดของผู้ป่วยที่คอยเตือนใจ มีลูก มี  
พ่อแม่เป็นที่พึ่งทางใจ และคู่สมรสส่วนใหญ่พึ่งพิง ข้อคิด  
และหลักคำสอนทางศาสนา ดังคำพูด

“พอกับแม่ป้าคะ เค้ายังอยู่ เราก็ดูอยู่ ไม่อยาก  
ให้เขาเป็นห่วงหรือไม่สบายใจ พ่อแม่จะคอยถามตลอด  
มันก็รู้สึกอบอุ่นในใจอย่างน้อยลุงเค้าเสียไปแต่พ่อแม่เรา  
ก็ยังอยู่ มีอะไรเราก็ไปหาท่าน แล้วก็ลูกหลาน ต้องอยู่เป็น  
ที่พึ่งให้ลูกหลานด้วย พ่อเค้าไม่อยู่ แม่ก็ต้องอยู่เป็น  
กำลังใจให้ลูก ๆ” (คุณลำดวน)

“ก็เอาคำพูดของคุณอดีตที่สอนเรามาปรับใช้กับ  
ตัวเอง คือเขาป่วยขนาดนั้น เขายังเข้มแข็ง แล้วเราไม่ได้  
ป่วยเราก็ต้องเข้มแข็งให้ได้ ต้องผ่านจุดนี้ไปให้ได้... พี่คิด  
ว่าความเข้มแข็งในใจเรานี้แหละที่ทำให้พี่ผ่านมันมาได้  
แล้วก็หลาน ๆ ที่พี่ต้องดูแลเขาต่อไป” (คุณมะลิ)

“นี่ถึงคำสอนของศาสนาพุทธ ว่าคนเรามีเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นของธรรมดา คนเราอยู่ด้วยกันแล้วจะไม่จากกันเป็นไปไม่ได้” (คุณดอกกรัก)

ในด้านจัดการจัดการกับการสูญเสีย คู่สมรสส่วนใหญ่สามารถวางแผนจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดี เนื่องจากมีการเตรียมความพร้อมก่อนการเสียชีวิตไว้บ้างจึงวางแผนจัดการพิธีกรรมตามความเชื่อทางศาสนาให้กับผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย ทำให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ ดังคำพูด

“หนึ่งคือจัดงานพิธีให้เขาให้เรียบร้อย สองคือสิ่งที่ต่อเนื่องจากเขา อะไรทุก ๆ อย่าง เราก็พยายามเคลียร์ให้หมด แล้วก็คืนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ยืมมา เอายาที่เหลือไปบริจาค สามคือพยายามทำกิจกรรมกับลูก ๆ เช่น ไปเที่ยวด้วยกัน เพื่อไม่ให้เราคิดมาก เราไปฝึกสกับหลาน ๆ มากขึ้น” (ลูกดอกกรัก)

ด้านเศรษฐกิจ หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตไป คู่สมรสบางรายต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของตนเองจากที่เคยเป็นผู้พึ่งพิงต้องกลับมาเป็นหัวหน้าครอบครัว มีการจัดการเรื่องทรัพย์สินมรดก สามารถวางแผนการเงินในอนาคตได้เป็นที่พึงพิงให้กับลูกหลานต่อไป และภาระทำหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบดูแลต่อไป ดังคำพูด

“ผมก็ขายของอยู่ที่บ้าน ลูกก็ไปทำงาน ส่วนเรื่องทรัพย์สิน ผมก็จัดการให้ลูกแล้วเพราะว่า คนเรามันไม่นั่นนอนนะ แล้วเราก็มาเห็นป่า แล้วเราก็มีลูกสองคน ก็บอกให้เขารับรู้ไว้ก่อนนะ” (คุณสาละ)

“ญาติ ๆ ก็โทรมาหาเรื่อย ๆ ผมคิดว่า ผมต้องสูญเสียเพื่อลูกอย่างน้อยเราล้ม เราเจ็บป่วยไม่ได้ ลูกจะอยู่ยังไง ผมคิดทุกวันเรื่องนี้ว่าเราจะล้มจะป่วยไม่ได้ จะต้องอยู่ให้ได้เพื่อลูก” (คุณโกสน)

## ส่วนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

หลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว คู่สมรสส่วนใหญ่ที่สามารถผ่านพ้นอารมณ์ความรู้สึกจากการเศร้าโศกไปได้ นั่นส่วนหนึ่งได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านอารมณ์จิตใจ คู่สมรสได้รับการให้กำลังใจ การให้คำปรึกษา

แนะนำ จากลูก บุคคลในครอบครัวหรือจากเพื่อนบ้าน เป็นเพื่อนพูดคุย เป็นที่ปรึกษา เป็นเพื่อนคลายเหงา แบ่งเบาภาระหน้าที่ในการดูแลบุตร ดังคำพูด

“ก็มีเพื่อนบ้านคอยช่วยเหลือ แล้วลุงชอบเข้าวัด เข้าวา ก็เข้าไปฟังพระ พอสวดเสร็จแล้วเขาก็นั่งคุยกับลุง” (คุณสาละ)

“ก็ลูกชายนี้แหละ คอยให้กำลังใจคอยบอกว่าไม่ต้องคิดมากพอไปสบายแล้ว พอได้แล้วอย่าร้องไห้เมื่อยาคิดมากลูกนี้แหละที่คอยเป็นกำลังใจให้ตลอด... วันหยุดลูกก็พาไปวัดไปทำบุญให้พ่อเค้า” (ป้าพิกุล)

ด้านวัตถุประสงค์ของ ได้รับการช่วยเหลือทางวัตถุประสงค์ เช่น เพื่อนบ้านแบ่งอาหารมาให้ทาน นายจ้างช่วยเหลือให้งานทำต่อ ญาติพี่น้องช่วยเหลือเรื่องการเงิน ดังคำพูด

“ก็มีอาจารย์ คอยให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือดีมาก ช่วยให้งานทำ ช่วยเหลือเรื่องงานดี เพื่อนร่วมงานก็ช่วยเหลือกันดี เพื่อนบ้านก็ให้คำแนะนำดี” (คุณโกสน)

ด้านข้อมูลข่าวสาร หลังจากการสูญเสียคู่สมรสได้รับทราบข้อมูลจากเพื่อนบ้านและทีมการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทีมการรักษาประสานเครือข่ายในการให้ความช่วยเหลือด้านอาชีพและทุนการศึกษาบุตร สามารถทำให้อ่อนคลายอารมณ์เศร้าโศกเสียใจจากการสูญเสียผู้ป่วย ดังคำพูด

“ก็ในชุมชนเขาก็ประกาศบอกนะถ้ามีเรื่องอะไร มีข่าวอะไร เพื่อนก็มาบอก เด็ก ๆ เพื่อน ๆ ที่ขายของด้วยกันก็มาบอกมาคุย ลูกก็มาเล่าให้ฟังบ้าง เขาก็บอกเรานะ” (คุณกุหลาบ)

ด้านเครือข่ายทางสังคม นอกเหนือจากครอบครัวแล้วก็มีส่วนช่วยเหลือคู่สมรสที่สูญเสียปรับตัวได้ดี เช่น ทำกิจกรรมร่วมกัน ออกไปเล่นกีฬา ไปเที่ยวสังสรรค์กับเพื่อน ทำให้รู้สึกตัวเองไม่ได้อยู่คนเดียวโดดเดี่ยว ทำให้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีกลุ่มเพื่อนเที่ยว มีกลุ่มเพื่อนไปทำบุญ อยากทำประโยชน์ให้สังคม รู้สึกมีคุณค่า ทำให้ปรับตัวได้ดีหลังจากการสูญเสีย ส่วนคู่สมรสที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่ดีทำให้ไม่สามารถปรับ

ตัวได้ ต้องเผชิญกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ยาวนานโดยไม่มีคนคอยช่วยเหลือ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้ ดังคำพูด

“ถ้าอยู่ว่าง ๆ ในช่วงนี้ผมก็จะไปเดินห้าง ไปเที่ยวกับลูก ๆ ไปหาอะไรเรื่อย ๆ ทาน... ผมเองก็ชอบไปกับลูก ๆ หลาน ๆ สนุกสนานดีครับ โทรศัพท์คุยกับน้องบ้าง พี่น้องที่ให้กำลังใจ คอยถามสารทุกข์สุขดิบ ฟังพาได้ตลอดชวนกันไปทำบุญ ชวนกันไปกินเจ ไปไหว้พระด้วยกันตลอดออกไปเที่ยวกับลูก ๆ หลาน ๆ หรือไม่ก็ไปตลาดหาเพื่อน ๆ เพื่อนในตลาดผมเยอะ หาเพื่อนคุย” (คุณดอกกรัก)

### อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษานี้พบว่าปฏิกิริยาการสูญเสียและอารมณ์เศร้าโศกที่เกิดขึ้นเป็นไปตามทฤษฎีและการศึกษาที่ผ่านมาโดยผู้ที่มีอารมณ์เศร้าโศกหลังจากการสูญเสียจะมีปฏิกิริยาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ระยะมีนชา (numbness) ระยะซึมเศร้า (depression) ระยะกลับคืนสู่ปกติ (recovery)<sup>(1)</sup> จะมีลักษณะปฏิกิริยาอาการใกล้เคียงกันคือเกิดอาการตกใจ (shock) ไม่เชื่อ (disbelief) ร้องไห้เสียใจ สับสน มีมึนงง รับประทานอาหาร นอนไม่หลับ คร่ำครวญ ร้องไห้บ่อย ๆ นึกถึงบุคคลที่เสียชีวิต<sup>(8,12-14)</sup> และประสบการณ์การสูญเสียในการศึกษานี้ คู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านการสูญเสียมาระยะเวลา 3 เดือนเกือบทุกรายยังมีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียอยู่ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียจะพบในช่วงระยะแรกและจะค่อย ๆ ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป<sup>(7)</sup> ซึ่งหากได้ติดตามปฏิกิริยาจากการสูญเสียของคู่สมรสต่อหลังจากนี้ อารมณ์เศร้าโศกที่เกิดขึ้นอาจจะลดลงได้ คู่สมรสก็สามารถปรับตัวได้<sup>(8)</sup> จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสูญเสียตามปกติมักจะหายไปเมื่อผ่านไป 6 เดือนขึ้นไป<sup>(9)</sup> ซึ่งมีความใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Prigerson และคณะ<sup>(7)</sup> ในการศึกษาในครั้งนี้พบว่าคู่สมรสที่ประสบกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติคือรุนแรงกว่าปกติ<sup>(9)</sup> จะพบใน

คู่สมรสที่มีความรักความผูกพันกับผู้เสียชีวิตมาก<sup>(12)</sup> ฟังฟังฟังพากันกับผู้เสียชีวิตอย่างสูง<sup>(16)</sup> หรือมีการปิดบังไม่กล้าบอกความจริง หรือเป็นการสูญเสียเกิดขึ้นโดยฉับพลันกะทันหัน ไม่ทันคาดคิด ไม่ทันได้เตรียมใจ ไม่ทันได้เตรียมความพร้อม หรือขาดการจัดการกับการสูญเสียที่ดี รวมถึงขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี

ในการจัดการกับการสูญเสีย พบว่าคู่สมรสที่ผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียไปได้จะมีวิธีการจัดการกับการสูญเสียที่ดี และมุ่งจัดการเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม<sup>(17,18)</sup> ได้แก่ การมองการสูญเสียอย่างตรงความเป็นจริง ปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของตนเองหลังจากการสูญเสีย เป็นที่พึ่งให้กับลูกหลาน และการทำภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ นอกเหนือจากนั้น สิ่งที่พบเพิ่มจากการศึกษาในครั้งนี้ คู่สมรสยังใช้ครอบครัวเป็นที่ยึดเหนี่ยวใจขอคิดจากคำพูดของผู้ป่วยที่เสียชีวิตไปแล้ว รวมถึงหลักคำสอนทางศาสนา ซึ่งเข้ากับบริบทของสังคมวัฒนธรรมไทย

นอกจากนั้นแล้ว คู่สมรสที่ผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียไปได้เป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี<sup>(19)</sup> ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์จิตใจ จะช่วยให้คู่สมรสผ่อนคลาย สบายใจมีความมั่นคงทางอารมณ์จิตใจมากขึ้น ด้านข้อมูลข่าวสาร<sup>(20)</sup> จะช่วยให้คู่สมรสรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จากสังคมภายนอกมารับทราบข้อมูลโรค อาการ เพื่อเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่จะให้ความช่วยเหลือได้ มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างมากขึ้น<sup>(21)</sup> ด้านเศรษฐกิจทำให้คู่สมรสมีรายได้ มีงานทำสามารถหาเลี้ยงตนเองและครอบครัวต่อไปได้ และด้านเครือข่ายทางสังคมทำให้มีกลุ่มเพื่อน มีสังคม รู้สึกตัวเองไม่โดดเดี่ยวไม่ได้อยู่คนเดียว ไม่แยกตัวทางสังคม<sup>(1)</sup> อยากทำประโยชน์ให้สังคม รู้สึกตัวเองมีคุณค่า<sup>(11)</sup> ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ คู่สมรสผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย และสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตต่อไปได้<sup>(18)</sup> จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าในการที่จะช่วยเหลือคู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตที่ประสบกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย<sup>(18)</sup> ซึ่งเป็นส่วนหนึ่ง

ของการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวของคุณ์ชี่วาภิบาล<sup>(6)</sup> จะต้องให้การช่วยเหลือคู่สมรสตั้งแต่วะยะก่อนการสูญเสีย โดยเริ่มตั้งแต่การให้ข้อมูลในเรื่องการรักษาอาการโรค การแจ้งข่าวร้าย การเตรียมพร้อมทางจิตใจ โดยการประชุมกลุ่มครอบครัว (family conference) การให้คำปรึกษาเฉพาะราย (individual counseling)<sup>(5)</sup> การเตรียมพร้อมของคู่สมรสก่อนที่จะเผชิญกับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นหลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ที่ผ่านอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียจะมีการจัดการกับการสูญเสียที่ดี<sup>(17)</sup> โดยมองการสูญเสียตามความเป็นจริง พยายามมุ่งจัดการเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม<sup>(3)</sup> หรือใช้ข้อคิด ข้อยึดเหนี่ยวจากคำพูดของผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว หรือใช้หลักคำสอนทางศาสนา รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์จิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร<sup>(20)</sup> ด้านเศรษฐกิจรวมถึงด้านการสนับสนุนเครือข่ายทางสังคม

### ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการศึกษาเฉพาะในคู่สมรสของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและศึกษาในช่วง 3 เดือนแรกของการสูญเสีย ดังนั้นหากจะนำผลการศึกษาไปใช้ควรพิจารณาในประเด็นดังกล่าวนี้ด้วย

### สรุป

ประสบการณ์การสูญเสียของคู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าไม่แตกต่างจากปฏิกิริยาจากการสูญเสียของบุคคลอื่นเป็นที่รักทั่ว ๆ ไป ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะมีนชา (numbness) 2) ระยะ ซึมเศร้า (depression) และ 3) ระยะกลับคืนสู่ปกติ (recovery) ผู้ที่ประสบกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติจะเป็นผู้ที่มีความรักความผูกพันกับคู่สมรสมาก ฟังฟัง ฟังพากับผู้ที่เสียชีวิตอย่างสูง หรือมีการปิดบังไม่กล้าบอกความจริง หรือเป็นการสูญเสียเกิดขึ้นโดยฉับพลันกะทันหัน ไม่ทันคาดคิด ไม่ทันได้เตรียมใจ ไม่ทันได้เตรียมความพร้อม หรือขาดการจัดการกับการสูญเสียที่ดี รวมถึงขาด

การสนับสนุนทางสังคมที่ดี<sup>(19)</sup> ผู้ที่ผ่านอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียจะมีการจัดการกับการสูญเสียที่ดี<sup>(9)</sup> โดยมองการสูญเสียตามความเป็นจริง พยายามมุ่งจัดการเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม หรือใช้ข้อคิด ข้อยึดเหนี่ยวจากคำพูดของผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว หรือใช้หลักคำสอนทางศาสนา รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์จิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร<sup>(20)</sup> ด้านเศรษฐกิจรวมถึงด้านการสนับสนุนเครือข่ายทางสังคม

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์และเจ้าหน้าที่ศูนย์ชี่วาภิบาลและฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลและการลงพื้นที่ทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณคุณอรสา ไยยง ที่อนุญาตให้ใช้แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียฉบับภาษาไทย (Inventory of Complicated Grief - ICG)

### อ้างอิง

1. พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียและจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล: หลักการและแนวทางการดูแล.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2550 ม.ค. - มี.ค.;52(1):29-45
2. Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. Introduction to nursing: Loss & Grieving. California. Menlo Park, CA: Addison-Wesley, 1989.
3. Corr CA, Nabe CM, Corr DM. Coping with loss and grief. IN: Death & Dying, Life & Living. 6th ed. Belmont, CA: Wadsworth, 2009: 209-58
4. House JS. Work, Stress, and Social Support. Menlo Park, CA: Addison-Wesley, 1981
5. ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันทชาย สิทธิพันธ์, บรรณานิการ.

- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: End of Life Care Improving Care of The Dying. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987), 2556
6. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. แบบรายงานสถิติผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิต ศูนย์ชีวาภิบาล, ประจำปีงบประมาณ 2555 (ตุลาคม 2554 - กันยายน 2555). กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2556
  7. Prigerson H, Ahmed I, Silverman GK, Saxena AK, Maciejewski PK, Jacobs SC, Kasl SV, Aqeel N, Hamirani M. Rates and risks of complicated grief among psychiatric clinic patients in Karachi Pakistan. *Death Stud* 2002 Dec;26(10):781-92
  8. Yaiyong O, Lueboonthavatchai P. Depression and grief of the elderly at the elderly associate in Nonthaburi Province. *J Psychiatr Assoc Thai* 2011 Apr - Jun;56(2):117-28
  9. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF, 3rd, Shear MK, Day N, Beery LC, Newsom JT, Jacobs S. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry* 1997 May;154(5):616-23
  10. อารีวรรณ อ่วมตานี. การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553
  11. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส, 2553
  12. ธนา นิลชัยโกวิทย์. ความเศร้าโศกเสียใจที่เกิดจากการสูญเสียและการตาย. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. *จิตเวชศาสตร์* รามาธิบดี. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, กรุงเทพฯ: ปิ๊ยนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2539:343-5
  13. สิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์, สมพร ชีโนรส. ภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสียคู่ชีวิต. *รามาธิบดีพยาบาลสาร* 2554 ก.ย.-ธ.ค.;7(3):238-44
  14. สิริวรรณ คงทอง, วราภรณ์ คงสุวรรณ, กิตติกร นิลมานัต. ศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตาย, บทควมวิจัย. เสนอในการประชุมหาญใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 เรื่อง การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย; 10 พฤษภาคม 2556, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, 2556:51-9
  15. Kubler-Ross E. *On death and dying*. New York: Mac Millan, 1969
  16. Zisook S, Shuchter SR. Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry* 1991 Oct;148(10):1346-52
  17. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing, 1984
  18. Coombs MA. The mourning before: can anticipatory grief theory inform family care in adult intensive care? *Int J Palliat Nurs* 2010 Dec;16(12):580-4
  19. Hogan BE, Linden W, Najarian B. Social support interventions: do they work? *Clin Psychol Rev* 2002 Apr;22(3):383-442
  20. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. *J Behav Med* 1981 Dec;4(4):381-406