

ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของภรรยาที่สามีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต:
การปฏิบัติตามวิถีพุทธเพื่อการเยียวยา*

Grief Experiences of Thai Buddhist Wives of Dead Patients from
Critical Illness : Practicing Buddhism Ways for Self-Healing

สิริวรรณ นิรมาล,** พย.ม.
วารภรณ์ กงสุวรรณ,*** Ph.D.
กิตติกร นิลมานัต,*** Ph.D.

Siriwan Nirmal, M.N.S.
Waraporn Kongsuwan, Ph.D.
Kittikorn Nilmanat, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของภรรยาที่สามีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมเนิวติกซ์ ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ คู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยวิกฤตและตายจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสงขลาจำนวน 15 ราย ซึ่งเป็นภรรยาของผู้ที่เสียชีวิต เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลจากการถอดเทปตามวิธีการของแวน มาเนน ผลการวิจัยพบว่า ความหมายของประสบการณ์ทั้งหมดแบ่งได้เป็น 12 กลุ่มความหมายหลักซึ่ง “การปฏิบัติตามวิถีพุทธเพื่อการเยียวยา” เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มความหมายของภาวะเศร้าโศกที่คู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ประกอบไปด้วย 2 ประเด็นย่อยคือ 1) การปฏิบัติตามวิถีพุทธอย่างสม่ำเสมอ และ 2) การทำความเข้าใจความจริงของชีวิต ซึ่งการปฏิบัติตามวิถีพุทธอย่างสม่ำเสมอ มี 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) ทำบุญ ตักบาตร 2) ศึกษาธรรมะ 3) สวดมนต์และ

นั้งสมาธิ

ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลให้แก่พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพในการติดตาม และดูแลคู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตในโรงพยาบาล และสามารถใช้ในการปฏิบัติตามวิถีพุทธในการแนะนำบุคคลไทยพุทธที่มีการสูญเสียเพื่อเป็นการเยียวยาให้คลายทุกข์ในระยะเศร้าโศก
คำสำคัญ : ประสบการณ์เศร้าโศก คู่สมรสไทยพุทธ ผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต

Abstract

This hermeneutic phenomenological study aimed to describe grief experiences of Thai Buddhist wives of dead patients from critical illness. Fifteen Thai Buddhist wives were participants. Data were collected by using individual in-depth interview. van Manen's approach was modified for data analysis. The findings revealed 12 thematic categories that structured the experience. “Practicing following Buddhism ways

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

** อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

for self-healing” was one of major themes. This theme included two sub-themes of 1) Practicing following Buddhism ways regularly and 2) Understanding the reality of life. Sub-theme, Practicing following Buddhism ways provided three activities: 1) Offering foods to monks 2) Studying Buddhism principles, and 3) Praying and practicing meditation.

The findings of this study can be used to suggest nurses and other healthcare providers to follow up and taking care of spouses of dead patients from critical illness. Practicing following the Buddhism ways can be recommended for grieving Thai Buddhists to heal themselves and relief from their suffering during bereavement period.

Key words : Grief experiences, Thai Buddhist spouses, dead patients from critical illness

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความตายเป็นองค์ประกอบหนึ่งของชีวิต เป็นภาวะวิกฤตเร่งด่วนของชีวิตและเป็นการสูญเสียที่อาจก่อให้เกิดประสบการณ์ที่สร้างความรู้สึกเจ็บปวด โดยเฉพาะสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยวิกฤต เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตมักเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงจากสาเหตุต่างๆ และถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงโดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง ระบบไหลเวียน และระบบหายใจจนร่างกายไม่สามารถที่จะตอบสนอง หรือปรับตัวเข้าสู่สภาพปกติได้ (วิชัย วงศ์ชนะภัย, 2546) และคุณภาพต่อชีวิตได้ทุกเมื่อหากไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง หรือได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วอาจเสียชีวิตในที่สุด (รัชนี หลงสวาสดี, 2554; สุจิตรา ลิมอำนวยลาก, 2551) ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวที่สูญเสียอยู่ในภาวะเศร้าโศก

ภาวะเศร้าโศก (grief) เป็นกระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียตามธรรมชาติ จากการรับรู้ว่าจะต้องสูญเสีย หรือคาดว่าจะต้องมีการสูญเสีย และสูญเสียบุคคลที่ตนรัก ผูกพันใกล้ชิด หรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อตนเอง (ชนานิษฐ์โกวิท, 2550; Buglass, 2010 ; Morton, Fontaine, Hudak & Gallo, 2005) โดยสาเหตุของภาวะเศร้าโศก คือ การสูญเสีย (loss) อาจได้แก่ การสูญเสียวัตถุสิ่งของ ตำแหน่งหน้าที่การงาน การแยกจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย การสูญเสียความสามารถ สุขภาพ อวัยวะ หรือการสูญเสียบุคคลที่ตนรักจากการเจ็บป่วย (วรภรณ์ คงสุวรรณ และ สิริวรรณ คงทอง, 2556; Potter, 2006) โดยการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักถือได้ว่าเป็นการสูญเสียที่สมบูรณ์และถาวรมีผลให้สมาชิกในครอบครัวตอบสนองต่อการสูญเสีย นอกจากนี้ การเสียชีวิตของกลุ่มสมรสก่อให้เกิดความเศร้าโศกแก่คู่สมรสที่มีชีวิตอยู่ได้ถึงร้อยละ 100 (พีรพันธ์ ลือบุญรัชชัย, 2550; Anderson, Arnold, Angus & Bryce, 2008)

ภาวะเศร้าโศกส่งผลกระทบต่อคู่สมรสของผู้ป่วย รู้สึกไม่มั่นคงในอาการของบุคคลที่ตนรัก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้าง หน้าที่ บทบาทของสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด (รัชนี หลงสวาสดี, 2554) ตลอดจนสังคมและเศรษฐกิจ (Hogan, 2001) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ (Baier & Buechsel, 2012) โดยจากการศึกษาอาการทางร่างกายและจิตใจในภาวะเศร้าโศกจากภรรยาที่สูญเสียสามีของโควาล์สกี และ บอนด์มาส (Kowalski & Bondmass, 2008) ซึ่งศึกษาจากหญิงหม้ายในประเทศสหรัฐอเมริกาที่สูญเสียสามีจากการเจ็บป่วยทางอายุรกรรม โดยไม่ระบุว่าเจ็บป่วยเรื้อรังหรือวิกฤต จำนวน 173 ราย และการศึกษาภาวะสูญเสียและเศร้าโศกจากประสบการณ์ของหญิงหม้ายจากเหตุการณ์พิบัติภัยของผานิต บุญตระกูลจินตนา เลิศไพบุลย์ และ ถนอมศรี อินทนนท์ (2551) ซึ่งหญิงหม้ายส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม และสามีเสียชีวิตจากภาวะวิกฤตจากเหตุการณ์พิบัติภัย พบว่า

ภาวะเศร้าโศกส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย ดังนี้

- 1) ปวด ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อและกระดูก ปวดหลัง และ ปวดศีรษะ
- 2) ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และคลื่นไส้อาเจียน
- 3) โรคประจำตัวกำเริบ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขึ้น ระบบทางเดินหายใจมีปัญหา
- 4) การนอนหลับ ได้แก่ นอนไม่หลับ ผันรำย และนอนหลับยาก และ
- 5) ระบบประสาทและหลอดเลือด ได้แก่ อ่อนล้าง่าย ขาบริเวณขา เวียนศีรษะ เป็นลม และภาวะเศร้าโศกส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจ ได้แก่ มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ซึมเศร้า รู้สึกผิด รู้สึกตึงเครียด กังวลกับชีวิตข้างหน้า และหงุดหงิด นอกจากนี้การศึกษาของพีรพันธ์ ลือบุญรัชชัย (2550) ยังพบอีกว่า ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าโศกบางรายอาจจะรุนแรงจนเกิดโรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายรายมีประวัติการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รัก โดยเฉพาะการเสียชีวิตของกลุ่มสมรสหรือสมาชิกในครอบครัว

จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศพบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกในกลุ่มสมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยจากการสูญเสียด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของสมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อนการสูญเสีย (Ross, 2008) ผลกระทบของภาวะเศร้าโศกต่อสมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อนการสูญเสีย (Holley & Mast, 2009) ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของผู้ดูแลจากการสูญเสียคู่สมรสที่เจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม (Romero, 2010) ภาวะเศร้าโศก และภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติของสมาชิกผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายก่อนและหลังการสูญเสีย (Holtlander & McMillan, 2011) และประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียปู่และย่า (Gilrane-McGarry & O'Grady, 2012) ส่วนในประเทศไทยที่ผ่านมามีการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการเยียวยาความเศร้าโศกของผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักด้วยกิจกรรมทางพุทธศาสนา และการปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยาของพระปณต คุนวุฑฒิ และ สาระ มุขติ

(2554) ซึ่งเป็นการศึกษาเยียวยาหลังการสูญเสีย และเป็นการศึกษาในกลุ่มทั่วไปไม่ใช่ในกลุ่มสมรส ส่วนการศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตพบว่า ยังไม่มีผู้ที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤตและใกล้ตาย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ ความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัว ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (จารุวรรณ บุญรัตน์ และ สุพัตรา อุปนิสากร, 2555; ชิตินา วทานิเวช, 2540; สุนิศา สุขตระกูล, 2544) ส่วนการศึกษาที่ใกล้เคียงพบเพียงการศึกษาประสบการณ์ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้เสียชีวิตของยูนิดา อารามรมย์ กิตติกร นิลมานัด และ พัชรียา ไชยลังกา (2552) ซึ่งผลการศึกษาปฏิบัติการของภาวะเศร้าโศกของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย ก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตพบปฏิบัติการ ดังนี้ ซ็อกตัวชา ต่อรองทำใจยอมรับ โกรธ หมดหวัง ปฏิเสธ นอกจากปฏิบัติการแล้วครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตายได้ให้ความหมายของประสบการณ์ว่า 1) กระทั่งหัน ตั้งตัวไม่ติด 2) การสูญเสียเคืองกว้าง 3) ช่วงคาบเกี่ยวระหว่างความเป็นกับความตาย และ 4) อยู่อย่างมีความหวัง ซึ่งเห็นได้ว่าจำเป็นต้องศึกษาเรียนรู้และทำความเข้าใจภาวะเศร้าโศกรวมทั้งแนวทางในการดูแลคู่สมรสที่สูญเสียคู่ชีวิตให้สามารถผ่านพ้นระยะต่างๆ ของปฏิบัติการการสูญเสียจนกลับเข้าสู่กิจวัตรประจำวันตามเดิม โดยไม่มีความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจเกิดขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของภรรยาที่สามีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตในบริบทของประชาชนในเขตจังหวัดสงขลา ไทยพุทธ โดยใช้วิจัยเชิงคุณภาพ เชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์

ตามการรับรู้ของภรรยาของผู้ป่วย โดยการปฏิบัติตามวิธีพุทธเพื่อการเยียวยา รายงานการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ความรู้จากประสบการณ์นี้สามารถนำมาเป็นพื้นฐานในการออกแบบการพยาบาลภรรยาที่มีภาวะเศร้าโศก จากการสูญเสียสามีได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพ และต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนการสูญเสียจนถึงหลังการสูญเสีย เพื่อช่วยให้ภรรยาของผู้ป่วยปรับตัวต่อภาวะเศร้าโศกได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และร่วมดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้เสียชีวิตเพื่อส่งเสริมให้เกิดการจากไปอย่างสงบ รวมทั้งสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่ออธิบายประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเฮอเมเนนตีคส์ (Hermeneutic phenomenology) โดยเป็นการศึกษาวิทยาศาสตร์มนุษย์ หรือศาสตร์และศิลป์แห่งการตีความ (van Manen, 1990) ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสม เพื่อทำความเข้าใจภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และการให้ความหมายภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธ โดยศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศก ตั้งแต่ภาวะเศร้าโศกช่วงก่อนการสูญเสีย (anticipatory grief) จนกระทั่งช่วงหลังการสูญเสียอย่างน้อย 6 เดือน เนื่องจากผู้สูญเสียได้มีการปรับตัว และภาวะเศร้าโศกมักดีขึ้นภายใน 6 เดือน (Anderson, Arnold, Angus & Bryce, 2008) ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดของดังนี้

1. เป็นกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจาก

การเจ็บป่วยวิกฤตในโรงพยาบาล

2. มีประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียคู่สมรส
3. คู่สมรสเสียชีวิตเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยิน
5. เป็นผู้ที่สมัครใจและยินดีที่จะเล่ารายละเอียดประสบการณ์ของตนเอง

การศึกษานี้ได้เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนตุลาคม 2555 ถึง เดือนธันวาคม 2555 แต่เมื่อเก็บข้อมูลพบว่า มีเฉพาะผู้ร่วมวิจัยที่เป็นภรรยา จำนวน 15 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย โดยมีแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก 2 ส่วน ดังต่อไปนี้ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของกลุ่มสมรส/เดือน การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระยะวิกฤตจนเสียชีวิต ระยะเวลาที่ใช้ชีวิตด้วยกัน

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของกลุ่มสมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและเสียชีวิต จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 ท่าน ที่มีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและเสียชีวิต ที่มีอายุการทำงานมากกว่า 5 ปี ซึ่งมี 5 แนวคำถามดังนี้

1. ช่วยกรุณาเล่าให้ฟังว่าท่าน รู้สึกอย่างไรเมื่อทราบว่า สามี/ภรรยาของท่านอยู่ในภาวะวิกฤตและอาจต้องจากท่านไป

2. การเสียชีวิตของสามี/ภรรยา มีความหมายต่อท่านอย่างไรบ้าง

3. กรุณาเล่าประสบการณ์ขณะที่สามี/ภรรยาของท่านใกล้ตาย มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นบ้าง และท่านรู้สึกอย่างไร

4. กรุณาเล่าประสบการณ์หลังการเสียชีวิตของสามี/ภรรยา มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นบ้าง และท่านรู้สึกอย่างไร

5. กรุณาเล่าให้ฟังว่า เมื่อเกิดภาวะเศร้าโศกขึ้น ท่านทำอย่างไรบ้าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของจังหวัดสงขลาเพื่อแนะนำตัว ขออนุญาตในการค้นหารายชื่อผู้ให้ข้อมูล และขอความช่วยเหลือโดยเจ้าหน้าที่พยาบาลแนะนำให้รู้จักกับผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยนัดวัน เวลา สถานที่ สำหรับการสัมภาษณ์ข้อมูล ซึ่งเป็นบ้านพักของผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที และสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 2-3 ครั้งต่อราย โดยก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา มีการอัดเทป ถอดเทปแบบถอดข้อความแบบคำต่อคำ มีการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล และการสัมภาษณ์ยุติเมื่อข้อมูลมีประเด็นที่ซ้ำๆ กัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยประยุกต์ วิธีของแวน มาเนน (van Manen, 1990) โดยอ่านบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปทุกบรรทัด และขีดเส้นคำ วลี และประโยคสำคัญที่สะท้อนถึงประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาจากนั้นนำคำ วลี และประโยคที่ได้มาจัดกลุ่มและตีความ โดยให้ความหมายเดียวกันอยู่

กลุ่มเดียวกัน (thematic category) จากนั้นนำกลุ่มความหมายที่ได้มาเขียนอธิบายและบรรยายความหมายหลายๆ ครั้ง เพื่อให้สามารถสื่อความหมายที่ตรงและเข้าใจ โดยมีการใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลมาประกอบและสนับสนุนความหมายแต่ละความหมายอย่างเพียงพอ รวมทั้งมีการบรรยายบริบทที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถเชื่อมโยงและเข้าใจความหมายของประสบการณ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพ ตามเกณฑ์ของลินคอล์นและกوبا (Lincoln & Guba, 1985) ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือได้ (credibility) ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือโดยการเขียนบันทึกส่วนตัว สัมภาษณ์รายละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที การตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (member check)
2. ความสามารถถ่ายย้ายไปใช้ได้ (transferability) โดยการบรรยายบริบทที่ทำการศึกษา
3. ความสามารถยืนยันว่าไม่เปลี่ยนแปลง (conformability) โดยผู้วิจัยจัดเก็บบทสัมภาษณ์ และการใส่รหัสเบื้องต้น แยกเป็นแฟ้มข้อมูลแต่ละคนอย่างเป็นระเบียบ
4. ความวางใจได้ (dependability or auditability) โดยทุกขั้นตอนอยู่ภายใต้การตรวจสอบและการแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 ราย เป็นภรรยาของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตในโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลทุกราย มีอายุระหว่าง 40-78 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือจำนวน 1 ราย ระดับประถมศึกษาตอนต้น

(ป.1-ป.4) จำนวน 5 ราย ประถมศึกษาตอนปลาย (ป.5-ป.6) จำนวน 4 ราย มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 3 ราย อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญาจำนวน 1 ราย และปริญญาตรีจำนวน 1 ราย ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 7 ราย ประกอบอาชีพแม่บ้านจำนวน 2 ราย รับจ้างจำนวน 3 ราย ค้าขายจำนวน 2 ราย และข้าราชการบำนาญจำนวน 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลมีรายได้/เดือน ไม่เกิน 5,000 บาท จำนวน 7 ราย รายได้ 5,000-10,000 บาท จำนวน 6 ราย รายได้ 10,001-15,000 บาท จำนวน 1 ราย รายได้ 15,001-20,000 บาท จำนวน 1 ราย ระยะเวลาที่ใช้ชีวิตคู่ต่ำสุด 8 ปี สูงสุด 53 ปี โดยระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่ผู้ป่วยเสียชีวิตจนถึงวันสัมพันธภาพต่ำสุด 6 เดือน สูงสุด 4 ปี ในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมาผู้ให้ข้อมูลประสบกับการสูญเสียบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว จำนวน 4 ราย โดยสูญเสียน้องชาย 1 ราย พี่สะใภ้ 2 ราย และลูกสะใภ้ 1 ราย โดยก่อนสามีเสียชีวิต ผู้ให้ข้อมูลได้ปฏิบัติทางศาสนาด้วยการไหว้พระ/สวดมนต์ 8 ราย ไม่ได้ปฏิบัติ 7 ราย และหลังจากสามีเสียชีวิต พบว่าผู้ให้ข้อมูลได้มีการปฏิบัติทางศาสนาพุทธมากขึ้นโดยมีการทำบุญตักบาตร 8 ราย ศึกษาธรรมะ 5 ราย สวดมนต์และนั่งสมาธิ 5 ราย โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาพุทธมากกว่า 1 อย่าง

ผู้ป่วยซึ่งเป็นคู่สมรสที่เจ็บป่วยวิกฤตและเสียชีวิตทั้งหมดเป็นสามีของผู้ให้ข้อมูล มีอายุระหว่าง 42-80 ปี โดยมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและวิกฤต จำนวน 11 ราย เจ็บป่วยเรื้อรังและวิกฤต จำนวน 4 ราย ในการเจ็บป่วยวิกฤตเหล่านี้ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคหัวใจวายเฉียบพลัน จำนวน 5 ราย ติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 4 ราย ช็อกจากสูญเสียเลือด จำนวน 2 ราย หายใจวาย จำนวน 1 ราย บาดเจ็บหลายระบบจากอุบัติเหตุรถ จำนวน 1 ราย ไตวายเฉียบพลัน จำนวน 1 ราย และตับวายเฉียบพลัน จำนวน 1 ราย ระยะเวลาที่เจ็บป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลจนถึงเสียชีวิต

1-20 วัน (เฉลี่ย 4 วัน)

2. ความหมายประสบการณ์ภาวะเศร้าโศก: การปฏิบัติตามวิถีพุทธเพื่อการเยียวยา

ความหมายของประสบการณ์การปฏิบัติตามวิถีพุทธเพื่อการเยียวยา ซึ่งเป็นการดูแลจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ให้ข้อมูลหลังจากสามีได้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต การปฏิบัติมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาความเศร้าโศก ทุกข์ใจ และทำให้สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้โดยล้าพัง ผู้ให้ได้นำหลักคำสอน และหลักปฏิบัติของพระพุทธศาสนามาใช้ในการดูแลตนเอง โดยใช้เวลาในแต่ละวันทำบุญ ตักบาตร ศึกษาและค้นคว้าธรรมะ และนั่งสมาธิ จากที่ไม่เคยปฏิบัติหรือปฏิบัติเป็นบางครั้ง นำไปสู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและจริงจัง เพื่อต้องการให้ตนเองพ้นจากความเศร้าโศก ซึ่งประสบการณ์นี้ประกอบด้วยประเด็นย่อย 2 ประเด็น คือ ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามวิถีพุทธ และเวลาในการทำ ความเข้าใจความจริงของชีวิต

2.1 ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามวิถีพุทธ

เป็นการใช้เวลาที่มีในแต่ละวันมาให้กับการทำบุญ ตักบาตร ศึกษาและค้นคว้าธรรมะ และนั่งสมาธิ จากที่ไม่เคยปฏิบัติหรือปฏิบัติบ้างนำไปสู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและจริงจัง เพื่อให้ตัวเองพ้นทุกข์จากภาวะความเศร้าโศก โดยแบ่งการปฏิบัติตามวิถีพุทธออกเป็น 3 กิจกรรม

2.1.1 ทำบุญ ตักบาตร

เป็นการทำบุญ ตักบาตรอุทิศส่วนบุญส่วนกุศลไปให้ผู้ตาย ตามความเชื่อทางศาสนาพุทธ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่ายังสามารถทำอะไรให้กับผู้ตายเหมือนได้ดูแลต่อเนื่อง จึงทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 อายุ 60 ปีเล่าว่า

“บ้างก็ทำบุญตักบาตรทุกวัน ภรรยา สวดมนต์ทุกคืนขอให้แก่เจอสั่งที่ดีๆ ไปในทางที่ตรงอย่าแหวะเวียนแหวะไหน ขอให้เค้าไปสู่สุคติบอกให้ในทางที่ดี สิ่งเหล่านี้มันทำให้ป้ารู้สึกว่าจะจิตใจเราดีขึ้นเพราะ

เราคนไทยพุทธต้องทำบุญตักบาตร ปูย่าตายาย เจ้า ทำกันมานานแล้ว แล้วผู้ตายก็ได้รับส่วนบุญนั้นด้วย เหมือน เราได้ดูแลเจ้าอีกครั้ง”

เช่นเดียวกันกับผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 ซึ่ง ปกติจะปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานานๆ ครั้ง ได้แก่ สวดมนต์ไหว้พระ และทำบุญ ตักบาตรบ้างไม่สม่ำเสมอ แต่หลังจากสามีเสียชีวิตก็เริ่มมาปฏิบัติอย่างจริงจังมากขึ้น และสม่ำเสมอ เพื่อนำตนเองไปสู่ การพ้นความ เสร้าโศก และรู้สึกวางใจสามารถดูแล ผู้ตายได้กล่าวไว้ว่า

“ไปวัดทำบุญตักบาตรให้เจ้า เอา ปันโตไปวัดทุกวัน มันก็ทำให้เรารู้สึกดีขึ้นเหมือนเป็นการทำบุญให้เจ้า เจ้าจะได้สบาย ได้กินอาหารที่เจ้าชอบ เพราะเจ้าดูแลเรามากแล้ว นี่เป็นทางเดียวที่เราพอจะ ทำได้ มันทำให้เราดีขึ้น”

2.1.2 ศีกษาธรรมะ

เป็นการศึกษาธรรมะจากพุทธศาสนา โดยศึกษาเรื่องกฎแห่งกรรม ความตายเป็นเรื่องธรรมดา รวมถึงได้ฟังธรรม และสนทนาธรรมกับพระ ทำให้ผู้ให้ ข้อมูลได้ขบคิดและแนวทางปฏิบัติที่ทำให้จิตใจสบาย ดังเช่นผู้ให้ข้อมูล อายุ 78 ปี ปกติจะปฏิบัติกิจกรรม ทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเวลาว่างชอบอ่าน หนังสือ และดูโทรทัศน์รายการธรรมะ

“เอาธรรมะมาชม เพราะของรักของ หวงมันต้องมีวันสูญเสีย ต้องจากไป ไหว้พระบ้าง แล (ดู) โทรทัศน์บ้าง แต่เรื่องเจ็บไข้ ไม่สบาย ไม่แล (ไม่ดู) มันนึกถึงอยู่นั้นไม่เอา แต่เวลานี้ก็เปิดโทรทัศน์ช่องพระ นี้แหละดี ฟังพระพูดเวลาพระเทศน์เราฟังก็ดีเหมือนกัน มันทำให้เราปลงได้ แบบว่าของหนักก็อย่าแบกไว้เลย อ่านหนังสือพระบ้าง เอาหนังสือธรรมะมาอ่านบ้าง นานๆ ถึงมันค่อยทำได้ พอหลังจากนั้นทำใจได้ ของ มันสูญเสีย มันต้องเสียใจเป็นธรรมดา มันค่อยๆ ตัดไป ก็เจ้าไปสบายแล้ว”

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูล อายุ 61 ปี ปกติ จะปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานานๆ ครั้ง แต่หลังจาก

สามีเสียชีวิต ก็หันมาศึกษาธรรมะอย่างจริงจัง เพื่อให้ จิตมีสติอยู่กับปัจจุบัน ไม่คิดฟุ้งซ่าน นำมาซึ่ง ความ สุขทางใจอย่าง แท้จริงและเป็นแนวทางในการ ดำเนิน ชีวิตต่อไป

“เอาทางธรรมะ มาชมจิตใจ ไม่ให้เรา คิดฟุ้งซ่าน มันช่วยให้จิตใจดีขึ้น มันทำให้เราใจเย็นขึ้น ไม่คิดมากทำให้เราคิดที่จะทำในสิ่งที่ดีๆ แล้วบ่าก็ไป วัดทำบุญตักบาตร กรวดน้ำ ฟังพระเทศน์ พระ สวดทำให้เราใจเย็นเพราะเค้าสอนไปในแนวทางที่ดี”

2.1.3 สวดมนต์และนั่งสมาธิ

การสวดมนต์และนั่งสมาธิ สามารถ ทำให้จิตใจของผู้ให้ข้อมูลสงบ ไม่คิดเรื่องสามีที่จากไป และทำให้อนหลับได้ดีขึ้น ดังผู้ให้ข้อมูล อายุ 70 ปี ปกติปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ได้แก่ ทำบุญ ตักบาตร และสวดมนต์เป็นประจำ

“สวดมนต์ ไหว้พระทุกคืนตามประสา คนไทยพุทธ ทุกคืนก่อนนอน แต่ตอนเช้าถ้าทำของ ขายก็ไม่ได้ทำ คำนั้นไม่ขาด คือถึงไม่สบายก็ต้องนั่ง สวดมนต์ มันทำให้จิตใจดีขึ้น ก็ทำให้จิตใจเราสงบ บายใจนอนหลับไม่ต้องหวาดผวาคิดถึงเจ้าอีกศาสนา ช่วยให้อึดใจดีขึ้น”

สำหรับผู้เริ่มปฏิบัติกิจกรรมทาง ศาสนาเช่น การสวดมนต์ก็ช่วยทำให้ได้มีสมาธิและ ลดอาการเศร้าไปได้

“สวดมนต์เช้าชั่วโมง เย็นชั่วโมง สวด มาแปลเก่าเดือนแล้วมันก็ดีขึ้นมันทำให้จิตใจเรามีสมาธิ อยู่กับปัจจุบันก็เลยช่วยให้รู้สึกมีความสุขแล้ว”

มีผู้ให้ข้อมูลที่ได้ปฏิบัติธรรมและนั่ง สมาธิภายหลังจากสามีเสียชีวิต จากที่ไม่เคยปฏิบัติมา ก่อน และเริ่มปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและจริงจัง ก็ช่วย ให้จิตใจสบายขึ้น

“พี่ก็สวดมนต์ นั่งสมาธิก็อธิษฐาน ให้ แก่มีความสุข พี่ฟังมาปฏิบัติตอนแก่เสียแล้ว แต่ก่อน ตอนที่อยู่ไม่เคยทำเลยเวลาจะนอนก็นอนเลย พอแก

ไม่อยู่แบบนี้พอก่อนนอนก็จะสวดมนต์บิ๊ป มันทำให้เรารู้สึกนอนหลับ ไม่ต้องกังวลคิดถึงแกแล้ว ทำบุญพอทำเสร็จรู้สึกสบายใจขึ้น”

“ใช้ การสวดมนต์ นั่งสมาธิบ้าง พอได้ไปบวชชีพราหมณ์ เพราะตัวเองชอบด้านนี้ ได้ทำบุญใส่บาตร ไปวัด ทำให้จิตใจไม่วุ่นวายแล้วก็นั่งสมาธิ มันทำให้ดีขึ้นเยอะ คือ มันทำให้จิตใจเราสงบลงจากที่ว้าวุ่น มันทำให้จิตใจเรานิ่งหาทางออกได้ว่าชีวิตเราเป็นแบบนี้ ชีวิตเราก็มีความสุข มีทุกข์”

2.2. เวลาในการทำความเข้าใจความจริงของชีวิต

เป็นช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลได้พิจารณาทำความเข้าใจ เกี่ยวกับความจริงของชีวิตมนุษย์ในเรื่องเกิด แก่ เจ็บตาย ซึ่งเป็นไปตามอายุขัยช่วยให้ยอมรับความจริงของการจากไปของสามีได้ ทั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลและผู้เสียชีวิตที่อยู่ในวัยสูงอายุ มีความเข้าใจ และเห็นความจริงแท้ของชีวิตที่เป็นไปตามธรรมชาติ มีการเตรียมใจยอมรับการเจ็บป่วยและการตายได้มากขึ้น

“เค้า (สามี) มาจากไปตอนอายุมากแล้ว ตอนนั้นเค้าแก่แล้วทำใจได้แบบที่เราแก่แล้วเราก็อยู่ได้คนเดียว ไม่กี่วันเราก็คงจะตายตามแบบนั้นแหละ”

“เรารู้อยู่แล้วว่าคนรุ่นนี้ย่างเข้า 60-70 ก็ขึ้นอยู่กับใครว่ามีบุญมากบุญน้อย โรคภัยก็ตามมาแล้วทุกคนแหละ”

อภิปรายผล

ประสพการณ์การสูญเสียของภรรยาไทยพุทธที่สามีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตในโรงพยาบาล ที่ให้ความหมายของการปฏิบัติตามวิถีพุทธเพื่อการเยียวยาทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับตัวของภรรยาไทยพุทธหลังจากสามีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤตที่เป็นการสูญเสียอย่างกะทันหัน มีเวลาในการดูแลก่อนการเสียชีวิตสั้น ส่งผลให้เกิดภาวะเศร้าโศกเสียใจ

อย่างมาก ต้องใช้เวลาในการทำใจยอมรับการสูญเสีย การดำรงชีวิตภายหลังการสูญเสีย ได้มีการนำหลักศาสนาพุทธและการปฏิบัติตามวิถีพุทธมาใช้ เพื่อให้ตัวเองผ่านพ้นความเศร้าโศก โดยใช้เวลาที่มีในแต่ละวันกับการทำบุญ ตักบาตร สวดมนต์ ไหว้พระ ศึกษา และค้นคว้าธรรมะ จากที่ไม่เคยปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ มาปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อหาทางออกให้ตัวเองพ้นทุกข์จากภาวะความเศร้าโศกตามความเชื่อทางศาสนา เพราะหลักคำสอนของพระพุทธเจ้ามุ่งแสดงแนวทางสำหรับทั้งบรรพชิตและคฤหัสถ์ เพื่อขจัดความทุกข์ สร้างความสุขให้เกิดขึ้นในชีวิตตนเองและครอบครัว (สัญญา คำดี, 2547) คำสอนของศาสนาพุทธ มุ่งให้เกิดปัญญาเพื่อความหลุดพ้น ซึ่งจุดหมายคือการอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข และกลมกลืนกับธรรมชาติ ดังนั้นการปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนาจึงช่วยลดความเศร้าโศกและช่วยในการปรับตัวต่อปัญหาต่างๆ ที่มากระทบ ทำให้มีชีวิตที่ดี (สมภพ เรืองตระกูล, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาผลของการเยียวยาความเศร้าโศกของผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักด้วยกิจกรรมทางพุทธศาสนา และการปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยาของพระปณต คุณวาทุโธ และ สาระ มุขดี (2554) โดยดำเนินการประยุกต์กิจกรรมทางพุทธศาสนา เช่น การรักษาศีล สวดมนต์แปล เจริญเมตตากรรมฐาน สันทนาธรรม ทำบุญ อุทิศกุศล ร่วมกับการให้การปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยาแบบกลุ่ม ต่อเนื่องเป็นเวลา 4 วัน 3 คืน พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความเศร้าโศกหลังการเข้าร่วมกิจกรรม และในระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ ต่ำกว่าคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเกิดความเข้าใจชีวิตหลังการสูญเสียและคุณค่าของชีวิตในปัจจุบันเพิ่มขึ้น

การใช้หลักความจริงของชีวิตในการเยียวยาเป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความจริงของชีวิตมนุษย์ในเรื่อง เกิด แก่ เจ็บตาย โดยชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ เมื่อเกิดก็ต้องมีดับ เหมือนกับทุกอย่าง

ที่อยู่รอบตัวมนุษย์เช่นเดียวกัน ไม่มีสิ่งใดอยู่ค้ำฟ้า หรือไม่มีวันผันแปร และเชื่อในสังสารวัฏ คือ การเวียนเกิดเวียนตายในโลกแห่งความทุกข์ โดยมนุษย์เป็นผลของการเวียนเกิด แก่ เจ็บ ตาย อยู่ในภพภูมิต่างๆ (เมตตานนุ โท ภิกขุ, 2548) นั่นก็คือ ไตรลักษณ์ คือความไม่เที่ยงแท้แน่นอน มีผู้ให้ข้อมูลเพียง 2 รายจาก 15 รายที่ใช้หลักการนี้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 รายอยู่ในวัยสูงอายุ คือ อายุ 67 และ 70 ปี และผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาพุทธอย่างสม่ำเสมอมาก่อน ทำให้สามารถเกิดความเข้าใจเรื่องของสังขารไม่เที่ยงสังขารหรือไตรลักษณ์ สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมของจริยา ชำรัมย์ (2547) ที่พบว่าระยะแรกเมื่อมีการสูญเสียคู่สมรสของผู้ป่วยพยายามควบคุมความรู้สึกลงของตนเองโดยใช้ความเชื่อทางศาสนาพุทธได้แก่ เชื่อว่าความตายหนีไม่พ้น คิดว่าเขาหมดเวรกรรม จะเห็นได้ว่าผู้ให้ข้อมูลสูงอายุเข้าใจในสังขารของชีวิต นอกจากนี้ การเยียวยาตนเองด้วยการใช้หลักคำสอนของศาสนาไม่ได้พบเพียงในศาสนาพุทธเท่านั้น แต่ยังพบในศาสนาอิสลามด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของหญิงม่ายจากเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยของผานิด บุญตระกูลจินตนา เลิศไพบุลย์ และ อนุสมศรี อินทนนท์ (2551) พบว่า ผู้ให้ข้อมูลซึ่งส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามและศาสนาพุทธเพียง 2 ราย ได้ใช้วิธีการจัดการต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศกด้วยการประกอบกิจกรรมทางศาสนาให้กับสามีด้วยการละหมาด ซึ่งถือว่าเป็นการทำอิมาดะฮ์ ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพจิต ช่วยลดความเครียดและรู้สึกสบายใจขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของคู่สมรสไทยพุทธของผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต

ในส่วนของ การปฏิบัติตามวิถีพุทธเพื่อการเยียวยาในครั้งนี้ สามารถนำมาใช้แนะนำหรือส่งเสริมการปฏิบัติตามวิถีพุทธแก่คู่สมรสที่สามีเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายและใกล้ตายเช่น อาจสร้างโปรแกรมการดูแลโดยใช้หลักการและวิถีปฏิบัติทางศาสนาพุทธและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมโดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ซึ่งโปรแกรมควรใช้ในการดูแลภาวะเศร้าโศกตั้งแต่ก่อนการสูญเสียจนถึงหลังการสูญเสีย ควรมีการจัดกิจกรรมกลุ่มแก่คู่สมรสไทยพุทธที่สูญเสียคู่ชีวิต ด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมที่วัดและมีกิจกรรมดังเช่น รักษาศีล สวดมนต์แปล นั่งสมาธิ เจริญกรรม และสันทนาการ เป็นต้น เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและจิตวิญญาณเมื่อต้องสูญเสียบุคคลที่ตนรัก นอกจากนี้ ในการดูแลบุคคลที่สูญเสียคู่ชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ควรมีหน่วยงานพยาบาลและองค์กรทางสุขภาพรับผิดชอบในการติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่องจนคลายจากภาวะเศร้าโศก และควรทำการศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของสามีที่คู่สมรสเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน รวมถึงอาจารย์ที่ปรึกษาทั้ง 2 ท่าน และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- จริยา ชำรัมย์. (2547). *ประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จารุวรรณ บุญรัตน์ และ สุพัตรา อุปนิสากร. (2555). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤต และ

ครอบครัวในไอซียู: ประสบการณ์ทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 4(1), 1-12.

ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2550). ความเศร้าโศกเสียใจที่เกิดจากการสูญเสียและการตาย. ใน *มานุษยวิทยาและปรมาโทย (บรรณาธิการ), จิตเวชศาสตร์รายาธิบัติ.* (หน้า 343-345). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

ธิตมา วทานิเวช. (2540). *ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเองและพยาบาล.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

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

พระปณต คุณวฑูโฒ และ สาระ มุขดี. (2554). ผลของการเยียวยาความเศร้าโศกของผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักด้วยกิจกรรมทางพุทธศาสนาและการปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56, 403-412.

พีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย. (2550). อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียและจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล: หลักการและแนวทางการดูแล. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(1), 31-32.

เมตตานนุ โท ภิกขุ. (2548). ธรรมะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน *เมตตานนุโท ภิกขุ (บรรณาธิการ), ธรรมะ 4 ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 11-112). กรุงเทพฯ: ที.เอ็น.พี. ฟรินดิง.

ยุวนิดา อารามรมย์ กิตติกร นิลมานันต์ และ พัชรียา ไชยลังกา. (2552). ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 32(4), 33-43.

รัชณี หลงสวาสดี. (2554). ปัจจัยที่มีความ

สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(2), 54-67.

วราภรณ์ คงสุวรรณ และ สิริวรรณ คงทอง. (2556). ภาวะเศร้าโศก. ใน *กิตติกร นิลมานันต์ และ วราภรณ์ คงสุวรรณ (บรรณาธิการ), ปรัชญาการแพทย์ที่พบบ่อยในระยะสุดท้ายของชีวิตและการดูแล.* สงขลา: จอยพรีนซ์.

วิชัย วงศ์ชนะภัย. (2546). กฎหมายเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (1). ใน *สมบัติ ตรีประเสริฐสุข (บรรณาธิการ), ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 33-48).* กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). *ความเครียดและอาการทางจิตเวช.* กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สัญญา คำดี. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและการปฏิบัติทางพระพุทธศาสนากับพฤติกรรมทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.* เพชรบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

สุจิตรา ล้อมอำนวยลาภ. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. ใน *สุจิตรา ล้อมอำนวยลาภ และชวน พิศทำนอง (บรรณาธิการ), ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 1-8).* ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

สุนิศา สุขตระกูล. (2544). *ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Anderson, W. G., Arnold, R. M., Angus,

- D. C., & Bryce, C. L. (2008). Posttraumatic stress and complicated grief in family member of patients in the intensive care unit. *Journal of General Internal Medicine, 23*, 1871-1876.
- Baier, M., & Buechsel, R. (2012). A model to help bereaved individuals understand the grief process. *Mental Health Practice, 16*(1), 28-32.
- Buglass, E. (2010). Grief and bereavement theories. *Nursing Standard, 24*(41), 44-47.
- Gilrane-McGarry, U., & O'Grady, T. (2012). Forgotten grievers: An exploration of the grief experiences of bereaved grandparents. *International Journal of Palliative Nursing, 18*, 179 -187.
- Hogan, N. S. (2001). Development and validation of the hogan grief reaction checklist. *Death Studies, 25*, 748-817.
- Holley, C. K., & Mast, B. T. (2009). The impact of anticipatory grief on caregiver burden in dementia caregivers. *The Gerontologist, 49*, 388-396.
- Holtslander, L. F., & McMillan, S. C. (2011). Depressive symptoms, grief, and complicated grief among family caregivers of patients with advanced cancer three months into bereavement. *Oncology Nursing Forum, 38*(1), 60-65.
- Kowalski, S. D., & Bondmass, M. D. (2008). Physiological and psychological symptoms of grief in widows. *Research in Nursing and Health, 31*, 23-30.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage.
- Morton, P. G., Fontaine, D., Hudak, C. M., & Gallo, B. M. (2005). Loss and responses to loss. In *Critical care nursing: A holistic approach* (8th ed, pp. 20-26), Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Potter, M. L. (2006). Loss, suffering, bereavement, and grief. In M. L. Matzo & D. W. Sherman (Eds), *Palliative care nursing* (2nd ed, pp. 279-281), New York: Springer.
- Romero, M. M. (2010). *Grief and personal growth experiences of bereaved spouses and adult child caregivers of individuals with dementia*. Unpublished doctoral dissertation, University of Wisconsin-Milwaukee, Wisconsin.
- Ross, A. C. (2008). *An anticipatory grief as experienced by family caregivers of individuals with dementia*. Unpublished doctoral dissertation, University of Auburn, Alabama.
- van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. New York: State University New York.