



ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากพยาบาล การสนับสนุนจากสามีและปัจจัยส่วนบุคคลกับความเศร้าโศกในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์*

นันทิตา แฝ่วครบุรี พย.ม.**

นิลุบล รุจิรประเสริฐ PhD***

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากพยาบาล การสนับสนุนจากสามีและปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ประวัติการสูญเสียทารกในครรภ์และจำนวนบุตรมีชีวิต กับความเศร้าโศกในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา จำนวน 120 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาล แบบสอบถามการสนับสนุนจากสามี และแบบสอบถามความเศร้าโศกในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและค่าสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า อายุครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเศร้าโศกในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .229, p < .05$) ส่วนอายุ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ประวัติการสูญเสียทารกในครรภ์ จำนวนบุตรมีชีวิต การสนับสนุนจากพยาบาลและการสนับสนุนจากสามี มีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศกในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาการสนับสนุนจากพยาบาล รายด้าน พบว่า การสนับสนุนจากพยาบาลด้านอารมณ์และด้านการประเมินเปรียบเทียบ มีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศกในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$ และ $p < 0.01$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรประเมินความเศร้าโศกของมารดาและเน้นการดูแลด้านอารมณ์ของมารดา โดยเฉพาะมารดาที่มีอายุครรภ์มาก ในช่วง 1-3 วันแรกภายหลังการสูญเสียทารกในครรภ์ เพื่อให้มารดาสามารถปรับตัว และเผชิญกับความเศร้าโศกจากการสูญเสียทารกได้

คำสำคัญ: การแท้ง ทารกตายในครรภ์ การสนับสนุนจากพยาบาล การสนับสนุนจากสามี ความเศร้าโศก

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูญเสียทารกในครรภ์สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ องค์การอนามัยโลกคาดประมาณว่า ในแต่ละปีทั่วโลกมีการสูญเสียทารกในครรภ์ประมาณ 46 ล้านราย¹ จากข้อมูลด้านอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2551-2553 พบว่า จำนวนการสูญเสียทารกในครรภ์คือ 561; 635 และ 679 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนแนวโน้มสูงขึ้น

การสูญเสียทารกในครรภ์ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของมารดา การสูญเสียทารกในครรภ์ที่เกิดจากความตั้งใจของมารดาจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่มักทำให้มารดาเกิดความรู้สึกทางบวก² ในขณะที่มารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ จะพบความรู้สึกทางลบ ได้แก่ ความทุกข์ทรมานใจและความเศร้าโศก^{3,4,5} หากมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจจะส่งผลทำให้เกิดโรคทางจิตได้⁶

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศูนย์วิจัยและมีกอบรมด้านแพศภาวะและสุขภาพสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์เป็นการแสดงออกด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมที่หลากหลายและเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน เป็นกระบวนการที่อาจเกิดขึ้นต่อเนื่องกันหรือสลับไปมา^{4,7} มารดาจะสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียและเข้าสู่กระบวนการเศร้าโศกตามปกติได้ภายใน 1 เดือน หลังสูญเสียทารกในครรภ์⁴ แต่ถ้ามีอุปสรรคครบถ้วนหรือกีดขวางในระหว่างที่กระบวนการเศร้าโศกกำลังดำเนินอยู่ จะทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองล่าช้า ยาวนานหรือมีอาการเศร้าโศกมากเกินไป⁸ จนสามารถก่อให้เกิดโรคทางจิตได้

กระบวนการเศร้าโศกจะดำเนินช้าหรือเร็ว มีระดับมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ปัจจัยภายนอกที่สำคัญประการหนึ่งคือ การสนับสนุนทางสังคมและมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์มีความต้องการแหล่งและประเภทการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน บางการศึกษาพบว่ามารดาต้องการสนับสนุนจากพยาบาล^{3,9} แต่บางการศึกษา พบว่าสามีเป็นบุคคลที่มารดาต้องการและสามารถช่วยให้มารดาคลายความเศร้าโศกได้¹⁰ นอกจากการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นปัจจัยภายนอกแล้ว ปัจจัยภายในหรือปัจจัยส่วนบุคคลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความเศร้าโศกเช่นกัน โดยปัจจัยที่มีความสำคัญได้แก่ อายุของมารดา^{11,12} อายุครรภ์^{8,13,14} ความตั้งใจในการตั้งครรภ์^{15,16} ประวัติการสูญเสียทารกในครรภ์^{17,18} และจำนวนบุตรมีชีวิต¹³

จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า การศึกษาวิจัยในกลุ่มมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์มีค่อนข้างจำกัด เมื่อวิเคราะห์งานวิจัยต่างๆ ที่มีอยู่พบว่า การศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบข้อสรุปที่ชัดเจน กล่าวคือ งานวิจัยส่วนใหญ่^{14,15,19} ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล กับความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์ สำหรับการสนับสนุนทางสังคม การศึกษาที่พบในประเทศไทย เป็นการศึกษาโดยภาพรวม กล่าวคือ เป็นการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากสามีและบุคลากรด้านสุขภาพ¹⁹ ทำให้ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าภายหลังการสูญเสียทารกในครรภ์ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งใด สามารถตอบสนองความต้องการของมารดาและช่วยให้มารดาคลายความเศร้าโศกได้ดีกว่ากัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากพยาบาลและการสนับสนุนจากสามีรวมทั้งปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ประวัติการสูญเสียทารกในครรภ์ จำนวนบุตรมีชีวิต เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำควมเข้าใจเกี่ยวกับความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์และนำไปสู่การพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อลดระดับความเศร้าโศกที่รุนแรงและป้องกันผลกระทบด้านจิตสังคมของมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและด้านสติกรรม ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ประวัติการสูญเสียทารกในครรภ์และจำนวนบุตรมีชีวิต กับระดับความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากพยาบาลกับระดับความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากสามีกับระดับความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ประชากร คือ มารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์เนื่องจากการแท้งเอง การตั้งครรภ์นอกมดลูก การตั้งครรภ์ไขปลาคูก การทำแท้งเพื่อการรักษาทารกตายในครรภ์ และทารกตายคลอด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมาโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากร ตามเกณฑ์ในการตัดเข้าดังนี้ อายุ 18 ปี ขึ้นไป อยู่ด้วยกันกับสามีและได้รับการเยี่ยมจากสามี ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเคยเจ็บป่วยโรคทางจิตเวช สามารถอ่าน เขียน สื่อสารภาษาไทยได้ เข้าใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเท่ากับ 120 ราย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและด้านสติกรรม ประกอบด้วย อายุ อายุครรภ์ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการสูญเสียทารกในครรภ์และจำนวนบุตรมีชีวิต 2) แบบสอบถามการสนับสนุนจากพยาบาล และแบบสอบถามการสนับสนุนจากสามี เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเฮาส์²⁰ และดัดแปลงข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยการสนับสนุนจากพยาบาล และสามี 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินเปรียบเทียบ การด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ แบบสอบถามทั้งสองชุดผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.09 และ 0.98 ตามลำดับ นำไปทดลองใช้กับมารดาจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามทั้งสองชุด เท่ากับ 0.94 และ 0.91 ตามลำดับ 3) แบบสอบถามเพื่อประเมินความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์ (The perinatal grief scale) เป็นแบบสอบถามของจิตรลดาว่องวิทย์การ¹⁹ ซึ่งปรับเปลี่ยนภาษาของข้อคำถามมาจากแบบสอบถามความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์จากการแต่งเองของกันยารักษ์ เญยเจริญ³ ที่แปลและดัดแปลงมาจากโทเดออร์และคณะ²¹ ซึ่งผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก และนำแบบสอบถามมาทดลองใช้กับมารดาจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงร่างงานวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นและโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยกล่าวแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และชี้แจงว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ขณะตอบแบบสอบถามหากพบว่า

มารดาแสดงอาการเศร้าโศกเสียใจ ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือ และหากมารดาปฏิเสธจะตอบแบบสอบถามต่อ ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลทันที และในกรณีที่มารดามีคะแนนความเศร้าโศกในระดับค่อนข้างมากถึงมาก ผู้วิจัยจะแจ้งให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบและประสานงานกับนักจิตวิทยาเพื่อช่วยเหลือดูแลเช่นกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และขอความร่วมมือจากมารดาเข้าร่วมการวิจัยในวันที่ 2 ของการพักรักษาในโรงพยาบาล เมื่อมารดายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายการทำแบบสอบถามอย่างละเอียด และให้มารดาตอบแบบสอบถามเองในห้องที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ ในวันที่มารดาได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อมารดาแต่ละรายตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลทั้งหมดไปดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการสนับสนุนจากพยาบาล การสนับสนุนจากสามีเป็นรายด้าน และระดับความเศร้าโศกโดยภาพรวม หาความสัมพันธ์โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านสติกรรมของมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์ กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 19-48 ปี (เฉลี่ย 28.59 ปี) ส่วนใหญ่ร้อยละ 61.7 อยู่ในช่วงอายุ 20-34 ปี การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.2 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 56.7 รายได้เฉลี่ยของมารดาต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท/เดือน และน้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 35.8 และร้อยละ 34.2 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลด้านสติกรรมพบว่า การตั้งครรภ์ปัจจุบันเป็นครรภ์แรก และครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 41.7 และ 29.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่



ร้อยละ 70 ไม่เคยมีประวัติการสูญเสียทารกในครรภ์มาก่อน การตั้งครรภ์ปัจจุบันอยู่ในช่วงไตรมาสแรก (1-14 สัปดาห์) และไตรมาสที่สอง (15-28 สัปดาห์) ร้อยละ 58.3 และ 40 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 55.8 ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มาก่อน แต่ส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.7 ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสติกรรม การสนับสนุนจากพยาบาล การสนับสนุนจากสามีกับความเครียดในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์ พบว่า อายุครรภ์มีความสัมพันธ์กับความเครียดในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ประวัติการสูญเสียทารกในครรภ์ จำนวนบุตรมีชีวิต การสนับสนุนจากพยาบาล และการสนับสนุนจากสามี มีความสัมพันธ์กับความเครียดในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 1)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุครรภ์ มีความสัมพันธ์กับความเครียดในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์ อธิบายได้ว่า เมื่อมารดาทราบว่าตนเองตั้งครรภ์จะเกิดความผูกพันกับทารกในครรภ์ และความผูกพันจะเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมารดาทราบว่ามีการเดินของทารกในครรภ์ซึ่งความผูกพันที่มีต่อบุคคลอื่นเป็นที่รัก มีผลต่อความเครียดในมารดาที่เกิดการสูญเสีย²² อายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับความเครียดในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของโรแลนด์และลี¹² ที่พบว่ามารดาอายุมากมีผลกระทบต่อจิตใจมากกว่ามารดาอายุน้อย เนื่องจากโอกาสในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปมีน้อยลง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าอายุไม่เกี่ยวข้องกับความเครียดในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์ อาจเนื่องจากการรับรู้เรื่องอายุกับโอกาสในการตั้งครรภ์ของมารดาในบริบทที่ต่างกัน อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจและความเครียดที่ต่างกัน

ความตั้งใจในการตั้งครรภ์พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเครียดในมารดาที่สูญเสียทารกใน

ครรภ์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แสดงว่าความตั้งใจในการตั้งครรภ์ไม่เกี่ยวข้องกับความเครียดในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{15,16} ที่พบว่ามารดาที่มีการวางแผนในการตั้งครรภ์เมื่อเกิดการสูญเสียทารกในครรภ์ จะมีความเครียดในมารดาสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ลักษณะข้อคำถามในแบบสอบถามเป็นการถามการวางแผนหรือความตั้งใจในการตั้งครรภ์ก่อนการตั้งครรภ์ ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าในมารดาที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ เมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป มารดาอาจเกิดการยอมรับการตั้งครรภ์และมีความผูกพันกับทารกในครรภ์ เมื่อเกิดการสูญเสียทารกในครรภ์จึงทำให้เกิดความเครียดในมารดาเช่นเดียวกันกับมารดาที่วางแผนหรือตั้งใจในการตั้งครรภ์

การสนับสนุนจากพยาบาล พบว่าการสนับสนุนจากพยาบาลโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความเครียดในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แสดงว่าการสนับสนุนจากพยาบาลไม่เกี่ยวข้องกับความเครียดในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{23,24} ทั้งนี้อาจเนื่องจาก มารดาอยู่ในระยะหลังสูญเสียทารกในครรภ์ 3 วันแรก ยังเกิดความเครียดในมารดา ถึงแม้ว่ามารดาจะได้รับการสนับสนุนดูแลจากพยาบาล ก็ไม่สามารถคลายความเครียดได้ และอาจเนื่องจากพยาบาลที่ให้การดูแลผลัดเปลี่ยนกันไปเรื่อยๆ ทำให้มารดาไม่คุ้นเคยกับพยาบาล ดังนั้นเมื่อเกิดความเครียดหรือมีปัญหา มารดาจึงไม่กล้าพูดคุยระบายความรู้สึกหรือซักถามพยาบาล แต่เมื่อพิจารณาการสนับสนุนจากพยาบาลรายด้าน พบว่าการสนับสนุนจากพยาบาลด้านอารมณ์ และด้านการประเมินเปรียบเทียบกับมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์ อาจเนื่องมาจากความเครียดเป็นปฏิกิริยาการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก ที่มีต่อการสูญเสียทารกในครรภ์ มารดาจะรู้สึกเศร้า เสียใจ รู้สึกผิด รวมทั้งสูญเสียความรู้สึกในตัวเองที่ไม่สามารถดูแลปกป้องทารกในครรภ์ได้ การสนับสนุนด้านอารมณ์จะช่วยให้มารดาได้รับการประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ และรู้สึกว่ามีบุคคลอื่นที่เข้าใจตนเอง



การสนับสนุนจากสามีพบว่ามีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศกในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ทั้งในภาพรวมและรายด้าน แสดงว่าการสนับสนุนจากสามีไม่เกี่ยวข้องกับ ความเศร้าโศกในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สรุปผลไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่น^{12,25} ทั้งนี้อาจเนื่องจากบริบทด้านสังคมในการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาในสังคมตะวันตก ซึ่งครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว สามีมักเป็นบุคคลใกล้ชิดกับมารดามากที่สุดและเป็นแหล่งสนับสนุนหลักของมารดา แต่ในสังคมไทย ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย มารดาอาจมีความใกล้ชิดและผูกพันกับบุคคลอื่น เช่น มารดาหรือญาติพี่น้อง เมื่อเกิดเหตุการณ์เศร้าโศกเสียใจจากการสูญเสียทารกในครรภ์ นอกจากสามีแล้ว มารดาต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในครอบครัวและเพื่อนร่วมด้วย¹⁹

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยพบว่าอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น จะทำให้มารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์มีความเศร้าโศกมาก ดังนั้นการดูแลมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับอายุครรภ์ของมารดา โดยเฉพาะในรายที่เกิดการสูญเสียทารกในครรภ์เมื่ออายุครรภ์มาก เนื่องจากมารดาอาจเกิดความเศร้าโศกมาก การประเมินความเศร้าโศกตั้งแต่ระยะแรกในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และติดตามต่อเนื่องไปที่บ้าน รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยให้มารดาผ่านกระบวนการเศร้าโศกไปได้อย่างปกติ

2. ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนจากพยาบาล ด้านอารมณ์และด้านการประเมินเปรียบเทียบ มีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์ ในขณะที่การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรไม่มีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศกในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์ ดังนั้นในช่วงระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1-3 วันแรก พยาบาลไม่ควรมุ่งเน้นการให้ข้อมูลมากเกินไป แต่ควรเน้นเรื่องการดูแลและช่วยเหลือมารดาด้านจิตอารมณ์เป็นหลัก

3. จากผลการศึกษาพบว่าในช่วงระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1-3 วันแรก การสนับสนุนจากพยาบาล ด้านอารมณ์และด้านการประเมินเปรียบเทียบสามารถทำให้ความเศร้าโศกในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์ลดลง ดังนั้นควรมีการศึกษาแนวทางการพยาบาลด้านจิตอารมณ์ในการดูแลมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์

References

1. World Health Organization. Safe abortion: Technical and policy guidance for health system. Geneva: World Health Organization; 2003.
2. Theerasamkun S. The selected factors at relationship with spiritual well-being in teenage illegal abortion. [Thesis]. Choburee: Buapha University; 2006.
3. Nguycharoen G. Student of grief and caring needs of women with miscarriage. [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1998.
4. Sooksawat T. The experience of grieving in mother who have death fetus in utero. [Thesis]. Choburee: Buapha University; 2003.
5. Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following perinatal loss. Post Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2007; 21(2): 229-243.
6. Reangtrakul S. Pregnancy, Psychosis and Therapy. Bangkok: Reankeawkanpim, Thailand; 2007.
7. Marker C, Ogden J. The miscarriage experience: more than just a trigger to psychological morbidity. Psychology and Health 2003; 18 (3): 403-405.
8. Simpson KR, Creehan PA. (Eds). Perinatal Nursing. 2nd ed. New York: Victor Print; America; 2001.
9. Saflund K, Sjogren B, Wreding R. The role of caregivers after stillbirth: Views and experiences of parent. Birth 2004; 3: 132-137.
10. Kim C. Miscarriage experience and the role of support system: A pilot study. British Journal of Medical Psychology 1995; 63(3): 259-267.
11. Kwan-ho Sham A, Gar-chung M, Yau-bong W. Psychiatric morbidity following miscarriage in Hong Kong. General Hospital Psychiatry 2010; 32(1): 284-294.



12. Rowlands I, Lee C. Correlates of miscarriage among young women in the Australian longitudinal study on women's health. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2009; 27(1): 40-53.
13. Janssen HJEM, Cuisinier MCJ, DeGraauw KPHM, Hoogduin KAL. A prospective study of risk factors predicting grief intensity following pregnancy loss. *Archives of General Psychiatry* 1997; 1(54): 56-61.
14. Jultanas R. Factors related to maternal grief after prenatal loss. [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2002.
15. Beutel M, Deckhardt R, Rad M, Werner H. Grief and depression after miscarriage: Their separation, antecedents and course. *Psychosom Med* 1995; 57: 517-526.
16. Simmons RK, Singh G, Maconochie N, Doyle P, Green J. Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Women's Health Study. *Social Science & Medicine* 2006; 63: 1934-1946.
17. Fert KL, Bergner A, Beyer R, Klapp BF, Rauchfuss M. Levels and effects of different forms of anxiety during pregnancy after a prior miscarriage. *European Journal of Obstetrics & Reproductive Biology* 2009; 142: 23-29.
18. Serrano F, Lima ML. Recurrent miscarriage: Psychological and relation consequences for couples. *The British Psychological Society* 2006; 79: 585-594.
19. Wongwiggan C. The influence of selected factors self-esteem and social support on maternal grief after pregnancy loss. [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2003.
20. House JS. *Work Stress and Social Support*. California: Addison-Wesley Publishing, London; 1981.
21. Toedter LJ, Lasker JN, Alhadeef JM. The perinatal grief scale: Development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry* 1988; 58(3): 435-449.
22. Bowlby J. *Loss: Sadness and Depression*. Harmondsworth: Penquin Books, London; 1980.
23. Pengkasukuntho P. Effects of situational adjustment nursing support program on grief in pregnant women with miscarriage. [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2004.
24. Muenwatzai S. The effect of nursing care program based on Swanson's caring theory on grief of women with spontaneous abortion. [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2009.
25. Conry J, Prinsloo C. Mothers' access to supportive hospital services after the loss of baby through stillbirth or neonatal death. *HEALTH SA GESONDHEID* 2008; 13(2): 14-24.

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ อายุครรภ์ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ประวัติการสูญเสียทารกในครรภ์ จำนวนบุตรมีชีวิต การสนับสนุนจากพยาบาลและการสนับสนุนจากสามีกับความเศร้าโศกในมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุครรภ์	0.2290	0.0120*
อายุ	-0.1201	0.1914
ความตั้งใจในการตั้งครรภ์	0.1651	0.0716
ประวัติการสูญเสียทารกในครรภ์	-0.0805	0.3821
จำนวนบุตรมีชีวิต	-0.1340	0.2101
การสนับสนุนจากพยาบาล	0.1572	0.860
การสนับสนุนจากสามี	0.0236	0.7984

* p < 0.5



The Relationship between Nurse Support, Spouse Support, Personal Factors and Maternal Grief after Pregnancy Loss*

Nantida Pheawkronburee M.N.S.**

Nilubon Rujiraprasert PhD***

Abstract

This descriptive study aimed to determine the relationship between nurse support, spouse support, personal factors and maternal grief after pregnancy loss. The sample consisted of 120 prenatal loss mothers, who were admitted at Maharach Nakhon Ratchasima Hospital. Data were collected using the demographic data form, the nurse support questionnaire, the spouse support questionnaire, and the perinatal grief scale. Pearson's product moment coefficient of correlation and Spearman's correlation were used for data analysis.

Results of the study indicated that gestational age was positively correlated with maternal grief after pregnancy loss ($r = .229, p < 0.05$). No significant correlation was found among maternal age, intend of pregnancy, history of previous pregnancy loss, number of living child, nurse support, and spouse support with maternal grief ($p > 0.05$). However, emotion support and appraisal support from nurses were significantly correlated with maternal grief ($p < 0.05$ and $p < 0.01$, respectively). From the results of the study, nurses should assess maternal grief after pregnancy loss and provide emotional care to mother, especially during 1–3 days after pregnancy loss. These will help the mothers adjust and cope with their grief from pregnancy loss.

Keywords: abortion, death fetus in utero, nurse support, spouse support, grief

*Thesis of Master of Nursing Science, Advanced Midwifery, Graduate School, Khon Kaen University

**Student of Master of Nursing Science Program in Advanced Midwifery, Khon Kaen University

***Assistant Professor. Center for Research and Training on Gender and Women's Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University