

ความเศร้าโศกของบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย

The grief of parents who lost a child from illness

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2562

Volume 42 No.2 (April-June) 2019

สุธีรา ยากองไชย พย.ม* จันทนา ตั้งวงพงษ์ชัย ป.ศ.ด.**

Suteera Yathongchai RN.M.N.S.(Pediatric Nursing)* Jintana Tangvoraphonkchai PH.D.(Nursing)**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเศร้าโศกของบิดามารดาที่มีบุตรเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วยที่เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่นไม่เกิน 6 เดือนทั้งที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล จำนวน 41 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดความเศร้าโศก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคือ ความถี่ ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่าบิดามารดาที่มีบุตรเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเศร้าโศกโดยรวมอยู่ในระดับน้อยและเมื่อพิจารณารายด้าน ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านอารมณ์ รองลงมาคือด้านการรู้คิด ด้านจิตวิญญาณ ด้านร่างกายและด้านสังคมตามลำดับ ดังนั้นการให้การดูแลความเศร้าโศกของบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วยจึงควรให้การดูแลแบบองค์รวมโดยเฉพาะการดูแลด้านอารมณ์

คำสำคัญ: ความเศร้าโศก บิดามารดาที่สูญเสียบุตร

Abstract

This descriptive study aimed to examine the grief of parents who have lost their children from illness. The sample included 41 parents whose children were receiving medical care from Srinagarind Hospital, Khon Kaen Province .The patients passed away within 6 months prior to when the study began and were not limited to those who had passed away inside the hospital.The instruments were a demographic data record and holistic grief scale. Data was analyzed using descriptive statistic ; frequency, percentage, mean and standard deviation.The major finding showed that holistic grief scores were at a low level. The emotional component had the highest scores, followed by cognitive, spiritual, physical and social components,respectively. Therefore, the bereavement care program in parents who lost their children from illness should design for holistic care. especially on providing emotional care.

keywords : grief, bereaved parents

*Master of Nursing Student in Child Health Nursing, Faculty of Nursing, KCU.

**Associate Professor, Child Health Nursing Department, and Deputy Director of Research and Training Center for Enhancing Quality of Life among Working age people, Faculty of Nursing, KCU., Corresponding Author.

บทนำ

การเสียชีวิตบุตรส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียเศร้าโศกต่อบิดามารดาและญาติพี่น้องจากสถิติการเสียชีวิตของประชากรในประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุและตามรายปี พ.ศ.2554 -2556 พบจำนวนเด็กทารกอายุต่ำกว่า 1 ปีเสียชีวิต 5,390, 5,396, 4,686 คนกลุ่มอายุ 1 - 9 ปีเสียชีวิต 3,317, 3,321 และ 2,982 คนกลุ่มอายุ 10 - 19 ปีเสียชีวิต 7,049, 7057, 6817 คนตามลำดับ¹

สถิติเด็กที่เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น จำแนกและวิเคราะห์ตามสาเหตุการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี พ.ศ. 2555 -2557 มีเด็กเสียชีวิต 81 , 97 และ 64คน ตามลำดับ²การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายหรือการเสียชีวิตของเด็ก มีผลกระทบทำให้บิดามารดาเกิดความเศร้าโศกเสียใจ ก่อให้เกิดบาดแผลทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ³ บางครอบครัวมีความยากลำบากในการเผชิญภาวะสูญเสียที่เกิดขึ้น แต่หลายครอบครัวสามารถก้าวผ่านกระบวนการความเศร้าโศกไปได้ และกลับคืนเข้าสู่การใช้ชีวิตปกติ (normal life) ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล Dyer⁴ ได้จำแนกอาการแสดงหรือปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อมีความเศร้าโศกออกเป็น 6 มิติคือมิติด้านร่างกาย (physical) ด้านอารมณ์ (emotional) ด้านจิตวิญญาณ (spiritual)ด้านสติปัญญา (intellectual)ด้านสังคม (social) ด้านอาชีพ (occupation) และพบว่าบิดามารดาที่สูญเสียบุตรมีอารมณ์ ซ้อด ตกใจ โกรธ โทษตัวเองวิตกกังวลและซึมเศร้า บางรายมีความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย มีความเศร้าโศกยาวนานและมีอาการเครียดมาก อาจเกิดความเศร้าโศกผิดปกติ (complicated grief) และจะพบเพศหญิงมีความเศร้าโศกที่รุนแรงกว่าเพศชาย สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความเศร้าโศกคือการไม่ได้รับการเอาใจใส่จากทีมสุขภาพเท่าที่ควร ไม่เคารพต่อบุตรที่เสียชีวิต การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานก่อนเสียชีวิตของบุตร สาเหตุการเสียชีวิตจาก

การบาดเจ็บรุนแรงหรือการเสียชีวิตกะทันหัน ซึ่งบุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องตระหนักว่าการดูแลความเศร้าโศกหลังสูญเสียนี้มีความสำคัญมาก⁵

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบการศึกษาความเศร้าโศกในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วยในบริบทของต่างประเทศ⁶⁻¹⁰ ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาความเศร้าโศกในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วยในประเทศไทย ซึ่งมีบริบท สังคม วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน บุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวต้องมีการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับกระบวนการความเศร้าโศกของบิดามารดาที่สูญเสียบุตร เพื่อให้สามารถดูแลและให้คำปรึกษาแก่บิดามารดาที่สูญเสียบุตรได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความเศร้าโศกของบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลในการช่วยเหลือดูแลบิดามารดาได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความเศร้าโศกของบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความเศร้าโศกของบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วยตามกรอบแนวคิดของ Fireman¹¹ ซึ่งเสนอแนวทางการประเมินความเศร้าโศกแบบองค์รวม (holistic grief scale) ที่เน้นการตระหนักรู้ในตนเอง (self awareness) โดยธรรมชาติของมนุษย์เมื่อเกิดการสูญเสียโดยเฉพาะการสูญเสียบุตรอันเป็นที่รักยิ่งย่อมเกิดความเศร้าโศก และเมื่อบิดามารดาเริ่มเข้าใจและตระหนักรู้ในตนเองว่าเกิดการสูญเสียแล้ว จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียซึ่งแสดงออกแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง อาทิ เพศ สิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม เศรษฐกิจ ความเชื่อ ศาสนา ความทุกข์

ทรมานก่อนการเสียชีวิตของเด็กเป็นต้น และ Fireman ได้กล่าวถึงการแสดงออกถึงความเศร้าโศก 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (emotion) ด้านการคิด (cognitive) ด้านจิตวิญญาณ (spiritual) ด้านร่างกาย (physical) และด้านสังคม (social)

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาความเศร้าโศกของบิดามารดาที่มีบุตรเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive selection sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้ บิดาหรือมารดาที่เคยมีประสบการณ์การสูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย ในช่วงอายุแรกเกิดถึง 18 ปี และระยะเวลาที่บุตรเสียชีวิตนับถึงวันสัมภาษณ์ไม่เกิน 6 เดือนซึ่งเป็นช่วงเวลาของความเศร้าโศกระยะเฉียบพลัน (acute grief)¹² บิดาหรือมารดามีสติสัมปชัญญะและการรับรู้ดี สามารถติดต่อสื่อสารได้และมีความสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 41 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนบุตร รายได้ของครอบครัว ลักษณะของครอบครัวและสถานภาพสมรส

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบุตรที่เสียชีวิต ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ประวัติการเจ็บป่วย และการรักษา ระยะเวลาในการรักษา วัน-เวลาที่เสียชีวิต สถานที่ดูแลสุดท้ายก่อนเสียชีวิต (ข้อมูลจากเวชระเบียน) และระยะเวลาที่เสียชีวิตนับถึงวันสัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเศร้าโศก

ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดความเศร้าโศกแบบองค์รวม (holistic grief scale) ของ Fireman ซึ่ง

แปลเป็นภาษาไทยโดยพระปณต คุณวุฒโต ผู้วิจัยขออนุญาตดัดแปลงเพื่อให้เข้ากับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่ง Fireman ได้เสนอแนวทางการวัดความเศร้าโศกโดยใช้วิธีวัดปฏิกริยาความเศร้าโศกจากธรรมชาติของความเป็นมนุษย์ ที่เน้นการตระหนักรู้ในตนเอง (self awareness) เครื่องมือนี้เป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบ ความเป็นมนุษย์แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรู้คิด ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยแบบวัดความเศร้าโศกทั้ง 5 ด้านมีข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ ได้แก่ด้านการรู้คิด 7 ข้อ ด้านอารมณ์ 11 ข้อ (เพิ่มจากต้นฉบับ 10 ข้อ เป็น 11 ข้อ) ด้านร่างกาย 5 ข้อ ด้านสังคม 6 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ 4 ข้อ แต่ละข้อมีมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 10 ช่วง เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดความเศร้าโศก มี 10 ระดับ แบ่งเป็นระดับค่าคะแนนตามระดับความรุนแรงของความเศร้าโศก โดยคำตอบแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็น 10 ระดับจากระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมากดังนี้¹¹

คะแนน 1 – 3.99 เศร้าโศกอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 4 – 6.99 ความเศร้าโศกอยู่ในระดับ

ปานกลาง

คะแนน 7 – 10 ความเศร้าโศกอยู่ในระดับ

มาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สร้างขึ้นทั้งหมดไปตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านเพื่อตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมตามเนื้อหา ความเหมาะสมของการใช้ภาษา และความชัดเจนในเนื้อหาและคำนวณหาค่า CVI หรือดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) ได้เท่ากับ 0.93

การหาความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำ

แบบสอบถามไปปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายหลังปรับแล้ว ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ กับ

บิดามารดาที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม มาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อโครงการผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเลขที่โครงการ HE591500 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาทีต่อคน ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลความเศร้าโศกโดยรวมและรายด้านวิเคราะห์ด้วย ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคือเป็นมารดาร้อยละ 82.93 บิดา ร้อยละ 17.07 อายุอยู่ในช่วง 36-50 ปี ร้อยละ 68.29 รองลงมา 20-35 ปี ร้อยละ 29.26 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 46.34 รองลงมา อยู่ใน ช่วง 5,001-10,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 36.58 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 87.80 รองลงมาหย่าร้าง ร้อยละ 7 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา

ร้อยละ 48.78 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 36.58 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 29.26 รองลงมา อาชีพ อื่นๆ ได้แก่ แม่บ้าน ร้อยละ 26.82 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 60.97 ครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 39.03

ข้อมูลของบุตรที่เสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 56.09 เพศชาย ร้อยละ 43.91 อยู่ใน ช่วงวัยทารกสูงสุด ร้อยละ 43.90 รองลงมา เป็นวัยก่อน เรียน ร้อยละ 34.15 เสียชีวิตในโรงพยาบาล ร้อยละ 78.05 และที่บ้าน ร้อยละ 21.95 โรคหลักที่เป็นสาเหตุ ทำให้เสียชีวิต เป็นโรคทั่วไปที่ไม่ใช่มะเร็ง ร้อยละ 65.86 และโรคมะเร็ง ร้อยละ 34.14 ระยะเวลาตั้งแต่ เสียชีวิตจนถึงวันสัมภาษณ์ อยู่ใน ช่วง 1 - 3 เดือน ร้อย ละ 41.46 อยู่ใน ช่วง 3 - 6 เดือน ร้อยละ 39.03 และ น้อยกว่า 1 เดือน ร้อยละ 19.51

2. ความเศร้าโศกของบิดามารดาที่สูญเสีย บุตร

จากการศึกษาความเศร้าโศกของบิดา มารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วยโดยรวมและราย ด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเศร้าโศกโดยรวม เท่ากับ 3.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.18 อยู่ในระดับ ความเศร้าโศกน้อยและเมื่อพิจารณารายด้านพบด้าน ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเศร้าโศกสูงสุดคือด้านอารมณ์ อยู่ในระดับความเศร้าโศกปานกลาง รองลงมาคือด้าน การรู้คิด ด้านจิตวิญญาณ ด้านร่างกาย และด้านสังคม ตามลำดับและมีระดับความเศร้าโศกน้อยทุกด้าน ดัง แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเศร้าโศกของบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจำแนกโดยรวมและรายด้าน

องค์ประกอบ ความเศร้าโศก	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับความเศร้าโศก
1. ด้านอารมณ์	5.25	0.83	ปานกลาง
2. ด้านการรู้จัก	3.80	0.46	น้อย
3. ด้านจิตวิญญาณ	3.30	0.81	น้อย
4. ด้านร่างกาย	2.82	0.63	น้อย
5. ด้านสังคม	2.67	0.46	น้อย
โดยรวม	3.57	0.18	น้อย

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยแยกเป็นความเศร้าโศกของบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วยโดยรวมและรายด้านดังรายละเอียด

ความเศร้าโศกของบิดามารดาที่สูญเสียบุตรโดยรวม

จากการศึกษาพบว่าบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วยมีปฏิกิริยาที่แสดงออกถึงความเศร้าโศกโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าในสังคมไทยเป็นสังคมแห่งการเกื้อกูล เป็นสังคมเชิงพุทธและกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในพื้นที่บริบทของคนอีสาน ทำให้มองเห็นภาพการช่วยเหลือเกื้อกูลทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของเนตรฤทัย ภูนาถลม และคณะ¹³ ที่พบว่าในบริบทสังคมอีสานญาติสนิทบ้านใกล้เรือนเคียงยังคงแวะเวียนมาเยี่ยม ถวายภัตตาหารและทำกิจกรรมต่างๆระหว่างวันด้วยกัน อีกทั้งยังมีสมาชิกส่วนหนึ่งที่ยังคงมานอนค้างที่บ้านของบิดามารดาที่สูญเสียบุตรด้วยเพื่อให้ความอบอุ่นและเป็นกำลังใจ ทำให้ความเศร้าโศกค่อยๆ คลี่คลายและประการสำคัญร้อยละ 60.97 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวขยายมีญาติพี่น้องที่อยู่ร่วมกันมาด้วยความรักและความผูกพันและเมื่อเกิดปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นในครอบครัวทำให้ดูแลประคับประคอง

ให้กำลังใจซึ่งกันและกันรวมทั้งกลุ่มตัวอย่างสถานภาพสมรสคู่ถึงร้อยละ 87 หลังบุตรเสียชีวิตทำให้มีผู้ที่อยู่เคียงข้างให้กำลังใจซึ่งกันและกันทำให้เห็นภาพของความเศร้าโศกโดยรวมอยู่ในระดับน้อย

ความเศร้าโศกของบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วยรายด้าน

จากการศึกษาพบว่าบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วยมีความเศร้าโศกด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลางและมีความเศร้าโศกในระดับน้อยได้แก่ ด้านการรู้จัก ด้านจิตวิญญาณ ด้านร่างกายและด้านสังคมตามลำดับ

ด้านอารมณ์ จากการศึกษพบว่าบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วยมีระดับความเศร้าโศกด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=5.25$, S D = 0.83) โดยจะพบว่าบิดามารดามีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ทั้งรู้สึกใจหาย รู้สึกว่าไม่จริง เสียใจ ทุกข์ใจ ล้นหวังท้อแท้ อ่อนแอ หวันไหวง่าย กลัวที่จะต้องสูญเสียซ้ำอีก รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้างว่าเหว รู้สึกผิดที่ดูแลลูกได้ไม่ดี ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าโดยธรรมชาติของบุคคลเมื่อเกิดการสูญเสีย ระยะแรกจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองด้านอารมณ์ อาทิ ซ็อค มึนชาไร้ความรู้สึก ตกใจ เสียใจ เศร้าใจ ไม่เชื่อว่าจะเกิดขึ้นจริง พยายามหาเหตุผลที่จะปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น พยายามหาคำตอบ

มาอธิบายว่าทำไมต้องเกิดขึ้นกับตัวเอง โกรธ ร้องไห้ รู้สึกผิด ซึ่งอารมณ์ที่เกิดขึ้น เป็นการเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการสูญเสียและเศร้าโศกของคูเบอรรอส¹⁴ และระยะนี้อาจเป็นอยู่สั้น ๆ ช่วงขณะและปฏิกิริยาการแสดงออก มีการแสดงออกที่แตกต่างกัน ในแต่ละบุคคล ในการแสดงออกช่วงแรกส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของอารมณ์ มีความรู้สึกสิ้นหวังต่อหาความเป็นระเบียบของการรู้คิดหายไปสอดคล้องกับการศึกษาของ Youngblut, et al¹⁵ และ Punaglom, Tangvoraphonkchai¹⁶ ที่พบว่าประสบการณ์ของบิดามารดาที่มีบุตรเสียชีวิตจะมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสียเป็นอันดับแรก ได้แก่ ความรู้สึกช็อก ตกใจ ร้องไห้ หายใจไม่ออก ใจสั่น และหมดแรง

ด้านการรู้คิด จากการศึกษาพบว่าบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วยมีระดับความเศร้าโศกด้านการรู้คิดอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=3.80$, $SD=0.46$) โดยจะพบว่าบิดามารดาที่มีการแสดงออกทางด้านการรู้คิดทั้งความครุ่นคิดกังวล คิดว่าลูกยังอยู่ ผันถึงลูกขาดสมาธิ เหม่อลอย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว รู้สึกด้อยค่า ผันร้าย ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า ในช่วงแรกของการสูญเสียจะแสดงออกด้านอารมณ์เมื่อเริ่มมีสติระบบการคิดกลับมา มีการคิดแบบใช้วิจารณ์ญาณ ความคิดมีระบบระเบียบมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Youngblut, et al¹⁷ ที่พบว่าในช่วง 3 เดือนแรกของการสูญเสียจะมีความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และยังมีความหวาดกลัวแต่หลังจากนั้น 3 ถึง 6 เดือนความเศร้าโศกจะลดลงตามเวลา ความคิดที่ไม่เป็นระบบระเบียบจะค่อย ๆ ดีขึ้น

ด้านจิตวิญญาณ จากการศึกษาพบว่าบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วยมีระดับความเศร้าโศกด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=3.30$, $SD=0.81$) โดยจะพบว่าบิดามารดาที่มีการแสดงออกทางด้านจิตวิญญาณคือรู้สึกน้อยใจในโชคชะตา ความเชื่อมั่นในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือลดลง ไม่อยากทำบุญเพราะรู้สึกว่าทำแล้วไม่ช่วยให้มีสิ่งดีเกิดขึ้นกับบุตรตนเอง

แต่อย่างไรก็ตามบิดามารดาส่วนใหญ่ก็ยังคงปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา อาทิ ทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้บุตรถวายอาหารที่บุตรชอบ หรือบริจาคสิ่งของให้กับเด็กผู้ยากไร้ ซึ่งหลังทำแล้วทำให้สบายใจ คิดว่าได้ส่งบุญให้กับบุตรที่จากไปแล้ว บุตรจะได้ไม่ทุกข์ทรมาน และเข้าใจถึงความเป็นสังขารมากขึ้นว่ามนุษย์ทุกคนต้องผ่านกระบวนการเกิด แก่ เจ็บ และตาย ความตายจึงเป็นสังขารของชีวิตที่ไม่อาจเลี่ยงได้และเข้าใจในมรณาสติ^{18,19} ทำให้เห็นภาพความเศร้าโศกด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับน้อย และอธิบายได้ว่าในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธและมีหลักธรรมทางศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ยึดเหนี่ยวจิตใจและได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามประเพณีทางพุทธภายหลังการเสียชีวิตของบุตร เช่น การจัดการงานศพตามวิถีประเพณี การทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้บุตรที่เสียชีวิตอย่างต่อเนื่องและผลจากการทำบุญและกิจกรรมทางศาสนาทำให้บิดามารดาที่สูญเสียมีความรู้สึกสบายใจ และมั่นใจว่าบุตรได้จากไปอยู่ภพภูมิที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของพระปณต คุณวุฒิ (อิสสระกุล) ในประเทศไทย²⁰ ที่พบว่าการศึกษาทางพุทธจิตวิทยาสามารถประยุกต์ใช้ร่วมกับการปฏิบัติกิจทางศาสนาเพื่อเยียวยาความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลที่รักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านร่างกาย จากการศึกษาพบว่าบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วยมีระดับความเศร้าโศกด้านร่างกายอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.82$, $SD=0.63$) โดยจะพบว่าบิดามารดาที่มีการแสดงออกทางด้านร่างกาย อาทิ นอนไม่หลับ อ่อนแอเหมือนคนป่วย เบื่ออาหาร ไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่าย คลื่นไส้ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่าบุคคลเมื่อตระหนักรู้ว่าความสูญเสียเกิดขึ้น ธรรมชาติของบุคคล กาย-จิต มีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน เมื่อเกิดการสูญเสียมีผลกระทบต่อจิตใจก็ย่อมเสียสมดุล ส่งผลให้ร่างกาย อ่อนแอตามไปด้วยสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Brooten et al²¹ ที่พบว่าสุขภาพทางกายของบิดามารดาที่สูญเสียบุตรใน

ระหว่าง 6 เดือนถึง 1 ปีแรก พบว่าจะมีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ไข้หวัดติดเชื้อ ปวดศีรษะ มีปัญหาระบบทางเดินอาหารและบางส่วนต้องนอนโรงพยาบาล

ด้านสังคม จากการศึกษาพบว่าบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วยมีระดับความเศร้าโศกด้านสังคมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.67$, $SD =0.46$) โดยจะพบว่าบิดามารดามีการแสดงออกทางด้านสังคมทั้งขาดการสนใจกิจกรรมที่เคยทำ เช่นงานอดิเรก หรือ เรื่องทางเพศ รองลงมา ประสิทธิภาพการทำงานต่ำ แยกตัวจากสังคมไม่ตระหนักถึงความต้องการคนอื่น ฉะฉานทำตัวเรื่อย ๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า เมื่อมีการสูญเสียปฏิกิริยาที่แสดงออกทางด้านสังคม บิดามารดามักจะต้องการที่อยู่กับตัวเอง ไม่ต้องการพบปะผู้คนในช่วงแรกของการสูญเสีย แต่ในทางกลับกัน พอเวลาผ่านไปและเมื่อตระหนักถึงและเกิดกระบวนการคิดและการรู้คิดเกิดขึ้นทำให้บิดามารดาเริ่มมองหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้เกิดการเผชิญกับความเศร้าโศกได้อย่างเหมาะสม และมีการปรับตัวต่อการสูญเสียได้เป็นอย่างดี สามารถกลับไปใช้ชีวิตในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อยู่ในสังคมมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนในสังคมได้ตามปกติและเมื่อบิดามารดาที่สูญเสียเรียนรู้ที่จะเข้าใจสังคมทำให้คำแนะนำความเศร้าโศกกลับลงมาอยู่ในระดับน้อยและพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการรักษาจนกระทั่งเสียชีวิตของบุตรเฉลี่ย 18 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ Rando²² ที่พบว่าความเศร้าโศกล่วงหน้า(anticipatory grief)ที่อยู่ในช่วง 6-18 เดือนจะเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการเตรียมตัวต่อการสูญเสีย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Donovan, et al²³ ที่พบว่าบิดามารดาที่สูญเสียบุตรได้รับการประคับประคองจากครอบครัวจากทีมสุขภาพและจากเครือข่ายทางสังคม การมีแหล่งสนับสนุน ประคับประคองให้เช่นกลุ่มสนับสนุนเพื่อนช่วยเพื่อนจะช่วยให้สามารถก้าวผ่านความเศร้าโศกได้อย่างราบรื่น

โดยสรุปปฏิกิริยาความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นเมื่อสูญเสียบุตร มีความเป็นพลวัตเป็นกระบวนการปกติที่เกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับการสูญเสียทั้งด้านอารมณ์ ด้านการรู้คิด ด้านจิตวิญญาณ ด้านร่างกาย และด้านสังคม เพื่อปรับเข้าสู่ภาวะสมดุล มีจุดเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนต่างๆ และมีจุดสิ้นสุดเมื่อบุคคลยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรพัฒนาโปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกแบบองค์รวมโดยเฉพาะด้านอารมณ์ของบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเศร้าโศกของบิดามารดาที่มีบุตรเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ตั้งวรพจน์ชัย ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดอันเป็นประโยชน์ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ประธานและคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เจ้าหน้าที่หน่วยระบาดวิทยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทีมแผนกการพยาบาลกุมารเวชกรรม งานเวชระเบียน และสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง บิดามารดาที่สูญเสียบุตรทุกท่านที่ทำให้การทำวิจัยสำเร็จลงด้วยดี

References

1. Medical record and Statistic Srinagarind Hospital, A faculty of Medicine, Khon Kaen University. Statistic of Srinagarind patients 2012-2014.

2. Thailand Health Data 2015–2016 [Internet]. Alpha Research. [cited 2016 Jun 2]. Available from: <http://www.alpharesearch.co.th/15630638/thailand-health-data-2015-2016>
3. Punagolom N., Tangvoraphonkchai J, Mangkarakeree N, Sereethummapituk B. The development of caring model for grief parents from losing a child. *Journal of Nursing Science & Health* 2018 ; 41(1) : 105–16. (in Thai)
4. Dyer KA. Identifying, understanding, and working with grieving parents in the NICU, Part I: Identifying and understanding loss and the grief response. *Neonatal Netw* 2005; 24: 35–46.
5. Meert KL, Donaldson AE, Newth CJL, Harrison R, Berger J, Zimmerman J, et al. Complicated grief and associated risk factors among parents following a child's death in the pediatric intensive care unit. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010; 164: 1045–51.
6. Cacciatore J, Erlandsson K, Rådestad I. Fatherhood and suffering: a qualitative exploration of Swedish men's experiences of care after the death of a baby. *Int J Nurs Stud* 2013; 50: 664–70.
7. Hawthorne DM, Youngblut JM, & Brooten D. Parent spirituality, grief, and mental health at 1 and 3 months after their infant's and child's death in an Intensive care unit. *J Pediatr Nurs* 2015; 1–8.
8. Rogers CH, Floyd FJ, Seltzer MM, Greenberg J, Hong J. Long-term effects of the death of a child on parents' adjustment in midlife. *J Fam Psychol* 2008 Apr; 22(2):203–11.
9. Boyden JY, Kavanaugh K, Issel LM, Eldeirawi K, Meert KL. Experiences of African American parents following perinatal or pediatric death: a literature review. *Death Studies* 2014; 38: 374–80.
10. Donovan LA, Wakefield CE, Russell V, Cohn RJ. Hospital-based bereavement services following the death of a child: a mixed study review. *Palliat Med* 2015; 29: 193–210.
11. Fireman D. The center for grief recovery's holistic grief scale. Available on website: <https://griefcounselor.org/the-centers-new-holistic-grief-scale>. cited date of 9 Aug 2016.
12. GRPCC Clinical practice group. Bereavement risk screening and management guidelines. Available on website: <http://www.grpcc.com.au/wp-content/uploads/2018/06/GRPCC-Bereavement-Screening-and-Management-Guideline-June-2016.pdf>. cited date of 9 Aug 2017.
13. Punagolom N, Kata W, Pothisarn S. Experiences of Northeast Thailand and Laos parents to losing a child to illness while admitted to the Nakhon Phanom hospital. *Journal of Nursing Science & Health* 2015 ; 38(4) : 81–91. (in Thai)
14. Kubler-Ross E. On death and dying. London : Macmillan; 1969.
15. Youngblut JM, Brooten D, Cantwell GP, del Moral T, Totapally B. Parent health and functioning 13 months after infant or child NICU/PICU death. *Pediatrics* 2013; 132(5): e1295–301.
16. Punaglom N, Tangvoraphonkchai J. Echoes of the lost: Problems and need of parents to loss

- children from illness. *Journal of Nursing Science & Health* 2016; 39(3): 109–18. (in Thai)
17. Youngblut JM, Brooten D, Glaze J, Promise T, Yoo C. Parent grief 1–13 months after death in neonatal and pediatric intensive care units. *J Loss Trauma* 2017;22(1):77–96.
 18. Suwittawat C. Patients's advocacy: The right to die at the end of life. *Journal of Nursing Science & Health* 2019; 42(1) : 150–57. (in Thai)
 19. Ekwuttiwongsa R, Ngoangam P, Soonthrarapa W, Wuttisarn P. Life, death and dying: A Buddhist perspective and application in nursing. *Journal of Nursing Science & Health* 2014; 37(2): 127–34. (in Thai)
 20. Gunavaddho P, Mookdee S. Effect of grief reducing program for the bereaved people using Buddhist practices combined with Buddhist psychological counseling. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2011; 56(4) 403–12. (in Thai)
 21. Brooten D, Youngblut JM, Caicedo C, del Moral T, Cantwell GP, Totapally B. Parents' acute illnesses, Hospitalizations, and medication changes during the difficult first year after infant or child NICU/PICU Death. *Am J Hosp Palliat Care* 2018 Jan; 35(1):75–82.
 22. Rando TA. An investigation of grief and adaptation in parents whose children have died from cancer *Cancer Nurs*;1983 8(1) : 3–20.
 23. Donovan LA, Wakefield CE, Russell V, Cohn RJ. Hospital-based bereavement services following the death of a child : A mixed study review. *Palliat Med* 2015; 29(3), 193–210.