

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรบางประการกับความเศร้าโศก ของมารดาที่ยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากการทกฟิการแต่กำเนิด The Relationships between Selected Factors and Maternal Grief after Termination of Pregnancy due to Fetal Anomalies

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2557

Volume 37 No.3 (July-September) 2014

สุกัญญา กริิตยุตานนท์ พย.ม* พักตร์วิไล ศรีแสง ปส.ค.**

รัตนา คำวิสัยศักดิ์ ว.ว.เวชศาสตร์มารดาและการกในครรภ์*** สุพรรณี อึ้งปัญสัตตวงค์ ปส.ค.****

Sukanya Kreetiyutanont MSN* Pakvilai Srisaeng Ph.D.**

Ratana Komwilaisak MD*** Supunnee Ungpansattawong Ph.D.****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเศร้าโศกของมารดาที่ยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากการทกฟิการแต่กำเนิดโดยให้มารดาตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในระยะ 1 เดือนหลังยุติการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2556 ถึง กุมภาพันธ์ 2557 จำนวน 32 ราย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบของพิชเชอร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแยกส่วน พบว่ามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเศร้าโศกของมารดา ได้แก่ ความต้องการมีบุตร ($p < .01$) จำนวนครั้งของการสูญเสียปริกำเนิด ($p < .05$, $r = -.376$) ระยะเวลาที่ใช้ในการยุติการตั้งครรภ์ ($p < .05$, $r = .372$) และความเชื่อทางศาสนา ($p < .01$, $r = .483$) จึงควรประเมินความเศร้าโศก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศกของมารดาในทุกระยะของการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับมารดาและครอบครัว

คำสำคัญ : ความเศร้าโศกของมารดา, ความเศร้าโศกปริกำเนิด, ยุติการตั้งครรภ์, ทกฟิการ

Abstract:

The purpose of this study was to study the relationship between selected factors and maternal grief of 32 mothers with a self-responder questionnaire within 1 month after the termination of pregnancy due to fetal anomalies at Srinagarind Hospital from February 2013 to February 2014. The relationships were analyzed by Fisher's exact test, Spearman rank correlations coefficient, Pearson's correlation coefficient and Partial correlation coefficient. The results showed that maternal grief was associated with women's desire for pregnancy ($p < .01$), the number of previous perinatal loss ($p < .05$, $r = -.376$), duration spent to terminate a pregnancy ($p < .01$, $r = .372$) and religious beliefs ($p < .05$, $r = .483$). Therefore, an assessment of maternal grief and factors associated with maternal grief for counseling to reduce the impact on mother and family should be provided.

keywords : maternal grief, perinatal grief, termination of pregnancy, fetal anomaly

* พยาบาลชำนาญการ หน่วยห้องคลอด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพหุครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากทารกพิการแต่กำเนิด เป็นสาเหตุหนึ่งของการตายปริกำเนิด ที่เป็นปัญหาสำคัญด้านอนามัยแม่และเด็ก ที่ผ่านมามีพบว่าการตายปริกำเนิดส่วนใหญ่เกิดในประเทศกำลังพัฒนา¹ และในประเทศไทย มีการตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้นทุกปี² จากการศึกษาย้อนหลังในช่วงปี พ.ศ. 2538-2548 ของโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าสาเหตุการตายปริกำเนิดร้อยละ 20.89 เกิดจากความพิการแต่กำเนิด³

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สามารถตรวจวินิจฉัยความพิการของทารกในครรภ์ ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงได้ตั้งแต่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ แต่มารดาส่วนใหญ่มีครรภ์แฝดครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ หรือถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ดังนั้นการยุติการตั้งครรภ์ในกรณีที่ทารกมีความพิการรุนแรงจนไม่อาจมีชีวิตรอดหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ จึงมักทำได้หลังอายุครรภ์ 19-23 สัปดาห์ ซึ่งเป็นการยุติการตั้งครรภ์ที่ล่าช้า ทำให้มารดามีความรักและผูกพันกับทารกตามอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของมารดาและครอบครัวมากขึ้นตามไปด้วย⁴

ความเศร้าโศก (grief) เป็นกระบวนการตอบสนองทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นหลังการตายของบุคคลอันเป็นที่รัก⁵ มารดาที่ต้องสูญเสียบุตรหลังได้รับการวินิจฉัยว่าทารกในครรภ์มีความพิการแต่กำเนิดและตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์อาจไม่สามารถผ่านพ้นกระบวนการของความเศร้าโศกที่เป็นปกติได้ เนื่องจากรู้สึกผิด และไม่สามารถระบายความเศร้าโศก ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความเศร้าโศกที่รุนแรงและยาวนาน เกิดเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง^{6, 7, 8, 9, 10} จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเศร้าโศกของมารดา อาทิเช่น ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว^{11, 12} ประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ จำนวนครั้งของการสูญเสียปริกำเนิดที่ผ่านมาในอดีต จำนวนบุตรมีชีวิต ความต้องการมีบุตร อายุครรภ์^{11, 13, 14, 15} และ

ระยะเวลาในการยุติการตั้งครรภ์¹⁶ รวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคม^{15, 17} ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹⁶ และความเชื่อทางศาสนา^{18, 19}

การศึกษาเกี่ยวกับความเศร้าโศกของมารดาในประเทศไทยส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มที่สูญเสียปริกำเนิดจากทุกสาเหตุ และทุกช่วงอายุครรภ์^{20, 21} และเป็นการประเมินความเศร้าโศกในระยะ 1 - 3 วันแรกหลังยุติการตั้งครรภ์ ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่ยังไม่มีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มมารดาที่ยูติการตั้งครรภ์เนื่องจากทารกพิการแต่กำเนิด ทั้งที่เป็นผู้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดความเศร้าโศกที่ผิดปกติได้สูง⁷ แม้ในการดูแลจะให้การประคับประคองด้านจิตใจเป็นพิเศษ แต่ยังไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเศร้าโศกของมารดา กลุ่มนี้ จึงมีความสำคัญที่ต้องศึกษาว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอด ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อทางศาสนา จะมีความสัมพันธ์อย่างไรกับการเกิดความเศร้าโศกของมารดาในระยะ 1 เดือน หลังการยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากทารกพิการแต่กำเนิด โดยใช้กรอบแนวคิดความเศร้าโศกสูญเสีย (grief and loss) ของ Kubler-Ross⁵ และความเศร้าโศกที่ผิดปกติ (pathologic grief) ของ Jacobs⁶ เพื่อให้สามารถคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความเศร้าโศกที่ผิดปกติได้ก่อนที่จะเกิดความเศร้าโศกที่รุนแรงและยาวนานขึ้น อีกทั้งสามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการให้คำปรึกษา ติดตาม ประเมินผล และส่งต่อ เพื่อช่วยให้มารดาได้รับการดูแลด้านจิตสังคมตามความต้องการ ช่วยให้อาการผ่านกระบวนการเศร้าโศกได้ในระยะเวลาที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดความเศร้าโศกที่ผิดปกติ และผลกระทบที่จะเกิดกับมารดา ครอบครัว และสังคมต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความเศร้าโศกของมารดาที่ยูติการตั้งครรภ์เนื่องจากทารกพิการแต่กำเนิดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์

โดยให้มารดาตอบแบบสอบถามขณะมาตรวจในระยะ 1 เดือนหลังยุติการตั้งครรภ์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2556 ถึง กุมภาพันธ์ 2557

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่อยู่ในระยะ 1 เดือน หลังยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากทารกพิการแต่กำเนิดใน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในทุกระยะของการตั้งครรภ์ โดยมารดาตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์หลังได้รับการวินิจฉัย และให้คำปรึกษาโดยสูติแพทย์ มารดานับถือศาสนา พุทธ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ไม่เคยได้รับการ วินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 32 ราย โดยใช้ตารางสำเร็จรูปประมาณค่ากลุ่มตัวอย่าง ของ Polit และ Hungler²² โดยกำหนดขนาดความสัมพันธ์ ที่ระดับ 0.50 ความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ .05 อำนาจการ ทดสอบ เท่ากับ 0.8

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำไปทดสอบ กับมารดาที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ก่อนนำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอด

แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (The Rosenberg Self-Esteem Scale [RSES]) ของ Rosenberg แปลโดย Sriseang²³ ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ คะแนน มีค่าระหว่าง 10-40 คะแนน คำตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 4 อันดับ คะแนนมาก หมายถึง รู้สึกมีคุณค่า ในตนเองมาก มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น = 0.85

แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัย ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House ของ เพชรรัตน์ บุตะเขี้ยว²⁴ ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ มี คะแนนระหว่าง 20-100 คะแนน เป็นข้อคำถามการได้รับแรงสนับสนุนจากสามี ครอบครัว เพื่อน และบุคลากร ครอบคลุมแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน (ด้าน อารมณ์ ทรัพยากร ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินผล) คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ คะแนนมาก

หมายถึงรู้สึกที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก มีค่า ความตรงตามเนื้อหา = 0.80 และค่าสัมประสิทธิ์ความ เชื่อมั่น = 0.84

แบบประเมินความเชื่อทางศาสนา ผู้วิจัย ดัดแปลงจากแบบประเมิน Religious Practice ของ Brazzofsky & Ross²⁵ ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ คำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ มีคะแนนระหว่าง 12-48 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความเชื่อทางศาสนา มาก มีค่าความตรงตามเนื้อหา = 0.91 และค่าสัมประสิทธิ์ ความเชื่อมั่น = 0.83

แบบประเมินความเศร้าโศกของมารดาหลังสูญเสีย ทารกพิการในครรภ์ ผู้วิจัยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ (back-translation)²⁶ จาก Perinatal Grief Scale – Short Version 33 items (PGS-33) ของ Toedter and Lasker²⁷ ประกอบด้วยคำถาม 33 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 33-165 คะแนน แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ความรู้สึกเศร้าโศก (active grief) ความยากลำบากในการเผชิญกับการสูญเสีย (difficulty coping) และ ความรู้สึกสิ้นหวัง (Despair) ด้านละ 11 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ คะแนนมาก หมายถึง มีความเศร้าโศกมาก คะแนนน้อยหมายถึง มีความเศร้าโศกน้อย ถ้ามีคะแนนรวม > 91 คะแนน ถือว่าเป็นความเศร้าโศกในระดับสูง และ หากคะแนน Active grief > 34 คะแนน difficult coping > 30 คะแนน และ Despair > 27 คะแนน ถือว่ามีความ เศร้าโศกในระดับสูงในด้านนั้น ๆ แบบประเมินนี้มีค่าความ ตรงตามเนื้อหา = 0.94 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น = 0.93 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแต่ละส่วน ได้แก่ active grief, difficult coping และ despair เท่ากับ .837, .678 และ .883 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยเข้าพบ และให้ มารดาตอบแบบสอบถามด้วยตนเองขณะมารับการตรวจ ในระยะ 1 เดือนหลังยุติการตั้งครรภ์ ใช้เวลาในการตอบ แบบสอบถามประมาณ 30 นาที โครงการวิจัยนี้ได้รับการ รับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามเอกสาร
รับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ HE561023 เมื่อวันที่
22 กุมภาพันธ์ 2556

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ลักษณะกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิง
พรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร
กับความเศร้าโศกของมารดา ตามระดับการวัดและ
การแจกแจงของข้อมูล โดยใช้การทดสอบของฟิชเชอร์
(fisher's exact test) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบส
เปียร์แมน (spearman rank correlations coefficient)
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (pearson's
correlation coefficient) เนื่องจาก อายุ รายได้ และการ
ศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าใน
ตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อทางศาสนา
จึงใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแยกส่วน (partial
correlation coefficient) วิเคราะห์ข้อมูลโดยควบคุม อายุ
จำนวนปีการศึกษา และรายได้ของครอบครัว

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างอายุ 15 - 44 ปี เฉลี่ย 29.25 ปี
(SD = 8.09) จบการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษา
จนถึงปริญญาตรี จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ย 11.34 ปี (SD
= 3.13) รายได้ของครอบครัวตั้งแต่ 7,000 - 70,000
บาทต่อเดือน เฉลี่ย 23,781.25 บาท/เดือน (SD =
15,792) อายุครรภ์ขณะยุติการตั้งครรภ์ 16-34 สัปดาห์
เฉลี่ย 25.03 สัปดาห์ (SD = 4.51) ส่วนใหญ่อายุครรภ์
20 สัปดาห์ขึ้นไป (78.12%) มารดาร้อยละ 50 ไม่เคยมี
บุตร ร้อยละ 93.75 ต้องการบุตรในขณะที่ร้อยละ 21.88
รู้สึกอย่างไรก็ได้กับการมีบุตร ร้อยละ 81.25 ไม่เคยมี
ประสบการณ์สูญเสียปริกำเนิดมาก่อน ทั้งหมดใช้ยาใน
การยุติการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ยังมีชีวิตอยู่ขณะ
เริ่มยุติการตั้งครรภ์ ใช้เวลาในการยุติการตั้งครรภ์ 3-62
ชั่วโมง เฉลี่ย 28.75 ชั่วโมง (SD = 16.79)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าใน
ตนเอง 24-36 คะแนน เฉลี่ย 29.13 คะแนน (SD =
3.04) แรงสนับสนุนทางสังคม 66-99 คะแนน เฉลี่ย
80.69 คะแนน (SD = 7.84) และความเชื่อทางศาสนา
25-47 คะแนน เฉลี่ย 37.91 คะแนน (SD = 4.53) มี
คะแนนความเศร้าโศก 65-144 คะแนน เฉลี่ย 99.09
คะแนน (SD = 19.98) และมีคะแนนความเศร้าโศกโดย
รวมระดับสูง (> 91 คะแนน) จำนวน 22 ราย (68.75%)
(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเศร้าโศกจากการสูญเสียปริกำเนิด และจำนวน
ร้อยละของมารดาที่มีคะแนนความเศร้าโศกระดับสูง

คะแนนความเศร้าโศก จากการสูญเสียปริกำเนิด	Mean	SD	ปกติ จำนวน (%)	ระดับสูง จำนวน (%)
ความรู้สึกเศร้าโศก	38.09	7.31	7(21.87)	25(78.13)
ความยากลำบากในการเผชิญความเศร้าโศก	29.50	5.60	19(59.38)	13(40.62)
ความรู้สึกสิ้นหวัง	31.50	8.56	10(31.25)	22(68.75)
ความเศร้าโศกจากการสูญเสียปริกำเนิดโดยรวม	99.09	19.98	10(31.25)	22(68.75)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบของฟิชเชอร์พบว่าความต้องการมีบุตร มีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศกในระดับสูง ($p < .001$) โดยมารดาที่ต้องการบุตร มีแนวโน้มที่จะมีความเศร้าโศกในระดับสูงมากกว่าผู้ที่รู้สึกอย่างไรก็ได้กับการมีบุตร

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า จำนวนครั้งของการสูญเสียปริกำเนิด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเศร้าโศกจากการสูญเสียปริกำเนิดของมารดา ($p < .05, r = -.376$) ส่วนจำนวนปีการศึกษา รายได้ของครอบครัว และจำนวนบุตรมีชีวิต ไม่มีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศกของมารดา (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษา กับความเศร้าโศกของมารดาที่ยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากทารกพิการแต่กำเนิด ด้วยการใช้นำสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ตัวแปร	ความเศร้าโศกจากการสูญเสียปริกำเนิดโดยรวม r (p-value)
จำนวนปีการศึกษา	.298 (.098)
รายได้ของครอบครัว	.097 (.596)
จำนวนบุตรมีชีวิต	-.212 (.243)
จำนวนครั้งของการสูญเสียปริกำเนิด	-.376 (.034)*

*p-value < .05

เมื่อใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเศร้าโศกจากการสูญเสียปริกำเนิดโดยรวมของมารดา ($p < .01, r = .475$) ส่วน

อายุของมารดา อายุครรภ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการยุติการตั้งครรภ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศกโดยรวมของมารดา (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของ ปัจจัยที่ศึกษากับความเศร้าโศกของมารดาที่ยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากทารกพิการแต่กำเนิด โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ตัวแปร	ความเศร้าโศกจากการสูญเสียปริกำเนิดโดยรวม r (p-value)	ความเศร้าโศกจากการสูญเสียปริกำเนิดรายด้าน r (p-value)		
		ความรู้สึกเศร้าโศก	ความยากลำบากในการเผชิญความเศร้าโศก	ความรู้สึกสิ้นหวัง
อายุของมารดา	.050 (.784)	.003 (.985)	-.027 (.883)	.132 (.471)
อายุครรภ์	-.290 (.107)	-.247 (.174)	-.156 (.393)	-.364 (.041)*
ระยะเวลาที่ใช้ในการยุติการตั้งครรภ์	.317 (.077)	.239 (.187)	.282 (.118)	.352 (.048)*
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.282 (.118)	-.329 (.066)	-.197 (.279)	-.247 (.173)
แรงสนับสนุนทางสังคม	.077 (.676)	.181 (.323)	.019 (.917)	.012 (.946)
ความเชื่อทางศาสนา	.475 (.006)**	.442 (.011)*	.426 (.015)*	.453 (.009)**

*p-value < .05, **p-value < .01

เมื่อใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแยกส่วนวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยควบคุม อายุของมารดา จำนวนปีการศึกษา และรายได้ของครอบครัว พบว่า ความเศร้าโศกจากการสูญเสียปริกำเนิดโดยรวมของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาที่ใช้ในการยุติการ

ตั้งครรภ์และความเชื่อทางศาสนา ($p < .05$ และ $.01$, $r = .372$ และ $.483$) ส่วนอายุครรภ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศกโดยรวมของมารดา (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ของ ปัจจัยที่ศึกษากับความเศร้าโศกของมารดาที่ยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากทารกพิการแต่กำเนิด โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแยกส่วน ด้วยการควบคุม อายุของมารดา จำนวนปีการศึกษา และรายได้ของครอบครัว

ตัวแปร	ความเศร้าโศก จากการสูญเสีย ปริกำเนิดโดย รวม r (p -value)	ความเศร้าโศกจากการสูญเสียปริกำเนิดรายด้าน r (p -value)		
		ความรู้สึก เศร้าโศก	ความยาก ลำบาก ในการเผชิญ ความเศร้าโศก	ความรู้สึก สิ้นหวัง
อายุครรภ์	-.220 (.252)	-.167 (.387)	-.137 (.479)	-.288 (.129)
ระยะเวลาที่ใช้ในการยุติการตั้งครรภ์	.372 (.047)*	.327 (.087)	.288 (.130)	.414 (.025)*
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.291 (.126)	-.314 (.097)	-.202 (.293)	-.287 (.132)
แรงสนับสนุนทางสังคม	.135 (.486)	.163 (.398)	.085 (.662)	.123 (.524)
ความเชื่อทางศาสนา	.483 (.008)**	.384 (.040)*	.504 (.005)**	.479 (.009)**

* p -value $< .05$, ** p -value $< .01$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า มารดาส่วนใหญ่รู้สึกว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง สอดคล้องกับการศึกษาของนันท์ดา เผ่าครบุรี²⁸ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาดี มีรายได้เพียงพอกับความต้องการ และได้รับคำปรึกษาทุกขั้นตอนของการยุติการตั้งครรภ์ ครอบครัวได้รับคำแนะนำในเรื่องการดูแลด้านจิตใจของมารดาอย่างต่อเนื่อง แตกต่างจากการศึกษาในประเทศจีน¹³ และบังคลาเทศ²⁹ ที่พบว่ามารดาที่สูญเสียปริกำเนิดรู้สึกว่ตนเองด้อยค่า เพราะในประเทศที่สถานภาพในสังคมของผู้หญิงมีหน้าที่ให้กำเนิดบุตร การสูญเสียปริกำเนิดจะส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพของมารดากับครอบครัว และ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อทางพุทธศาสนามาก ตามความเชื่อของกฎแห่งกรรม³⁰ สอดคล้องกับการศึกษาในมารดาที่ยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากทารกพิการแต่กำเนิดในเวียดนาม ซึ่งมารดาเชื่อเรื่องกฎแห่งกรรมตามวิถีพุทธกล่าวว่าตนเองจะได้รับผลกรรมจากการยุติการตั้งครรภ์³¹ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.75 มีคะแนนความเศร้าโศกโดยรวมในระดับสูง สอดคล้องกับหลายการศึกษา ที่พบว่ามารดาที่มีความเศร้าโศกรุนแรง และยาวนาน^{9, 31, 32, 33} เพราะการสูญเสียบุตรจากการยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากทารกพิการแต่กำเนิด เป็นการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และภาพลักษณ์ของตนเองในคราวเดียวกัน อีกทั้งการยุติการตั้งครรภ์ มักไม่ได้รับการยอมรับหรือให้ความสำคัญจากสังคมรอบข้าง ทำให้รู้สึกผิดและบาป เกิดความเศร้า

โศกที่ไม่สามารถเปิดเผยได้ (disenfranchised grief) และความเศร้าโศกที่ถูกยับยั้ง (inhibited grief) จนอาจแสดงออกในด้านการเจ็บป่วยทางกาย และความเศร้าโศกที่เรื้อรังยาวนาน (chronic grief) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างในที่สุด

ในการศึกษานี้พบว่า อายุ และจำนวนปีการศึกษาของมารดา รวมทั้งรายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศกของมารดา แตกต่างจากหลายการศึกษา ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศก เนื่องจากภาวะทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน มารดาที่มีการศึกษาและรายได้ดี จะสามารถหาแหล่งสนับสนุน ที่จะช่วยบรรเทาความเศร้าโศกได้มากกว่าคนที่มีการศึกษาและรายได้น้อย^{11, 12, 20} แต่จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาดี มีรายได้เพียงพอกับความต้องการ จึงทำให้อายุ จำนวนปีการศึกษาและรายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศก

ในด้านประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอด พบว่าจำนวนบุตรมีชีวิต และอายุครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศกของมารดา แตกต่างจากหลายการศึกษาที่พบว่ามารดาที่อายุครรภ์มากจะมีความผูกพันกับบุตรมากขึ้น เมื่อต้องสูญเสียบุตรก็จะมี ความเศร้าโศกมาก อีกทั้งมารดาที่ยังไม่มีบุตร จะมีความเศร้าโศกมากกว่าผู้ที่ มีบุตรแล้ว^{13, 27} แต่จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุครรภ์ไม่ต่างกันมาก ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ไม่มีรายได้ที่มีภาวะมีบุตรยาก แม้จะยังไม่ มีบุตร ก็คิดว่าจะสามารถมีบุตรได้อีกไม่ยาก จึงทำให้จำนวนบุตรมีชีวิต และอายุครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศกของมารดา

จำนวนครั้งของการสูญเสียปริกำเนิด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเศร้าโศกของมารดาที่ยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากทารกพิการแต่กำเนิด สอดคล้องกับการศึกษาของ Yan¹³ เพราะผู้ที่เคยสูญเสียมาก่อน จะได้รับข้อมูลและมีการเตรียมใจมาแล้วว่ามีโอกาสสูญเสียปริกำเนิดได้อีก จึงสามารถปรับตัวกับการสูญเสียได้ดีกว่า ทำให้มีความเศร้าโศกน้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์สูญเสียปริกำเนิด และความต้องการมีบุตร

มีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศกในระดับสูงของมารดา เนื่องจากความตั้งใจมีบุตร มีผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์³⁴ เมื่อต้องการบุตร แต่ต้องยุติการตั้งครรภ์ จึงทำให้เศร้าโศกมาก

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ระยะเวลาในการยุติการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกสิ้นหวัง แต่ไม่สัมพันธ์กับความเศร้าโศกจากการสูญเสียปริกำเนิดโดยรวม เมื่อใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแยกส่วนวิเคราะห์ข้อมูล โดยควบคุม อายุ จำนวนปีการศึกษา และรายได้ของครอบครัว พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการยุติการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกสิ้นหวัง และความเศร้าโศกปริกำเนิดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวได้ว่ามารดาที่มีอายุ การศึกษา และรายได้เท่า ๆ กัน หากใช้เวลาในการยุติการตั้งครรภ์นาน จะทำให้มีความเศร้าโศกมาก สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Lang et al¹⁶ ที่พบว่า การรอคอยในการคลอด หรือแท้งบุตรที่ยาวนาน เป็นช่วงเวลาที่ทุกข์ทรมาน ทำให้รู้สึกเศร้า และฝังใจกับความรู้สึกอยู่แม้เหตุการณ์จะผ่านไปนานแล้ว อีกทั้งในการศึกษานี้ มารดา ร้อยละ 96.88 ต้องยุติการตั้งครรภ์ในห้องคลอด การได้เห็นบรรยากาศความ สุขสมหวังของครอบครัวอื่น ทำให้รู้สึกว่าการเป็นพ่อแม่ที่ไม่สมหวัง ทำให้ตัวเองด้อยกว่าคนอื่น ๆ จึงรู้สึกสิ้นหวัง และเศร้าโศกมากตามไปด้วย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศกของมารดา แตกต่างจากหลายการศึกษาที่พบว่า มารดาที่สูญเสียปริกำเนิดจะรู้สึกด้อยค่า เนื่องจากไม่สามารถบรรลุบทบาท มารดาได้ตามคาดหวัง และหากไม่ได้รับการช่วยเหลือ หรือแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะทำให้มีความเศร้าโศกมาก^{10, 11, 13} สำหรับในการศึกษานี้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จากการได้รับการดูแลจากทุกฝ่าย ดังนั้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม จึงไม่มีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศกของมารดา

ความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเศร้าโศกปริกำเนิดทั้งโดยรวม และรายด้านสอดคล้องกับหลายการศึกษา^{10, 18, 19} ซึ่งในการศึกษานี้ มารดามีแนวคิดและความเชื่อในเรื่องกรรม (karma) และผลของกรรม แม้จะต้องยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากทารกมีความพิการรุนแรง หากแต่ในทางพุทธศาสนาถือว่าเป็นบาป²⁹ มารดาที่มีความเชื่อทางศาสนามาก จึงเกิดความรู้สึกผิด และมีความเศร้าโศกมากตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล

จากผลการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาในการยุติการตั้งครรภ์ที่ยาวนานในห้องคลอดจะทำให้มารดามีความเศร้าโศกมาก จากการได้เห็นบรรยากาศที่สุขสมหวังของครอบครัวอื่น จึงควรจัดหาสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ไม่ปะปนกับผู้คลอดอื่น ๆ ในขณะรอคลอดและหลังคลอด และเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามาเยี่ยมและดูแลมารดาได้ตามความต้องการ

การนัดตรวจในระยะ 1 เดือน หลังยุติการตั้งครรภ์ นอกจากการตรวจทางกายภาพแล้ว ควรจัดให้มีการประเมินความเศร้าโศก และสภาวะจิตอารมณ์ที่ผิดปกติของมารดา และให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดกับมารดาและครอบครัวในอนาคต

ควรประเมินความเชื่อทางศาสนาที่มีต่อการยุติการตั้งครรภ์ทั้งก่อน ขณะ และหลังการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อความเศร้าโศกผิดปกติในกลุ่มที่มีความเชื่อทางศาสนาสูง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้ ประเมินความเศร้าโศกของมารดาในระยะ 1 เดือนหลังยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งไม่เพียงพอที่จะประเมินความเศร้าโศกในระยะยาว ได้ จึงควรทำการศึกษาต่อเนื่องในระยะ 1, 6 และ 12 เดือนหลังยุติการตั้งครรภ์ เพื่อให้ทราบแนวโน้ม และลักษณะความเศร้าโศกที่ชัดเจนมากขึ้น

เพื่อให้มีข้อมูลในการให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวม ควรมีการศึกษาความเศร้าโศก ผลกระทบด้านจิต อารมณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของสามี และครอบครัวรวมทั้งสัมพันธ์ภาพในครอบครัวร่วมด้วย

ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยนี้ไม่ได้ทำการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจง มีจำนวนน้อย และข้อจำกัดด้านเวลา ทำให้มีข้อจำกัดในด้านความหลากหลาย และการกระจายของข้อมูล

กิตติกรรมประกาศ

สิ่งตีพิมพ์ที่เกิดขึ้นจากงานนี้ ข้าพเจ้าขอมอบให้กับคณาจารย์ บุพการี ครอบครัว ผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และมารดาที่ต้องยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากทารกพิการแต่กำเนิด ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates 2004. Geneva: WHO document production services; 2007.
2. Saiyairakhospital. Special report of Saiyairakhospital. 2012 – [cited 2012 June 22]. Available from <http://www.saiyairakhospital.com/newdemo/admin/report.html>.
3. Promsonthi P, O-Prasertsawat P. Trends of perinatal deaths at Ramathibodi Hospital: 1995–2005. J Med Assoc Thai 2006; 89 Suppl 4:S158–S162. (in Thai)
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Termination of pregnancy for fetal abnormality in England, Scotland and Wales, report of a working party, May 2010. London: RCOG; 2010.

5. Kubler-Ross E. On death and dying. New York: Collier Books; 1993.
6. Jacobs S. Pathologic grief maladaptation to loss. Washington, D.C.: American Psychiatric Pr; 1993.
7. Kersting A, Reutemann M, Ohrmann P, Baez E, Klockenbush W, Lanczik M, et al. Grief after termination of pregnancy due to fetal malformation. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004; 25(2):163-9.
8. Kersting A, Dorsch M, Kreulich C, Reutemann M, Ohrmann P, Baez E, et al. Trauma and grief 2-7 years after termination of pregnancy because of fetal anomalies - a pilot study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005; 26(1):9-14.
9. Kersting A, Kroker K, Steinhard J, Hoernig-Franz I, Wesselmann U, Luedorff K., et al. Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth-a 14-month follow up study. *Arch Womens Ment Health* 2009; 12(4):193-201.
10. Korenromp M, Page-Christiaens G, van dB, Mulder EJH, Visser GHA. Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: A longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201(2):160.e1-7.
11. Hillowe-Donahae CA. Maternal bereavement following late stillbirth: An exploratory study of the influence of socio-demographic factors and health care practices on grief patterns of woman experiencing 3rd trimester pregnancy loss [dissertation]. New York (NY): Stony Brook; 2006.
12. Rosenweig LS. The Disenfranchised Grief Experience of Miscarriage. New York: Columbia; 2010.
13. Yan CWE. Development and 6-month validation of a typology of Chinese women experiencing miscarriage based on pregnancy, personality and cultural factors [dissertation]. Hong Kong: The Chinese Univ. of Hong Kong; 2007.
14. Bennett SM, Litz BT, Maguen S, Ehrenreich JT. An exploratory study of the psychological impact and clinical care of perinatal loss. *J Loss Trauma* 2008 13:485-510.
15. Surkan PJ, Radestad I, Cnattingius S, Steineck G, Dickman PW. Events after stillbirth in relation to maternal depressive symptoms: a brief report. *Birth* 2008 35(2):153-7.
16. Lang A, Fleischer A, Duhamel F, Sword W, Gilbert K, Corsini-Munt S. Perinatal loss and parental grief: The challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *Omega* 2011; 63(2):183-96.
17. Badenhorst W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007; 21(2):249-59.
18. Cowchock FS, Lasker JN, Toedter LJ, Skumanich SA, Koenig HG.. Religious beliefs affect grieving after pregnancy loss. *J Relig Health* 2010; 49(4):485-97.
19. Geoghegan EB. Abortion and loss: A psychological and theological study of religious coping, forgiveness, and grief [dissertation]. Boston (MA), Boston Univ.; 2000.
20. Kanchanaput S, Thitadilok W, Singhakan S.. The prevalence of post-abortion grief and the contributing factors. *Thai J Obstet Gynaecol* 2009; 17:219-29.
21. Prommanart N, Patharayuttawat S, Boriboon-hirunsarn D, Sunsaneewithayakul P. Maternal grief after abortion and related factors. *J Med Assoc Thai* 2004; 87(11):1275-80. (in Thai)

22. Polit DF, Hungler PB. Nursing research: principles and methods. Philadelphia: Lippincott; 1999.
23. Srisaeng P. Self-esteem, stressful life events, social support, and postpartum depression in adolescent mothers in Thailand [dissertation]. Cleveland (OH): Case Western Reserve Univ.; 2003.
24. Butakhiew P. Social support of chronically ill patients in medical department, Srinagarind Hospital [Thesis]. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen Univ.; 1994. (in Thai)
25. Brazofsky SE, Ross R.. Religious activities, belief in karma, depression and CD4 levels among HIV-positive, buddhist, Thai pregnant women. A paper presented at the 2009 Robinson Memorial Hospital Research Day: Women's Health Issue, Ravenna, OH; 2009.
26. Sawasdipanich N, Tiansawad S. Instrument translation for cross-cultural research: technique and issues to be considered. Thai journal of nursing council 2011; 26(1):19-28. (in Thai)
27. Toedter LJ, Lasker J, Jansen HJEM. International comparison of studies using the perinatal grief scale: A decade of research on pregnancy loss. Death Stud 2001; 25(3):205-28.
28. Pheawkronburee N. The relationship between nurse support, spouse support, personal factors and maternal grief after pregnancy loss [dissertation]. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen Univ.; 2013. (in Thai)
29. Gausia K, Moran AC, Ali M, Ryder D, Fisher C, Koblinsky M.. Psychological and social consequences among mothers suffering from perinatal loss: Perspective from a low income country. BMC Public Health 2011; 11:451.
30. Bhikkhu PA Payutto. Budhusm in the modern medical paradigm. Bangkok: Sahathammig; 2008.
31. Cowchock FS, Ellestad SE, Meador KG, Koenig H G, Hooten EG, Swamy GK. Religiosity is an Important part of coping with grief in pregnancy after a traumatic second trimester loss. J Relig Health 2011; 50(4):901-10.
32. Gammeltoft T, Minh Hang T, Thi Hiep N, Thi Thúy Hanh N. Late-term abortion for fetal anomaly: Vietnamese women's experiences. Reprod Health Matters 2008; 16 suppl 31:46-56.
33. Asplin N, Wessel H, Marions L, Öhman SG. Pregnancy termination due to fetal anomaly: Women's reactions, satisfaction and experiences of care. Midwifery 2014; 30(6):620-7.
34. Klaus MH, Kennell JH. Parent-infant bonding. St. Louis: Mosby; 1976.