

ผลของโปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกต่อการป้องกันอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติ ในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย*

สุธีรา ยากองไชย พย.ม.**

ขวัญสุภา บุญยศ ป.ร.ค.*** รัตนัตยา วันทา พย.บ.****

บทคัดย่อ

การเสียชีวิตของเด็กที่เกิดจากการเจ็บป่วยมีผลกระทบทำให้เกิดความเศร้าโศกของบิดามารดาและบุคคลในครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บิดามารดาที่สูญเสียบุตรมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเศร้าโศกผิดปกติ และส่งผลกระทบในหลายมิติ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกต่อการป้องกันอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่มีการทดสอบหลังการทดลองและมีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 28 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 14 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย พัฒนาโปรแกรมภายใต้กรอบแนวคิดความเศร้าโศก 5 ระยะ ของ Kubler-Ross และทฤษฎีความผูกพันต่อเนื่องและโมเดลการให้ความรู้ ชี้แนะและสนับสนุน การดูแลความเศร้าโศก จำนวน 5 ครั้งๆ ละ 30 นาที ประเมินผลลัพธ์หลังการทดลองหลังบุตรเสียชีวิต 6 เดือน โดยใช้แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติจากการสูญเสียฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอารมณ์เศร้าโศกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า ค่ามัธยฐานของคะแนนอารมณ์เศร้าโศกในกลุ่มทดลองน้อยกว่าค่ามัธยฐานของคะแนนในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่ามัธยฐานเป็น 6 และ 23 คะแนนตามลำดับ (Mann-Whitney U Test=32.5, p-value<.05) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกมีประสิทธิภาพต่อการป้องกันอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย การศึกษาในอนาคตควรมีการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกต่อการป้องกันอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติในรูปแบบออนไลน์อื่น ๆ และในกลุ่มประชากรกลุ่มอื่น

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยเด็กแบบประคับประคอง ความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก บิดามารดาที่สูญเสียบุตร

วันที่รับบทความ 14 พฤศจิกายน 2565 แก้ไขบทความเสร็จ 6 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่ตอบรับบทความ 9 กุมภาพันธ์ 2566

*การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนวิจัยสถาบัน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดบทความต้นฉบับ อีเมล kwaboo@kku.ac.th

****พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Effects of the bereavement care program to prevent complicated grief of bereaved parents who lost a child from illness*

Suteera Yathongchai M.N.S.**

Kwansuda Boontoch Ph.D.*** Rattiya Wanta B.N.S.****

Abstract

The death of a child from illness has an impact on grief and bereavement of bereaved parents and family members. A literature review found that parents who had lost a child were at risk of developing complicated grief which affected in many dimensions. The aim of this study was to study the effects of the bereavement care program to prevent complicated grief of bereaved parents who lost a child from illness. The research was a quasi-experimental study with control group post-test design. Twenty-eight bereaved parents were recruited using purposive sampling. They were divided into either the control groups or the intervention groups, 14 people for each group. The control group received routine nursing care. The experimental group received the bereavement care program for parents who lost a child from illness, which was designed based on the Five Stages of Grief (Kubler-Ross) Model and Continuing Bonds Theory. The program comprised five sessions in provision of education, guidance, and support for bereavement care, 30 minutes for each session. The Inventory of Complicated Grief Thai Version was used to measure grief at 6 months after child's death. Comparison between grief scores of the intervention group and those of the control group by analysis using Mann-Whitney U test.

The results showed that median grief score of the experimental group was significantly lower than that of the control group, with median score of 6 and 23, respectively (Mann-Whitney U Test = 32.5, p-value <.05). The results indicated that the bereavement care program was effective in preventing complicated grief in parents who lost a child from illness. Future studies should explore the effectiveness of bereavement care program on prevention of complicated grief in other online platforms and in other population groups.

keywords: pediatric palliative care; bereavement; bereaved parents

Received 14 November 2022 Revised 6 February 2023 Accepted 9 February 2023

*This study was supported by an institutional research grant, Khon Kaen University

**Registered Nurse, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

***Lecturer, Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing Khon Kaen University,
Corresponding author, E-mail: kwaboo@kku.ac.th

****Registered Nurse, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

บทนำ

การสูญเสียเป็นประสบการณ์ที่ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะการสูญเสียบุตรอันเป็นที่รักก่อนวัยอันควรย่อมนำมาซึ่งความเจ็บปวด ความเศร้าโศกต่อบิดามารดาและบุคคลในครอบครัว จากข้อมูลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์จังหวัดขอนแก่น พบว่าจำนวนของผู้ป่วยเด็กแรกเกิด-18 ปี เสียชีวิตใน พ.ศ. 2560-2562 จำนวน 65, 61, 56 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 10.82, 10.32, 9.83 ตามลำดับ¹ การสูญเสียดังกล่าวทำให้บิดา มารดาผู้ที่อยู่ในสถานการณ์การสูญเสียนั้น มีความยากลำบากต่อการยอมรับ เช่น มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเศร้าโศก ผิดปกติ (complicated grief) ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากบิดามารดาไม่สามารถปรับสภาพจิตใจให้เป็นไปตามกระบวนการความเศร้าโศกปกติได้ และมักจะแสดงออกด้วยความเศร้าโศก เจ็บปวดอย่างรุนแรง คิดถึงแต่เรื่องความตายของบุตร หรือรำลึกถึงตลอดเวลาหรือฝังใจอยู่กับบุตรผู้จากไป ซมขึ้น ทุกข์ระทมกับการสูญเสีย มีความรู้สึกว่ามีชีวิตอยู่อย่างไม่มีจุดหมายและหมดความหมายในการมีชีวิตอยู่² และบิดามารดาส่วนใหญ่เกิดความเศร้าโศกในระดับมากก่อนการสูญเสีย³

ผู้สูญเสียส่วนหนึ่งมีการแสดงออกถึงความเศร้าโศกและเผชิญกับความเศร้าโศกได้เองตามกระบวนการธรรมชาติ (normal grief process) อย่างไรก็ตาม ความเศร้าโศกในบิดามารดานั้น มีความเป็นเอกลักษณ์ (unique) ที่ไม่เหมือนความเศร้าโศกจากการสูญเสียในรูปแบบอื่น บุตรคือความฝัน ความหวัง และอนาคต ของบิดามารดา เมื่อบุตรเสียชีวิตลงหมายถึง บิดามารดาต้องสูญเสียทั้ง ความฝัน ความหวัง และอนาคต ร้อยละ 41 ของบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากโรคมะเร็ง ต้องเข้ารับการดูแลรักษาจิตใจ เช่น การบำบัดด้วยการพูดคุย (talk therapy) การมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน รับประทานยาจิตเวช และติดตามการรักษาภายใน 2 ปี หลังสูญเสียบุตร ร้อยละ 40 ต้องการความช่วยเหลือดูแลหลังสูญเสียแต่

กลับไม่ได้รับการช่วยเหลือปัญหาอุปสรรคในการให้บริการบริการ คือ บิดามารดาผู้สูญเสียมีความยากลำบาก และเจ็บปวดเกินกว่าจะพูดถึงเรื่องราวการสูญเสีย และปัจจัยที่ทำให้ การเผชิญความเศร้าโศกมีความยากลำบาก คือ ผู้สูญเสียมีความเจ็บป่วยทางใจเพิ่มเติม เช่น ซึมเศร้า⁴ และพบว่าสุขภาพร่างกายและความสามารถในการดำเนินชีวิตและการทำหน้าที่ของบิดามารดาหลัง บุตรวัยทารกเสียชีวิต 1 ปี บกพร่องและมีปัญหาด้านสุขภาพจิต 1 ใน 3 ของทั้งบิดาและมารดามีภาวะซึมเศร้า⁵ มารดาที่สูญเสียบุตรในหอผู้ป่วยวิกฤต มีความทุกข์ทางจิตวิญญาณในระยะหลังสูญเสียเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3⁶

การศึกษานำร่องในบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ร่วมกับทีมนักumarเวชกรรมในระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561-เดือนกันยายน พ.ศ.2562 จำนวน 66 ราย ประเมินความเสี่ยงต่อความเศร้าโศกผิดปกติของบิดาหรือมารดา พบว่า มีความเสี่ยงระดับน้อย จำนวน 27 คน คิดเป็น ร้อยละ 40.8 มีความเสี่ยงระดับปานกลาง 39 คน คิดเป็น ร้อยละ 59.2 ไม่พบความเสี่ยงระดับมาก มีมารดา 2 ใน 66 คน คิดเป็น ร้อยละ 3.0 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าต้องเข้ารับการรักษา การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลความเศร้าโศก โดยใช้กิจกรรมเชิงพุทธมีผลต่อการลดความเศร้าโศกผู้สูญเสียทั่วไปได้⁷ การพัฒนารูปแบบการดูแลบิดามารดาที่มีภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียบุตร พบว่ารูปแบบการดูแลบิดามารดาที่มีความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุตร ประกอบด้วย 1) การติดตามเยี่ยมบ้านโดยแกนนำสุขภาพชุมชน 2) การพัฒนาความรู้ ทักษะการให้การปรึกษา 3) การเยียวยาบาดแผลทางใจและจิตวิญญาณ 4) การให้ผู้ที่บิดามารดา นับถือเข้ามาช่วยดูแล⁸ ความเศร้าโศกในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย หลังสูญเสีย 2 สัปดาห์ถึง 6 เดือน พบคะแนนความเศร้าโศกวัดโดยใช้เครื่องมือ holistic grief scale โดยรวมอยู่ในระดับน้อย และเมื่อจำแนกรายด้าน ด้านอารมณ์มีค่าสูงสุด รองลงมา

ด้านการรู้คิด ด้านจิตวิญญาณ ด้านร่างกาย และด้านสังคม ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นผลกระทบของการสูญเสียทางด้านอารมณ์มากที่สุด⁹

ความเปลี่ยนแปลงของบิดามารดาหลังบุตรเสียชีวิตพบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสุขภาพทางร่างกาย สุขภาพจิต เจ็บป่วย ในเวลา 6 เดือนหลังบุตรเสียชีวิต¹⁰ การดูแลความเศร้าโศกที่มีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุด คือ การให้การดูแลด้วยความเมตตาของทีมสุขภาพ การสื่อสารที่ซื่อสัตย์และตรงจริง การให้ความรู้กระบวนการความเศร้าโศก (grief process) ระยะเวลาที่เหมาะสม สำหรับทีมสุขภาพในการเริ่มติดต่อกลับไปที่ครอบครัวเพื่อเสนอการดูแลหลังสูญเสียอยู่ระหว่างสัปดาห์ที่ 2-6 หลังเด็กเสียชีวิต และขยายระยะเวลาติดตามดูแลอยู่ที่ 6 เดือน-2 ปี¹¹ ผลของการเขียนจดหมายแสดงความเสียใจสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียดหลังเกิดเหตุสะเทือนใจ (PTSD) และความเศร้าโศกผิดปกติ หลังการสูญเสียได้¹² หลักการในการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลที่รักจากการเจ็บป่วย มี 2 ข้อหลักที่สำคัญ 1) ให้การดูแลผู้ดูแลที่สูญเสียทุกคน และเชื่อว่าพวกเขาอาจจะมีปัญหาหลังสูญเสีย 2) ให้การดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญ ในรายที่ผู้สูญเสียมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเศร้าโศกที่ผิดปกติ หรือผู้มีประสบการณ์ความเศร้าโศกที่ผิดปกติ การดูแลมี 3 ระยะ 1) ระยะก่อนเสียชีวิต (pre-death): ประเมินด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และประเมินความเสี่ยง (bereavement risk assessment) ประเมินทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยเข้าโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคอง 2) ขณะเสียชีวิต (at-death): ประเมินระดับความรุนแรง และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัว 3) หลังเสียชีวิต (post-death): 4-12 สัปดาห์หลังผู้ป่วยเสียชีวิต ติดตามทางโทรศัพท์โดยติดต่อไปที่ผู้ดูแลเบื้องต้น (primary carers) 4-6 เดือนหลังเสียชีวิต (acute grief)¹³ จากแนวคิดทฤษฎีความเศร้าโศกซึ่งจะช่วยให้สามารถเข้าใจกระบวนการทางจิตใจที่เกิดขึ้น การรับฟังผู้สูญเสียอย่างตั้งใจ

และเชื่อมโยงให้เข้ากับทฤษฎี โดยแนวคิดของทฤษฎีความเศร้าโศกของคูเบอร์ลอส และทฤษฎีความผูกพันต่อเนื่องโดยนาคาร์ซีและ การให้ความรู้และการสนับสนุนมาพัฒนาโปรแกรมเน้นที่ผู้สูญเสีย สามารถใช้ชีวิตอยู่กับความสูญเสียได้ เข้าใจกระบวนการความเศร้าโศก และช่วยเหลือครอบครัวบรรเทาความเศร้าโศกทางจิตใจ โดยยังคงไว้ซึ่งความทรงจำความผูกพันเชื่อมต่อกับบุตรที่เสียชีวิต เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือในกรณีที่ครอบครัวมีการชะงักงันในการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพ ประเมินครอบครัว เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเข้มแข็งที่มีผลต่อการปรับตัวหลังเกิดการสูญเสีย ประเมินสภาพจิตใจ หลังการสูญเสียว่าบิดามารดาเกิดความเศร้าโศกผิดปกติหรือไม่ และให้การรักษารักษาฟื้นฟูทันที¹⁴

จากข้อความรู้ดังกล่าวข้างต้น เมื่อมีความสูญเสียเกิดขึ้นทำให้เกิดผลกระทบและก่อให้เกิดความเศร้าโศกต่อบิดามารดาที่รุนแรง และการดูแลความเศร้าโศกนั้นมีความสำคัญ ถือเป็นมาตรฐานการดูแล ผู้ป่วยเด็กระยะท้าย การให้การดูแลความเศร้าโศกในกลุ่มบิดามารดาที่สูญเสียบุตรในหอผู้ป่วยเด็ก ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน มีการให้การดูแลเมื่อสูญเสียแล้ว เช่น ส่งการ์ดแสดงความเสียใจพร้อมคู่มือการดูแลตนเองซึ่งได้ส่งแบบประเมินผลการดูแลเบื้องต้น ครอบครัวมีความพึงพอใจ ยังไม่มีการติดตามประเมินความเศร้าโศกผิดปกติ ในระบบการดูแลแบบเต็ม ไม่มีแนวปฏิบัติและการติดตามทางโทรศัพท์และการให้คำปรึกษาต่อเนื่องอย่างเป็นระบบในระยะสูญเสียเฉียบพลัน (acute grief) 6 เดือนหลังสูญเสีย บุคลากรทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยเด็ก ยังมีความต้องการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับกระบวนการความเศร้าโศกในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย ยังมีความเข้าใจในวิธีการให้คำปรึกษาผู้สูญเสียไม่ชัดเจน และพบงานวิจัยที่พัฒนารูปแบบการดูแลบิดามารดาที่มีภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียบุตรในบริบทของชุมชน แต่ยังไม่พบงานวิจัย

ที่ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการดูแลความเศร้าโศก บิดามารดาในโรงพยาบาล และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังพบการศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลความเศร้าโศกในบิดามารดาเป็นบริบทของต่างประเทศ ซึ่งบริบท สังคมและวัฒนธรรมมีความแตกต่าง จากช่องว่างของความรู้ดังกล่าว จึงเป็นที่มาของการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกต่อการป้องกันอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการให้การพยาบาลในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกต่อการป้องกันอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย

สมมุติฐานการวิจัย

บิดาหรือมารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วยที่เป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนความเศร้าโศกผิดปกติ น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่รับการดูแลตามปกติ ภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกต่อการป้องกันอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎี จำนวน 2 ทฤษฎี และ 2 แนวคิด ดังนี้ 1) ทฤษฎีความเศร้าโศกของคูเบอร์ลอส (Elisabeth Kubler-Ross) ซึ่งได้กล่าวถึง การรับมือของบุคคลกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น สามารถแบ่งเป็นขั้นเป็นระยะที่ต่อเนื่องกัน ดังนี้ 5 ขั้น ระยะปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง (denial) โกรธ (anger) ต่อรอง (bargaining) เศร้า (depression) และระยะสุดท้าย คือ ยอมรับ (acceptance) 2) ทฤษฎีความผูกพันต่อเนื่อง¹⁵

(continuing bonds theory) อธิบายถึงการเชื่อมต่อสัมพันธ์ทางใจกับผู้ตายที่เกิดขึ้นกับผู้สูญเสียเฉพาะราย มีการแสดงออกหลากหลายเพื่อเชื่อมต่อไม่ให้ตัดขาดจากความรู้สึก เช่น การเก็บไว้ซึ่งความรู้สึกความทรงจำ เก็บสิ่งของของผู้ตายไว้จะช่วยให้เกิดผลในเชิงบวกต่อการเผชิญความเศร้าโศกได้ดี และ education, guidance, and support model¹⁶ เพื่อส่งเสริมกระบวนการการปรับตัวเป็นไปในทิศทางที่ดี โดยประกอบด้วย การชี้แนะ การให้ความรู้ และการสนับสนุน บิดามารดาผู้สูญเสีย ช่วยเหลือบิดามารดาที่สูญเสียให้สามารถก้าวผ่านความเศร้าโศกไปได้ และแนวความคิดการให้คำปรึกษาโดยใช้หลัก Worden's four tasks of mourning¹⁷ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูญเสียเข้าใจกระบวนการเยียวยา สามารถ ยอมรับว่าความสูญเสียได้ เรียนรู้วิธีการเยียวยาและอยู่กับความเจ็บปวดและความเศร้าโศกให้ได้ ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ มีชีวิตใหม่ (new life) และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นได้และช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความเศร้าโศกผิดปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัย 2 กลุ่ม ที่ไม่เท่าเทียมกันวัดหลังการทดลอง (the post-test only design with non equivalent groups) มีกลุ่มควบคุมสำหรับนำค่าตัวแปรตามที่วัดได้จากกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ. 2564-พฤษภาคม พ.ศ.2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ เป็นบิดาหรือมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 18 ปี และเจ็บป่วยระยะท้ายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เกณฑ์รับเข้าศึกษา (inclusion criteria) ประกอบ

ด้วย 1) บิดาหรือมารดาของเด็กเจ็บป่วยทางกาย ระยะท้ายที่ทำนายว่าจะมีชีวิตอยู่ไม่เกิน 1 สัปดาห์-3 เดือนโดยเริ่มคัดกรองตั้งแต่มิ่เสียชีวิตซึ่งพิจารณาโดยแพทย์ประจำหอผู้ป่วยได้ส่งปรึกษาหน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแล้วและทางหน่วยฯ เห็นว่าสามารถเข้าโครงการวิจัยได้ 2) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 3) บิดาหรือมารดาที่มีบุตรอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิต และมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเศร้าโศกผิดปกติ ในช่วงคะแนนระดับปานกลาง (5-10) และระดับมาก (11-14) โดยวัดจากแบบประเมิน complicated bereavement risk assessment tool 4) บิดาหรือมารดาที่มีบุตรอยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดย primary care team และไม่ได้ส่งปรึกษาหน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และ 5) บิดาหรือมารดาที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการสามารถสื่อสารได้ดี และมีสมาร์ทโฟนที่สามารถใช้วิดีโอคอลได้

สำหรับเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ประกอบด้วย 1) มารดาหรือบิดาที่มีบุตรเสียชีวิตจากการตายปริกำเนิด (perinatal mortality) และ 2) มารดาหรือบิดาที่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า ส่วนเกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (withdrawal criteria) อาสาสมัครมีอาการซึมเศร้ารุนแรงในระหว่างที่อยู่ในการศึกษา และบุตรของกลุ่มตัวอย่างไม่เสียชีวิต

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ ลีมิโซว์ และคณะ¹⁸ โดยอำนาจของการทดสอบเท่ากับ 80% หรือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) : 13.6 ได้จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันคือการศึกษาเรื่อง ผลของกิจกรรมเชิงพุทธที่เน้นธรรมเรื่องหลักกรรม และชีวิตหลังความตายต่อความเศร้าโศกของผู้เคยสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก⁷ จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบโดยกำหนดความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($\alpha=0.05$) ค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ 0.80 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 11 คน

และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10^{19} เพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) โดยกำหนดให้มีการ drop out ได้ 3 ราย ดังนั้น จึงใช้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม 14 ราย และกลุ่มทดลอง 14 ราย

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัย ใช้การสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) คัดเลือกอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมจนครบก่อน จากนั้นจึงสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลอง ตามลำดับที่เข้ารับบริการเพื่อป้องกันอคติจากการสุ่ม และตัวแปรแทรกซ้อนที่ปนเปื้อน (confound) ระหว่างทำการทดลอง

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกสำหรับบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย ผู้วิจัยพัฒนาภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเศร้าโศกของคูเบอร์ลอสและทฤษฎีความผูกพันต่อเนื่อง (continuing bond theory)¹⁵ และโมเดลการให้ความรู้ การชี้แนะและสนับสนุน¹⁶ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องรวมทั้งปรับโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบท และผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ 3 ท่าน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย ลักษณะของการให้โปรแกรมเป็นรายบุคคล จำนวน 5 ครั้ง ระยะเวลาครั้งละ 30 นาที โดยครั้งที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดความเศร้าโศกผิดปกติสร้างสัมพันธภาพเพื่อการเยียวยาให้ความรู้เรื่องกระบวนการความเศร้าโศกและการเผชิญ ในอีก 4 ครั้ง ติดตามความเศร้าโศก (grief reaction) ให้คำปรึกษาความเศร้าโศก (grief counseling) อย่างเป็นระบบ ในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 12 เดือนที่ 6 หลังบุตรเสียชีวิต เป็นเวลา 6 เดือน โดย

โปรแกรมมีการพัฒนาเครื่องมือประกอบโปรแกรม
1) คู่มือปฏิบัติตัวปฏิบัติใจอย่างไรเพื่อรับมือกับความ
ทุกข์โศกจากการสูญเสีย 2) แผ่นพับคำแนะนำ
การจัดการศพหลังบุตรเสียชีวิต 3) จดหมาย
และการ์ดแสดงความเสียใจ (condolence card,
condolence letter) และ 4) แบบบันทึกการติดตาม
และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของ
บิดามารดา ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา
ระดับการศึกษาอาชีพจำนวนบุตรรายได้ของครอบครัว
ลักษณะของครอบครัว สถานภาพสมรส แบบบันทึก
ข้อมูลส่วนบุคคลของบุตรที่เสียชีวิต ประกอบด้วย อายุ
ในวันที่เสียชีวิต เพศ ศาสนา ประวัติการเจ็บป่วยและ
การรักษา ระยะเวลาในการรักษา วัน-เวลาที่เสียชีวิต
สถานที่ดูแลสุดท้ายก่อนเสียชีวิต

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด
ความเศร้าโศกผิดปกติ (complicated bereavement
risk assessment tool) ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตรวจสอบ
เครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI=0.92
หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลอง
ใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติ เหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง
(try out) จำนวน 30 คน นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟาครอนบาคได้ 0.85 โดยเครื่องมือนี้ ใช้
สำหรับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดความ
เศร้าโศกผิดปกติ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดเข้า
กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แบบ
ประเมิน มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ 14 คะแนน
คิดค่าคะแนน ข้อละ 1 คะแนน แปลผลระดับความเสี่ยง
เป็น 3 ระดับ ดังนี้: 1-4 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการเกิด
ความเศร้าโศกผิดปกติ ระดับน้อย (mild risk), 5-9
คะแนน มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเศร้าโศกผิดปกติ
ระดับปานกลาง (moderate risk) และ 10-14 คะแนน
มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเศร้าโศกผิดปกติระดับ
มาก (high risk)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศก
ผิดปกติจากการสูญเสียฉบับภาษาไทย (inventory
complicated grief: ICG) พัฒนาโดยพีรพันธ์
ลือบุญธวัชชัย ผู้วิจัยนำมาหาค่าความเชื่อมั่น
(reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติ
เหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง (try out) จำนวน 30 คน
นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ 0.87
แบบประเมินมีจำนวนทั้งหมด 19 ข้อ เป็นแบบสอบถาม
ที่ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยตอบ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน
ผลคะแนนรวมของ ICG ที่มากกว่า 25 คะแนน
หมายถึง มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ
(complicated grief)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองโครงการจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น เลขที่ HE631346 วันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ.
2563 ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับข้อมูลการวิจัยอย่าง
ละเอียด มีอิสระในการเข้าร่วมโครงการ และสามารถ
ถอนตัวได้ตลอดเวลาระหว่างการวิจัย มีแนวทางการ
ช่วยเหลืออาสาสมัครที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงในระหว่าง
การศึกษา มีดังนี้ 1) หากกรณีอาสาสมัครอยู่ในเขต
จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประสานให้การประเมิน
เพื่อพบจิตแพทย์และนัดหมายอาสาสมัครด้วยตนเอง
ส่งต่อและขอความช่วยเหลือเครือข่ายเพื่อให้การช่วย
เหลือเร่งด่วน 2) กรณีอาสาสมัครอยู่ต่างจังหวัด ผู้วิจัย
ไม่สามารถลงพื้นที่ให้การช่วยเหลือได้ จึงมีแนวทาง
ให้การช่วยเหลือ ดังนี้ ประสานเครือข่ายการดูแล
ประคับประคอง เพื่อให้การช่วยเหลือเร่งด่วน กรณีที่มี
ผู้สูญเสียมีปัญหาซับซ้อน ด้านการเผชิญความเศร้าโศก
ส่งต่อเพื่อให้ทีมพยาบาลลงเยี่ยมบ้านและเข้าให้
การประเมินและตรวจรักษาโดยจิตแพทย์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

และเพื่อลดการปนเปื้อน จึงดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อน จากนั้นดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงดำเนินการลงนามเข้าร่วมวิจัยโดยกลุ่มควบคุมที่เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มนี้ครั้งที่ 1 เข้าสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และบุตร พร้อมทั้งทำแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดความเศร้าโศกผิดปกติ ครั้งที่ 2 เมื่อบุตรของกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตครบ 6 เดือน คณะผู้วิจัยโทรศัพท์ (วิดีโอคอล) เพื่อประเมินอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติโดยใช้แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติจากการสูญเสียฉบับภาษาไทย ใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมรวมระยะเวลา 9 เดือน (มีนาคม-ธันวาคม 2564)

จากนั้นจึงดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองผู้วิจัยจะพบจำนวน 5 ครั้ง ครั้งที่ 1 พบก่อนบุตรเสียชีวิตที่ห้องให้คำปรึกษาทอผู้ป่วยและครั้งที่ 2-5 พบภายหลังบุตรเสียชีวิตผ่านช่องทางวิดีโอคอล และแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30 นาที มีรายละเอียดดังนี้ ครั้งที่ 1 เข้าพบเพื่อทำการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดความเศร้าโศกผิดปกติ และเริ่มให้โปรแกรมดังนี้: 1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการเยียวยา 2) ประเมินความพร้อมและการแสดงออกด้านอารมณ์ 3) ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ กระบวนการความเศร้าโศก และเทคนิคการเผชิญกับความเศร้าโศกจากการสูญเสีย ได้แก่ การให้กำลังใจตัวเอง การมองหาแหล่งสนับสนุน การฝึกการผ่อนคลาย 4) มอบคู่มือปฏิบัติตัวปฏิบัติใจเพื่อรับมือกับความทุกข์โศกจากการสูญเสีย 5) แผ่นพับคำแนะนำสำหรับครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต และ 6) มอบกล่องความทรงจำที่จะเก็บความทรงจำเกี่ยวกับบุตรที่เสียชีวิตที่บิดามารดาต้องการเก็บในกล่องนี้

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 หลังบุตรของกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตบันทึกการได้รับโปรแกรมการติดตามทางโทรศัพท์ ส่งจดหมายแสดงความเสียใจและการแสดงความเสียใจถึงครอบครัว

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 หลังบุตรกลุ่มตัวอย่าง

เสียชีวิต โทรศัพท์ติดตามให้คำปรึกษาความเศร้าโศก (grief counseling) บันทึกการได้รับโปรแกรม

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 12 หลังบุตรกลุ่มตัวอย่าง

เสียชีวิต โทรศัพท์ติดตามให้คำปรึกษาความเศร้าโศก (grief counseling) บันทึกการได้รับโปรแกรม

ครั้งที่ 5 หลังบุตรกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต 6

เดือน โทรศัพท์ติดตามให้คำปรึกษาความเศร้าโศก (grief counseling) บันทึกการได้รับโปรแกรมและ

ประเมินอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติจากการสูญเสีย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติเชิงอนุมาน โดยลำดับแรกทดสอบความเป็นการแจกแจงปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ Shapiro-Wilk Test พบว่า คะแนนไม่มีการแจกแจงปกติ จึงเปรียบเทียบคะแนนความเศร้าโศกระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และผลการศึกษาเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง 26 คน (92.9%) เพศชาย 2 คน (7.1%) อายุระหว่าง 20-24 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 34.64 ± 10.01 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (92.9%) นับถือศาสนาพุทธ (100%) ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (92.9%) อาชีพแม่บ้าน (42.9%) รองลงไป คือ ลูกจ้างประจำ (25%) สถานที่เสียชีวิตของบุตรคือโรงพยาบาล ร้อยละ 57.1 และลำดับการเกิดของบุตรที่เสียชีวิต คือ บุตรคนที่ 2 (53.6) และรองลงไปเป็นบุตรคนแรก (39.3)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 34.64 ปี (S.D.=9.83 Min=18 Max=56) ระยะเวลาในการรักษาจนกระทั่งเสียชีวิตเฉลี่ย 1.05 ปี จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5 คน และอายุของบุตรที่เสียชีวิตเฉลี่ย 4.5 ปี โรคของบุตรที่เสียชีวิตมากที่สุด 45% คือ โรคหัวใจ

2. ผลการศึกษาเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย

ผลการศึกษาเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ตรวจสอบการแจกแจงปกติและการกระจายตัวของข้อมูลของคะแนนความเศร้าโศกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Shapiro-Wilk test of normality เนื่องจากข้อมูลน้อยกว่า 50 ตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์พบว่า คะแนนความเศร้าโศกของกลุ่มทดลอง (n=11) พบว่าเป็นการแจกแจงแบบไม่ปกติ (W=0.80, p-value=0.01<0.05) สำหรับคะแนนความเศร้าโศกของกลุ่มควบคุม (n=13) พบว่าเป็นการแจกแจงแบบปกติ (W=0.89, p-value=0.10>0.05)

2.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของภาวะเศร้าโศกปกติ และร้อยละของภาวะเศร้าโศกผิดปกติหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลความเศร้าโศก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนอารมณ์เศร้าโศกปกติ และอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รายละเอียดดังนี้

2.2.1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของภาวะเศร้าโศกปกติและภาวะเศร้าโศกผิดปกติหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลความเศร้าโศก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบร้อยละของอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผล คือ ถ้าคะแนนรวมของ ICG>25 จะถือว่า มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ แต่ถ้า ICG≤25 จะถือว่า มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ บิดา มารดา ที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย มีความเศร้าโศกปกติ ร้อยละ 53.8 และเศร้าโศกผิดปกติ ร้อยละ 46.2 และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมา มีความเศร้าโศกปกติ ร้อยละ 72.7 และเศร้าโศกผิดปกติ ร้อยละ 27.3 รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละอารมณ์เศร้าโศกปกติและอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติจากการสูญเสีย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกต่อภาวะเศร้าปกติและภาวะเศร้าผิดปกติ (n=24)

กลุ่ม	ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย		รวม
	เศร้าโศกปกติ	เศร้าโศกผิดปกติ	
ควบคุม	7(53.8)	6(46.2)	13(100)
ทดลอง	8(72.7)	3(27.3)	11(100)
รวม	15(62.5)	9(37.5)	24(100)

2.2.2 เปรียบเทียบมัธยฐานคะแนนความเศร้าโศกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การทดสอบ Shapiro-Wilk แสดงการแจกแจงแบบไม่ปกติของข้อมูล จึงเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม โดยใช้การทดสอบด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test สถิติ Mann-Whitney U Test เท่ากับ 32.5 ($p=0.011$) แสดงให้เห็นว่าค่ามัธยฐาน

ของความแตกต่างในช่วงหลังการให้โปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกัน นั่นคือ โปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกมีประสิทธิภาพต่อการป้องกันอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย ($p<0.05$) รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบมัธยฐานคะแนนความเศร้าโศกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังให้โปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกต่อการป้องกันความเศร้าโศกผิดปกติในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วยโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test ($n=24$)

Man-Whitney test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=11)			กลุ่มควบคุม (n=13)			Man-Whitney U	p-value
	median	IQR	Mean rank	median	IQR	Mean rank		
คะแนนความเศร้าโศก	6	28	8.95	23	28	15.50	32.50	0.011*

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกต่อการป้องกันอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ความเศร้าโศกผิดปกติในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วยเป็นกระบวนการที่ปรับตัวได้^{๒๐} อย่างไรก็ตาม หากบิดามารดาไม่ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมอาจทำให้กระบวนการปรับตัวล่าช้า หรือมีอาการรุนแรงขึ้น

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผลการทดสอบเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ “บิดาหรือมารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลมีคะแนนอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ” กล่าวคือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Mann-Whitney U Test เท่ากับ 32.5, p -value = 0.011) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็น

ระบบที่พบว่าทั้งในเชิงทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ โปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกช่วยป้องกันการเกิดภาวะเศร้าโศกที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹² ทั้งนี้ อาจจะเนื่องมาจากการที่โปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกมีกระบวนการเตรียมบิดามารดาตั้งแต่มก่อนสูญเสีย^๘

นั่นคือ การได้ตระหนักถึงการดูแลตั้งแต่เกิดเกิดความเศร้าโศกล่วงหน้า (anticipatory grief) และในโปรแกรมมีการคัดกรองบิดามารดาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเศร้าโศกผิดปกติ มีคู่มือการปฏิบัติตัวปฏิบัติใจเพื่อรับมือกับความทุกข์โศกจากการสูญเสีย เพื่อป้องกันการเกิดกระบวนการเศร้าโศกที่ผิดปกติ ผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดกระบวนการเศร้าโศกผิดปกติ ได้รับการช่วยเหลือจากทีมการพยาบาล แนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับภาวะเศร้าโศกวิธีทางคลายโศกโดยใช้หลักคำสอนในพระพุทธศาสนา แผ่นพับคำแนะนำ สำหรับครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

และวิธีการดูแลจิตใจเพื่อรับมือกับความทุกข์โศกจากการสูญเสียส่งการ์ดแสดงความเสียใจ (bereavement support response card)²¹ และจดหมายแสดงความเสียใจ (condolence letter) กระบวนการดูแลตามโปรแกรมฯ ได้มีการนำบิดามารดามีสวนร่วมตลอดเส้นทางของความเศร้าโศก 6 เดือน (grief journey) จากการสูญเสีย ทำให้เกิดการเตรียมพร้อมต่อการเผชิญกับความเศร้าโศกจากการสูญเสีย ตั้งแต่ระยะ anticipatory grief ครอบคลุมทั้ง 1) การติดตามเยี่ยมบ้าน 2) การพัฒนาความรู้ ทักษะการให้การปรึกษา 3) การเยียวยาบาดแผลทางใจและจิตวิญญาณ 4) การนำบิดามารดาหนี้อเข้ามาช่วยดูแล⁸ นอกจากนี้ในระยะเสียชีวิต มีคำแนะนำการจัดการงานศพ และการเก็บความทรงจำ การให้คำปรึกษาความเศร้าโศกอย่างต่อเนื่องจนถึง 6 เดือน และเฝ้าระวังการเกิดความเศร้าโศกผิดปกติ ซึ่งยังไม่มีโปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกอย่างเป็นระบบในการทำงานประจำ ทำให้บิดามารดาผู้สูญเสียสามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่การยอมรับความจริงและอยู่ต่อไปได้อย่างมีสมดุลใหม่ โดยปราศจากลูกที่จากไป โดยเดินไปตามกระบวนการของความเศร้าโศกจนถึงระยะยอมรับ รวมทั้งมองหาสิ่งดี ๆ ในชีวิตเชื่อมโยงกับลูกผ่านการเก็บความทรงจำที่ดี แม้อีกจะจากไปแต่ความเป็นพ่อแม่ยังคงอยู่ เป็นองค์ประกอบที่สมบูรณ์ของการดูแลบิดามารดาที่สูญเสียบุตรทำให้บิดามารดาผู้สูญเสีย ผ่านพ้นความเศร้าโศกและยอมรับการสูญเสีย²² เป็นบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิต ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งการสนับสนุนช่วยเหลือด้านอื่น ๆ ในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย²⁰

การที่โปรแกรมมีประสิทธิภาพในการป้องกันอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติ นอกจากตัวโปรแกรมที่ครอบคลุมกิจกรรมที่จำเป็นและตัวพยาบาลเองที่ให้การดูแล และครอบคลุมทุกระยะของการเศร้าโศกจากการสูญเสียการได้รับความรู้จากคู่มือและแผ่นพับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการดูแลจิตใจเพื่อรับมือกับความทุกข์โศกจากการสูญเสีย^{21,22} กระบวนการ

ช่วยเหลือจากทีมการพยาบาล และพยาบาลที่ให้การดูแลมีจุดเด่น คือ 1) มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะท้ายและการดูแลความเศร้าโศกในบิดามารดาที่สูญเสีย 2) ผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ bereavement workshop จากผู้เชี่ยวชาญจากทั้งในและต่างประเทศ การพัฒนาหลักสูตรการอบรม การดูแลความเศร้าโศกให้บุคลากรที่ทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง และมีการนำบิดามารดามีสวนร่วมตลอดเส้นทางของความเศร้าโศกจากการสูญเสีย การเปิดโอกาสให้พูดถึงประสบการณ์และความรู้สึกหลังการสูญเสียตามโมเดลการให้ความรู้ การชี้แนะและสนับสนุน ทำให้สามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายซึ่งรวมทั้งการดูแลความเศร้าโศกจากการสูญเสียมีความสัมพันธ์กับการลดลงของภาวะเศร้าโศกหลังการสูญเสียของครอบครัว^{23,24} บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุน และช่วยเหลือครอบครัวที่ดี มีส่วนทำให้ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียลดลงได้²³ บริการที่เกี่ยวกับการดูแลความเศร้าโศกมีความสำคัญต่อการเผชิญหน้ากับความเศร้าโศกจากการสูญเสีย การรู้สึกไม่โดดเดี่ยว และการเติบโตภายในของบุคคล โดยเฉพาะบริการที่หลากหลาย และยืดหยุ่นเพียงพอ^{22,25}

สรุปผลการศึกษา พบว่าโปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกต่อการป้องกันอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติ ในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการเจ็บป่วย มีประสิทธิภาพในการป้องกันอารมณ์เศร้าโศกผิดปกติ ในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากความเจ็บป่วยได้อย่างไรก็ตามงานวิจัยเป็นวิจัยกึ่งทดลองวัดครั้งเดียว

หลังการทดลองอาจมีตัวแปรที่คุกคามได้ เช่น เหตุการณ์การสูญเสียที่เกิดซ้ำซ้อนที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างระหว่างทดลองที่ไม่สามารถควบคุมได้ซึ่งผู้วิจัยได้เข้าให้การดูแลทันทีหลังสิ้นสุดการทดลอง เนื่องจากเกิดในกลุ่มควบคุม ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การทดลองใช้เวลานาน 6 เดือน การให้คำปรึกษาและติดตามทางวิดีโอคอล ต้องใช้ช่วงเวลาที่สัญญาณโทรศัพท์

เสถียร รวมถึงการที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้รับผิดชอบ
ศาสนาพุทธ การอ้างอิงสู่ประชากรควรพิจารณาปัจจัย
ต่าง ๆ เหล่านี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์กรพยาบาลควรสนับสนุนให้พยาบาล
ในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยเด็ก พัฒนางองค์ความรู้พื้นฐาน
ด้านการดูแลหลังสูญเสียในบิดามารดา เพื่อให้สามารถ
ปฏิบัติการพยาบาลบิดามารดาที่สูญเสียในเบื้องต้นได้
มีนโยบายที่เอื้อสำหรับบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยเด็กกระยะ
สุดท้าย รวมทั้งโอกาสในการอบรมเชิงปฏิบัติการใน
หัวข้อการดูแลความเศร้าโศกสำหรับพยาบาล

2. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาต่อยอดงาน
วิจัย เช่น การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (CNPG)
สำหรับบิดามารดาที่มีบุตรเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย

3. สถาบันการศึกษาควรเพิ่มเนื้อหาการดูแล
ความเศร้าโศกในบิดามารดาที่สูญเสียบุตรจากการ
เจ็บป่วยโดยบรรจุในหลักสูตรการเรียนการสอน มี
workshop สำหรับการฝึกปฏิบัติการพยาบาล พัฒนา
module การสอน โดยสอดแทรกกรณีศึกษาเข้าไป
เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจมากขึ้น

4. นำผลการวิจัยนี้ นำร่องไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วย
เด็กที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มนำกุมาร
เวชกรรม โดยเขียนโปรแกรมและนำสู่การจัด workshop
ให้สมาชิก CoP ผู้ป่วยเด็กแบบประคับประคอง เพื่อนำ
ไปสู่การปฏิบัติทางการพยาบาลได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาโปรแกรมสำหรับช่วยเหลือ
ครอบครัวผู้ป่วยเด็กที่เสียชีวิตทางออนไลน์และ
เทคโนโลยีสุขภาพทางไกลอื่น ๆ เพื่อความคุ้มค่า และ
ลดอุปสรรคในการเข้าถึงการดูแล

2. นำโปรแกรมการดูแลความเศร้าโศกนี้
ไปต่อยอดในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และ
มีการควบคุม extraneous variable อย่างเคร่งครัด
ควรมีการวัดผลในหลายช่วงเวลาเช่น หลังสูญเสีย

เดือนที่ 1 เดือนที่ 3 เพื่อดูว่าผลของโปรแกรมมี
ประสิทธิภาพสูงสุดที่ระยะเวลาใด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้านี้ได้รับการสนับสนุนทุนการ
วิจัยจากทุนวิจัยสถาบัน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

References

1. Medical record and statistic Srinagarind Hospital, A faculty of Medicine, Khon Kaen University. Statistic of Srinagarind patients 2017–2019.
2. Rosenberg AR, Baker KS, Syrjala K, Wolfe J. Systematic review of psychosocial morbidities among bereaved parents of children with cancer. *Pediatr Blood Cancer* 2012 ;58(4):503–12.
3. Daroonratsamee S, Mesukko J, Niyomkar S. Anticipatory grief and coping among parents with children transitioning into palliative care in critical care units. *J Nursing* 2020; 47(3): 14–26. (in Thai)
4. Lichtenthal WG, Corner GW, Sweeney CR, Wiener L, Roberts KE, Baser RE, et al. Mental health services for parents who lost a child to cancer: If we build them, will they come?. *J Clin Oncol* 2015;33(20):2246–53.
5. 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.
6. Hawthorne DM, Youngblut JM, Brooten D. Parent spirituality, grief, and mental health at 1 and 3 months after their infant's/child's death in an intensive care unit. *J Pediatr Nurs* 2016;31(1):73–80.

7. Gunavaddho P, Mookdee S. Effects 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)
8. Punaglom N, Donprapeng B. Development of parents care model with grief from losing a child: Evaluating the impact of using model. *JNSH* 2018;41(1):105-16. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/104367>. (in Thai)
9. Yathongchai S, Tangvoraphonkchai J. The grief of parents who lost a child from illness. *Journal of Nursing Science & Health* 2019;42(2):44-52. (in Thai)
10. Dias N, Brandon D, Haase JE, Tanabe P. Bereaved parents' health status during the first 6 months after their child's death. *Am J Hosp Palliat Care* 2018;35(6):829-39.
11. 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.
12. Kentish-Barnes N, Chevret S, Azoulay E. Impact of the condolence letter on the experience of bereaved families after a death in intensive care: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2016;17(1):102.
13. GRPCC Clinical practice group. Bereavement risk screening and management guidelines. [cited 2022 Aug 9]. Available from: <http://www.grpcc.com.au/wp-content/uploads/2018/06/GRPCCBereavement-Screening-and-ManagementGuideline-June-2016.pdf>.
14. Thangjittiporn T. Bereavement care. [Internet]. 2020 Mar 12 [cited 2020 Aug 14];19. Available from: https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Old_Content/dmsplanv_2/publish/publish12072017020755.pdf
15. Thongkhamcharoen R. Bereavement care in family practice and primary care. *PCFM* 2018;1(1):17-30. (in Thai)
16. Morris SE, Dole OR, Joselow M, Duncan J, Renaud K, Branowicki P, et al. The development of a hospital-wide bereavement program: Ensuring bereavement care for all families of pediatric patients. *J Pediatric Health Care* 2017;31(1):88-95.
17. ADMIN. William worden's four tasks of grief [Internet]. The therapy centre. 2019 [cited 2019 Oct 24]. Available from: <https://thetherapycentre.ie/william-wordens-four-tasks-of-grief/>
18. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health studies. New York: John Wiley & Sons; 1990.
19. Jirawatkul A. Statistic for health science research. Bangkok: Wittayaphat; 2015. (in Thai)
20. October T, Dryden-Palmer K, Copnell B, Meert KL. Caring for parents after the death of a child. *Pediatr Crit Care Med* 2018;19(8S Suppl 2):S61-8.
21. Snaman JM, Kaye EC, Levine DR, Cochran B, Wilcox R, Sparrow CK, et al. Empowering bereaved parents through the development of a comprehensive bereavement program. *J Pain Symptom Manage* 2017;53(4):767-75.
22. Kochen EM, Jenken F, Boelen PA, Deben LMA, Fahner JC, van den Hoogen A, et al. When a child dies: A systematic review of well-defined

- parent-focused bereavement interventions and their alignment with grief- and loss theories. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2020 Mar 12 [cited 2020 Aug 14];19. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7068872/>
23. Khunpinit K, Chaiviboontham S, Pokpalagon P. Association between the quality of palliative care and grief of bereaved families. *J Hlth Sci Res* 2020;14(3):24-35. (in Thai)
24. Yamaguchi T, Maeda I, Hatano Y, Mori M, Shima Y, Tsuneto S, et al. Effects of end-of-life discussions on the mental health of bereaved family members and quality of patient death and care. *J Pain Symptom Manage* 2017;54(1):17-26.
25. Sriarporn P, Liamtrirath S. Grief among women with perinatal loss. *Nursing Journal* 2014; 41(Suppl):134-42. (in Thai)