

ความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียและกลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตร  
เข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต  
Anticipatory Grief and Coping Among Parents  
with Children Transitioning into Palliative Care in Critical Care Units

สุวิมล ธรณรัตน์ \*

จุฑารัตน์ มีสุขโข \*\*

ศรีมนาน นียมคำ \*\*

Suwimol

Jutarat

Srimana

Daroonratsamee \*

Mesukko \*\*

Niyomkar \*\*

### บทคัดย่อ

เด็กป่วยจำนวนมากที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมได้ถูกปรับเปลี่ยนรูปแบบและเป้าหมายการดูแลจากการรักษาให้หายขาดไปเป็นการดูแลแบบประคับประคอง เด็กป่วยและครอบครัวจึงอยู่ท่ามกลางความรู้สึกของความไม่แน่นอน โดยเฉพาะบิดามารดาจะมีความรู้สึกโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย และใช้กลวิธีต่างๆ ในการเผชิญต่อการสูญเสียบุตรที่จะต้องเกิดขึ้น การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย และกลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาที่มีบุตรอายุ 1 ถึง 15 ปี ที่เข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคเหนือ จำนวน 102 ราย ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้สึกของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง (ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82) และแบบประเมินกลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง (ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .83) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

### ผลการศึกษาพบว่า

1. บิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนมากมีความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียอยู่ในระดับมาก (Mean=92.21, SD=3.91) โดยมีการแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ การเฝ้าถึงภาพของบุตรเมื่อครั้งที่ยังไม่เจ็บป่วย (Mean=4.27, SD=0.75) การมีความรู้สึกใกล้ชิดหรือสนิทกับบุตรมากขึ้น (Mean=4.16, SD=0.99) การวาดฝันถึงภาพชีวิตตัวเองกับบุตรเมื่อครั้งก่อนที่บุตรจะเจ็บป่วย (Mean=4.06, SD=1.09) การนอนไม่หลับหลังจากที่ทราบผลการวินิจฉัยโรคของบุตร (Mean=3.88, SD=0.92) และการคิดล่วงหน้าไปเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร (Mean=3.86, SD=0.86)

2. บิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตใช้กลวิธีการเผชิญทั้ง 3 วิธี โดยใช้กลวิธีด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์มากที่สุด (คะแนนสัมพัทธ์=.39) และใช้

\* พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

\* Registered nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital, nongnui\_s@hotmail.com

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\* Assistant Professor Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 3 ตุลาคม 2559 วันที่แก้ไขบทความ 18 เมษายน 2560 วันที่รับบทความ 23 สิงหาคม 2560

กลวิธีด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด (คะแนนสัมพัทธ์=.22) และบิดามารดาเลือกใช้วิธีการเผชิญในแต่ละด้านมากที่สุด 3 อันดับแรก ดังนี้

ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา คือ การพยายามอย่างมากที่จะทำให้บุตรมีอาการดีขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วย (Mean=4.44, SD=0.78) การพยายามหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรเพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น (Mean=4.06, SD=0.96) และการพยายามค้นหาเป้าหมายของการดูแลรักษาบุตร หรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร (Mean=3.99, SD=1.11)

ด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อม คือ การสวดมนต์ ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (Mean=4.53, SD=0.70) การมีความหวังว่าความเจ็บป่วยของบุตรในครั้งนี้จะดีขึ้น (Mean=4.52, SD=0.73) และการพยายามทำบางสิ่งบางอย่างที่คิดว่าจะช่วยให้บุตรมีอาการดีขึ้น หรือหายจากโรค ทั้งๆที่ไม่แน่ใจว่าจะช่วยได้หรือไม่ (Mean=4.31, SD=0.83)

ด้านการจัดการกับอารมณ์ คือ ความรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร (Mean=4.32, SD=0.83) การคิดฝันว่าบุตรจะมีอาการดีขึ้นทั้งๆที่ยังไม่ได้เป็นเช่นนั้น (Mean=4.21, SD=0.88) และความรู้สึกกระวนกระวาย ว้าวุ่นใจ (Mean=3.76, SD=1.00)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยจัดทีมการดูแลแบบประคับประคองเป็นแบบทีมเจ้าของไข้ทำให้การดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง มีการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของบุตร ให้การสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก และจัดสถานที่ที่เอื้อต่อการปฏิบัติตามความเชื่อและศาสนาของบิดามารดาแต่ละราย ทั้งนี้เพื่อช่วยให้บิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตสามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ:** บิดามารดา การดูแลแบบประคับประคอง หอผู้ป่วยวิกฤต ความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย กลวิธี การเผชิญ

## Abstract

In the pediatric critical care unit, many patients often require a change from a curative to a palliative approach and a shift in the goals of medical care. This situation may fill with uncertainties for the pediatric patients and their families. Especially, parents faced with anticipatory grief and coping for the impending death of their child. This descriptive research design was to investigate the anticipatory grief and coping strategies among parents with the transition of children into palliative care from the critical care unit. Participants consisted of 102 parents of children between the ages of 1 to 15 years old who transferred into palliative care from the critical care units of three tertiary hospitals in northern Thailand. The data were collected from October 2016 to May 2017. Research instruments comprised of the General Information Questionnaire, the Anticipatory Grief Scale (reliability=.82), and the Jalowiec Coping Scale (reliability=.83). Data were analyzed using descriptive statistics.

### The results revealed that:

1. Parents whose children transitioned into palliative care from the critical care unit reported

a high score of anticipatory grief (Mean=92.21, SD=3.91). The top five highest expressions of anticipatory grief were the following: really missing the child the way he/she used to be (Mean=4.27, SD=0.75), feeling closer or more intimate to their child who has an illness (Mean=4.16, SD=0.99), daydreaming about how life with the child was like before their illness (Mean=4.06, SD=1.09), not sleeping well after knowing the child's diagnosis (Mean=3.88, SD=0.92), and imagining thoughts about the child's illness (Mean=3.86, SD=0.86).

2. Parents whose children were transitioned into palliative care from the critical care unit reported using all three coping strategies. Confrontive coping strategies and palliative coping strategies were the most common strategies used by parents (relative score=.39). Emotional coping strategies were the least common strategies used by parents (relative score=.22). The three most common ways that parents used each coping were as follows:

Confrontive coping strategies include the following: making a great effort to improve their child's condition so they can recover from illness (Mean=4.44, SD=0.78), finding out more information about their child's illness in order to handle it better (Mean=4.06, SD=0.96), and looking at their child treatment goals to have a better understanding of their child's illness (Mean=3.99, SD=1.11).

Palliative coping strategies include the following: praying to Buddha (Mean=4.53, SD=0.70), hoping that their child will get better (Mean=4.52, SD=0.73), and trying to do something to improve their child's recovery from illness even if they were not sure whether or not their methods will work (Mean=4.31, SD=0.83).

Emotional coping strategies included the following: worrying about their child's illness (Mean=4.32, SD=0.83), wishing that their child will be better although it seems impossible, fantasizing a better outcome (Mean=4.21, SD=0.88), and becoming anxious (Mean=3.76, SD=1.00).

The results of this study can be used to develop a palliative care system in the pediatric critical care unit. The palliative care team provides the following: constant primary nursing care for pediatric patients and their family, information related to the child's illness, psychological support, allowing parents to share their own feelings, and a place in the ward or nearby for parents to practice their individual belief and religious rituals. These strategies can help parents to assist their child's transition into palliative care from critical care unit in the best possible way.

**Keywords:** *parents with children, palliative care, critical care unit, anticipatory grief, coping*

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นหอผู้ป่วยที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิต หรือมีอาการหนักที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และ

ต่อเนื่องจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลการรักษาผู้ป่วยวิกฤตเพื่อทำการรักษาอย่างเร่งด่วน และช่วยเหลือให้พ้นระยะวิกฤตที่อาจส่งผลให้เกิดการเสียชีวิต (Denis-Larocque,

Williams, St-Sauveur, Ruddy, & Rennick, 2017) อย่างไรก็ตามด้วยลักษณะการดำเนินของโรค ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และสภาพร่างกายของเด็กป่วยที่มีการตอบสนองต่อการรักษาที่แตกต่างกันทำให้เด็กป่วยจำนวนหนึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาและเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งเด็กป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลแบบประคับประคองในช่วงก่อนเสียชีวิตในหอผู้ป่วยวิกฤต

เด็กป่วยวิกฤตที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา แพทย์จะปรับเปลี่ยนจากการรักษาให้หายขาดมาเป็นการดูแลแบบประคับประคอง ราชวิทยาลัยพยาบาลแห่งราชอาณาจักร (The Royal College of Nursing (RCN)) และราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งราชอาณาจักร (The Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH)) ได้ร่วมกันกำหนดลักษณะความเจ็บป่วยในเด็กที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) ภาวะเจ็บป่วยที่มีโอกาสรักษาให้หายได้แต่ผลการรักษาล้มเหลว 2) ภาวะเจ็บป่วยที่ไม่มีโอกาสรักษาให้หายได้และมีการดำเนินโรคแย่ลงอย่างต่อเนื่อง 3) ภาวะเจ็บป่วยที่ต้องการการรักษาอย่างใกล้ชิดและใช้ระยะเวลานาน และ 4) ภาวะเจ็บป่วยที่มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของระบบต่างๆในร่างกายจนไม่สามารถฟื้นตัวเป็นปกติ (Chambers, Dodd, McCulloch, McNamara-Goodger, Thompson, Widdas, & Johnson, 2009) เด็กป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาจะถูกพิจารณาเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองจากการตัดสินใจและลงความเห็นจากแพทย์ และ/หรือการประเมินจากอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บป่วยโดยใช้เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองของแต่ละโรงพยาบาล

บิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองที่การรักษาไม่สามารถช่วยให้หายขาดจากความเจ็บป่วยและมีการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงที่แย่ลงอย่างต่อเนื่อง ความรู้สึกของบิดามารดาจะเปลี่ยนจากความคาดหวังเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยมาเป็นความรู้สึกสูญเสียและโศกเศร้า (McAdam, Fontaine, White, Dracup, & Puntillo, 2012)

เรียกว่า ความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย ซึ่งดำเนินไปเป็นลำดับขั้นอย่างต่อเนื่องและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ประกอบด้วย 5 ระยะ คือ 1) ระยะรับรู้ บิดามารดารับรู้ถึงการสูญเสียบุตรที่ใกล้เข้ามาซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ 2) ระยะโศกเศร้า บิดามารดา มีการแสดงออกถึงอารมณ์ความรู้สึกสูญเสียทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม 3) ระยะปรับมุมมอง บิดามารดาปรับมุมมองเกี่ยวกับการสูญเสียบุตรที่ใกล้เข้ามา โดยตระหนักว่าบุตรได้ใช้ชีวิตอย่างคุ้มค่าที่สุดในช่วงเวลาที่ผ่านมาและตนเองยังคงต้องดำเนินชีวิตต่อไป 4) ระยะแยกจาก บิดามารดาพยายามทำความเข้าใจในสัจธรรมว่าบุตรจะต้องเสียชีวิต และจะไม่พบเจอกันอีกต่อไป โดยมีการแสดงอารมณ์ความรู้สึกโกรธใคร่ผู้ก่อกวนบุตรและในขณะเดียวกันบิดามารดาจะพยายามลดอารมณ์ความรู้สึกต่างๆที่มีต่อบุตรลงเพื่อเตรียมพร้อมกับการสูญเสีย และ 5) ระยะเก็บความทรงจำ บิดามารดาเก็บความทรงจำที่มีต่อบุตรในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ไว้ในใจ (Futterman, Hoffman, & Sabshin, 1972) ซึ่งการแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียของบิดามารดา มีการดำเนินไปทุกระยะ และท้ายที่สุดบิดามารดาจะยอมรับการสูญเสียบุตรที่กำลังจะเกิดขึ้น ความโศกเศร้าที่มีอยู่จะคลี่คลายลง และปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ ซึ่งในการปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติจะใช้เวลานานน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความสามารถในการเผชิญของบิดามารดาซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

บุคคลที่อยู่ในสถานการณ์ปัญหาจะมีการประเมินว่าเป็นภาวะเครียดที่คุกคามตนเองหรือไม่ และประเมินแหล่งประโยชน์ต่างๆเพื่อนำมาจัดการกับสถานการณ์นั้น โดยใช้กลวิธีการเผชิญอย่างผสมผสานทั้งในรูปแบบการมุ่งแก้ปัญหา และการลดอารมณ์ตึงเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งแนวความคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ได้ถูกนำมาพัฒนาโดย Jalowiec (1988) แบ่งกลวิธีการเผชิญ 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา เป็นการควบคุมสถานการณ์ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นโดยการเปลี่ยนแปลงการกระทำหรือสิ่งแวดล้อม 2) การจัดการกับอารมณ์ เป็นการแก้ไข

หรือควบคุมความรู้สึกเป็นทุกข์โดยการระบายอารมณ์  
ความรู้สึกโดยที่เหตุการณ์ หรือปัญหานั้นไม่เปลี่ยนแปลง  
และ 3) การจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ เป็นการควบคุม  
สถานการณ์ให้บรรเทาลง โดยการเปลี่ยนการรับรู้  
สถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยที่สถานการณ์นั้นไม่เปลี่ยนแปลง  
ซึ่งการศึกษาของ Rungkasiri (2000) และ Jee et al.  
(2012) พบว่าบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง  
ระยะสุดท้าย และบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหอผู้ป่วย  
วิกฤต มีการใช้กลวิธีการเผชิญอย่างผสมผสานกันโดย  
การแสดงอารมณ์หงุดหงิด ร้องไห้เมื่อนึกถึงการเจ็บป่วย  
ของบุตร คิดว่าการสูญเสียบุตรเป็นเรื่องของเวรกรรม  
และเชื่อว่าการสวดมนต์ ไหว้พระ ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์  
จะช่วยให้บุตรหายจากการเจ็บป่วย การหาข้อมูลเกี่ยวกับ  
การเจ็บป่วยและใช้เวลาอยู่กับบุตรที่เจ็บป่วยให้มากที่สุด  
เท่าที่จะสามารถทำได้ รวมทั้งหาแหล่งสนับสนุนทาง  
ด้านจิตใจ หรือแหล่งช่วยเหลืออื่นๆเพื่อเบี่ยงเบนความรู้สึก  
เครียด ซึ่งบิดามารดาที่มีการใช้กลวิธีการเผชิญที่มี  
ประสิทธิภาพจะช่วยให้จัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึก  
โศกเศร้าให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมและกลับเข้าสู่ภาวะ  
สมดุลได้เร็ว ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงจากผลของความ  
โศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้

ความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียส่งผลทั้ง  
ด้านบวกและด้านลบ โดยพบว่าความโศกเศร้าก่อนที่จะ  
เกิดการสูญเสียในระดับที่เหมาะสมทำให้บิดามารดา  
มีการยอมรับการสูญเสียบุตร และมีการเตรียมพร้อมสภาพ  
อารมณ์ และจิตใจในการเผชิญกับการสูญเสียบุตรที่กำลัง  
จะมาถึง และสามารถปรับตัวให้ตนเองอยู่ในสภาวะ  
สมดุลท่ามกลางความรู้สึกโศกเศร้าที่เกิดขึ้น และผ่านพ้น  
ความโศกเศร้าได้อย่างเหมาะสมและดำเนินชีวิตต่อไปได้  
ตามปกติทั้งในระยะก่อนและหลังการสูญเสีย (Moon,  
2016; Nielsen, Neergaard, Jensen, Bro, & Guldin,  
2016) นอกจากนี้ยังช่วยให้บิดามารดาดำรงบทบาท  
หน้าที่ของการเป็นบิดามารดาโดยไม่บกพร่อง ส่งผลดีต่อ  
บุตรที่เจ็บป่วยที่จะได้รับการดูแลจากบิดามารดา มี  
โอกาสบอกเล่าและปรับความเข้าใจซึ่งกันและกันในช่วง  
ระยะเวลาที่เหลืออยู่และนำไปสู่ความตายได้อย่างสงบ

(Kenner, Press, & Ryan, 2015) บิดามารดาที่มี  
ความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียที่มีความรุนแรง  
และมีระยะเวลานานกว่าปกติ ส่งผลให้บิดามารดา  
ไม่สามารถดูแลบุตรภายใต้การดูแลแบบประคับประคอง  
ได้อย่างเหมาะสม และไม่สามารถช่วยให้บุตรเกิด  
การตายอย่างสงบ บิดามารดาที่มีความโศกเศร้าในระยะ  
ภายหลังการสูญเสียที่ผิดปกติ นำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพ  
กายและสุขภาพจิตที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล  
(Laurie & Robert, 2013; Moon, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษา  
เกี่ยวกับความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียและ  
กลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะ  
การดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยตรง  
พบเพียงการศึกษาของ Zamanzadeh, Valizadeh,  
Rahiminia, and Kochaksaraie (2013) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ  
ความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียของบิดามารดา  
แรกเกิดก่อนกำหนดที่เจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตทารก  
แรกเกิด พบว่าบิดามารดาที่มีการแสดงออกถึงความโศกเศร้า  
ก่อนที่จะเกิดการสูญเสียโดยมีความรู้สึกยึดติดกับบุตร  
เศร้าเสียใจ นอนไม่หลับ และรู้สึกผิด แต่ทั้งนี้การศึกษาดังกล่าวไม่ได้ศึกษาวิธีการเผชิญและไม่ครอบคลุม  
ความโศกเศร้าในมารดา รวมทั้งเป็นการศึกษาการสูญเสีย  
บุตรในวัยทารกที่อาจมีผลต่อลักษณะความโศกเศร้าที่  
แตกต่างกัน และการศึกษาความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิด  
การสูญเสียและกลวิธีการเผชิญในกลุ่มบิดามารดาที่มีบุตร  
เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วย  
ค่อนข้างยาวนานต่อการเตรียมพร้อมทางด้านจิตใจ  
สำหรับการสูญเสีย ได้แก่ การศึกษาของ Al-Gamal and  
Long (2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความโศกเศร้าก่อนที่จะ  
เกิดการสูญเสียของบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วย  
โรคมะเร็ง ซึ่งอาจมีความแตกต่างของลักษณะความโศกเศร้า  
ก่อนที่จะเกิดการสูญเสียและกลวิธีการเผชิญ ผลการ  
ศึกษาที่ผ่านมามีจึงยังไม่สามารถนำมาเป็นองค์ความรู้  
พื้นฐานในการอธิบายความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิด  
การสูญเสียและกลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตร  
เข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต

กับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ หากบิดามารดามีการใช้กลวิธีการเผชิญที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้บิดามารดาสามารถจัดการกับความเครียดและกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลได้เร็ว ซึ่งจะช่วยให้เกิดประโยชน์และลดความรุนแรงจากผลของความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียได้

## วิธีดำเนินการวิจัย

- การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย และกลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบิดามารดาที่มีบุตรอายุ 1 ถึง 15 ปี ที่เข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลลำปาง ที่มีคุณสมบัติ คือ บิดาหรือมารดามีอายุ 18 ปีขึ้นไป บิดาหรือมารดามีบุตรที่แพทย์ได้ลงความเห็นว่าจะเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง และ/หรือเด็กป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บป่วยตรงกับเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองของแต่ละโรงพยาบาล และบิดาหรือมารดาไม่มีภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental Health, 2016) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยการใช้อัตราขนาดตัวอย่างสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) โดยคิดจากจำนวนประชากรทั้งหมด 138 คน ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 102 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบ  
ด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาและ  
ของเด็กป่วยที่เข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง  
ในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. แบบประเมินความรู้สึกของบิดามารดาที่มีบุตร  
เข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยใช้  
แบบประเมินความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย  
(Anticipatory Grief Scale) ของ SSM Cardinal Glennon  
Children's Hospital (2003) แปลเป็นภาษาไทยโดย  
Rungkasiri (2000) (เอกสารอนุญาตเลขที่ ศร  
0513.11501/2541) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง  
ตามเนื้อหาที่ยอมรับได้มาแล้ว ผู้วิจัยไม่ได้ประยุกต์  
หรือดัดแปลงแก้ไขเนื้อหา จึงไม่ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรง  
ตามเนื้อหาซ้ำ มีจำนวน 24 ข้อ เป็นลักษณะประมาณ  
ค่า (rating scale) 5 อันดับ คะแนน 1 (ไม่เคยเลย) ถึง 5  
(เกือบตลอดเวลา) การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 2 ส่วน  
คือ 1) แปลผลความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียโดย  
รวมโดยใช้ค่าอันตรายภาคขึ้นในการแบ่งคะแนนออกเป็น 5  
ระดับ ระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด  
และ 2) แปลผลการแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะ  
เกิดการสูญเสียโดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้อ ค่าเฉลี่ย  
คะแนนข้อใดมาก หมายถึง มีการแสดงออกถึงความ  
โศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียนั้นมาก

3. แบบประเมินกลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มี  
บุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยใช้  
แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวicz (Jalowiec  
Coping Scale) (Jalowiec, 1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย  
และปรับภาษาเล็กน้อยเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ปกครอง  
เด็กป่วยโดย Suwannaosod (2004) (เอกสารอนุญาตเลขที่  
ศร 6593(23)/2620) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง  
ตามเนื้อหาที่ยอมรับได้มาแล้ว ผู้วิจัยไม่ได้ประยุกต์หรือ  
ดัดแปลงแก้ไขเนื้อหา จึงไม่ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรง  
ตามเนื้อหาซ้ำ มีจำนวน 36 ข้อ เป็นลักษณะประมาณค่า  
(rating scale) 5 อันดับ คะแนน 1 (ไม่เคย) ถึง 5 (เกือบ  
ทุกครั้ง) การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ  
1) แปลผลการใช้กลวิธีการเผชิญโดยใช้คะแนนสัมพัทธ์  
(Relative score) ค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพัทธ์ของกลวิธีการ  
เผชิญด้านใดมาก หมายถึง มีการใช้กลวิธีการเผชิญด้าน  
นั้นมาก และ 2) แปลผลการใช้วิธีการเผชิญในแต่ละด้าน  
โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้อในแต่ละด้านของกลวิธีการ

เผชิญ ค่าเฉลี่ยคะแนนข้อใดมาก หมายถึง กลวิธีการเผชิญ  
ด้านนั้นมีการใช้วิธีการเผชิญนั้นมาก

ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)  
ของแบบประเมินความรู้สึกของบิดามารดาที่มีบุตร  
เข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง และ  
แบบประเมินกลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่  
ระยะการดูแลแบบประคับประคอง โดยนำแบบประเมิน  
ทั้ง 2 ชุด ไปทดลองใช้กับบิดามารดาที่มีคุณสมบัติ  
เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤต  
กุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม  
โรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยไม่ซ้ำกับ  
กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย จากนั้นนำมาหาค่า  
ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค  
(Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งผู้วิจัยได้ค่าความเชื่อมั่น  
ของเครื่องมือ เท่ากับ .82 และ .83 ตามลำดับ

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากผู้วิจัยได้รับอนุมัติการรับรอง  
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรม  
การวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
(เอกสารรับรองเลขที่ 065/2559) คณะกรรมการ  
จริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
(เอกสารรับรองเลขที่ 346/59) โรงพยาบาลเชียงราย  
ประชานุเคราะห์ (เอกสารรับรองเลขที่ ชร 0032.102/  
39156) และโรงพยาบาลลำปาง (เอกสารรับรองเลขที่  
72/2559) ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวม  
ข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัยโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้า  
พบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง แนะนำตนเอง อธิบาย  
วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล  
และการเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือ และให้  
คำปรึกษาแก่กลุ่มตัวอย่างหากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกถึง  
การถูกคุกคามทางด้านจิตใจมากเกินไปในขณะที่เข้าร่วม  
การวิจัย และชี้แจงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวหรือ  
ยกเลิกในการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกขั้นตอนโดยไม่มีผลกระทบ  
ใด ๆ ต่อบุตรที่เจ็บป่วย ข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับ  
และนำเสนอเป็นไปในภาพรวม พร้อมทั้งเปิดโอกาส  
ให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ผู้วิจัย และผู้ช่วย

วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นหลักฐาน จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาและเด็กป่วยที่เข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่โดยใช้สูตรอันดับชั้น หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย และข้อมูลสถิติวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์โดยใช้คะแนนสัมพัทธ์ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

### ผลการวิจัย

บิดามารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มีจำนวน 102 ราย เป็นเพศชายและหญิง ร้อยละ 33.33 และ 66.67

**ตารางที่ 1** ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต (n=102)

| การแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย*         | ช่วงคะแนน         |           | Mean | SD   |
|-----------------------------------------------------------|-------------------|-----------|------|------|
|                                                           | คะแนนที่เป็นไปได้ | คะแนนจริง |      |      |
| เผื่อนึกถึงภาพของบุตรเมื่อครั้งที่ยังไม่เจ็บป่วย          | 1-5               | 1-5       | 4.27 | 0.75 |
| รู้สึกใกล้ชิดหรือสนิทกับบุตรมากขึ้นเมื่อบุตรเจ็บป่วย      | 1-5               | 1-5       | 4.16 | 0.99 |
| วาดฝันถึงภาพชีวิตตัวเองกับบุตรเมื่อครั้งก่อนที่บุตรจะป่วย | 1-5               | 1-5       | 4.06 | 1.09 |
| การนอนไม่หลับหลังจากที่ทราบผลการวินิจฉัยโรคของบุตร        | 1-5               | 1-5       | 3.88 | 0.92 |
| การคิดล่วงหน้าไปเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร            | 1-5               | 1-5       | 3.86 | 0.86 |

ตามลำดับ อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 50.98 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.18 ครอบครัวขยาย ร้อยละ 51.96 มีบุตรจำนวน 1 และ 2 คน ร้อยละ 38.24 และ 45.10 ตามลำดับ ส่วนมากมีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 31.37 และมีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ร้อยละ 57.84 เด็กป่วยที่เข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นเพศชายและหญิง ร้อยละ 50.98 และ 49.02 ตามลำดับ อายุ 1-3 ปี ร้อยละ 67.65 โดยร้อยละ 45.10 เป็นบุตรลำดับที่ 1 และ 2 ของครอบครัว ได้รับการวินิจฉัยโรคระบบทางเดินหายใจและโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด ร้อยละ 23.53 ระยะเวลาเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลน้อยกว่า 1 สัปดาห์ ร้อยละ 36.27 และมีคะแนนระดับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระยะสุดท้าย และระยะเปลี่ยนผ่านมากที่สุด ร้อยละ 53.92 และ 39.22 ตามลำดับ

บิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตมีค่าคะแนนความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียอยู่ในระดับมาก (Mean=92.21, SD=3.91)

บิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตมีค่าคะแนนการแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียรายละเอียดดังตารางที่ 1

\* แสดงคะแนนของการแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย 5 อันดับแรก (การกระจายของข้อมูลเป็นปกติ)

บิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการใช้กลวิธีการเผชิญด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์มากที่สุด (คะแนนสัมพัทธ์=.39)

รองลงมา คือ ด้านการจัดการกับอารมณ์ (คะแนนสัมพัทธ์=.22) และมีการใช้วิธีการเผชิญของแต่ละกลวิธีการเผชิญทั้ง 3 ด้าน รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการใช้กลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต จำแนกตามรายด้าน (n=102)

| กลวิธีการเผชิญ                                                                                               | ช่วงคะแนน         |           | Mean | SD   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|------|------|
|                                                                                                              | คะแนนที่เป็นไปได้ | คะแนนจริง |      |      |
| การเผชิญหน้ากับปัญหา *                                                                                       |                   |           |      |      |
| พยายามอย่างมากที่จะทำให้บุตรมีอาการดีขึ้น หรือหายจากการเจ็บป่วย                                              | 1-5               | 1-5       | 4.44 | 0.78 |
| พยายามหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น                    | 1-5               | 1-5       | 4.06 | 0.96 |
| พยายามค้นหาเป้าหมายของการดูแลรักษา หรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร                     | 1-5               | 1-5       | 3.99 | 1.11 |
| การจัดการกับอารมณ์ *                                                                                         |                   |           |      |      |
| รู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร                                                                    | 1-5               | 1-5       | 4.32 | 0.83 |
| คิดฝันว่าบุตรจะมีอาการดีขึ้นทั้ง ๆ ที่ยังไม่ได้เป็นเช่นนั้น                                                  | 1-5               | 1-5       | 4.21 | 0.88 |
| รู้สึกกระวนกระวาย ว้าวุ่นใจ                                                                                  | 1-5               | 1-5       | 3.76 | 1.00 |
| การจัดการกับปัญหาทางอ้อม *                                                                                   |                   |           |      |      |
| สวดมนต์ ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์                                                                              | 1-5               | 1-5       | 4.53 | 0.70 |
| มีความหวังว่าความเจ็บป่วยของบุตรในครั้งนี้จะดีขึ้น                                                           | 1-5               | 1-5       | 4.52 | 0.73 |
| พยายามทำบางสิ่งบางอย่างที่คิดว่าจะช่วยให้บุตรมีอาการดีขึ้น หรือหายจากโรค ทั้งๆที่ไม่แน่ใจว่าจะช่วยได้หรือไม่ | 1-5               | 1-5       | 4.31 | 0.83 |

\* แสดงคะแนนของวิธีการเผชิญของแต่ละกลวิธีการเผชิญทั้ง 3 ด้าน 3 อันดับแรก (การกระจายของข้อมูลเป็นปกติ)

### การอภิปรายผล

1.ความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการศึกษาพบว่าบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า บิดามารดามีความคาดหวังอย่างมากว่าบุตร

จะได้รับการรักษาให้หายจากการเจ็บป่วย และรอดชีวิตแต่เมื่อไม่เป็นดังที่คาดหวัง การเจ็บป่วยของบุตรไม่ตอบสนองต่อการรักษาและใกล้เสียชีวิต และต้องเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง จึงทำให้บิดามารดา มีความรู้สึกสูญเสียและโศกเศร้าต่อการสูญเสียบุตรที่กำลังจะเกิดขึ้น (McAdam et al., 2012) ซึ่งการศึกษาค้างนี้ บิดามารดาส่วนมากมีบุตรเจ็บป่วยที่มีคะแนนระดับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระยะสุดท้าย และระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งสามารถมองเห็นการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงที่มีแนวโน้มแย่ลงอย่างชัดเจน บิดามารดาจึงมองเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วยของบุตรและรับรู้ได้ว่าบุตรไม่มีโอกาสรอดชีวิต จึงทำให้เกิดความรู้สึกโศกเศร้าอย่างมาก ประกอบกับบุตรส่วนมากมีระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 1 สัปดาห์ จึงทำให้บิดามารดาไม่ได้เตรียมพร้อมสำหรับการสูญเสีย จึงทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และมีระดับความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียในระดับมาก (Al-Gamal & Long, 2010) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง และมีอายุ 31-40 ปี ซึ่งอยู่ในวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆในร่างกายที่เสื่อมลงตามวัย จึงอาจไม่พร้อมสำหรับการมีบุตรในครั้งต่อไป และการที่บิดามารดาส่วนมากมีจำนวนบุตรในครอบครัวน้อยทำให้เกิดความคาดหวังว่าบุตรจะหายจากการเจ็บป่วยและรอดชีวิต ประกอบกับบุตรส่วนมากมีอายุ 1-3 ปีที่ต้องการพึ่งพาและช่วยเหลือจากบิดามารดาอยู่ตลอดเวลาทำให้บิดามารดาต้องดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้เกิดความรู้สึกรักใคร่ผูกพันมากและรู้สึกที่ไม่สมควรแกว้ที่จะต้องเสียชีวิต (Punaglom, Kata, & Pothisarn, 2016) ดังนั้น จึงแสดงให้เห็นว่าเมื่อบุตรมีความเจ็บป่วยที่เข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคอง บิดามารดาจึงมีความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียในระดับมาก

สำหรับการแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสีย การศึกษาค้างนี้ บิดามารดา มีการแสดงออกต่อการสูญเสียมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ การเฝ้าถึงภาพของบุตรเมื่อครั้งที่ยังไม่เจ็บป่วย

ความรู้สึกใกล้ชิดหรือสนิทกับบุตรมากขึ้นเมื่อบุตรเจ็บป่วย การวาดฝันถึงภาพชีวิตตัวเองกับบุตรเมื่อครั้งก่อนที่บุตรจะป่วย การนอนไม่หลับหลังจากที่ทราบผลการวินิจฉัยโรคของบุตร และการคิดล่วงหน้าไปเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของ Rungkasiri (2000) ที่พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีการแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียโดยการเฝ้าถึงภาพของบุตรเมื่อครั้งที่ยังไม่เจ็บป่วย รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกใกล้ชิดหรือสนิทกับบุตรมากขึ้นเมื่อบุตรเจ็บป่วย และนอนไม่หลับหลังจากที่ทราบผลการวินิจฉัยโรคของบุตรมากที่สุด อาจเนื่องจาก บิดามารดาอยู่ท่ามกลางบรรยากาศที่เต็มไปด้วยสถานการณ์ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสูญเสียที่ไม่สามารถควบคุมได้ และการไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของอาการเจ็บป่วยของบุตรที่เข้าสู่ระยะประคับประคองที่ต้องเปลี่ยนแปลงจากความคาดหวังเป็นความหมดหวังในการรักษา จึงอาจทำให้บิดามารดาครุ่นคิดถึงการสูญเสียบุตรที่กำลังจะเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาและมีการแสดงออกถึงความรู้สึกโศกเศร้าออกมาในลักษณะดังกล่าว

2. กลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการศึกษาค้างนี้พบว่า บิดามารดาใช้กลวิธีการเผชิญทั้ง 3 กลวิธี โดยใช้กลวิธีด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อมมากที่สุด โดยด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาพบว่า บิดามารดา มีการใช้ความพยายามอย่างมากที่จะทำให้บุตรมีอาการดีขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วย พยายามหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรเพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้นและพยายามค้นหาเป้าหมายของการดูแลรักษาบุตร หรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร มากที่สุด 3 อันดับแรก และในด้านการจัดการกับปัญหาทางอ้อมพบว่า บิดามารดา มีการใช้การสวดมนต์ ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ มีความหวังว่าความเจ็บป่วยของบุตรในครั้งนี้น่าจะดีขึ้น และพยายามทำบางสิ่งบางอย่างที่คิดว่าจะช่วยให้อาการดีขึ้นหรือ

หายจากโรคต่างๆ ที่ไม่แน่ใจว่าจะช่วยได้หรือไม่ มากที่สุด 3 อันดับแรก สอดคล้องกับการศึกษาของ Jee et al. (2012) ที่พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมส่วนมากมีการใช้วิธีการเผชิญ คือ การเชื่อมั่นในการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ และหวังว่าบุตรจะตอบสนองต่อการรักษา การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร และการพยายามใช้เวลาอยู่กับบุตรที่เจ็บป่วยให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ รวมทั้งมีการหาแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจ หรือแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ เพื่อเบี่ยงเบนความรู้สึกเครียดจากสถานการณ์ที่ตนเองเป็นอยู่และช่วยให้ตนเองเกิดความสบายใจ

ทั้งนี้อาจเนื่องจากบิดามารดามีบุตรที่มีคะแนนระดับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระยะสุดท้าย และระยะเปลี่ยนผ่าน ทำให้บิดามารดาที่มีความเครียดในระดับสูงจากการรับรู้การเจ็บป่วยของบุตรที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและไม่อาจหลีกเลี่ยงหรือจัดการแก้ไขสถานการณ์นั้นได้โดยตรง ทำได้เพียงยอมรับสถานการณ์การสูญเสียที่จะเกิดขึ้น อีกทั้งบิดามารดาส่วนมากมีอายุ 31-40 ปี จึงมีความสามารถในการคิดไตร่ตรอง และตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญปัญหาจากการนำประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984) จึงมีการพยายามจัดการกับสถานการณ์ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยการยอมรับการสูญเสียบุตรที่จะเกิดขึ้น พยายามช่วยเหลือบุตรไม่ให้มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย และเกิดการตายอย่างสงบ และการศึกษาค้นคว้า บิดามารดาส่วนมากมีสภาพสมรสคู่และอยู่ในครอบครัวขยาย จึงสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ซึ่งช่วยให้ทำใจยอมรับเตรียมพร้อมสำหรับการสูญเสีย และจัดการกับความโศกเศร้าของตนได้ดี การเผชิญลักษณะนี้จึงเป็นการเผชิญด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากกว่ากลวิธีการเผชิญด้านอื่นๆ

ทั้งนี้บุตรที่เจ็บป่วยมีระยะการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 1 สัปดาห์ จึงทำให้บิดามารดาไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรมากพอ และ

ไม่มีประสบการณ์การดูแลบุตรเท่าที่ควร ประกอบกับการที่บิดามารดาเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จึงยึดเอาศาสนาเป็นที่พึ่งโดยการสวดมนต์ไหว้พระ ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ โดยเชื่อว่าจะช่วยให้พ้นจากเคราะห์กรรม และอาจช่วยให้บุตรหายจากการเจ็บป่วยได้ เพื่อให้ตนเองเกิดความสบายใจ และลดความรู้สึกเครียด (Rungkasiri, 2000; Wiwatkamonchai, Kantawang, & Mesukko, 2017) การเผชิญลักษณะนี้เป็นการเผชิญในการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่เป็นเพียงการปรับการรับรู้หรือความรู้สึกเพื่อบรรเทาความเครียดลงเพียงชั่วระยะหนึ่งเท่านั้น (Jalowiec & Powers, 1981) จึงเป็นวิธีการเผชิญที่ไม่มีประสิทธิภาพมากนัก เนื่องจากไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบิดามารดาและบุตรที่เจ็บป่วย ดังนั้นผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าบิดามารดา มีการใช้กลวิธีการเผชิญที่เป็นลักษณะของการเผชิญด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาและการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ที่สุดด้วยวิธีการต่างๆ ร่วมกันอย่างผสมผสานเพื่อรักษาภาวะสมดุลของตนเอง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม ซึ่งอาจทำได้โดยการจัดทีมการดูแลแบบทีมเจ้าของไข้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวอย่างต่อเนื่องโดยมีการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของบุตร และให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจต่อการสูญเสียบุตร เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตร และสร้างความคุ้นเคยแก่บิดามารดาในการปรึกษาปัญหาต่างๆ และระบายความรู้สึกโศกเศร้าได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ อาจมีการจัดกิจกรรมและสถานที่ที่เอื้อต่อการปฏิบัติตามความเชื่อและศาสนาของบิดามารดาแต่ละราย ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมให้บิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการแสดงออกถึงความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียที่เหมาะสม และสามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้อย่างเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียและการใช้กลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมให้บิดามารดาที่มีบุตรเข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตเกิดความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียอย่างเหมาะสม และสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญได้อย่างเหมาะสม
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง

ความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียและการใช้กลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เข้าสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ได้ความรู้ที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน

3. ควรมีการศึกษาความโศกเศร้าก่อนที่จะเกิดการสูญเสียและการใช้กลวิธีการเผชิญของบิดามารดาที่มีบุตรอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านไปสู่ระยะการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ได้ความรู้ที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน

### เอกสารอ้างอิง

- Al-Gamal, E., & Long, T. (2010). Anticipatory grieving among parents living with a child with cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 1980-1990. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05381.
- Chambers, L., Dodd, W., McCulloch, R., McNamara-Goodger, K., Thompson, A., Widdas, D. A., & Johnson, M. (2009). *A guide to the development of children's palliative care services*. Bristol: Association for Children's Palliative Care.
- Denis-Larocque, G., Williams, K., St-Sauveur, I., Ruddy, M., & Rennick, J. (2017). Nurses' perceptions of caring for parents of children with chronic medical complexity in the pediatric intensive care unit. *Intensive & critical care nursing*, 43, 149-155.
- Department of Mental Health. (2016). *Thai Depression Inventory (TDI) 2004*. Retrieved from <http://www.dmh.go.th/test/depress/asheet.asp?qid=1>
- Futterman, E., Hoffman, I., & Sabshin, M. (1972). Parental anticipatory mourning. *Psychosocial aspects of terminal care*, 243-272.
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping Scale. *Measurement of nursing outcomes*, 1, 287-308.
- Jalowiec, A., & Powers, M. J. (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. *Nursing Research*, 30(1), 10-15.
- Jee, R. A., Shepherd, J. R., Boyles, C. E., Marsh, M. J., Thomas, P. W., & Ross, O. C. (2012). Evaluation and comparison of parental needs, stressors, and coping strategies in a pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, 13(3), e166-e175.
- Kenner, C., Press, J., & Ryan, D. (2015). Recommendations for palliative and bereavement care in the Nicu: A family-centered integrative approach. *Journal of perinatology: Official journal of the California Perinatal Association*, 35(1), S19-23.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, 30(3), 607-610.

- Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2013). *11 Prospective risk factors for complicated grief*. New York: Routledge.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. United States: Springer.
- McAdam, J. L., Fontaine, D. K., White, D. B., Dracup, K. A., & Puntillo, K. A. (2012). Psychological symptoms of family members of high-risk intensive care unit patients. *American Journal of Critical Care*, 21(6), 386-394. doi:10.4037/ajcc2012582
- Moon, P. J. (2016). Anticipatory Grief A Mere Concept?. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33(5), 417-420.
- Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Bro, F., & Guldin, M.-B. (2016). Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement. *Clinical Psychology Review*, 44, 75-93. doi: 10.1016/j.cpr.2016.01.002
- Punaglom, N., Kata, W., & Pothisarn, S. (2016). Thinking and Feeling of Northeast Thailand and Laos Parents to Losing a Child to illness while Admitted to the Nakhon Phanom Hospital. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 26(1), 79-92. (In Thai)
- Rungkasiri, T. (2000). *End-of-Life Learning Model Using Multi-sensory Edutainment Approach for Children with Terminal Cancer* (Doctoral dissertation, Kasetsart University). (In Thai)
- Suwanosoth, S. (2004). *Uncertainty, social support, and coping strategies among parents of children with cancer* (Ph.D. dissertation, Chiangmai University). (In Thai)
- Wiwatkamonchai, A., Kantawang, S., & Mesukko, J. (2017). Chronic Sorrow and Management Strategies Among Parents of Children with Cancer Receiving Chemotherapy. *Nursing Journal*, 44(1), 62-73. (In Thai)
- Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Rahiminia, E., & Kochaksaraie, F. (2013). Anticipatory grief reactions in fathers of preterm infants hospitalized in neonatal intensive care unit. *J Caring Sci*, 2(1), 83-88. doi:10.5681/jcs.2013.010