



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Factors Related to Grief in Bereaved Family Caregivers of Patients with Chronic Diseases

เพชรารณ ใจบุญ¹ ปิยะวรรณ โภคพลารณ² อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ²

Petcharaporn Jaiboon¹ Piyawan Pokpalagon² Apinya Siripitayakunkit²

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

¹Master Student, Master of Nursing Science, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

²โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

²Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Correspondence author: Piyawan Pokpalagon; Email: piyawan.pok@mahidol.edu

Received: December 7, 2022 Revised: March 10, 2023 Accepted: March 29, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ คุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย การสนับสนุนจากครอบครัวและระยะเวลาในการดูแล โดยใช้กรอบแนวคิดการสูญเสียและความเศร้าโศกในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงเป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในสังกัดกรุงเทพมหานครจำนวน 86 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพของภาวะใกล้ตายและการตาย แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และหาความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .92, .93 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนแรงค์ ออเดอร์ ผลการศึกษาพบว่าภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย ($r = -.117, p > .05$) การสนับสนุนจากครอบครัว ($r = -.161, p > .05$) และระยะเวลาในการดูแล ($r = .029, p > .05$) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าญาติผู้ดูแลมีภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียที่ผิดปกติ จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 27 ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 60.5 ญาติจะมีการเตรียมความพร้อมและเตรียมใจต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง (Mean=14.84, SD=4.21) อีกทั้งคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตายตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=59.33, SD=16.67) ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

คำสำคัญ: ระยะเวลาในการดูแล; การสนับสนุนจากครอบครัว; ภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย; คุณภาพของภาวะใกล้ตายและการตาย



Factors Related to Grief in Bereaved Family Caregivers of Patients with Chronic Diseases

Petcharaporn Jaiboon¹ Piyawan Pokpalagon² Apinya Siripitayakunkit²

¹Master Student, Master of Nursing Science, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

²Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Correspondence author: Piyawan Pokpalagon; Email: piyawan.pok@mahidol.edu

Received: December 7, 2022 **Revised:** March 10, 2023 **Accepted:** March 29, 2023

Abstract

This study aimed to investigate the relationships among grief, quality of dying and death, family support, and duration of caregiving among bereaved family caregivers of patients with non-cancer chronic diseases. The conceptual framework of this study was based on grief and loss frameworks. A purposive sampling method was utilized to recruit 86 bereaved primary family caregivers of patients with non-cancer chronic diseases who were admitted to secondary Bangkok metropolitan hospitals. Four instruments were employed to collect data: 1) the participant demographic data form; 2) the quality of dying and death questionnaire; 3) the family APGAR questionnaire, and 4) the inventory of complicated grief. The reliability of the questionnaires was established with Cronbach's alpha coefficients and ranged from .92 to .93. Descriptive statistics and Spearman rank-order correlation coefficient were utilized to analyze the data. The results showed no significant correlation between grief and the quality of dying and death ($r = -.117$, $p > .05$), family support ($r = -.161$, $p > .05$), or duration of caregiving ($r = .029$, $p > .05$). Nonetheless, 23 relatives (27%) experienced grief, although 60.5% of relatives were mentally prepared for the patient's death and received high levels of family support (Mean=14.84, SD=4.21). Furthermore, the perceived quality of dying and death was at a moderate level (Mean=59.33, SD=16.67). Consequently, the findings of this study may serve as fundamental information for end-of-life care and support for patients and their families.

Keywords: duration of caregiving; family support; grief in bereaved family; quality of dying and death



ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะเศร้าโศกเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลที่แสดงออกทางอารมณ์ ความคิด หรือความรู้สึกเมื่อเกิดความสูญเสีย โดยเฉพาะการสูญเสียที่เกิดจากความตายของบุคคลภายในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก¹⁻² ซึ่งอารมณ์เศร้าโศกจะค่อยๆ ลดลงตามระยะเวลาที่ผ่านไป โดยมากมักมีอาการอยู่ไม่เกิน 6 เดือน หรือไม่เกิน 1 ปี ภายหลังการสูญเสียหากบุคคลไม่สามารถปรับตัวกลับสู่ภาวะปกติอาจทำให้เกิดภาวะเศร้าโศกที่รุนแรงยาวนานบางรายอาจมีอาการนอนไม่หลับ และเกิดอาการซึมเศร้าในที่สุด³ จากการศึกษาความชุกในการเกิดภาวะเศร้าโศกผิดปกติภายหลังการสูญเสียในบริบทต่างประเทศพบ ร้อยละ 9.8⁴ สำหรับในบริบทประเทศไทยพบร้อยละ 16.2-26.2^{1,5} การดูแลแบบประคับประคองจึงจำเป็น และควรให้การดูแลอย่างต่อเนื่องครอบคลุมถึงภายหลังการสูญเสีย (bereavement care) เพื่อช่วยให้ญาติผู้ดูแลหรือครอบครัวบรรเทาอารมณ์เศร้าโศกที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการสูญเสีย⁶

การศึกษาค้นคว้าวิจัยใช้กรอบแนวคิดเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียของ สโตรับและคณะ⁷ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) ธรรมชาติของความเครียด (nature of the stressor) 2) ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (interpersonal resources) 3) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (intrapersonal resources) 4) ความสามารถในการปรับตัวและการแก้ปัญหา (appraisal and coping processes) และ 5) ผลลัพธ์หรือผลกระทบ (outcomes) โดยการเสียชีวิตของผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลอันเป็นที่รักส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด (the nature of the stressor) และเกิดผลลัพธ์หรือผลกระทบ (outcomes) ที่ตามมาคือภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (interpersonal resources) ที่เกิดจากการรับรู้ความช่วยเหลือและการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวของญาติผู้ดูแล⁸ โดยการรับรู้การสนับสนุนจากสังคมและครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียที่มากขึ้น^{5,9-10} ในขณะที่คุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล (intrapersonal resources) แสดงถึงระดับความรู้สึกนึกคิดของญาติผู้ดูแลต่อคุณภาพการตายของผู้ป่วยในวาระท้าย¹¹ ซึ่งพบว่าการรับรู้คุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตายที่ดีสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียและเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของญาติผู้ดูแลได้¹³⁻¹⁴ และจากการทบทวนวรรณกรรมระยะเวลาในการดูแล (duration of caregiving) พบว่าญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาจะปรับตัวได้ดีขึ้นเมื่อดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานกว่า 6 เดือน¹⁵ และการได้ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานขึ้นสามารถช่วยบรรเทาการเกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติภายหลังการสูญเสียได้ ในขณะที่การสูญเสียที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันครอบครัวไม่ได้มีการเตรียมพร้อมหรือเตรียมใจไว้ก่อนทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียได้มากกว่า¹⁶⁻¹⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการศึกษเกี่ยวกับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ป่วยมะเร็ง^{9-10,18} แต่การศึกษาภาวะเศร้าโศกในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็งนั้นยังมีจำนวนน้อย ประกอบกับส่วนใหญ่เป็นการศึกษาของต่างประเทศ^{2,19} ซึ่งมีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี รวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิต และการศึกษาปัจจัยคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียซึ่งยังไม่ได้มีการศึกษามากนักในบริบทของประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล กับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน - 1 ปี (3-12 เดือน) ภายหลังการสูญเสีย เนื่องจากเป็นช่วงระยะเวลาที่ญาติได้ผ่านปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น¹⁸ เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อต้องเข้าสู่กระบวนการเจ็บป่วยในวาระท้าย

ให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายอย่างสงบและมีคุณภาพการตายที่ดี รวมทั้งปรับปรุงแนวทางการดูแลญาติผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภายหลังการเสียชีวิตให้สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย การสนับสนุนจากครอบครัว และระยะเวลาในการดูแลกับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย การสนับสนุนจากครอบครัว และระยะเวลาในการดูแล กับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประชากรเป็นญาติผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งเพศชายและหญิง โดยผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว 3-12 เดือน และเคยมาใช้บริการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้มาจากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 โดยอาศัยหลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดค่า power = .80 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) พิจารณาจากงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติ พบความสัมพันธ์ขนาดเล็ก ($r = -.258, p < .01$)⁵ และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการเกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ ก่อนการสูญเสียจึงพบความสัมพันธ์ขนาดกลาง ($r = -.415, p < .001$)¹⁰ ซึ่งค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -.258 ถึง -.415 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันขนาดเท่ากับ .258 ค่าความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 91 ราย แต่เนื่องจากการศึกษาในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลต่อการส่งแบบสอบถามกลับ และเอกสารสูญหายระหว่างการติดตามรับส่งแบบสอบถามทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับมา 86 คน คิดเป็นร้อยละ 95 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้²⁰ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (ญาติผู้ดูแล) ดังนี้ 1) มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ขึ้นไป 2) เป็นบิดา มารดา พี่น้อง บุตร คู่สมรส หรือเครือญาติ 3) เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่รักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิต ในช่วง 3-12 เดือน 4) เป็นผู้ดูแลหลักและได้อยู่กับผู้ป่วยในช่วง 10-14 วันสุดท้ายก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต 5) มีเบอร์โทรศัพท์หรือที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ 6) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย 7) ยินดีเข้าร่วมโครงการโดยการลงนาม และมีเกณฑ์คัดออก คือ 1) ปฏิเสธหรือถอนตัวระหว่างการเก็บข้อมูล 2) ผู้ที่ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ภายหลังการส่งแบบสอบถามอย่างน้อย 1 เดือนติดต่อกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สร้างโดยผู้วิจัยซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อคุณภาพการตายและภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย มีข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วย (โรคประจำตัว) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความผูกพันกับผู้ป่วย อายุของผู้ป่วยขณะเสียชีวิต ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การเตรียมพร้อมต่อการเสียชีวิต ลักษณะของการเสียชีวิตของผู้ป่วย การได้รับการดูแลเฉพาะจากหน่วยการดูแลแบบประคับประคองหรือหน่วยเยี่ยมบ้าน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว ประสบการณ์การสูญเสีย สถานที่ที่ผู้ป่วยเสียชีวิต และระยะเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิต



2. แบบประเมินคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย (The Quality of Dying and Death Questionnaire: QODD) พัฒนาโดย Patrick และคณะ¹² แปลเป็นภาษาไทยโดย จิตใจ ศิริโส²¹ มีข้อคำถาม จำนวน 33 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล คือ การได้รับการดูแลควบคุมอาการต่างๆ เพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต มีทั้งหมด 6 ข้อ 2) ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย คือ การวางแผนและจัดการเหตุการณ์ต่างๆ ของผู้ป่วยที่ค้างคาให้เสร็จสิ้นก่อนตาย มีทั้งหมด 10 ข้อ 3) ด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตาย คือ การเลือกลักษณะการตายตามความต้องการของผู้ป่วยก่อนที่จะตายจริง รวมถึงสถานที่ที่ต้องการขณะตาย มี 3 ข้อ 4) ด้านครอบครัว คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความรักความห่วงใยต่อกัน การดูแลและการใช้เวลาที่เหลือในช่วงสุดท้ายของชีวิตร่วมกัน มีทั้งหมด 5 ข้อ 5) ด้านการรักษาที่ต้องการ คือ การสื่อสารการร่วมปรึกษา ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมสุขภาพ ในการวางแผนการรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยหรือครอบครัว มีทั้งหมด 3 ข้อ 6) ด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล คือ การเคารพและให้เกียรติ การคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การเข้าใจถึงความเป็นตัวตนและธรรมชาติของผู้ป่วย มีทั้งหมด 4 ข้อ ส่วนข้อ 32-33 เป็นการประเมินความรู้สึกโดยรวมต่อเหตุการณ์ทั้งหมด ส่วนข้อ 32-33 เป็นการประเมินความรู้สึกโดยรวมต่อเหตุการณ์ทั้งหมด ในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย ในช่วง 10-14 วันก่อนเสียชีวิตและขณะเสียชีวิต ตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบบประเมินแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ประเมินความถี่ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 6 ระดับ แบ่งเป็น 0-5 คะแนน (0 คะแนน คือ ไม่เคยเลย และ 5 คะแนน คือ ทุกครั้ง) แต่ละข้อคำถามจะต้องมีการให้คะแนนระดับความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นๆ ด้วย แบ่งระดับคะแนนเป็น 0-10 คะแนน (0 คะแนน คือ เหตุการณ์โดยรวมในช่วงนั้นแย่มากที่สุด และ 10 คะแนน คือ เหตุการณ์โดยรวมในช่วงนั้นดีที่สุด) ส่วนที่ 2 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ต่อเหตุการณ์นั้นๆ ว่าเคยเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือไม่ และประเมินระดับความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้น มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ (ข้อ 17-31) ลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลือกตอบ คือ “ใช่” หมายถึง เหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้น และ “ไม่ใช่” หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่เคยเกิดขึ้น แต่ละข้อคำถามจะต้องมีการให้คะแนนระดับความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นๆ ด้วย แบ่งระดับคะแนนเป็น 0-0 คะแนน (0 คะแนนคือ เหตุการณ์โดยรวมในช่วงนั้นแย่มากที่สุด และ 10 คะแนน คือ เหตุการณ์โดยรวมในช่วงนั้นดีที่สุด) ส่วนที่ 3 เป็นการประเมินความรู้สึกโดยรวมต่อเหตุการณ์ทั้งหมดในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ (ข้อ 32-33) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งระดับคะแนนเป็น 0-10 คะแนน (0 คะแนนคือ เหตุการณ์โดยรวมในช่วงนั้นแย่มากที่สุด และ 10 คะแนน คือ เหตุการณ์โดยรวมในช่วงนั้นดีที่สุด) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-100 คะแนน แปลผลคะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ยในการแบ่งระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย .00-29.99 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการตายอยู่ในระดับต่ำมากหรือแย่มาก คะแนนเฉลี่ย 30.00-69.99 หมายถึง มีคุณภาพการตายอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 70.00-100 หมายถึง มีคุณภาพการตายอยู่ในระดับสูงมากหรือดีมาก เมื่อนำมาใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .92

3. แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Inventory of Complicated Grief, ICG) พัฒนาโดย ไพรเกอร์สัน และคณะ²² ฉบับแปลภาษาไทยโดยอรสา ไชยยอง¹ มีข้อคำถาม 19 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน (0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเลย และ 4 คะแนน หมายถึง เป็นประจำ) การแปลผลคะแนนคิดจากคะแนนรวมทั้งหมดซึ่งมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-76 คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน หมายถึง มีอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ เมื่อนำมาใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .93

4. แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว โดยใช้แบบสอบถามแอปการ์ของครอบครัวของ สมิลส์ไดน์และคณะ⁶ แปลภาษาไทยโดย พรทิพย์ มาลาธรรม²³ มีข้อคำถาม 5 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน (0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยพอใจ และ 4 คะแนน หมายถึง พอใจเสมอหรือมากที่สุด) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-20 คะแนน

คะแนนมาก หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมาก แปลผลคะแนนโดยใช้ค่าเฉลี่ยในการแบ่งระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 0.00–6.99 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 7.00–13.99 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 14.00–20 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนระดับสูง เมื่อนำมาใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยโครงร่างวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดลและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เลขที่ COA. MURA2019/639, COA. MURA2019/789, COA. MURA2020/850 และ U017q/62 (หมายเลขหนังสือรับรอง 089 และ 119) ตามลำดับ ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบที่มพยาบาลวิชาวชิพท์ให้การดูแลระดับประคองของโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเป็นผู้ช่วยวิจัยประสานงานในการติดต่อญาติผู้ดูแลของผู้เสียชีวิต ผู้ช่วยวิจัยติดตามภายหลังการสูญเสีย การแนะนำโครงการวิจัยและผู้วิจัยเบื้องต้น อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยจะสอบถามข้อมูลเบื้องต้นตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย และขออนุญาตให้ผู้วิจัยเป็นผู้ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างเป็นลำดับต่อไป ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์เพื่อแนะนำตัวกับผู้เข้าร่วมวิจัยอีกครั้งพร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดโครงการ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อผู้เข้าร่วมวิจัยแต่อย่างใด โดยหากไม่พร้อมให้ข้อมูล ยังคงมีความรู้สึกหรืออารมณ์เศร้าโศกเสียใจไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ สามารถปฏิเสธหรือออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะส่งแบบสอบถามให้ทางไปรษณีย์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนสิงหาคม 2563 โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับที่มพยาบาลวิชาวชิพท์ให้การดูแลระดับประคองของโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเป็นผู้ช่วยวิจัยในการประสานติดต่อญาติผู้ดูแลของผู้เสียชีวิต และสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยโทรศัพท์แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นส่งแบบสอบถามให้ทางไปรษณีย์พร้อมแนบซองเปล่าติดแสตมป์จำที่อยู่อถึงผู้วิจัยเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่งแบบสอบถามกลับคืนทางไปรษณีย์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามภายหลังส่งเอกสารไปแล้วในสัปดาห์ที่ 2–4 เพื่อตรวจสอบว่าเอกสารถึงผู้รับเรียบร้อยแล้วพร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่ตอบกลับทางไปรษณีย์และดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล และภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย ด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนแรงค์ ออเดอร์ (Spearman rank-order correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ สุ่มแบบสอบถามทั้งหมด 115 ฉบับ กลุ่มตัวอย่างตอบกลับมา 86 ราย อัตราตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 75 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ออกจากการวิจัย จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 จำแนกเป็นกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธและถอนตัวหลังได้รับแบบสอบถามเนื่องจากไม่สบายใจหลังจากอ่านแบบสอบถามจำนวน 5 ราย โทรศัพท์ติดต่อไม่ได้ จำนวน 3 ราย ไม่ส่งแบบสอบถามกลับ จำนวน 20 ราย และส่งแบบสอบถามกลับแต่ไม่ถึงผู้วิจัย จำนวน 1 ราย กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 50.93 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.60 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.70 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 38.00 ประกอบอาชีพอื่น ๆ เช่น ธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย ร้อยละ 39.50 มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 0-150,000 บาท รายได้เฉลี่ย 30,004.70 บาท มีฐานะ เท่ากับ 20,000 บาท โดยมีรายได้เพียงพอไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 40.70 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว ร้อยละ 59.30 ส่วนในรายที่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.3 บุคคลที่เสียชีวิตส่วนมากมีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 66.30 โดยมีความผูกพันกันมาก คิดเป็นร้อยละ 57 ส่วนใหญ่มีการเตรียมพร้อมและเตรียมใจไว้บ้างต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 60.50 ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างตลอดเวลา ร้อยละ 46.50 และส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การสูญเสียของบุคคลภายในครอบครัวมาแล้ว ร้อยละ 76.70 โดยอายุของผู้เสียชีวิตอยู่ระหว่าง 21-99 ปี เฉลี่ย 76.05 ปี ส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ คิดเป็นร้อยละ 68.60 ได้รับการดูแลจากหน่วยดูแลแบบประคับประคอง (หน่วยเยี่ยมบ้าน) ร้อยละ 64 และส่วนใหญ่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ร้อยละ 97.70 และระยะเวลาหลังการเสียชีวิตตั้งแต่ 3-12 เดือน เฉลี่ย 7.53 เดือน มีระยะเวลาในการดูแลตั้งแต่ 1-48 เดือน เฉลี่ย 14.47 เดือน (SD=13.36) มีฐานะ เท่ากับ 10.00 เดือน

คุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตายตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลเป็นการประเมินประสบการณ์ของเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นกับผู้เสียชีวิตในช่วง 10-14 วัน ก่อนเสียชีวิตและความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล คิดคะแนนโดยรวมและคะแนนเฉลี่ยรายด้าน จากข้อมูลพบว่า คุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 59.33 (SD=16.67) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตายในระดับดีมี 2 ด้าน คือ ด้านสภาพเหตุการณ์ขณะตายและด้านครอบครัว คะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือ 70 คะแนน และคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตายในระดับปานกลางมี 4 ด้าน คือ ด้านการรักษาที่ต้องการ คะแนนเฉลี่ย 60.27 ด้านการตระหนักถึงตัวตนของบุคคล คะแนนเฉลี่ย 61.02 ด้านการเตรียมตัวก่อนตาย คะแนนเฉลี่ย 60 และด้านอาการและการดูแลส่วนบุคคล คะแนนเฉลี่ย 48.23

การสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัว คะแนนโดยรวมอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 14.84 (SD=4.21) หากพิจารณารายด้านผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูงที่สุด ได้แก่ ครอบครัวได้ใช้เวลาอยู่ด้วยกันในช่วงวาระท้ายของผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ย 3.14 (SD=.91) การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวในช่วงเวลาที่มีปัญหา คะแนนเฉลี่ย 3.05 (SD=.97) วิธีการที่ครอบครัวพูดคุยกันในเรื่องต่างๆ และแก้ปัญหาด้วยกัน คะแนนเฉลี่ย 2.95 (SD=.94) ครอบครัวแสดงความรักและสนใจความรู้สึก คะแนนเฉลี่ย 2.90 (SD=.93) และการยอมรับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ หรือทำสิ่งใหม่ๆ เป็นความพึงพอใจที่น้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.80 (SD=.97)



ภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย คะแนนเฉลี่ย 16.87 คะแนน (SD=13.62) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ จำนวน 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 73 และมีภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียอยู่ในเกณฑ์ที่ผิดปกติ จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 27 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง (n = 86)

ภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียที่ปกติ (0-24 คะแนน)	63	73
ภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียที่ผิดปกติ (≥ 25 คะแนน)	23	27

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล และภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า ภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย ($r = -.117$, $p > .05$) การสนับสนุนจากครอบครัว ($r = -.161$, $p > .05$) และระยะเวลาในการดูแล ($r = .029$, $p > .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาการดูแล และภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ตัวแปร	ภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย	
	r_s	p-value
1) คุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย	-.117	.142
2) การสนับสนุนจากครอบครัว	-.161	.069
3) ระยะเวลาการดูแล	.029	.397

r_s = Spearman rank correlation

การอภิปรายผล

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียที่ปกติ ร้อยละ 73 ทั้งนี้เนื่องจากจากการศึกษาพบว่าญาติมีการเตรียมความพร้อมเป็นอย่างดี โดยในการศึกษานี้พบว่าญาติมีการเตรียมความพร้อมและมีการเตรียมใจไว้บ้างต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย ร้อยละ 82.60 และลักษณะการเสียชีวิตของผู้ป่วยเป็นการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป ร้อยละ 68.60 ญาติมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างนานโดยเฉลี่ยระยะเวลาการดูแล 14.47 เดือน ทำให้ญาติได้ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยในช่วงวาระท้ายของผู้ป่วย การเสียชีวิตที่เป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปและญาติได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงวาระสุดท้ายญาติผู้ดูแลจึงมีภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียปกติ สามารถปรับตัวหรือยอมรับความสูญเสียและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรสา ไชยอง¹ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.20 มีการเตรียมความพร้อมสำหรับการจากไปของบุคคลใกล้ชิด จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักส่วนใหญ่มีภาวะอารมณ์เศร้าโศกปกติ ร้อยละ 83.80

อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้พบว่าญาติมีภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียที่อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติสูงถึงร้อยละ 27 ซึ่งสูงกว่าความชุกของภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียที่ทำการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในบริบทของต่างประเทศและในประเทศไทย^{1,4-5} เนื่องจากในกลุ่มภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียผิดปกตินี้ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลจากหน่วยการดูแลแบบประคับประคอง/



หน่วยเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 65.20 และไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมและไม่คาดคิดว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตจึงไม่ได้เตรียมใจไว้ ร้อยละ 91.30 ภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตจึงมีภาวะเศร้าโศกผิดปกติ ซึ่งถ้าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้^{1,24} ดังนั้นควรให้ความสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองและติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมในญาติอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั้งที่

การศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตาย ($r=-.117, p>.05$) การสนับสนุนจากครอบครัว ($r=-.161, p>.05$) และระยะเวลาในการดูแล ($r=.029, p>.05$) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ คุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตายไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย เนื่องจากในการศึกษานี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งการดำเนินการของโรคค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ลักษณะการเสียชีวิตเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ร้อยละ 68.60 ประกอบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ร้อยละ 97.70 อาจส่งผลทำให้การรับรู้คุณภาพของภาวะใกล้ตายและขณะตายของญาติผู้ดูแลโรคเรื้อรังไม่ชัดเจน และภาวะเศร้าโศกที่เกิดขึ้นภายหลังการสูญเสียเกิดได้จากหลายปัจจัยและเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล การรับรู้สถานการณ์ต่างๆ ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งเสียชีวิตจึงอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปมาได้ทั้งในทางบวกและทางลบ ดังนั้นจึงไม่อาจสรุปได้ว่าการรับรู้คุณภาพการตายเพียงปัจจัยเดียวที่เป็นสาเหตุหลักของภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลสัน และคณะ¹⁴ แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาในญาติผู้ป่วยมะเร็งของกริโดและไพเรเกอร์สัน¹³ ที่พบว่าญาติผู้ป่วยมะเร็งที่มีการรับรู้คุณภาพการตายที่ดีสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียได้และสามารถเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ทั้งนี้เนื่องจากในผู้ป่วยมะเร็งญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงการดำเนินโรคและอาการที่อาจเกิดกับผู้ป่วยเมื่อถึงวาระท้ายอยู่แล้วจึงทำให้ผู้ดูแลปรับตัวรับรู้ถึงการดูแลและการจัดการอาการที่ผู้ป่วยได้รับจากทีมสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยต้องเสียชีวิตจึงมีการรับรู้คุณภาพการตายที่ดีและไม่เกิดภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย

การสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียเนื่องจากการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีภาวะเศร้าโศกปกติ และในกลุ่มนี้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องและผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล จึงมีเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพให้การดูแลตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้การสนับสนุนด้านอื่นๆ นอกเหนือจากการสนับสนุนจากครอบครัวเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของโรเมโรและคณะ¹⁹ และริงตาลและคณะ²⁵ จึงทำให้ได้ผลการศึกษาแตกต่างออกไปจากการศึกษาของซูย์ และคณะ⁹ โทมัสและคณะ¹⁸ และโทมาร์กเคน และคณะ¹⁰ เนื่องจากการศึกษาเหล่านี้ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและพบว่า ถ้าญาติได้รับการสนับสนุนภายในครอบครัวไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเศร้าโศกที่ยาวนานขึ้น และญาติรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติก่อนการสูญเสียจริง ($r=-.415, p<.001$)

ระยะเวลาการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย อาจเนื่องจากการศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยค่อนข้างยาวนาน ญาติผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1-48 เดือน ระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 14.47 การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ญาติหรือผู้ดูแลได้มีโอกาสเตรียมใจและเตรียมความพร้อมในการให้การดูแลผู้ป่วยจึงไม่ทำให้เกิดภาวะเศร้าโศกผิดปกติ¹⁶⁻¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาการปรับตัวในการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พบว่า ผู้ดูแลจะปรับตัวได้ดีขึ้นเมื่อดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานกว่า 6 เดือน¹⁵ ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 66 มีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวมาก่อน จึงสามารถปรับตัวและเผชิญการสูญเสียได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้ไม่ว่าระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยจะมากหรือน้อยญาติผู้ดูแลก็สามารถปรับตัวและเผชิญความเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียได้จนเข้าสู่ภาวะปกติ ผลการศึกษาจึงแตกต่างออกไปจากการศึกษาที่ผ่านมาของซูย์ และคณะ⁹ ที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดภาวะเกิดภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ



การดูแลแบบประคับประคองอยู่แล้ว ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนานจึงทำให้ญาติมีโอกาสปรับตัวและสามารถเผชิญการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ ไม่ได้สอบถามกลุ่มตัวอย่างโดยตรงอาจมีผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลเนื่องจากไม่เข้าใจข้อคำถาม และทำการศึกษาในช่วงมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลต่อการส่งแบบสอบถามกลับและเอกสารสูญหายระหว่างการติดตามรับส่งแบบสอบถามทำให้มีกลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับมา 86 คน อัตราการตอบกลับแบบสอบถาม คิดเป็นร้อยละ 75 ซึ่งอาจส่งผลต่อการศึกษาที่ไม่มีความสัมพันธ์กันได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียที่ผิดปกติ ร้อยละ 27 ควรมีการประเมินติดตามให้การช่วยเหลือและปรับปรุงคุณภาพบริการของหน่วยงานให้เป็นไปตามมาตรฐานต่อไป ควรมีการจัดกิจกรรมให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในการวางแผนให้การดูแล รวมทั้งประเมินภาวะทางจิตใจ ความเครียด และประเมินภาวะอารมณ์เศร้าโศกต่อการสูญเสียก่อนเกิดการสูญเสียจริง เพื่อวางแผนให้การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในญาติผู้ดูแลที่มีแนวโน้มจะเกิดภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย

ด้านการศึกษา ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดอบรมให้ความรู้แก่ทีมพยาบาลให้ตระหนักถึงความสำคัญของกระบวนการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหรือครอบครัวที่อยู่ในวาระท้ายและวางแผนการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่สมาชิกในครอบครัว ดูแลแบบประคับประคองเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติทั้งในช่วงระยะเวลาเจ็บป่วยและภายหลังการเสียชีวิต

ด้านการวิจัย ภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงไปมาได้ตลอดเวลาควรมีการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาหลังการสูญเสียผู้ป่วยไปแล้วตั้งแต่ 6 เดือน 12 เดือน และ 18 เดือน เพื่อติดตามภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ และควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียเพิ่มเติม เช่น ประสบการณ์สูญเสียบุคคลในครอบครัว ความผูกพัน เป็นต้น รวมทั้งควรศึกษาในหลากหลายสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มากขึ้น

References

1. Yaiyong O. Depression and grief of the elderly at the elderly associate in Nonthaburi Province (Dissertation). Bangkok: Chulalongkorn University;2010.
2. Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, Ito M, Kato M, Kim Y. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. J Affect Disord.2010;127(1-3):352-8. doi:10.1016/j.jad.2010.06.008
3. Kumkwan Y, Chaiyawut P. Preparation of caregivers to promote death, dignity, in the end of life patients Phranakhon Rajabhat Research Journal (Science and Technology).2011;11(2):125-38.(in Thai)
4. Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2017;212:138-49. doi:10.1016/j.jad.2017.01.030
5. Wanna R. Prevalance of complicated grief and associated factors in psychiatric outpatients at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Bangkok: Chulalongkorn University;2014.



6. Artsanthia J, Pomthong R. Nurses'role: case study of psychological care for caregivers of patients with terminal illness. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*.2018;19(1):1-8.
7. Stroebe MS, Folkman S, Hansson RO, Schut H. The prediction of bereavement outcome: development of an integrative risk factor framework. *Soc Sci Med*.2006;63(9):2440-51. doi:10.1016/j.socscimed.2006.06.012
8. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and Reliability of the Family APGAR as a Test of Family Function. *The Journal of family practice* 1982;15(2):303-11.
9. Chiu YW, Yin SM, Hsieh HY, Wu WC, Chuang HY, Huang CT. Bereaved females are more likely to suffer from mood problems even if they do not meet the criteria for prolonged grief. *Psychooncology*. 2011;20(10):1061-8.doi:10.1002/pon.1811
10. Tomarken A, Holland J, Schachter S, Vanderwerker L, Zuckerman E, Nelson C, et al. Factors of complicated grief pre-death in caregivers of cancer patients. *Psychooncology*. 2008;17(2):105-11. doi:10.1002/pon.1188
11. KIM M, CHO C, LEE C. A concept analysis of quality of dying and death (qodd) for non-cancer patients: from the perspective of palliative care. *Asian Journal of Human Services*.2015;9:96-106.
12. Patrick DL, Engelberg RA, Curtis JR. Evaluating the quality of dying and death. *Journal of Pain and Symptom Management*.2001;22(3):717-26.
13. Garrido MM, Prigerson HG. The end-of-life experience: modifiable predictors of caregivers' bereavement adjustment. *Cancer*.2014;120(6):918-25.doi:10.1002/cncr.28495
14. Wilson DM, MacLeod R, Houttekier D. Examining linkages between bereavement grief intensity and perceived death quality. *OMEGA - Journal of Death and Dying*.2016;74(2):260-74.doi:10.1177/0030222815598442
15. Ckumdee S, Arpanantikul M, Sirapo-ngam Y. Family Caregivers' Adjustment Problems in Caring for Stroke Patients. *Thai Journal of Nursing Council*. 2014;29(4):45-63.(In Thai)
16. Sathianphattharanan R. Loss experiences of spouses after dying of terminally ill patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Bangkok: Chulalongkorn University;2014.
17. Groot MHD, Keijser JD, Neeleman J. Grief shortly after suicide And natural Death: A comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.2006;36(4):418-31.
18. Thomas K, Hudson P, Trauer T, Remedios C, Clarke D. Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: a longitudinal study. *J Pain Symptom Manage*.2014;47(3):531-41.doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.05.022
19. Romero MM, Ott CH, Kelber ST. Predictors of grief in bereaved family caregivers of person's with Alzheimer's disease: a prospective study. *Death Stud*.2014;38(6-10):395-403.doi:10.1080/07481187.2013.809031
20. Sombutteera K, Thavornpitak Y. Response rate and factors associating mailed questionnaire response rate in nursing sciences and public health research. *KKU Research Journal (Graduate Studies)*.2015;15(1):105-13.
21. Siriso J. selected factors related to the quality of death of person with terminal cancer perceived by family caregivers. Bangkok: Chulalongkorn University;2016.
22. Prigerson HG, ewskib PKMlj, Reynolds CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczkaa A, et al. Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*.1995;59:65-79.



23. Malathum P. A model of factors contributing to perceived abilities for health-promoting self-care of community-dwelling Thai older adults. USA: The University of Texas at Austin;2001.
24. Wattanatornnan S. Grief and Bereavement: The Nursing Role. Thai Red Cross Nursing Journal. 2017;10(1):13-21.(in Thai)
25. Ringdal GI, Jordhøy MS, Ringdal K, Kaasa S. Factors affecting grief reactions in close family members to individuals who have died of cancer. Journal of Pain and Symptom Management.2001;22(6):1016-26.