

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติในผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ศศิกร สงพรหม, พบ., แพทย์ประจำบ้านภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ชั้นปีที่ 3

โรงพยาบาลหาดใหญ่, จังหวัดสงขลา

### ผู้รับผิดชอบบทความ:

ศศิกร สงพรหม, พบ., แพทย์  
ประจำบ้านภาควิชาเวชศาสตร์  
ครอบครัว ชั้นปีที่ 3, โรงพยาบาล  
หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  
90110, ประเทศไทย  
Email: sasikom5555@gmail.com

Received: January 30, 2022;

Revised: March 7, 2022;

Accepted: June 27, 2022

### บทคัดย่อ

**ที่มาและวัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

**รูปแบบวิจัย:** การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

**วัสดุและวิธีการ:** สัมภาษณ์ผู้ดูแลที่สูญเสียผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองทางโทรศัพท์โดยใช้แบบประเมินความเศร้าโศกจากการสูญเสียเพื่อคัดกรองภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ ข้อมูลแบบต่อเนื่องนำเสนอโดยใช้ค่ากลางและพิสัย ข้อมูลชนิดกลุ่มนำเสนอด้วยค่าร้อยละ การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติและปกติจากการสูญเสีย โดยการทดสอบของฟิชเชอร์และสถิติทดสอบแมน-วิทนีย์ ยู การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติโดยใช้ตัวสถิติถดถอยพหุโลจิสติกส์

**ผลการศึกษา:** จากการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 149 คน พบภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติร้อยละ 24.16 ในกลุ่มที่พบภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติพบสัดส่วนของผู้ดูแลที่ไม่ได้เตรียมใจกับการสูญเสีย ( $p = 0.003$ ) มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ระดับน้อย ( $p < 0.001$ ) หรือมีความพึงพอใจต่อระดับการดูแลจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ระดับน้อย ( $p = 0.001$ ) สูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะเศร้าโศกปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกส์พบ ความสัมพันธ์ที่ผู้เสียชีวิตเป็นบุตร (aOR 32.74 CI 2.39-377.55,  $p = 0.005$ ) และการเตรียมใจกับการสูญเสียที่ไม่ได้คาดคิด (aOR 3.43 CI 1.13-10.38,  $p = 0.029$ ) สัมพันธ์กับการพบภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

**สรุป:** ภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติสามารถพบได้ในผู้ดูแลที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือการสูญเสียโดยไม่คาดคิด ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อระหว่างผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ และความไม่พึงพอใจต่อระดับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นการพัฒนาในประเด็นดังกล่าว อาจลดการเกิดภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติของผู้ดูแลได้

**คำสำคัญ:** ภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ ภาวะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย การดูแลแบบประคับประคอง

## ORIGINAL ARTICLE

# Prevalence and Factors Associated with Complicated Grief in Caregivers of Palliative Care Patients

Sasikorn Songprom, MD., 3<sup>rd</sup> Residency Training in Family Medicine

Department of Social Medicine, Hatyai Hospital, Songkhla

**Corresponding author :**

Sasikorn Songprom, MD, 3<sup>rd</sup> Residency Training in Family Medicine, Department of Social Medicine, Hatyai Hospital, Songkhla 90110, Thailand  
Email: sasikorn5555@gmail.com

Received: January 30, 2022;

Revised: March 7, 2022;

Accepted: June 27, 2022

**ABSTRACT**

**Background and Objective:** This study aimed to estimate the prevalence and identify associated factors of complicated grief amongst caregivers of palliative care patients.

**Design:** A cross-sectional study.

**Methods:** Caregivers were interviewed via a telephone call using the Inventory of Complicated Grief to assess the occurrence of complicated grief. Continuous data was presented using median and interquartile ranges while categorical data was described using percentages. A comparison between the groups of complicated grief and normal grief was tested using Fisher's exact test and Man Whitney U test for categorical and continuous data, respectively. Multivariable logistic regression was performed to determine the association between factors and the occurrence of complicated grief.

**Results:** Of 149 caregivers recruited for this study, 36 caregivers (24.16%) were found with complicated grief. Caregivers who did not prepare for loss ( $p = 0.003$ ), less relationship between caregivers/patients and healthcare professionals ( $p < 0.001$ ), or dissatisfaction with care from the healthcare team ( $p = 0.001$ ) were more likely to present complicated grief. Caregivers who lose their children (aOR 32.74 95%CI 2.39-377.55,  $p = 0.005$ ) and did not prepare for loss (aOR 3.43 95%CI 1.13-10.38,  $p = 0.029$ ) were significantly associated with the occurrence of complicated grief.

**Conclusion:** Complicated grief could be found in bereaved caregivers. The occurrence of complicated grief was related to unexpected loss, the insufficient relationship between caregivers/patients and healthcare professionals, and dissatisfaction with care from the healthcare team. The improvement of these factors would, therefore, reduce the occurrence of complicated grief amongst caregivers.

**Keyword:** complicated grief, bereavement, grief, palliative care

## บทนำ

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (bereavement) เป็นประสบการณ์ที่มนุษย์ต้องประสบ ซึ่งภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief) ที่เกิดขึ้นจะมีความเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล<sup>1</sup> โดยภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย<sup>2</sup> คือกระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึก ได้แก่ ความเครียด เศร้า โศก ซึมเศร้า และอารมณ์อื่น ๆ รวมถึงส่งผลกระทบต่อสภาวะทางกายและจิตใจ พฤติกรรม การรับรู้ซึ่งมีผลกระทบต่อดำรงชีวิตในสังคม คนกลุ่มนี้ต้องการผู้รับฟังที่ดี การสนับสนุน ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติตัวในขณะเศร้าโศกโดยไม่จำเป็นต้องพบผู้เชี่ยวชาญ<sup>3</sup> ภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ (complicated grief)<sup>2</sup> เป็นกระบวนการตอบสนองต่อภาวะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก อารมณ์และการดำเนินชีวิตนานกว่าปกติ โดยประเมินหลังจากมีการสูญเสียไปแล้วอย่างน้อย 6 เดือน<sup>4</sup> ซึ่งผู้ได้รับผลกระทบจากการสูญเสียโดยตรง มักจะเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย<sup>5</sup>

ภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติส่งผลเสียต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยพบโอกาสเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ<sup>6</sup> มีอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นจากการเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิตเวช<sup>7</sup> ภาวะน้ำหนักตัวลดลง ภาวะทุพโภชนาการ ระบบภูมิคุ้มกันแย่งลง ต่อมแอลกอฮอล์มาก<sup>8</sup> อุบัติการณ์ของภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติในต่างประเทศที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ พบประมาณร้อยละ 7-15<sup>1,9</sup> ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาในระบบการบริการผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชพบความชุกของภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติประมาณร้อยละ 16<sup>10</sup> และมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ พบว่า ได้รับอิทธิพลจาก 3 องค์ประกอบ<sup>1,11</sup> คือปัจจัยภายนอก ได้แก่ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น ปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ การใช้สารเสพติด เป็นต้น และความเครียดจากการสูญเสีย ได้แก่ ประสบการณ์การสูญเสียในอดีต การเสียชีวิตที่ไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน เป็นต้น จะเห็นได้ว่ายังมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ ในไทยส่วนมากเป็นการศึกษาจากผู้ดูแลผู้ป่วย

ที่มารับรักษาในสถานพยาบาล (hospital-based study) และในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยทั่วไป การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติที่พบในผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งที่รับการดูแลที่บ้านและในโรงพยาบาล

## วิธีการ

### รูปแบบการศึกษา

การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนของโรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่ HYH EC 063-64-01

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

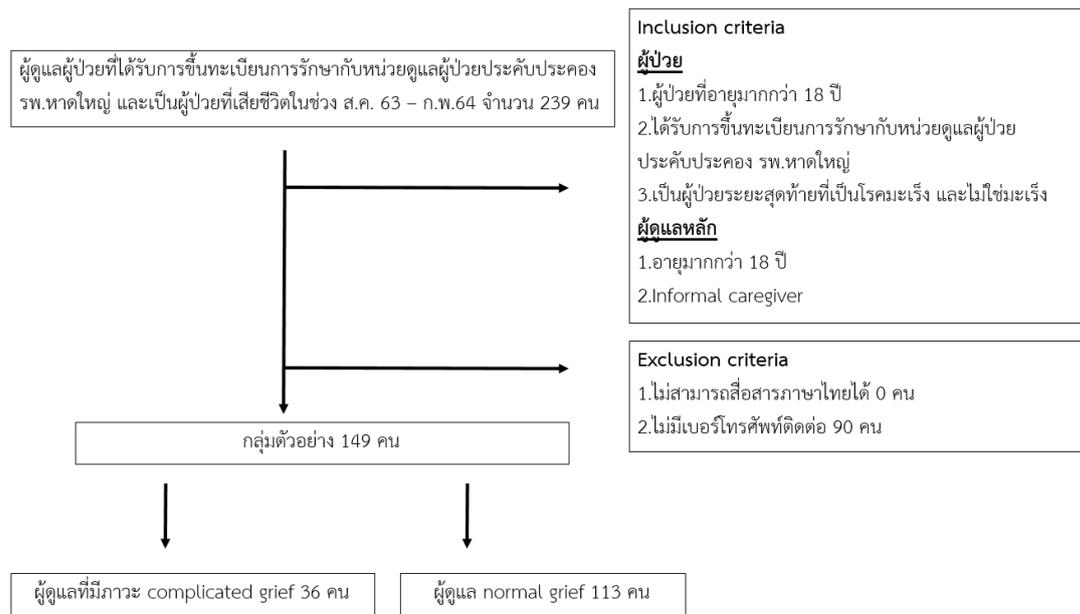
ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนกับหน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลหาดใหญ่ และเป็นผู้ดูแลที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว 6-12 เดือน

*เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)* เป็นผู้ดูแลหลักตามนิยามดังต่อไปนี้ คือ ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการที่อายุมากกว่า 18 ปีและผู้ดูแลผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 18 ปีซึ่งเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการขึ้นทะเบียนการรักษากับหน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลหาดใหญ่ *เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)* คือผู้ดูแลหลักที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ กำหนดตามสถิติ difference between two independent means ด้วยโปรแกรม G\*power version 3.1.9.2 ซึ่งได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 124 คน และคำนวณเพื่อค่าความผิดพลาดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม คือ 149 คน (ดังแผนภาพที่ 1)

### เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสอบถามในการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้



แผนภาพที่ 1. วิธีการคัดเลือกกลุ่มที่ศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและประสบการณ์การสูญเสียของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบคุณภาพและความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence, IOC) และ ปรับปรุงแบบสอบถามก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์จริง ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.77

ตอนที่ 2 แบบประเมินความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Inventory of Complicated Grief, ICG) ซึ่งแปลและพัฒนาโดย อรสา ไยยง และพิรพนธ์ ลีวัฒนาชัย<sup>12</sup> ได้รับอนุญาตจาก Prigerson<sup>13</sup> มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมตั้งแต่ 25 คะแนน ขึ้นไป หมายถึง มีภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ

โดยผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 และบันทึกข้อมูลลงใน Microsoft Excel เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล

### การประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ใช้โปรแกรม STATA program version 16 สำหรับสถิติเชิงพรรณนา

(descriptive statistic) ของตัวแปรแบบกลุ่ม และตัวแปรต่อเนื่องนำเสนอผลด้วยค่าร้อยละ (percentage) และค่ามัธยฐานร่วมกับพิสัยของควอไทล์ การวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยต่าง ๆ ระหว่างสองกลุ่มประชากรภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ และปกติ โดยใช้การทดสอบของฟิชเชอร์ และสถิติทดสอบแมน - วิทนีย ยูสำหรับตัวแปรแบบกลุ่ม และตัวแปรต่อเนื่องตามลำดับ

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะเศร้าโศกโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติกส์ (multivariable logistic regression) เพื่อคำนวณอัตราส่วนออก (adjusted odd ratio, aOR) โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวนที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม<sup>14-23</sup> และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการทดสอบฟิชเชอร์มาวิเคราะห์ได้แก่ เพศ การศึกษา ความคล่องตัวทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต การต้องพึ่งพาผู้เสียชีวิต การช่วยเหลือสนับสนุนหลังเสียชีวิต สถานที่เสียชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลหรือผู้ป่วยต่อบุคลากรทางการแพทย์ ความพึงพอใจต่อระดับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ การเตรียมใจกับการสูญเสีย โดยการศึกษาที่กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ไว้ที่  $p = 0.05$

## ผลการวิจัย

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 149 คน เป็นเพศหญิง 112 คน (ร้อยละ 75.17) มีอายุเฉลี่ย 47.52 ปี การศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีขึ้นไป 62 คน (ร้อยละ 41.61) พบความชุกของภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ 36

คน (ร้อยละ 24.16) โดยพบว่าไม่มีความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานด้านประชากรลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มที่มีภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติและภาวะเศร้าโศกปกติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	รวม (n=149)	ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย n(%)		p-value
		ปกติ (ICG < 25) n=113	เกินปกติ (ICG ≥ 25) n=36	
เพศ				
หญิง	112 (75.17)	81 (71.68)	31 (86.11)	0.12
ชาย	37 (24.83)	32 (28.32)	5 (13.89)	
อายุเฉลี่ย Median (IQR)	47.52 ปี	49 (38, 56)	50 (41.5, 55.5)	0.693*
อายุ				
น้อยกว่า 60 ปี	127 (85.23)	97 (85.84)	30 (83.33)	0.788
มากกว่า 60 ปี	22 (14.77)	16 (14.16)	6 (16.67)	
สถานภาพปัจจุบัน				
โสด	41 (27.52)	30 (26.55)	11 (30.56)	0.857
สมรส	67 (44.97)	52 (46.02)	15 (41.67)	
หม้าย/หย่าร้าง	41 (27.52)	31 (27.43)	10 (27.78)	
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	87 (58.39)	65 (57.52)	22 (61.11)	0.846
ปริญญาตรีขึ้นไป	62 (41.61)	48 (42.48)	14 (38.89)	
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13 (8.72)	8 (7.08)	5 (13.89)	0.195
เกษตรกร	14 (9.40)	13 (11.50)	1 (2.78)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18 (12.08)	16 (14.16)	2 (5.56)	
ธุรกิจส่วนตัว	46 (30.87)	35 (30.97)	11 (30.56)	
ลูกจ้าง/พนักงาน/อื่น ๆ	58 (38.93)	41 (36.28)	17 (47.22)	
ความคล่องตัวทางเศรษฐกิจ				
ปานกลาง - มาก	119 (79.87)	93 (82.30)	26 (72.22)	0.233
น้อย	30 (20.13)	20 (17.70)	10 (27.78)	
ศาสนา				
พุทธ	131 (87.92)	99 (87.61)	32 (88.89)	1
คริสต์	3 (2.01)	3 (2.65)	0 (0.00)	
อิสลาม	15 (10.07)	11 (9.73)	4 (11.11)	
โรคประจำตัว				
ไม่มี	98 (65.77)	73 (64.60)	25 (69.44)	0.689
มี	51 (34.23)	40 (35.40)	11 (30.56)	
การใช้สารเสพติด				
ไม่มี	123 (82.55)	92 (81.42)	31 (86.11)	0.62
มี	26 (17.45)	21 (18.58)	5 (13.89)	

ICG= Inventory of complicated grief, \* Mann-Whitney U Test

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวกับประสบการณ์การสูญเสียของผู้ดูแล ในกลุ่มที่พบภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติพบสัดส่วนของผู้ดูแลที่ไม่ได้เตรียมใจกับการสูญเสีย ( $p = 0.003$ ) มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ระดับน้อย ( $p = < 0.001$ ) หรือมีความพึงพอใจต่อระดับการดูแลจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ระดับน้อย ( $p = 0.001$ ) สูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะเศร้าโศกผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับบุคคลที่เสียชีวิต กรณีผู้เสียชีวิตเป็นบุตร (aOR 32.74 CI 2.39-377.55,  $p = 0.005$ ) และการเตรียมใจกับการสูญเสียที่ไม่ได้คาดคิด (aOR 3.43 CI 1.13-10.38,  $p = 0.029$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

## วิจารณ์

จากการศึกษาพบความชุกของภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ 36 คน (ร้อยละ 24.16) ซึ่งเมื่อเทียบกับการศึกษาของ Guldin และคณะ (2011)<sup>24</sup> ซึ่งศึกษาความชุกของภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติในผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบความชุกร้อยละ 40 ส่วนในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความชุกในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แต่มีการศึกษาความชุกของภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่พบในผู้ป่วยนอกจิตเวช<sup>10</sup> พบความชุกร้อยละ 16.6

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติจากงานวิจัยฉบับนี้ คือ การเตรียมใจกับการสูญเสียพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai และคณะ (2015)<sup>25</sup> พบว่า ในผู้ดูแลที่มีการเตรียมใจกับการสูญเสียในระดับน้อย มีโอกาสพบความชุกของการเกิดการทุกข์โศกยาวนานเพิ่มขึ้น 1.06 เท่า ความพึงพอใจต่อระดับการดูแลจากทีมบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางสถิติต่อภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับกับการศึกษาของ Naoki และคณะ (2017)<sup>26</sup> ที่พบว่า ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (caregiver burden) มีแนวโน้มลดลง ในกลุ่มผู้ดูแลที่มีความพึงพอใจต่อการบริการ ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลหรือผู้ป่วย ที่มีต่อบุคลากร

ทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางสถิติต่อภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของ Trevino (2015)<sup>27</sup> พบว่า ความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ มีความสัมพันธ์กับความโศกเศร้าที่ดีขึ้นหลังการสูญเสีย แต่ในทางกลับกัน การศึกษาของ An (2019)<sup>28</sup> พบว่าความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง อายุรแพทย์มะเร็งวิทยากับผู้ป่วย ไม่ได้ส่งผลต่อการทุกข์โศกยาวนานในผู้ดูแล สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเตรียมใจกับการสูญเสีย ความสัมพันธ์กับบุคคลที่เสียชีวิต กรณีผู้เสียชีวิตเป็นบุตร ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยอื่น ๆ<sup>15,16,21</sup> ที่มักพบภาวะเศร้าโศกเกินปกติในกลุ่มคู่สมรส

งานวิจัยฉบับนี้ เป็นงานฉบับแรก ๆ ที่มีการสำรวจความชุกภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติในประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่สัมภาษณ์โดยผู้วิจัยเพียงคนเดียว ทำให้การสื่อสารคำถามกับกลุ่มตัวอย่างเป็นไปได้ในรูปแบบเดียวกัน ทำให้ลดความผิดพลาดของการสื่อความหมายคำถามได้ แต่มีข้อจำกัดคือเนื่องจากแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (check list) ทำให้ผู้ตอบไม่สามารถบรรยายความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้อย่างครบถ้วน และการสัมภาษณ์นี้เป็นลักษณะการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) อาจจะทำให้ได้ข้อมูลเฉพาะช่วงเวลาที่ยกมาศึกษา เวลาที่ผ่านไปหลังการสูญเสียอาจจะมีผลต่อภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ หากติดตามต่อไป อาจมีการเปลี่ยนแปลงของระดับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติได้ นอกจากนี้ งานวิจัยฉบับนี้ ไม่ได้สอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังและสถานที่ที่ตั้งใจจะเสียชีวิต และสถานที่จริงที่ผู้ป่วยเสียชีวิต และไม่ได้มีการบันทึกระยะเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไว้ขณะสัมภาษณ์ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อระดับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติของผู้ดูแลได้เช่นกัน

## สรุปผล

ภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติพบได้ในผู้ดูแลที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือการสูญเสียโดยไม่คาดคิด ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีพอระหว่างผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ และความไม่พึงพอใจต่อระดับการดูแลจากบุคลากรการแพทย์ ดังนั้นการพัฒนา

ตารางที่ 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การสูญเสียของผู้ดูแลผู้ป่วยกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การสูญเสีย	ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย n(%)			p-value
	n = 149	ปกติ (ICG < 25) n=113	เกินปกติ (ICG ≥ 25) n=36	
ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต				
ผู้เสียชีวิตเป็นบิดามารดา	90 (60.40)	68 (60.18)	22 (61.11)	0.268
ผู้เสียชีวิตเป็นคู่สมรส	30 (20.13)	23 (20.35)	7 (19.44)	
ผู้เสียชีวิตเป็นบุตร	5 (3.36)	2 (1.77)	3 (8.33)	
ผู้เสียชีวิตเป็นญาติพี่น้อง	24 (16.11)	20 (17.70)	4 (11.11)	
สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย				
เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง	78 (52.35)	59 (52.21)	19 (52.78)	1
เสียชีวิตจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง	71 (47.65)	54 (47.79)	17 (47.22)	
สถานที่เสียชีวิต				
บ้าน	54 (36.24)	44 (38.94)	10 (27.78)	0.241
โรงพยาบาล	95 (63.76)	69 (61.06)	26 (72.22)	
ภาวะพึ่งพาผู้เสียชีวิต				
ไม่พึ่งพาผู้เสียชีวิตเลย	57 (38.26)	43 (38.05)	14 (38.89)	0.74
พึ่งพาผู้เสียชีวิตเล็กน้อย	52 (34.90)	38 (33.63)	14 (38.89)	
พึ่งพาผู้เสียชีวิตมาก	40 (26.85)	32 (28.32)	8 (22.22)	
ความผูกพันกับผู้เสียชีวิต				
ผูกพันน้อย	5 (3.36)	3 (2.65)	2 (5.56)	0.679
ผูกพันปานกลาง	16 (10.74)	13 (11.50)	3 (8.33)	
ผูกพันมาก	128 (85.91)	97 (85.84)	31 (86.11)	
การเตรียมใจกับการสูญเสีย				
ไม่ได้คาดคิด	37 (24.83)	20 (17.70)	17 (47.22)	0.003*
พอรับรู้ เตรียมใจไว้บ้าง	46 (30.87)	39 (34.51)	7 (19.44)	
เตรียมใจไว้อยู่แล้ว	66 (44.30)	54 (47.79)	12 (33.33)	
การเยี่ยมบ้านก่อนเสียชีวิต				
ไม่มี	69 (46.31)	48 (42.48)	21 (58.33)	0.125
มี	80 (53.69)	65 (57.52)	15 (41.67)	
การพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนรับมือก่อนเสียชีวิต				
ไม่มี	24 (16.11)	21 (18.58)	3 (8.33)	0.195
มี	125 (83.89)	92 (81.42)	33 (91.67)	
การช่วยเหลือสนับสนุนหลังเสียชีวิต				
ไม่มี	17 (11.41)	11 (9.73)	6 (16.67)	0.246
มี	132 (88.59)	102 (90.27)	30 (83.33)	
จำนวนบุคคลที่เสียชีวิตก่อนหน้า				
ไม่มี	69 (46.31)	53 (46.90)	16 (44.44)	0.849
1 คนขึ้นไป	80 (53.69)	60 (53.10)	20 (55.56)	
ความพึงพอใจต่อการดูแลจากทีมบุคลากร ทางการแพทย์				
น้อยมาก	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	< 0.001
น้อย	9 (6.04)	4 (3.54)	5 (13.89)	
ปานกลาง	28 (18.79)	15 (13.27)	13 (36.11)	
มาก	93 (62.42)	77 (68.14)	16 (44.44)	
มากที่สุด	19 (12.75)	17 (15.04)	2 (5.56)	

ตารางที่ 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การสูญเสียของผู้ดูแลผู้ป่วยกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การสูญเสีย	ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย n(%)			p-value
	n=149	ปกติ (ICG < 25) n=113	เกินปกติ (ICG ≥ 25) n=36	
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลหรือผู้ป่วย ที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์				
น้อยมาก	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	< 0.001*
น้อย	9 (6.04)	4 (3.54)	5 (13.89)	
ปานกลาง	28 (18.79)	14 (12.39)	14 (38.89)	

ICG= Inventory of complicated grief, \* มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ Multivariable analysis	
	Adjust odd ratio (95%CI)	p-value
เพศ		
ชาย	3.18 (0.85-11.88)	0.085
หญิง	Ref	
การศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	Ref	0.715
ปริญญาตรีขึ้นไป	1.22 (0.42-3.50)	
ความคล่องตัวทางเศรษฐกิจ		
ปานกลาง - มาก	Ref	0.102
น้อย	2.50 (0.83-7.48)	
ความสัมพันธ์กับบุคคลที่เสียชีวิต		
ผู้เสียชีวิตเป็นบิดา มารดา	2.07 (0.50-8.61)	0.317
ผู้เสียชีวิตเป็นคู่สมรส	2.30 (0.37-14.17)	0.370
ผู้เสียชีวิตเป็นบุตร	32.74 (2.39-377.55)	0.005*
ผู้เสียชีวิตเป็นญาติพี่น้อง	Ref	
การที่ต้องพึ่งพาผู้เสียชีวิต		
ไม่พึ่งพาผู้เสียชีวิตเลย	1.06 (0.29-3.83)	0.928
พึ่งพาผู้เสียชีวิตเล็กน้อย	1.45 (0.37-5.61)	0.595
พึ่งพาผู้เสียชีวิตมาก	Ref	
การเตรียมใจกับการสูญเสีย		
ไม่ได้คาดคิด	3.43 (1.13-10.38)	0.029*
พอรู้ เตรียมใจไว้บ้าง	0.48 (0.13-1.74)	0.266
เตรียมใจไว้อยู่แล้ว	Ref	
การช่วยเหลือสนับสนุนหลังเสียชีวิต		
ไม่มี	2.09 (0.50-8.74)	0.313
มี	Ref	
ความพึงพอใจต่อระดับการดูแลจากบุคลากรการแพทย์		
น้อย - ปานกลาง	1.23 (0.15-10.20)	0.849
มาก - มากที่สุด	Ref	
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลหรือผู้ป่วยต่อบุคลากรการแพทย์		
น้อย - ปานกลาง	7.32 (0.88-60.67)	0.065
มาก - มากที่สุด	Ref	
สถานที่เสียชีวิต		
บ้าน	1.18 (0.40-3.52)	0.762
โรงพยาบาล	Ref	

\*มีนัยสำคัญทางสถิติ

ในประเด็นดังกล่าว อาจลดการเกิดภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติของผู้ดูแลได้

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนจากหลายบุคคล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณพยาบาลหน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองรพ.หาดใหญ่ คุณภาเอื้ออันน์ สิริรินทร์โสภณ คุณสุดใจ เรืองสุข คุณประไพ บุญมรุต และคุณอำไพ จันทาพูน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ เก็บรวบรวมและจัดหาข้อมูลผู้ป่วย

ขอขอบพระคุณนายแพทย์พนพัฒน์ โตเจริญวานิช หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ แพทย์หญิงหทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล นายแพทย์ปิ่นณพัฒน์ ลาวัลย์ตระกูล นายแพทย์ศุภณัฐ ปรีชาวุฒิเดช ทันตแพทย์จรัญ แซ่พู่ และคุณภัสสรินทร์ สงพรหม ที่ได้ให้คำปรึกษา สนับสนุนและให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ มาโดยตลอด และขอขอบพระคุณ ดร.นพ.ศรวิส แสงแก้ว อาจารย์ที่ปรึกษา สำหรับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเขียนงานเชิงวิชาการ (academic writing) และให้คำปรึกษาด้านต่าง ๆ เป็นอย่างดีมาตลอดการดำเนินงานวิจัย และสุดท้ายขอขอบพระคุณ รศ.นพ.พีรพันธ์ ลือวัฒนาชัย สำหรับการอนุญาตให้ใช้แบบสอบถาม ขอขอบพระคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. การดูแลหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในเวชปฏิบัติครอบครัวและปฐมภูมิ. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2561;1:17-30.
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2563 เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ.2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนพิเศษ 261 ง (ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2563).
3. Bereavement and Grief [database on the Internet]. CareSearch palliative care knowledge network 2006. [cited 10 Apr 2022]. Available from: <https://www.caresearch.com.au/caresearch/tabid/1345/Default.aspx>
4. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. Depression and anxiety. 2011;28:103-17.
5. ศรีนรัตน์ วัฒนธรรนันท. ความโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก: บทบาทพยาบาล. Thai Red Cross Nursing Journal. 2560;10:13-21.
6. Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. Am J Public Health. 1987;77:283-7.
7. Parkes CM. Effects of bereavement on physical and mental health-a study of the medical records of widows. Bri Med J. 1964;2(5404): 274-9.
8. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. Lancet. 2007;370:1960-73.
9. Shear MK, Ghesquiere A, Glickman K. Bereavement and Complicated Grief. Current psychiatry reports. 2013;15(11):DOI 10.1007/s11920-013-0406-z.
10. รัชชุ วรรณ. ความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่พบในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2554.
11. Jaaniste T, Coombs S, Donnelly TJ, Kelk N, Beston D. Risk and resilience factors related to parental bereavement following the death of a child with a life-limiting condition. Children (Basel). 2017;4:96.
12. Yaiyong O, Lueboonthavatchai P. Depression and grief of the elderly at the elderly associate in Nonthaburi Province. J Psychiatr Assoc Thailand. 2011; 56:117-28.
13. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF, Shear MK, Day N, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. Am J Psyc. 1997;154:616-23.
14. Aoyama M, Sakaguchi Y, Morita T, Ogawa A, Fujisawa D, Kizawa Y, et al. Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders. Psycho Oncology. 2018;27:915-21.
15. Coelho A, Delalibera M, Barbosa A, Lawlor P. Prolonged grief in palliative family caregivers: A pilot study in a Portuguese sample. Omega (Westport). 2015;72:151-64.
16. 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;47:531-41.
17. Ringdal GI, Jordhøy MS, Ringdal K, Kaasa S. Factors affecting grief reactions in close family members to individuals who have died of cancer. J Pain Symptom Manage. 2001;22:1016-26.

18. Allen JY, Haley WE, Small BJ, Schonwetter RS, Mc-Millan SC. Bereavement among hospice caregivers of cancer patients one year following loss: predictors of grief, complicated grief, and symptoms of depression. *J Palliat Med.* 2013;16:745-51.
19. Hsieh MC, Huang MC, Lai YL, Lin CC. Grief reactions in family caregivers of advanced cancer patients in Taiwan: relationship to place of death. *Cancer Nurs.* 2007;30:278-84.
20. Hales S, Chiu A, Husain A, Braun M, Rydall A, Gagliese L, et al. The quality of dying and death in cancer and its relationship to palliative care and place of death. *J Pain Symptom Manage.* 2014;48:839-51.
21. Delalibera M, Coelho A, Frade P, Barbosa A, Leal I. Caregiving and bereavement in palliative care: A cross-cultural study between Brazil and Portugal. *Transcult Psychiatry.* 2020;57:445-54.
22. Coelho AM, Delalibera MA, Barbosa A. Palliative care caregivers' grief mediators: a prospective study. *Am J Hosp Palliat Care.* 2016;33:346-53.
23. Hatano Y, Aoyama M, Morita T, Yamaguchi T, Maeda I, Kizawa Y, et al. The relationship between cancer patients' place of death and bereaved caregivers' mental health status. *Psycho oncology.* 2017;26:1959-64.
24. Guldin M-B, Vedsted P, Zachariae R, Olesen F, Jensen AB. Complicated grief and need for professional support in family caregivers of cancer patients in palliative care: a longitudinal cohort study. *Support Care Cancer.* 2012;20:1679-85.
25. Tsai W-I, Prigerson HG, Li CY, Chou WC, Kuo SC, Tang ST. Longitudinal changes and predictors of prolonged grief for bereaved family caregivers over the first 2 years after the terminally ill cancer patient's death. *Palliat Med.* 2016;30:495-503.
26. Naoki Y, Matsuda Y, Maeda I, Kamino H, Kozaki Y, Tokoro A, et al. Association between family satisfaction and caregiver burden in cancer patients receiving outreach palliative care at home. *Palliat Support Care.* 2018;16:260-8.
27. Trevino KM, Maciejewski PK, Epstein AS, Prigerson HG. The lasting impact of the therapeutic alliance: Patient oncologist alliance as a predictor of caregiver bereavement adjustment. *Cancer.* 2015;121:3534-42.
28. An AW, Ladwig S, Epstein RM, Prigerson HG, Duberstein PR. The impact of the caregiver-oncologist relationship on caregiver experiences of end-of-life care and bereavement outcomes. *Support Care Cancer.* 2020;28:4219-25.