

ผลของการดูแลก่อน-หลังการยุติการตั้งครรภ์โดยพยาบาล ต่อความวิตกกังวลและความเศร้าโศก
หลังยุติการตั้งครรภ์ของสตรีที่เกิดภาวะแท้ง โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

Impact of Before – After Nursing Care Therapeutic of Abortion on the Level of Stress and
Grief after Therapeutic of Abortion to Miscarriage Women in Vachira Phuket Hospital

บุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ , ชุติวรรณ บุญทรัพย์, รัชราภรณ์ รามสุรีย์*

Boonyarat Sungsuwan, Chutivan Boonsup, Ratchaporn Ramsoon

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต, Vachira Phuket Hospital

Email: boonyarat3054@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดูแลก่อน-หลังการยุติการตั้งครรภ์โดยพยาบาล ต่อระดับความวิตกกังวลและความเศร้าโศกของสตรีที่เกิดภาวะแท้ง ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับคำแนะนำทางการแพทย์ให้ยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแผนการพยาบาล TOP of Abortion ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการ ข้อมูลด้านอารมณ์ และคำแนะนำการดูแลตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความวิตกกังวล GHQ-12 และแบบวัดความเศร้าโศก ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลและความเศร้าโศกหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลที่ให้การดูแลสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ ควรใช้แผนการดูแลของพยาบาลในการให้ข้อมูลสำหรับสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์มาใช้เพื่อลดความเศร้าโศกและความวิตกกังวล

คำสำคัญ: การยุติการตั้งครรภ์, ความวิตกกังวล, ความเศร้าโศก, แผนการพยาบาล, การแท้ง

* พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

This quasi-experimental study with a pre-test and post-test design aimed to examine the impact of before- and after-abortion nursing care on anxiety and grief among women who experienced miscarriage at Vachira Phuket Hospital. A total of 60 participants were recruited and divided equally into an experimental group and a control group. The experimental group received structured nursing care based on the "TOP of Abortion" program, which included procedural information, emotional support, and self-care guidance. Research instruments included a demographic questionnaire, the Thai GHQ-12 for anxiety screening, and a grief assessment scale. Results showed that anxiety and grief scores significantly decreased in the experimental group after the intervention ($p < .001$). Additionally, the post-intervention scores of the experimental group were significantly lower than those of the control group. The findings suggest that structured nursing care before and after therapeutic abortion is effective in reducing anxiety and grief among women experiencing miscarriage.

Keywords: Abortion, Anxiety, Grief, Nursing care plan, Miscarriage

บทนำ

ความหมายของการแท้ง คือ การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ก่อนที่ทารกในครรภ์จะมีชีวิตอยู่รอด โดยทั่วไปจะหมายถึงการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือ ก่อนที่ทารกในครรภ์จะมีน้ำหนักตัวเกิน 500 กรัม (ประภาพร, 2567) จากรายงานเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้ป่วยแท้งเอง ร้อยละ 51.4 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2563) ผู้ป่วยแท้งเองส่วนใหญ่ตั้งใจตั้งครรภ์ ร้อยละ 64.8 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2562) การแท้งถือเป็นภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่พบบ่อยที่สุดซึ่งมีรายงานว่าร้อยละ 50 ของการปฏิสนธิจะเกิดการแท้งไปก่อนที่จะขาดระยะดูร้อยละ 31 ของการปฏิสนธิจะแท้งไปหลังมีการฝังตัวในเยื่อโพรงมดลูกแล้วและร้อยละ 15 ของการตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 6 สัปดาห์เป็นต้นไป (ขุภาภรณ์, 2558) การตรวจของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สามารถวินิจฉัยโรคพันธุกรรมหรือความพิการแต่กำเนิดของทารกในครรภ์ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ซึ่งทำให้เพิ่มความมั่นใจและเป็นทางเลือกในการดูแลระหว่างตั้งครรภ์หากเมื่อวินิจฉัยพบความผิดปกติที่รุนแรง ปัญหาด้านสุขภาพร่างกายของสตรี ทารกในครรภ์เสียชีวิต ตั้งครรภ์ไหลม ทารกในครรภ์ผิดปกติอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพมารดา หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มักนำไปสู่การยุติการตั้งครรภ์ (สุทธิรักษ์และสมหวัง, 2559) สำหรับสถิติของสตรีแท้งบุตรที่มารับบริการในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตในปี พ.ศ. 2563-2566 มีจำนวนทั้งหมด 720, 566, 374 และ 510 รายตามลำดับ และพบว่าเป็นสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษาร้อยละ 49.9, 51.8, 56.41, และ 62.94

การได้รับการยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษานั้น เป็นเสมือนการสูญเสียส่วนหนึ่งของตนสูญเสียสายสัมพันธ์ที่ได้พัฒนามาตลอดการตั้งครรภ์ นำมาซึ่งผลกระทบด้านจิตใจแก่หญิงที่สูญเสียบุตรและบุคคลในครอบครัว การสูญเสียสิ่งที่คาดหวังเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่ผู้อื่นไม่สามารถทราบได้ (สุภาพันธุ์ และคณะ, 2554) จะส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกายเช่นความเจ็บปวด ภาวะตกเลือดหลังแท้ง ด้านสังคมเช่น การได้รับความเข้าใจจากคู่สมรสและครอบครัว และด้านจิตใจเช่น ภาวะวิตกกังวล ภาวะทางอารมณ์ที่เกิดความรู้สึกหวาดกลัว สตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษาจะมีความวิตกกังวลเด่นชัดมากกว่าความรู้สึกอื่นๆ ความวิตกกังวลที่เกิดจากการยุติการตั้งครรภ์ สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ก่อนได้รับการยุติการตั้งครรภ์ จนถึงสิ้นสุดการยุติการตั้งครรภ์ ความวิตกกังวลก่อนได้รับการรักษา เกิดขึ้นจากสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์นั้นมีความรู้สึกสับสนกลัวการทำหัตถการ ความวิตกกังวลระหว่างการรักษา เกิดขึ้นจากความรู้สึกสงสัยถึงกระบวนการรักษามักกระตุ้นให้บุคคลเหล่านี้แสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมเช่น ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา ยาที่ใช้ในการรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษา เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การได้รับข้อมูลอย่างถูกต้องเพียงพอและตรงกับความต้องการ มีประโยชน์สำหรับการใช้ประกอบการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาช่วยลดความวิตกกังวล (Lee et al, Cawley M, Kostic J, Cappello C; อ้างในพิจิตรา และคณะ 2555) เพิ่มความพึงพอใจต่อการบริการส่วนในด้านภาวะความเจ็บป่วยจากโรคและจากอาการข้างเคียง ความไม่สุขสบายต่างๆเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลให้

ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ในขณะที่ความต้องการดูแลตนเองยังจำเป็นต้องมีอยู่เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของตน

ความเศร้าโศกจากการสูญเสียเป็นปฏิกิริยาธรรมชาติ เป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคล ที่สูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก ที่คาดหวัง ส่งผลต่อความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมของมารดา Kubler-Ross and Kesster (2007) (อ้างใน เชมจิรา, วรรณิ,และวรรณทนา, 2561) ได้แบ่งปฏิกิริยาเศร้าโศกจากการสูญเสีย (grieving process) เป็น 5 ระยะ คือระยะที่ 1 ปฏิเสธ ไม่ยอมรับว่าเกิดการสูญเสีย ระยะที่ 2 โกรธ โดยแสดงความโกรธต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น จะรู้สึกเสียใจ มีความกังวลมากขึ้น ระยะที่ 3 ต่อรอง เริ่มรับรู้การสูญเสีย แต่จะพยายามต่อรองให้มีโอกาสอีกครั้งหรือมีเวลามากกว่านี้ ระยะที่ 4 ซึมเศร้า เป็นระยะพฤติกรรมแยกตัว แสดงความรู้สึกเสียใจต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นหมดหวัง หดหู่ ระยะที่ 5 ยอมรับ เริ่มกลับเข้าสู่ภาวะเดิมจะมีความวิตกกังวลลดลง ความซึมเศร้าจะหายไป เป็นความเศร้าโศกแบบปกติ หากไม่สามารถยอมรับหรือปรับตัวต่อการสูญเสียได้จะเป็นความเศร้าโศกแบบผิดปกติ โดยภายหลังสูญเสียทารกพบว่า หญิงที่สูญเสียทารกในครรภ์มีเศร้าโศกอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ความเศร้าโศกจากการสูญเสียอาจมีระยะเวลาถึง 1 ปี และความเศร้าโศกจากการสูญเสียทารกยังส่งผลให้มารดาเกิดความวิตกกังวลนานถึง 6 เดือนหลังการสูญเสีย

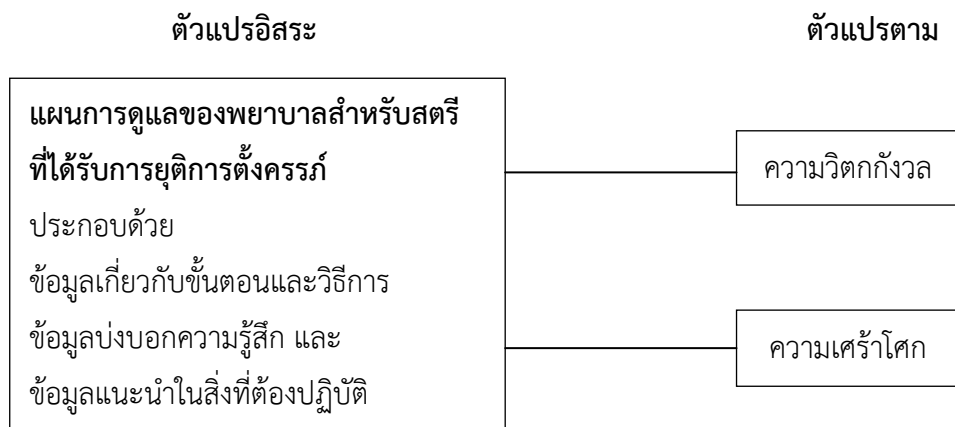
การดูแลสตรีที่ต้องยุติการตั้งครรภ์จึงเป็นเรื่องที่กระทบต่อชีวิตและสุขภาพของคู่สมรสและครอบครัว รวมถึงการตัดสินใจเลือกและเตรียมตัวเตรียมใจที่จะเผชิญปัญหา จากการทบทวนปัญหาในสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ของหน่วยงานที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและความรู้สึกทั้งก่อนและหลังการดูแล ซึ่งการให้ข้อมูลของพยาบาลในปัจจุบันยังไม่มีแบบแผนและรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนยุติการตั้งครรภ์ เพื่อลดความวิตกกังวลและเกิดประสิทธิภาพ ในช่วงเวลาที่จำกัดอาจทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจและเบื่อหน่ายได้ เหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสร้างแผนการดูแลของพยาบาลในการให้ข้อมูลสำหรับสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก และข้อมูลแนะนำในสิ่งที่ต้องปฏิบัติ (Grieve, 2002) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลที่ครอบคลุมเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน อย่างไรก็ตามการศึกษาด้านความวิตกกังวลและความเศร้าโศกในสตรีที่เกิดภาวะแท้งที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ยังมีความจำกัดและยังไม่พบรายงานการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยเป็นทีมบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ ในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต มีความสนใจที่จะศึกษาในประเด็นดังกล่าวเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับของความวิตกกังวลและความเศร้าโศกในสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ก่อนและหลัง ได้รับข้อมูลตามแบบแผนการดูแลของพยาบาลสำหรับสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อศึกษาผลของการดูแลก่อน-หลังการยุติการตั้งครรภ์โดยพยาบาลต่อความวิตกกังวลและความเศร้าโศกหลังการยุติการตั้งครรภ์ของสตรีที่เกิดภาวะแท้ง

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Study design) การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรในการศึกษา คือ สตรีที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ภายหลังได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ยุติการตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตในช่วงเดือนเมษายน 2568- กรกฎาคม 2568

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วย Power analysis โดยกำหนดค่า effect size= 0.5, power= .08, $p < .05$ โดย นำผลการทดลองของ (ปาริชาติ เฟื่องสุคันธธออ่างโน สุภาพันท์ และคณะ, 2554) มาแทนค่า ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย โดยขนาดที่มากขึ้นจะทำให้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น (Polit & back, 2012) เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็นกลุ่มละ 30 คน ทั้งหมดจำนวน 60 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis Method ที่ Alpha เท่ากับ 0.05 Effect Size เท่ากับ 0.70 และ Power เท่ากับ 0.95 (Polit & beck, 2004) เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 18 ปี – 45 ปี
2. อายุครรภ์ไม่เกิน 20 สัปดาห์
3. ไม่เคยมีประวัติการทำแท้ง

4. ไม่เคยมีประวัติป่วยเป็นโรคทางจิตมาก่อน
5. สามารถติดต่อสื่อสารด้านการพูด การฟัง การมองเห็นได้
6. ยินดีเข้าร่วมการศึกษา
7. ไม่มีโรคประจำตัวทางอายุรกรรม เช่น โรคเอสแอลอี โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคติดเชื้อเอชไอวี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. สตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการรักษา เช่น ตกเลือดมากจนต้องให้เลือด ติดเชื้อในกระแสเลือด ช็อกจากการเสียเลือด เกิดภาวะติดเชื้อระบบสืบพันธุ์ รู้สึกหดหู่ เศร้าใจ เปื้อนท้อแท้ ต้องใช้ยาช่วยหลับ
2. มีประวัติป่วยเป็นโรคทางจิตมาก่อน
3. เคยมีประวัติทำแท้ง ไม่ตั้งใจมีบุตร
4. สตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ครบทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาใช้เครื่องมือในการวิจัย 2 ประเภทดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยประยุกต์มาจาก “โปรแกรมการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลของแสวนสันในการดูแลหญิงที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเอง” ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยที่พัฒนาโดยนางสาวสุภาพันท์ เหมือนวัดไทร เพื่อใช้กับกลุ่มทดลองคือสตรีที่ได้รับการรักษาโดยการยุติการตั้งครรภ์ที่ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องการแท้งบุตรและการปฏิบัติตัวหลังแท้งบุตรเรียกว่า TOP of Abortion โดยให้ข้อมูลตามแผนการสอนเรื่องการแท้งบุตรและความเศร้าโศกสำหรับสมาชิกในครอบครัว โดยจะมีการขยายความของตัวเครื่องมือดังนี้ ประกอบด้วยการปฏิบัติ 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 T = TRUST

ขั้นตอนนี้เป็นการดูแลเรื่องการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเป็นรายบุคคลเพื่อให้สตรีที่ได้รับการรักษาโดยการยุติการตั้งครรภ์ เกิดความไว้วางใจให้อธิบายให้รับทราบถึงสาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษารวมทั้งทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ในครั้งนี้เพื่อให้เกิดการดูแลที่เป็นไปในทางเดียวกัน ขั้นตอนการให้ข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการ (Procedural Information) เป็นข้อมูลที่อธิบายขั้นตอนของเหตุการณ์และวิธีปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนในเหตุการณ์ต่าง ๆ ซึ่งข้อมูลประเภทนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและมีความเข้าใจต่อสถานการณ์ (Cognitive Control)

ขั้นตอนที่ 2 O = OBSERVE

เป็นขั้นตอนประเมินความต้องการทราบข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อสร้างความเข้าใจ และความเชื่อมั่นพยาบาล ผู้ดูแลจะเข้าไปพูดคุยใช้คำถามเรื่องการแท้งบุตรและความหมายของการแท้งบุตรในครั้งนี้ใช้ทักษะการสังเกต

ท่าทางระหว่างที่ทำความเข้าใจที่เฝ้าดูแล ซึ่งจะเป็นการที่ช่วยสนับสนุนด้านอารมณ์แก่สตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ พร้อมเสนอตัวอยู่เป็นเพื่อน เปิดโอกาสให้สตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ได้ระบายความรู้สึก พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบว่าจะเกิดความรู้สึกอย่างไรในขณะที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาล หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ และส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ ซึ่งข้อมูลประเภทนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระยะต่างๆ ของการรักษาของตนเองได้ดี พยาบาลผู้ดูแลจะมีการประเมินความต้องการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาโดยการยุติการตั้งครรภ์ โดยพยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลอะไรบ้าง พร้อมทั้งเหตุผลการทำกิจกรรมนั้น

ขั้นตอนที่ 3 P = Physical & Psychosocial spiritual care

เป็นขั้นตอนแนะนำในสิ่งที่ต้องปฏิบัติ (Behavioral Information) เป็นข้อมูลที่อธิบายถึงสิ่งที่สตรีที่ได้รับการรักษาโดยการยุติการตั้งครรภ์จะต้องปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนของเหตุการณ์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาพยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติสิ่งใดบ้าง และต้องปฏิบัติอย่างไรโดยใช้การส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมประกอบของสุขภาพ 4 ส่วน คือกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยส่งเสริมสุขภาพ “ทางกาย” ได้แก่การให้ความรู้ความเข้าใจให้ตระหนักถึงการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น การบริโภคอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพหรือที่ควรหลีกเลี่ยงที่ส่งผลกระทบกับการรักษาครั้งนี้ การส่งเสริมสุขภาพ “ทางจิต” พยาบาลจะใช้วิธีการสร้างความผ่อนคลายโดยการจัดสถานที่พูดคุยที่เป็นส่วนตัวไม่อยู่ในสิ่งแวดล้อมพลุกพล่าน เพื่อให้ความเครียด ความกังวลลดลง การส่งเสริมสุขภาพ “ทางสังคม” พยาบาลจะใช้การให้ความช่วยเหลือ เอื้ออาทร เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองเพื่อสร้างความสุข ส่วนการส่งเสริมสุขภาพ “ทางจิตวิญญาณ” พยาบาลผู้ดูแลจะพูดคุยให้สตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์เห็นถึงการเปลี่ยนแปลง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงตามเหตุปัจจัย สามารถปรับตัวตามการผันผวนของสถานการณ์ต่างๆ ได้ เพื่อให้เกิดความสุขในตนเองหากกระบวนการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 4 ส่วน ได้มีการปฏิบัติต่อสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์แล้วก็จะส่งผลหรือเป็นต้นทุนในการดำเนินชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นกัน จะช่วยให้สตรีได้รับการยุติการตั้งครรภ์ลดความเครียดและความวิตกกังวล รวมทั้งช่วยให้สามารถควบคุมพฤติกรรม (Behavioral Control) ที่ควรปฏิบัติในระยะต่างๆ

ขั้นตอนที่ 4 การกล่าวลาผู้ป่วยหลังให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

โดยจะพบกันครั้งที่ 1 ในวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาโดยการยุติการตั้งครรภ์หลังยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ซึ่งจะเริ่มให้ตอบแบบสอบถามส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวล ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไปถือว่าผิดปกติ แบบสอบถามความเศร้าโศกหากมีคะแนนความเศร้าโศกมีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างมากจะแจ้งแพทย์เจ้าของไข้รับทราบเพื่อประเมินการส่งต่อในการรักษาและดำเนินการคัดออกจากการศึกษาวิจัย โดยมีกิจกรรมการดูแล TOP of Abortion ตามขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 4 ตามแผนการสอนในเอกสาร ระยะเวลา 25 -30 นาที

พบกันครั้งที่ 2 หลังแท้งบุตร 1 วันเพื่อประเมินความต้องการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาโดยการยุติการตั้งครรภ์ โดยพยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วย จะได้รับกิจกรรมการพยาบาลอะไรบ้างพร้อมทั้งเหตุผลการทำกิจกรรมนั้น

พบกันครั้งที่ 3 ก่อนกลับบ้าน ทบทวนแผนการรักษาโดยการยุติการตั้งครรภ์ และโทรติดตามอาการ 2 สัปดาห์หลังกลับไปบ้านพร้อมตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลและแบบสอบถามความเศร้าโศก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ การศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การมาเยี่ยมของสามีก่อนถูกสัมภาษณ์ครั้งนี้ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ทราบว่าตั้งครรภ์ก่อนที่จะแท้ง รู้สึกลูกดิ้นก่อนจะแท้ง ได้รับการขุดมดลูกจากการยุติการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ เห็นลูกที่แท้งหรือเนื้อเยื่อทารกที่แท้งออกมา จำนวนบุตรที่สูญเสียก่อนการแท้งในครั้งนี้ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ คิดว่าตนเองมีบุตรเพียงพอแล้ว เคยไปปรึกษาแพทย์เนื่องจากมีลูกยาก วิธีการยุติการตั้งครรภ์ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 ถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลโดยใช้ Thai GHQ เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับกว้างขวางที่สุดในปัจจุบันฉบับหนึ่ง แปลเป็นภาษาต่างๆ มากกว่า 36 ภาษา Thai GHQ ที่พัฒนาขึ้น สามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตได้ดี โดยบอกได้ว่าบุคคลนั้นจะมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ มีความเชื่อถือได้และความแม่นยำตรงอยู่ในเกณฑ์ดี ได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อคำถามมีค่า (Cronbach's alpha coefficient) ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 และมีค่าความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7 ซึ่งผู้วิจัยใช้ข้อคำถาม Thai GHQ-12 มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ (ชนาธิชชัยโกวิท, 2545)

การให้คะแนนของ GHQ ของ Goldberg แนะนำให้ใช้การคิดแบบ GHQ score (0-0-1-1) ซึ่งสะดวกและได้ผลไม่แตกต่างจากการคิดคะแนนแบบ Likert score (0-1-2-3) โดยพบว่า correlation ระหว่าง 2 วิธีนี้อยู่ระหว่าง 0.92-0.94

การแปลผล Thai GHQ-12 ใช้จุดตัดคะแนนต่ำ 0.5 โดยคะแนนตั้งแต่ 2 ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเศร้าโศก ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยที่พัฒนาโดยคุณสุภาพันท์ เหมือนวัดไทร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลของแสวนสันต่อระดับความเศร้าโศกของหญิงที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเอง” ปี 2553 ประกอบด้วย ข้อความที่ให้ผู้ตอบประเมินตามความคิดของผู้ตอบจำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิต 5 อันดับ คือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามเป็นข้อความให้ตอบตามความคิดเห็นเป็นข้อความเชิงลบ 25 ข้อ หมายถึง เหตุการณ์นั้น ๆ ก่อให้เกิดความเศร้าโศก หากตอบเห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงไม่เห็น

ด้วยอย่างยิ่งให้คะแนน 5-1 ตามลำดับ และเป็นข้อความเชิงบวกจำนวน 3 ข้อ หมายถึง เหตุการณ์นั้น ๆ ไม่ก่อให้เกิดความเศร้าโศก หากตอบเห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้คะแนน 1-5 ตามลำดับ

การกำหนดเกณฑ์ระดับความเศร้าโศก

เศร้าโศกมาก	หมายถึง	มีคะแนนเฉลี่ย 4.5 - 5.00
เศร้าโศกค่อนข้างมาก	หมายถึง	มีคะแนนเฉลี่ย 3.5 - 4.49
เศร้าโศกปานกลาง	หมายถึง	มีคะแนนเฉลี่ย 2.5 - 3.49
เศร้าโศกค่อนข้างเล็กน้อย	หมายถึง	มีคะแนนเฉลี่ย 1.5- 2.49
เศร้าโศกน้อย	หมายถึง	มีคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49

แบบวัดความเศร้าโศกของสตรีที่สูญเสียบุตรจากการแท้งของโทเดอร์ ลาสเกอร์ และอัลฮาเดฟ ที่กันยารักษ์ เงยเจริญ แปลเป็นภาษาไทยและปรับแก้ (กันยารักษ์ เงยเจริญ, 2541) นำไปทดลองใช้กับมารดาที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเอง มีลักษณะเดียวกับกลุ่มที่ศึกษาพบว่ามีความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.80 – 0.88

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต หมายเลขใบรับรอง COA No.018B2025 และมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างให้ทราบก่อนการตัดสินใจ และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมอย่างสมัครใจ ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมก่อนตอบแบบสอบถาม และชี้แจงในส่วนของคุณสมบัติที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง จะถือเป็นความลับโดยจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลที่เป็นการวิเคราะห์ในภาพรวมและนำมาใช้ในเชิงวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามสายการบังคับบัญชาของหน่วยงาน ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย และหากเข้าร่วมในการวิจัยแล้วมีความต้องการถอนตัวออกจากการวิจัย สามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

กลุ่มควบคุม ใน 30 คนแรกให้ตอบแบบสอบถามตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และให้ตอบแบบวัดความวิตกกังวลและแบบวัดความเศร้าโศกครั้งที่ 1 จากนั้นได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ดังนี้

1. ก่อนได้รับการยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา สตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ได้รับการพยาบาลการดูแลจากพยาบาลประจำการ โดยซักประวัติ ตรวจร่างกาย อธิบายภาวะเสี่ยงของหอยุ่ป่วย แนะนำสถานที่ ตรวจวัดสัญญาณชีพแรกรับ ประเมินอาการปวด ประเมินลักษณะเลือดที่ออกทางช่องคลอด ประสานงานและรายงาน

แพทย์เจ้าของไข้ เพื่อวางแผนการรักษา พร้อมรับคำสั่งการรักษา และแนะนำแผนการรักษา พร้อมอาการข้างเคียงจากการรักษาและอธิบายให้รับทราบเพิ่มเติมในกรณีที่ยังไม่เข้าใจ

2. ขณะดำเนินการยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษาสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ มีการเฝ้าติดตามอาการและอาการข้างเคียงจากการรักษา รวมถึงการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนทำการหัตถการ หากมีการชุดมดลูก ดูแลให้รับทราบถึงสาเหตุที่ต้องทำการหัตถการ การเตรียมความพร้อมก่อนไปชุดมดลูก วิธีการ การปฏิบัติตัวหลังกลับจากชุดมดลูกพร้อมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังชุดมดลูก และเซ็นยินยอมในการทำหัตถการ โดยได้รับการดูแลความสบายใจทั่วไปจากพยาบาลประจำการ

3. ภายหลังยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา เป็นระยะภายหลังการรักษา 2 ชั่วโมง สตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ได้รับการพยาบาล ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการปวด ประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอด เมื่อฟื้นตัวดีดูแลให้ทานอาหารทานยาตามแผนการรักษา หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื่องปวดท้อง ภาวะไข้ หรือเลือดออกทางช่องคลอดมากก็สามารถวางแผนจำหน่าย โดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้าน หากมีอาการปวดท้องมาก มีเลือดออกทางช่องคลอดมากผิดปกติให้รับมาพบแพทย์และการมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความวิตกกังวลและแบบวัดความเศร้าโศก ในสัปดาห์ที่ 2 หลังการยุติการตั้งครรภ์ หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยรวมถึงแจกคู่มือการปฏิบัติตนภายหลังยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษาให้แก่กลุ่มตัวอย่าง หากพบมีระดับความเศร้าโศกอยู่ในระดับค่อนข้างมากถึงระดับมาก จะมีการติดตามให้การพยาบาลตามแผนการดูแลที่เรียกว่า TOP of Abortion ซ้ำ

กลุ่มทดลอง จะได้รับการพยาบาลตามปกติเช่นกันและให้การพยาบาลตามแผนการดูแลของพยาบาลสำหรับสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ที่เรียกว่า TOP of Abortion โดยให้ข้อมูลตามแผนการสอนที่ออกแบบไว้ รวมทั้งเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความวิตกกังวลและแบบวัดความเศร้าโศก ครั้งที่ 1 แล้วผู้วิจัยให้การพยาบาล โดยมีแนวทางในการพยาบาล 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอน 1 T = TRUST 2. O = OBSERVE และ 3 P =Physical & Psychosocial spiritual care ดังรายละเอียดตามที่ได้กล่าวไว้ในเครื่องมือการวิจัย หลังจากการสิ้นสุดกระบวนการให้การพยาบาล ให้ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลและระดับความเศร้าโศกหลังยุติการตั้งครรภ์ อีก 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลและระดับความเศร้าโศก ภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติที (paired t-test) และระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองก่อนและภายหลังการทดลองโดยใช้สถิติที (independent t-test) และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลไม่แตกต่างกันในทุกด้าน ในกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31 – 40 ปี ร้อยละ 46.6 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 33.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 80.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100.0 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50.0 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 46.7 ภูมิลำเนาอยู่จังหวัดภูเก็ต ร้อยละ 53.4 ส่วนใหญ่สามีมาเยี่ยมก่อนถูกสัมภาษณ์ ร้อยละ 80.0 จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ เพึ่งตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 36.7 โดยทราบที่ตั้งครรภ์ก่อนที่จะแท้ง ร้อยละ 96.7 ไม่มีความรู้สึกว่าลูกดิ้นก่อนจะแท้ง ร้อยละ 96.7 ได้รับการขุดมดลูกจากการยุติการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ ร้อยละ 56.7 ไม่ได้เห็นลูกที่แท้งหรือเนื้อเยื่อของทารกที่แท้งออก ร้อยละ 70.0 ไม่เคยมีบุตรที่สูญเสียก่อนการแท้งในครั้งนี้ ร้อยละ 83.3 ไม่เคยมีบุตรที่เคยตายในครรภ์ขณะคลอด ร้อยละ 100.0 ไม่เคยสูญเสียบุตรจากการตายหลังคลอด ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่เพึ่งตั้งครรภ์ลูกคนแรก ร้อยละ 46.7 ไม่คิดว่าตนเองมีบุตรเพียงพอแล้ว ร้อยละ 73.3 ไม่เคยไปปรึกษาแพทย์เนื่องจากมีลูกยาก ร้อยละ 96.7 จากการวินิจฉัยของแพทย์ พบว่า ครรภ์นี้แท้งเมื่ออายุครรภ์ประมาณตั้งแต่ 5-12 สัปดาห์ ร้อยละ 63.4 โดยชนิดของการแท้งครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็น Incomplete Abortion ร้อยละ 30.0 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล อยู่ระหว่าง 1 – 2 วัน ร้อยละ 73.3 วิธีการยุติการตั้งครรภ์ที่เลือกใช้มากที่สุด คือวิธี MVA ร้อยละ 53.3 โดยมีผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นสามี ร้อยละ 76.7

สำหรับในกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31 – 40 ปี ร้อยละ 46.6 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.7 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100.0 อาชีพพนักงานบริษัท/พนักงานโรงแรม ร้อยละ 46.7 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 60.0 ภูมิลำเนาอยู่จังหวัดภูเก็ต ร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่สามีมาเยี่ยมก่อนถูกสัมภาษณ์ ร้อยละ 93.3 จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ครั้งที่สอง ร้อยละ 33.3 โดยทราบที่ตั้งครรภ์ก่อนที่จะแท้ง ร้อยละ 100.0 ไม่มีความรู้สึกว่าลูกดิ้นก่อนจะแท้ง ร้อยละ 93.3 ได้รับการขุดมดลูกจากการยุติการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ ร้อยละ 70.0 ไม่ได้เห็นลูกที่แท้งหรือเนื้อเยื่อของทารกที่แท้งออก ร้อยละ 76.7 ไม่เคยมีบุตรที่สูญเสียก่อนการแท้งในครั้งนี้ ร้อยละ 70.0 ไม่เคยมีบุตรที่เคยตายในครรภ์ขณะคลอด ร้อยละ 93.4 ไม่เคยสูญเสียบุตรจากการตายหลังคลอด ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่เพึ่งตั้งครรภ์ลูกคนแรก ร้อยละ 43.4 ไม่คิดว่าตนเองมีบุตรเพียงพอแล้ว ร้อยละ 73.3 ไม่เคยไปปรึกษาแพทย์เนื่องจากมีลูกยาก ร้อยละ 90.0 จากการวินิจฉัยของแพทย์ พบว่า ครรภ์นี้แท้งเมื่ออายุครรภ์ประมาณตั้งแต่ 5-12 สัปดาห์ ร้อยละ 70.0 โดยชนิดของการแท้งครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็น Early embryonic death ร้อยละ 33.3 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล อยู่ระหว่าง 1 – 2 วัน ร้อยละ 73.3 วิธีการยุติการตั้งครรภ์ที่เลือกใช้มากที่สุด คือวิธี MVA ร้อยละ 63.3 โดยมีผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นสามี ร้อยละ 90.0

2. การเปรียบเทียบความวิตกกังวล และความเศร้าโศก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลก่อน-หลังการยุติการตั้งครภ์โดยพยาบาล ของกลุ่มทดลอง

คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 1.19$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 0.47$, $SD = 1.19$) โดยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คะแนนเฉลี่ยความเศร้าโศก ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($\bar{X} = 68.10$, $SD = 9.19$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 47.03$, $SD = 4.85$) โดยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความเศร้าโศกต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความวิตกกังวลและความเศร้าโศก ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($n = 30$)

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	t-test	p-value
ความวิตกกังวล				
ก่อนทดลอง	3.97	1.19	21.29	<0.001*
หลังทดลอง	0.47	0.78		
ความเศร้าโศก				
ก่อนทดลอง	68.10	9.19	13.38	<0.001*
หลังทดลอง	47.03	4.85		

* $p < .05$

3. การเปรียบเทียบความวิตกกังวล ของมารดาที่สูญเสียบุตรจากการยุติการตั้งครภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลก่อน-หลังการยุติการตั้งครภ์โดยพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนความวิตกกังวล ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.97$, $SD = 1.19$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 4.10$, $SD = 1.29$) ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.415$, $p = 0.679$) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 0.47$, $SD = 0.78$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.13$, $SD = 1.04$) ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.244$, $p = <0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		df	t-test	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ความวิตกกังวล							
ก่อนทดลอง	3.97	1.19	4.10	1.29	58	-0.415	0.679
หลังทดลอง	0.47	0.78	3.13	1.04	58	-11.244	<0.001*

* p < .05

4. การเปรียบเทียบระดับคะแนนความเศร้าโศก ของมารดาที่สูญเสียบุตรจากการยุติการตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การเปรียบเทียบระดับคะแนนความเศร้าโศก ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลก่อน-หลังการยุติการตั้งครรภ์โดยพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าระดับความเศร้าโศก ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความเศร้าโศกเล็กน้อย ร้อยละ 60.0 และปานกลาง ร้อยละ 40.0 กลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนความเศร้าโศกเล็กน้อย ร้อยละ 56.7 และปานกลาง ร้อยละ 43.3 ทั้ง 2 กลุ่มมีระดับคะแนนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.793) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความเศร้าโศกเล็กน้อย ร้อยละ 86.7 และระดับน้อย ร้อยละ 13.3 กลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนความเศร้าโศกเล็กน้อย ร้อยละ 66.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 30.0 และระดับน้อย ร้อยละ 3.3 ทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับคะแนนความเศร้าโศกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.003) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความเศร้าโศก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		Chi-square
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก่อนทดลอง					
เศร้าโศกเล็กน้อย	18	60.0	17	56.7	0.793
เศร้าโศกปานกลาง	12	40.0	13	43.3	
หลังทดลอง					
เศร้าโศกน้อย	4	13.3	1	3.3	0.003 *
เศร้าโศกเล็กน้อย	26	86.7	20	66.7	
เศร้าโศกปานกลาง	0	0.0	9	30.0	

* p < .05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา ระดับของความวิตกกังวลและความเศร้าโศกในสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลตามแบบแผนการดูแลของพยาบาลสำหรับสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความวิตกกังวลและความเศร้าโศกน้อยกว่าสตรีที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการดูแลก่อนและหลังการยุติการตั้งครรภ์โดยพยาบาล หรือที่เรียกว่า “TOP of Abortion” ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญในการลดระดับความวิตกกังวลและความเศร้าโศกของสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาภรณ์ กวีตแก้ว และคณะ (2014) ที่พบว่า การดูแลด้วยแนวคิดการพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีส่วนช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การที่กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลและความเศร้าโศกลดลงอย่างชัดเจน อาจเนื่องมาจากแผนการดูแล “TOP of Abortion” ได้รับการออกแบบให้ครอบคลุมทั้งด้านข้อมูล ขั้นตอนการรักษา การสนับสนุนทางอารมณ์ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเฉพาะในขั้นตอน T = TRUST ซึ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจ และ O = OBSERVE ที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก จึงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้ากับความสูญเสียได้อย่างมีสติและเข้าใจตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ การได้รับข้อมูลอย่างเป็นระบบก่อนการรักษา ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย ตามที่ พิจิตรา เล็กดำรงกุล (2555) ระบุไว้ว่า การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เป็นแนวทางที่ช่วยส่งเสริมการตัดสินใจของผู้ป่วยและลดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในด้านของความเศร้าโศก พบว่าหญิงที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผน TOP of Abortion มีระดับความเศร้าโศกลดลงหลังการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kubler-Ross & Kessler (2007) (อ้างใน เขมจิรา และคณะ, 2561) ที่อธิบายถึงระยะของการยอมรับการสูญเสียว่า การได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าสู่ระยะ “ยอมรับ” ได้เร็วขึ้น และลดโอกาสเกิดความเศร้าโศกที่ยืดเยื้อหรือผิดปกติ อีกทั้งการติดตามผลหลังจำหน่ายที่บ้าน และการมีครอบครัวร่วมดูแล ก็เป็นอีกปัจจัยที่มีผลเชิงบวกต่อการฟื้นตัวทางอารมณ์ของสตรีที่สูญเสียบุตร ซึ่งสะท้อนตามแนวคิดของ Grieve (2002) ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ พบว่ายังมีระดับความวิตกกังวลและความเศร้าโศกค่อนข้างสูง ซึ่งอาจเนื่องมาจากการขาดระบบการให้ข้อมูลที่ชัดเจน และไม่ได้เน้นการดูแลด้านอารมณ์อย่างเป็นระบบ ดังนั้นการบูรณาการแผนการดูแลเฉพาะอย่าง TOP of Abortion จึงควรถูกนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเผชิญภาวะการยุติการตั้งครรภ์ในสถานพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการศึกษาติดตามความวิตกกังวลและความเศร้าโศกของสตรีตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตรในระยะยาว เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความเศร้าโศกและความวิตกกังวลแต่ละระยะของการตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย, (2562). รายงานการเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ.2562. สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย, (2563). รายงานการเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2563. สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- เข็มจิรา ท้าวน้อย, วรณี เดียววิเศษ, และวรรณทนา ศุภสีมานนท์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่เคยสูญเสียบุตร. *วารสารคณะพยาบาล*, 26 (4), 51-67.
- ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล. (2558). *การพยาบาลสตรีที่มีภาวะฉุกเฉินในระยะตั้งครรภ์และคลอด*. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนา นิลชัยโกวิท, (2545). *แบบสอบถาม Thai General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- ประภาพร สู่ประเสริฐ. (2567). การแท้ง. ใน เพ็ญลดา ทองประเสริฐ (บ.ก.), *ภาวะฉุกเฉินทางสูติรีเวชกรรม* (พิมพ์ครั้งที่2, หน้า 1-11). ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิจิตรา เล็กดำรงกุล. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลที่ได้รับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*.
- สุทธิรักษ์ นภาพันท์. & สมหวัง แก้วสุฟอง. (2559). การศึกษาวิเคราะห์เชิงจริยศาสตร์เรื่องการยุติการตั้งครรภ์ตามหลังการวินิจฉัยก่อนคลอด. *วารสารพุทธศาสตร์ศึกษา*. 7(2): 43-53.
- สุภาพันท์ เหมือนวัดไทร, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, รุ่งนภา ผาณิตรัตน์, & ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. (2554). ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลของแสวนสันตอระดับความโศกเศร้าของหญิงที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพรณ์ กวดแก้ว, เยาวลักษณ์ เสรี เสถียร, วรรณภา พาหุวัฒนกร, & ดิฐกานต์ บริบูรณ์ หิรัญสาร. (2014). ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลต่อความวิตกกังวลของสตรีที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์เพื่อการศึกษา. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 29(1), 55-66.
- Goldberg, D.P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford University Press.
- Grieve, R. J. (2002). Day Surgery Preoperative Anxiety Reduction and Coping Strategies. *British Journal of Nursing*, 10, 670-678.

Polit, D.F. and Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.