

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทารกตายในครรภ์ (fetal death in utero) หมายถึงการตายของทารกขณะที่อยู่ในครรภ์มารดาอันเนื่องจากสาเหตุใดก็ตามที่ไม่ใช่จากการทำแท้งเพื่อการรักษา การรายงานอัตราทารกตายในครรภ์จะรายงานในสถิติชีพที่เรียกว่า อัตราตายปริกำเนิดหรือ perinatal mortality rate (PMR) ในประเทศที่พัฒนาแล้วอัตราตายปริกำเนิด หมายถึง จำนวนการตายของทารกในครรภ์ที่มีน้ำหนักอย่างน้อย 500 กรัม (หรือเมื่อไม่ทราบน้ำหนักให้ใช้อายุครรภ์ครบ 22 สัปดาห์หรือมากกว่าหรือวัดความยาวจากศีรษะถึงส้นเท้า 25 เซนติเมตรหรือมากกว่า) บวกจำนวนการตายของทารกที่มีอายุต่ำกว่า 7 วันต่อทารกเกิดทั้งหมด 1,000 คน สำหรับประเทศไทยและประเทศที่กำลังพัฒนาอีกจำนวนมากยังคงใช้นิยามตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกอยู่ ซึ่งอัตราตายปริกำเนิด หมายถึง จำนวนการตายของทารกในครรภ์ที่มีน้ำหนักอย่างน้อย 1,000 กรัม (หรือเมื่อไม่ทราบน้ำหนักให้ใช้อายุครรภ์ภายหลังครบ 28 สัปดาห์หรือมากกว่าหรือวัดความยาวจากศีรษะถึงส้นเท้า 35 เซนติเมตรหรือมากกว่า) บวกจำนวนการตายของทารกที่มีอายุต่ำกว่า 7 วันต่อทารกเกิดทั้งหมด 1,000 คน (เชื่อน ต้นนิรันดร์ และคณะ, 2544, หน้า 330) การตายปริกำเนิดเป็นตัววัดสุขภาพของมารดาและทารก ความสูญเสียทางการเจริญพันธุ์ระหว่างประเทศ เป็นตัววัดระดับการศึกษา สภาพสังคม ระบบสาธารณสุขของประเทศ อาทิ ภาวะโภชนาการ การแพทย์ด้านสูติศาสตร์และทารกแรกเกิด นอกจากนี้การตายปริกำเนิดจะสะท้อนให้เห็นถึง มาตรฐานการบริการด้านมารดาและทารก สภาพสังคมและสาธารณสุข ตลอดจนการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ (วรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ และคณะ, 2543, หน้า 22)

อัตราตายปริกำเนิดในประเทศไทยพบว่ามีอัตราค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับรายงานของประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยพบว่าในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยหลายแห่งได้มีการรายงานไว้ดังนี้ จาการรายงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2540 พบว่าอัตราตายปริกำเนิดคือ 15.3 ต่อทารกเกิด 1,000 คน รายงานของภาควิชาสูติศาสตร์รีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในปี พ.ศ. 2541 และพ.ศ. 2542 พบว่าอัตราตายปริกำเนิดคือ 6.86 และ 7.18 ต่อ ทารกเกิด 1,000 คนตามลำดับ การที่ตัวเลขของกระทรวง

สาธารณสุขสูงกว่าของโรงพยาบาลศิริราชค่อนข้างมาก น่าจะเป็นเพราะขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน (เขื่อน ดันนินันดร และคณะ, 2544, หน้า 330) ส่วนรายงานของภาควิชาศัลยศาสตร์รื้อเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพบว่าอัตราตายปริกำเนิดคือ 4.82 ต่อ 1,000 ของการเกิดมีชีวิตในปี พ.ศ. 2542 (สุรตนา ปัญญาณิตย์, 2544, หน้า 18) สำหรับสาเหตุการตายของทารกปริกำเนิดที่พบ ได้แก่ ดายเยื่ออยู่ร้อยละ 30.7 การขาดออกซิเจนขณะคลอด ร้อยละ 28.2 ความพิการแต่กำเนิด คลอดก่อนกำหนด สาเหตุเฉพาะร้อยละ 14.9 14.2 และ 12.1 ตามลำดับ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2540 อ้างถึงใน เขื่อน ดันนินันดร และคณะ, 2544, หน้า 334) ซึ่งการลดอัตราตายปริกำเนิด สามารถทำได้โดยการให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะด้านการดูแลมารดาและทารก ในระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสุขภาพอย่างจริงจัง ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ (อุกฤษฏ์ มิตินทรานุกร และคณะ, 2540, หน้า 8)

การตายของทารกในครรภ์อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุโดยสาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบ นอกจากผลกระทบที่เกิดขึ้นในระดับประเทศที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังมีผลกระทบต่อมารดา ผู้ตั้งครรภ์คือ พบว่าการสูญเสียทารกในครรภ์มีผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้ภาวะแทรกซ้อนของมารดาที่เป็นอยู่มีความรุนแรงมากขึ้น มีผลต่อภูมิคุ้มกันในร่างกาย การทำหน้าที่ของทีเซลล์ (T-cell) ถูกกดให้ต่ำลง โดยเฉพาะ 6 สัปดาห์แรกของการสูญเสีย มารดามีโอกาสติดเชื้อไวรัส แบคทีเรียและเชื้อราได้ง่ายขึ้น ส่วนปัญหาด้านจิตใจ พบว่าผู้สูญเสียจะมีการใช้บุหรี่ สุรา ยาแก้ปวด ประสาท อัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไปในช่วงปีแรก และร้อยละ 48 ของผู้สูญเสียป่วยเป็นโรคซึมเศร้า บางรายมีความผิดปกติทางจิตในเวลา 1-2 ปีภายหลังการสูญเสียทารก ความผิดปกติที่พบได้แก่ มีความวิตกกังวลที่แสดงออกถึงอาการทางจิต (psychosis anxiety attacks), ความกลัวที่ผิดปกติ (phobia), ย้ำคิดย้ำทำ (obsessive thought) และความซึมเศร้าอย่างรุนแรง (deep depression) (Kavanaugh, 1977, pp. 43-51 อ้างถึงใน ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2544, หน้า 283)

ส่วนผลกระทบที่สำคัญที่ยังไม่มีการให้ความสนใจมากนักของการที่มีทารกตายในครรภ์ คือ ผลต่อจิตใจและอารมณ์ของมารดา ทั้งนี้เนื่องจากการตายของทารกในครรภ์เป็นเหตุการณ์ของการสูญเสียที่เกิดขึ้นทันทีทันใด โดยส่วนมากมักไม่รู้ล่วงหน้ามาก่อน การตายของทารกในครรภ์เป็นการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและมีค่าต่อบุคคลหนึ่ง นับได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งของครอบครัว (Bobak, 1991, p. 1218) ในต่างประเทศได้มีการศึกษาภาวะเศร้าโศกของมารดาเมื่อทราบว่าทารกเสียชีวิตพบว่า มารดาจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียทารกแยกเป็นระยะต่าง ๆ ได้แก่ ระยะปฏิเสธและแยกตัว ระยะโกรธ ระยะต่อรอง ระยะซึมเศร้า และระยะยอมรับ (วงเดือน ศิริลักษณ์, 2539, หน้า 43-44 ; Kubler-Ross, 1969 ; Linderman, 1994 cited in Sherwen,

Scoloveno, & Weingarten, 1999, pp. 311-313; Mander, 1994, pp. 6-7) ปฏิกริยาตอบสนองต่อการสูญเสียไม่ว่าเหตุการณ์นั้น ๆ จะเกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อนหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น จะปรากฏอาการและอาการแสดงในรูปของความรู้สึก ความคิด อาการทางกายและพฤติกรรม ซึ่งเป็นปฏิกริยาตอบสนองโดยรวม และเป็นกระบวนการที่มารดาต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เมื่อมารดาสามารถปรับตัวได้ความทุกข์ทรมานก็จะลดลงจนเข้าสู่สภาพปกติ ปฏิกริยาตอบสนองต่อการสูญเสียตามกระบวนการของภาวะเศร้าโศกที่กล่าวมาถือเป็นภาวะปกติ อาจใช้เวลาไม่แน่นอน แตกต่างกันไปแล้วแต่บุคคล (Simpson & Creehand, 1996, p. 278) บางรายอาจนานถึง 1-2 ปี จึงจะหมดภาวะเศร้าโศกโดยสมบูรณ์ (Kellner & Lake, 1993, pp. 561-574; Vacarolis, 1990, pp. 423-464) มารดาบางรายอาจไม่แสดงปฏิกริยาตอบสนองทุกระยะหรืออาจมีพฤติกรรมหลาย ๆ ระยะในขณะเดียวกันและอาจมีพฤติกรรมเดิมซ้ำ ๆ ในระหว่างที่มีภาวะเศร้าโศกได้ ปฏิกริยาตอบสนองดังกล่าวเป็นการยากที่จะจำแนกว่าภาวะเศร้าโศกลักษณะใดปกติหรือผิดปกติ (กอบกาญจน์ สรประสิทธิ์, 2540, หน้า 118)

อย่างไรก็ตามกระบวนการเศร้าโศกจากการสูญเสียดังกล่าวข้างต้น เป็นภาวะเศร้าโศกที่เกิดขึ้นจากการศึกษาของมารดาในบริบทของสังคมตะวันตก ซึ่งมีความแตกต่างจากบริบทของสังคมไทยเป็นอย่างมาก ความแตกต่างดังกล่าวคาดว่าจะมีผลทำให้ภาวะเศร้าโศกของมารดาที่มีการสูญเสียทารกในสังคมไทย แตกต่างไปจากภาวะเศร้าโศกของมารดาในสังคมตะวันตก ความแตกต่างทางสังคมที่เห็นเด่นชัด ได้แก่ ในบริบทของสังคมไทยจะมีค่านิยมที่เด่นชัด คือ การยอมรับบุญกรรมโดยไม่โต้แย้ง โดยมีความเชื่อว่าการประสบโชคร้ายเป็นเรื่องของกรรมเก่าที่ต้องยอมรับในชาตินี้ (สุพัตรา สุภาพ, 2534, หน้า 22-24) ถึงแม้ว่าในปัจจุบันครอบครัวไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นกว่าสมัยก่อน แต่ครอบครัวไทยตามลักษณะสังคมไทยพบว่ายังมีความผูกพันในระบบเครือญาติอยู่มาก มีค่านิยมในการเคารพนับถือญาติผู้ใหญ่ รวมญาติที่เกิดจากการสมรส ครอบครัวไทยจึงมีลักษณะผสมโดยให้ความสำคัญกับระบบเครือญาติและภรรยา (รุจา ภูไพบูลย์, 2538, หน้า 8) ซึ่งความผูกพันในระบบครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวเป็นอย่างดี สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้คาดว่าจะมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้บุคคลหรือมารดาในสังคมไทย มีการแสดงออกถึงความรู้สึก การให้คุณค่าความหมายต่อประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียแตกต่างจากภาวะเศร้าโศกของบุคคลหรือมารดาในสังคมตะวันตกได้

นอกจากนี้ในการศึกษาถึงความเศร้าโศกจากการสูญเสียของมารดาที่มีทารกตายในครรภ์ ในบริบทของสังคมไทยยังไม่มีการศึกษาไว้ ผู้วิจัยจึงเห็นว่ามีคามจำเป็นที่จะต้องศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมารดาที่มีทารกตายในครรภ์ในบริบทของสังคมไทยอย่างลึกซึ้ง ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติการ

พยาบาล เพื่อส่งเสริมมารดาให้สามารถปรับตัวต่อภาวะเศร้าโศกได้อย่างมีประสิทธิภาพและป้องกันมิให้เกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ นอกจากนี้การให้การดูแลช่วยเหลือระดับประคองมารดาอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของมารดาโดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นของความเศร้าโศก จะช่วยให้มารดาสามารถผ่านพ้นระยะของความเศร้าโศกได้เป็นอย่างดีในการปรับตัวยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้นและยังช่วยลดอุบัติการณ์อาการผิดปกติทางจิตที่อาจเกิดขึ้นภายหลังคลอดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

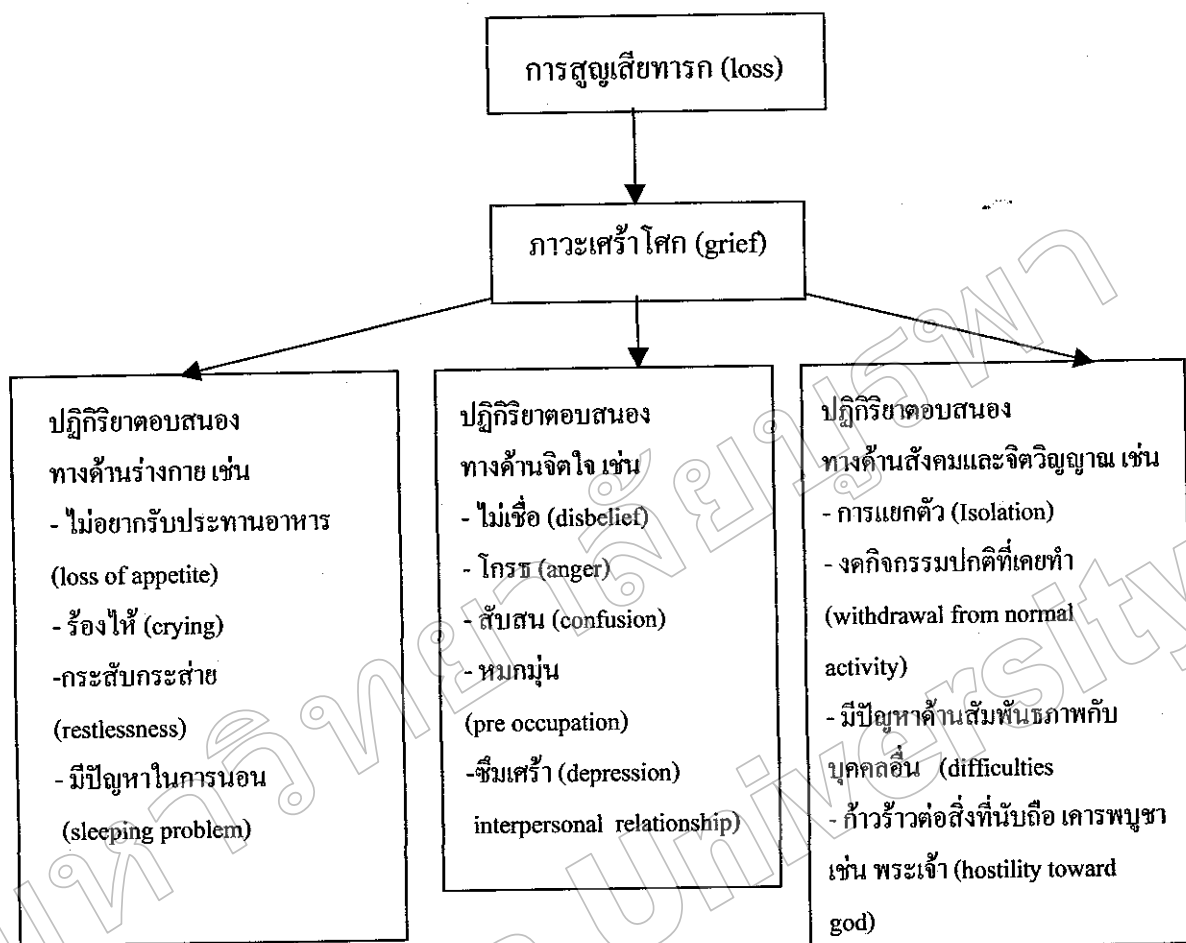
เพื่อบรรยายถึงประสบการณ์เศร้าโศกของมารดาที่มีทารกตายในครรภ์

คำถามการวิจัย

มารดาที่มีทารกตายในครรภ์มีการแสดงออกทางความคิด ความรู้สึก อาการทางกายและพฤติกรรมต่อภาวะเศร้าโศกอย่างไรตั้งแต่เมื่อรับรู้ถึงความผิดปกติของทารกในครรภ์ถึง 1 เดือน ภายหลังคลอด

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์ของมารดาที่มีภาวะเศร้าโศกจากทารกตายในครรภ์ โดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียและปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการตั้งคำถามและข้อสังเกตพฤติกรรมเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้ได้ข้อมูลลึกซึ้งเกี่ยวกับประสบการณ์ของมารดาที่มีภาวะเศร้าโศกจากทารกตายในครรภ์ แต่กรอบแนวความคิดนี้ปรับเปลี่ยนไปตามปรากฏการณ์จริงที่เกิดขึ้นได้ โดยมีสาระและแนวทางสำหรับการศึกษาในเบื้องต้นดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของมารดาที่มีทารกตายในครรภ์

(Worden, 1991 cited in Corr, Nabe, & Corr, 1997, p. 222; Burgen, 1977 cited in Parkman, 1992, pp. 14-16)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ข้อมูลที่ได้จะช่วยเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะเศร้าโศกในมารดาที่มีทารกตายในครรภ์ในบริบทของสังคมไทยได้ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น
2. ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทางด้านสุขภาพและผู้มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบครอบครัว ใช้เป็นแนวทางการวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยมารดาที่มีภาวะเศร้าโศกเนื่องจากทารกตายในครรภ์ ให้สามารถปรับตัวต่อภาวะเศร้าโศกได้อย่างปกติ และเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจภายหลังคลอด

3. ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะเศร้าโศกในกรณีอื่น เช่น ในมารดาที่มีทารกพิการหรือตายเนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ และการสร้างรูปแบบการพยาบาลเพื่อให้มารดาปรับตัวต่อภาวะเศร้าโศกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงประสบการณ์ของมารดาที่มีภาวะเศร้าโศกจากทารกตายในครรภ์ โดยทำการศึกษาเฉพาะในมารดาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าทารกตายในครรภ์และรับไว้เพื่อคลอดในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่มีเชื้อชาติไทยและมีที่พักอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดชลบุรี โดยไม่จำกัดอายุ ศาสนา การศึกษา รายได้ ลักษณะของครอบครัวและวิธีการคลอด

นิยามศัพท์เฉพาะ

ประสบการณ์ของภาวะเศร้าโศก หมายถึง ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจของมารดาจากการสูญเสียทารกในครรภ์ ตั้งแต่ทราบว่าทารกตายในครรภ์จนถึง 1 เดือนภายหลังคลอด

ทารกตายในครรภ์ หมายถึง การตายของทารกในครรภ์ที่มารดามีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป หรือทารกมีน้ำหนักตัวมากกว่า 1,000 กรัมขึ้นไป