

การศึกษาภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชน
กรณีการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี
จักรีนฤเบดินทร สยามินทราธิราช
บรมนาถบพิตร

โดย

นายพงศ์เกษม ไข่มุกด์
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

นักศึกษาวិทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตร การป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 59
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2559 – 2560

บทคัดย่อ

เรื่อง การศึกษาภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชน กรณีการเสด็จสวรรคตของ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทร สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

ผู้วิจัย นายพงศ์เกษม ไช้มุกด์ **หลักสูตร** วปอ. **รุ่นที่** 59

การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และอิทธิพล ในการทำนายภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน ภายหลังการเสด็จสวรรคตของ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทร สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร โดยทำการศึกษาในคนไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 813 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจากส่วนภูมิภาค จำนวน 410 คน และ กลุ่มตัวอย่างผู้มาร่วมพระราชพิธีพระบรมศพ ณ บริเวณพระบรมมหาราชวัง จำนวน 403 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน - 15 ธันวาคม 2559 สุ่มด้วยวิธี Stratified three stage sampling โดยการตอบแบบสอบถามที่ตอบด้วย ตนเองทั้งหมด 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศก จากการสูญเสียที่ผิดปกติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา นำเสนอข้อมูลความชุกของภาวะเศร้าโศก จากการสูญเสียเป็นค่าความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะเศร้าโศก จากการสูญเสียด้วยการทดสอบ Chi - square หลังจากนั้นวิเคราะห์ความถดถอยแบบ Logistic regression เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในคนไทย ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 813 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.3) อยู่ในกลุ่มอายุ 26 - 45 ปี (ร้อยละ 45.2) พบว่ามีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียจำนวน 230 คน (ร้อยละ 28.3) ปัจจัย ทำนายภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติที่จากการสูญเสีย ได้แก่ เกิดก่อนปี พ.ศ. 2522 ($p < 0.01$) การศึกษา ระดับ ม.6 หรือต่ำกว่า ($p < 0.05$) เคยมีประสบการณ์มาร่วมงานพระราชพิธีพระบรมศพ ($p < 0.05$) และมีภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพมหานคร ($p < 0.05$)

คำนำ

ภายหลังการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทร สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร ในวันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2559 นับเป็นการสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ คนไทยแต่ละบุคคลจะมีปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการสูญเสียที่แตกต่างกันไป บางคนสามารถเผชิญกับการสูญเสียในครั้งนี้ได้อย่างปกติ ในขณะที่บางคนไม่สามารถเผชิญต่อการสูญเสียได้ จนส่งผลกระทบต่อหลายอย่างทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม และอาจก่อให้เกิดความรู้สึกที่รุนแรงขึ้น ไม่ว่าจะเป็น ความเครียด ความวิตกกังวลสูง และที่พบได้บ่อยที่สุดคือ ความซึมเศร้าจนนำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชอื่น ๆ ที่ตามมา กรมสุขภาพจิตดำเนินการติดตามสถานการณ์และประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตโดยการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตภายใต้การดำเนินงานโดยทีมดูแลจิตใจในภาวะวิกฤต (MCATT) ซึ่งให้บริการประชาชนที่เดินทางมาร่วมงานพระราชพิธีพระบรมศพ บริเวณพระบรมมหาราชวัง พบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในหลากหลายรูปแบบ ซึ่งต้องได้รับการติดตามและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การศึกษาภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน กรณีการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทร สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร จึงได้จัดทำขึ้นเพื่อให้ทราบสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย เพื่อข้อมูลที่นำมาใช้ในการกำหนดแนวทางและมาตรการในการป้องกัน เฝ้าระวัง การดูแล รักษา รวมทั้งการฟื้นฟูอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของประชาชนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

(นายพงศ์เกษม ไข่มุกด์)

นักศึกษาวិทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 59

ผู้วิจัย

สารบัญ

| | หน้า |
|--|-----------|
| บทคัดย่อ | ก |
| คำนำ | ข |
| กิตติกรรมประกาศ | ค |
| สารบัญ | ง |
| สารบัญตารางและแผนภาพ | ฉ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| ความสำคัญและความเป็นมา | 1 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย | 3 |
| ขอบเขตการวิจัย | 3 |
| ประโยชน์ของการวิจัย | 3 |
| นิยามศัพท์ | 4 |
| บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง | 5 |
| แนวคิดเกี่ยวกับการสูญเสีย (Loss) | 5 |
| ทฤษฎีเกี่ยวกับความเศร้าโศก (Theories of grief) | 7 |
| โรคทางจิตเวชที่มีสาเหตุมาจากความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย | 11 |
| การสูญเสียของมหาชน (Mass grief) | 31 |
| สถานการณ์เกี่ยวกับความเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชน | 35 |
| การเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ | 40 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 47 |
| กรอบแนวคิดการวิจัย | 49 |
| บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย | 50 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 50 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา | 51 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล | 52 |
| การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ | 53 |
| บทที่ 4 ผลการศึกษา | 54 |
| ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง | 54 |
| ความชุกของภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน | 56 |
| ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและอิทธิพลการทำนายภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย | 62 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|--|-----------|
| บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา | 63 |
| สรุปผลการศึกษา | 63 |
| อภิปรายผลการศึกษา | 65 |
| ข้อจำกัดของการศึกษา | 78 |
| ข้อเสนอแนะ | 78 |
| บรรณานุกรม | 79 |
| ภาคผนวก | 85 |
| ผนวก ก แบบประเมินความเศร้าโศกจากการสูญเสีย | 86 |
| ผนวก ข หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | 88 |
| ประวัติย่อผู้วิจัย | 89 |

สารบัญรูปภาพและตาราง

| | หน้า |
|--|------|
| แผนภาพที่ | |
| 2-1 กรอบแนวคิดการวิจัย | 49 |
| ตารางที่ | |
| 2-1 ความเศร้าโศกปกติระยะแรกหรือระยะเฉียบพลัน | 8 |
| 2-2 ความเศร้าโศกปกติระยะเฉื่อยกับความสูญเสีย | 9 |
| 2-3 ความแตกต่างของความเศร้าโศกปกติและที่ผิดปกติ | 10 |
| 3-1 สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภูมิภาคและจังหวัด | 50 |
| 4-1 ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง | 53 |
| 4-2 ความชุกของภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชน | 55 |
| 4-3 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกฯ แยกตามเพศ | 55 |
| 4-4 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกฯ แยกตามอายุ | 56 |
| 4-5 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกฯ แยกตามสถานภาพสมรส | 56 |
| 4-6 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกฯ แยกตามระดับการศึกษา | 57 |
| 4-7 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกฯ แยกตามอาชีพ | 57 |
| 4-8 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกฯ แยกตามรายได้ต่อเดือน | 58 |
| 4-9 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกฯ แยกตามประสบการณ์ร่วมงานพระราชพิธีพระบรมศพ | 58 |
| 4-10 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกฯ แยกตามภูมิลำเนา | 59 |
| 4-11 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกฯ แยกตามโรคประจำตัวทางกาย | 59 |
| 4-12 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกฯ แยกตามประวัติการใช้สารเสพติด | 60 |
| 4-13 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกฯ แยกตามประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก | 60 |
| 4-14 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและอิทธิพลการทำนายภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ | 61 |

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมา

การสูญเสียเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนจะต้องพบเจอได้ตลอดชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย ไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้ ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียตามวัย เช่น วัยเด็กที่ต้องหย่านม การต้องจากบ้านไปเรียน วัยผู้ใหญ่ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาท การเข้าสู่ชีวิตการทำงาน การแต่งงานมีครอบครัว เมื่อเข้าสู่ วัยชรา การสูญเสียภาพลักษณ์หรืออัตมโนทัศน์เนื่องจากความเจ็บป่วย การสูญเสียสิ่งของภายนอก ไม่ว่าจะทรัพย์สินเงินทอง ที่อยู่อาศัย และเมื่อต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก โดยเฉพาะการสูญเสียผู้นำหรือประมุขของประเทศซึ่งเป็นศูนย์รวมจิตใจของคนทั้งประเทศ อาทิ เมื่อครั้งเหตุการณ์สูญเสียชีวิตอย่างกะทันหันจากการลอบสังหารประธานาธิบดีผู้เป็นที่รัก ของชาวอเมริกัน จอห์น เอฟ. เคนเนดี ของสหรัฐอเมริกา (1963) การสิ้นพระชนม์อย่างกะทันหัน ของเจ้าหญิงไดอาน่าซึ่งเป็นที่รักของคนทั่วโลก และเป็นที่รักยิ่งของชาวสหราชอาณาจักร (1997) และ องค์สันตปาปาจอห์นปอลที่ 2 แห่งรัฐวาติกัน (2005) เป็นต้น ล้วนแล้วแต่นำมาซึ่งความโศกเศร้า อย่างรุนแรงร่วมกันของมหาชน และย่อมนำมาซึ่งความทุกข์ใจของประชาชน การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักนี้ถือว่าการสูญเสียอย่างถาวรและสมบูรณ์ และเมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้น บุคคลจะมี ปฏิกริยาต่อการสูญเสียในลักษณะต่าง ๆ โดยมากจะเกิดภาวะเศร้าโศกอย่างมาก มีรายงานอุบัติการณ์หลาย อย่างที่แสดงให้เห็นว่าเมื่อเกิดการสูญเสียจะทำให้เกิดภาวะเศร้าโศกตามมา (สุภาพันธุ์ เหมือนไทยวัด และคณะ, 2552)

ภาวะเศร้าโศก (grief) เป็นกระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียตามธรรมชาติ จากการรับรู้ว่าจะต้องสูญเสียหรือคาดว่าจะต้องมีการสูญเสีย และสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ผูกพันทางความรู้สึก หรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อตนเอง ทำให้บุคคลเกิดปฏิกริยาตอบสนองต่อการสูญเสียโดยแสดง ภาวะเศร้าโศกออกมา ทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ และจิตสังคม เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและปรับตัวยอมรับการสูญเสียได้ (Buglass, 2010; Morton, Fontaine, Hudak & Gallo, 2005) โดยระยะเวลาของภาวะเศร้าโศกจะใช้เวลา 2 - 3 สัปดาห์ และมักจะดีขึ้นภายใน 2 - 4 เดือน โดยส่วนใหญ่ มักไม่เกิน 6 เดือน (Anderson, Arnold, Angus & Bryce, 2008) สาเหตุของภาวะเศร้าโศก คือ การสูญเสีย (loss) ซึ่งแบ่งการสูญเสียออกเป็น 4 ประเภท (Potter & Perry, 1995) ได้แก่ การสูญเสียวัตถุภายนอก การแยกจากสิ่งที่แวดล้อมที่คุ้นเคย การสูญเสียเอกลักษณ์ของบุคคล และการสูญเสียบุคคลที่ตนรักจากการเจ็บป่วย โดยการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักถือว่าการสูญเสียที่สมบูรณ์และถาวร มีผลให้ผู้สูญเสียได้รับผลกระทบโดยตรง

แม้ว่าความเศร้าโศกนั้นเป็นปฏิกริยาที่มีต่อการสูญเสียซึ่งเป็นกระบวนการธรรมชาติ เป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคล และมีปฏิกริยาตอบสนองในหลายลักษณะอาการ เช่น อาการตกใจ ร้องไห้พึมพาย ซึมเศร้า เป็นต้น ระยะเวลาที่เศร้าโศกหรือระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นตัวจากความเศร้าโศก จากการสูญเสียก็จะแตกต่างกัน อาจกินเวลาหลายวัน หรืออาจจะหลายเดือนจนถึงเป็นปี ในกรณี การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักอย่างเฉียบพลัน บุคคลจะมีความต้องการผู้เสียชีวิตกลับคืนมาทำให้

การปรับตัวกับความเศร้าโศกต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัวนานขึ้น ในผู้ที่ประสบกับความสูญเสียอย่างเฉียบพลันนี้อาจจะอยู่ในภาวะช็อก (shock) เป็นเวลานานจนทำให้การฟื้นตัวจากความเศร้าโศกต้องใช้ระยะเวลานานกว่าคนอื่น บางคนพยายามปรับตัวแล้วขั้นปีที่ 2 ก็ยังไม่ดีขึ้น มีหน้าซำอาการเศร้าโศกกลับรุนแรง (สุชาติ พหลภาคย์, 2558) หากความรู้สึกรู้สึกเศร้าโศกที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม ความรู้สึกเศร้าโศกนี้จะเด่นชัดและรุนแรงมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยที่เข้ามามีอิทธิพล อันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า บุคคลที่เคยมีประสบการณ์การสูญเสียและสามารถปรับตัวได้ย่อมมีโอกาสกลับมาสู่ภาวะปกติได้ดีกว่า ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงก็อาจจะส่งผลต่อความสามารถปรับตัวที่ไม่ดีนัก ทำให้เกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ คือ สามารถคลายจากความเศร้าโศกล่าช้า หรือใช้เวลายาวนาน จนส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของบุคคลนั้น ๆ ได้ (ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ, 2556)

ในประเทศไทยภายหลังจากการสูญเสียกรณีการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทร สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร ในวันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ.2559 ซึ่งเป็นบุคคลอันเป็นที่รักยิ่งและเทิดทูนของคนไทยทั้งชาติ นับเป็นการสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ คนไทยแต่ละบุคคลจะมีปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการสูญเสียที่แตกต่างกันไป บางคนสามารถเผชิญกับการสูญเสียในครั้งนี้ได้อย่างปกติ ในขณะที่บางคนไม่สามารถเผชิญต่อการสูญเสียได้ จะส่งผลกระทบต่อหลายอย่างทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม และอาจก่อให้เกิดความรู้สึกที่รุนแรงขึ้น ไม่ว่าจะเป็น ความเครียด ความวิตกกังวลสูง และที่พบได้บ่อยที่สุดคือ ความซึมเศร้าจนนำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชอื่น ๆ ที่ตามมา กรมสุขภาพจิตดำเนินการติดตามสถานการณ์และประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตโดยการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตภายใต้การดำเนินงานโดยทีมดูแลจิตใจในภาวะวิกฤต (MCATT) ซึ่งให้บริการประชาชนที่เดินทางมาร่วมงานพระบรมศพ บริเวณพระบรมมหาราชวัง ตั้งแต่วันที่ 14 ตุลาคม 2559 โดยมีรายงานว่า เพียงช่วงระยะเวลา 10 วัน มีผู้รับบริการทั้งสิ้น 3,454 ราย โดยพบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ ภาวะหายใจเร็ว (hyperventilation) ปฏิกริยาเศร้าโศกร่วม (collective mourning) ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (high risk to depression) ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย (suicide tendency) ภาวะเครียดวิตกกังวล (stress and anxiety) และโรคทางจิตเวช (mental disorders) รวมทั้งสิ้น 870 ราย คิดเป็น ร้อยละ 25.19 ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการติดตามและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด (กรมสุขภาพจิต, 2559)

การศึกษาภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน กรณีการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทร สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร จึงได้จัดทำขึ้นเพื่อให้ทราบสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียเพื่อข้อมูลที่นำมาใช้ในการกำหนดแนวทางและมาตรการในการป้องกัน เฝ้าระวัง การดูแล รักษา รวมทั้งการฟื้นฟูอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของประชาชนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชน ภายหลังการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน ภายหลังการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลการทำนายภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน ภายหลังการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา
ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน จะทำการศึกษาเฉพาะที่เกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของมหาชน คือ กรณีการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศร รามาธิบดี จักรีนฤพดินทร สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร เท่านั้น
2. ขอบเขตด้านประชากร
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ กลุ่มคนไทยคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในส่วนภูมิภาค (ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้) และที่มาร่วมพระราชพิธีพระบรมศพ ณ บริเวณพระบรมมหาราชวัง

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. สร้างความเข้าใจในสถานการณ์ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชนภายหลังการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ
2. ได้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน ภายหลังการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ
3. ได้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลการทำนายภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชนภายหลังการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ
4. เพื่อข้อมูลที่ได้มาใช้ในการสร้างแนวทางป้องกัน ฝ้าระวัง การดูแล รักษา รวมทั้งการฟื้นฟูอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำจำกัดความ

การสูญเสีย หมายถึง สภาพการณ์ที่บุคคลต้องแยกจาก สูญหายหรือต้องปราศจากบางสิ่งบางอย่างที่เคยมีอยู่ในชีวิต ซึ่งมีลักษณะเกิดขึ้นทันทีทันใด หรือค่อยเป็นค่อยไป (Luckmann, Sorensen & Bolander, 1994)

การสูญเสียของมหาชน หมายถึง ภาวะสูญเสียของทางอารมณ์ (Emotional loss) ของหมู่คนจำนวนมาก เกิดจากความรู้สึกที่เป็นปฏิกิริยาของการต้องพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รักที่ผูกพันหรือมีค่ามีความสำคัญในชีวิต (Howarth, 2011)

ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ หมายถึง ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายหลังการสูญเสีย ซึ่งบุคคลไม่สามารถที่จะยอมรับและปรับตัวต่อภาวะสูญเสียนั้นได้ (Vaccarolis & Halter, 2010) โดยเป็นการแสดงออกที่เจ็บปวดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การรู้คิด และพฤติกรรม ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล (Fortinash, 2008)

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน กรณีการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทรสยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร ได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสูญเสีย สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการสูญเสีย (Loss)

ทฤษฎีเกี่ยวกับความเศร้าโศก (Theories of Grief)

1. ภาวะความเศร้าโศกปกติ (Normal grief reaction)
2. ภาวะความเศร้าโศกที่ผิดปกติ (Complicated grief)
3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเศร้าโศกจากการสูญเสีย

โรคทางจิตเวชที่มีสาเหตุมาจากความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

1. โรคซึมเศร้า (Depression)
2. โรควิตกกังวล (Anxiety disorders)
3. ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder)

การสูญเสียของมหาชน (Mass grief)

1. กระบวนการทางจิตใจที่มีต่อความโศกเศร้าของมหาชน
2. แนวทางการจัดการภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย

สถานการณ์เกี่ยวกับความเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชน

1. เหตุการณ์สูญเสียของมหาชนในระดับโลก
2. เหตุการณ์สูญเสียของมหาชนในประเทศไทย

การเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ

1. พระราชประวัติ พระราชกรณียกิจ
2. พระอาการประชวรและการเสด็จสวรรคต
3. ปฏิกริยาของคนไทยต่อการเสด็จสวรรคต

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการสูญเสีย (Loss)

การสูญเสีย (Loss) เป็นสิ่งที่ยากจะหลีกเลี่ยงได้และสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงชีวิตของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็น 1. การสูญเสียที่เป็นรูปธรรม อันได้แก่ การสูญเสียทรัพย์สินเงินทอง การงาน อวัยวะ หรือหน้าที่การทำงานของส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย 2. การสูญเสียที่เป็นสัญลักษณ์ หมายถึง การสูญเสียสิ่งที่บุคคลให้ความสำคัญหรือให้คุณค่า ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของความภาคภูมิใจ ความรู้สึก

มันคงปลอดภัย และความสัมพันธ์ของบุคคลใกล้เคียงที่มีความสำคัญและมีความหมายต่อชีวิต อาจกล่าวได้ว่า การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักนี้ ถือเป็นความสูญเสียที่ส่งผลกระทบต่อแรงที่รุนแรงที่สุดเมื่อเทียบกับความสูญเสียอื่น ๆ

การสูญเสียนั้นจะมีลักษณะที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1. มีการแยกจากหรือพรากบางสิ่งที่เคยมีอยู่ 2. มีการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้บุคคลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ 3. บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของสิ่งที่สูญเสียหรือคาดว่าจะสูญเสีย และ 4. ประสบการณ์การสูญเสียในอดีตมีผลต่อการแสดงออกในปัจจุบัน (Shrive อ่างในฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2556)

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูญเสียทั้งทางร่างกายและทางจิตสังคม ผลกระทบทางร่างกายอันเป็นผลจากอารมณ์ความรู้สึกที่ตามมา ได้แก่ ความรู้สึกเศร้าโศกซึ่งสามารถจำแนกออกได้เป็นความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief) และความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement) ถึงแม้ว่าเมื่อพิจารณาโดยผิวเผิน ความหมายของความเศร้าโศกสองประเภทที่มีต่อความสูญเสียนี้จะมีความใกล้เคียงกัน และสามารถใช้แทนกันได้ในบางครั้ง แต่เมื่อพิจารณาความหมายโดยละเอียด จะพบว่า ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief) และความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement) มีทั้งความคล้ายคลึงและความแตกต่าง

สิ่งหนึ่งที่มีความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief) และความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement) มีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ ปฏิกริยาในการแสดงออก จากทฤษฎีการเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของ Bowlby (1983) ได้สรุปลักษณะของปฏิกริยาตอบสนองของญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่เกิดขึ้นหลังจากสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักภายหลังการทราบบ่า การสูญเสีย ผู้สูญเสียจะมีการดังต่อไปนี้ คือ

1. มึนชา (Numbness)

ในระยะนี้ อาการมึนชาอาจจะเกิดขึ้นและคงอยู่ในระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมงจนถึงช่วงสัปดาห์ และผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจมีการแสดงออกถึงความเศร้าโศกเสียใจ หรือความโกรธที่มากและรุนแรง ผู้ที่อยู่ในระยะนี้ จะมีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และมักครุ่นคิดวนเวียนอยู่กับความสูญเสียที่เกิดขึ้น

2. ถวิลหาและแสวงหา (Yearning and searching)

ผู้ที่อยู่ในความเศร้าโศกเสียใจอาจจะติดอยู่ในระยะนี้เป็นเวลาหลายเดือนหรืออาจจะคงอยู่หลายปี ในระยะนี้ ผู้ที่ประสบกับความสูญเสียจะมีความรู้สึกยากลำบากทางจิตใจอย่างรุนแรงเนื่องจากได้ตระหนักว่าความสูญเสียที่เกิดขึ้นแล้ว และมีความพยายามอย่างมากที่จะฟื้นฟูหรือชดเชยสิ่งที่เปลี่ยนแปลงหรือโครงสร้างอะไรบางอย่างในชีวิตที่ขาดหายไป เช่น โครงสร้างของครอบครัว เป็นต้น

3. รู้สึกไร้สาระและสิ้นหวัง (Disorganization/ despair)

ในระยะนี้ ผู้สูญเสียจะยอมรับกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นแล้ว และยอมรับว่าสิ่งต่าง ๆ จะไม่กลับไปเป็นเช่นเดิมอีก อาจจะรู้สึกสิ้นหวังจากการที่ตระหนักถึงช่องว่างที่เกิดขึ้นภายในจิตใจจากการสูญเสียที่เกิดขึ้น ในระยะนี้ ผู้สูญเสียอาจจะยังมีความโกรธ คับข้องใจ และไม่แน่ใจหรือตั้งคำถามในลักษณะที่ว่าชีวิตของตนจะดีขึ้นได้อย่างไรเมื่อปราศจากผู้ที่จากไปแล้ว ในระยะนี้

ผู้สูญเสียอาจมีการแยกตัวจากสังคม นับว่าเป็นช่วงสำคัญของการสูญเสีย เพราะหากไม่สามารถก้าวข้ามผ่านระยะนี้ไปได้ อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า สิ้นหวัง หรือมีทัศนคติในแง่ลบต่อชีวิตไปตลอด

4. เกิดการจัดระบบหรือปฏิรูปขึ้นมาใหม่ (Reorganization)

ระยะนี้ จะเป็นระยะสุดท้ายที่เกิดขึ้น ผู้ที่อยู่ในระยะนี้จะมีการแสวงหาและสร้างอัตลักษณ์ใหม่ ความเชื่อมั่นและศรัทธาในการดำรงชีวิตกลับคืนมา และเกิดความเชื่อมั่นว่าชีวิตของตนจะสามารถดำเนินต่อไป และพัฒนาขึ้นได้แม้ว่าจะเกิดการสูญเสียขึ้นแล้ว

ตามทฤษฎีของ Bowlby (1983) ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า เมื่อเกิดการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูญเสียจะมีการตอบสนองด้วยพฤติกรรมการค้นหาซึ่งเสมือนเป็นการต่อเติมเชื่อมต่อความสัมพันธ์ที่มีความผูกพันที่หายไป การค้นหานี้จะนำไปสู่ความสิ้นหวังที่จะได้บุคคลนั้นกลับคืนมา และเมื่อได้เรียนรู้ว่าไม่สามารถที่จะค้นหาและนำบุคคลที่จากไปกลับคืนมาได้ ผู้สูญเสียจึงจะเกิดการยอมรับความจริง ปลดปล่อย และการจัดระบบขึ้นมาใหม่ในตัวผู้สูญเสีย อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้สูญเสียจะยอมรับกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นแต่ผู้สูญเสีย ก็อาจค้นพบสัญลักษณ์ทางจิตใจที่จะเป็นตัวแทนของผู้ที่จากไป และผู้สูญเสียสามารถเก็บไว้เป็นความทรงจำได้

ทฤษฎีเกี่ยวกับความเศร้าโศก (Grief)

ตามทฤษฎีของ Elisabeth Kübler-Ross (2004) ความเศร้าโศกเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความสูญเสีย เมื่อบุคคลเผชิญกับความสูญเสียจะเกิดความเศร้าโศกตามมา ความเศร้าโศกมีทั้งความเศร้าโศกที่แสดงออกภายนอกและความเศร้าโศกที่อยู่ในจิตใจ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นและถ่ายทอดออกมาได้หลายลักษณะ ดังนี้

ร่างกาย เช่น รู้สึกโหวงในช่องท้อง รู้สึกจุกที่คอ แน่นหน้าอก เจ็บแขน ไวต่อเสียงมากเกินปกติ หายใจขัด ไม่มีพลัง อ่อนแรง ปากแห้ง เป็นต้น

ความรู้สึก เช่น เศร้า โกรธ รู้สึกผิด กังวล เหนื่อยล้า รู้สึกสิ้นหวัง โหยหาผู้ที่จากไปแล้ว มีนชา สับสน ไม่เป็นตัวของตัวเอง เป็นต้น

ความคิด เช่น ไม่เชื่อว่าเหตุการณ์นี้เกิดขึ้นจริง สับสน หมกมุ่นคิดวนเวียนอยู่กับเรื่องที่เกิดขึ้น ผันถึงผู้ที่จากไปแล้ว เป็นต้น

พฤติกรรม เช่น การกินและการนอนหลับผิดปกติ เหม่อลอย แยกตัว ไม่สนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำ ร้องไห้ หลีกเลียงสิ่งที่เป็นตัวแทนของผู้ที่จากไป หรืออาจจะทำกิจกรรมบางอย่างมากเกินปกติ เช่น เดินทางไปสถานที่ที่เคยมีความทรงจำร่วมกับผู้เสียชีวิต เป็นต้น

นอกจากนี้ ความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักยังเกี่ยวข้องกับบุคคลในแง่มุมมองด้านสังคมและจิตวิญญาณอีกด้วย ได้แก่

ด้านสังคม การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักอาจทำให้เกิดความยากลำบากในเรื่องสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นตามมา แยกตัวจากสังคม เกลียดชังคนรอบข้าง โทษคนอื่น จนนำมาซึ่งการทะเลาะเบาะแว้ง

ด้านจิตวิญญาณ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก อาจทำให้เกิดการแสวงหาความหมายของชีวิต หรือทำให้เกิดความโกรธต่อพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ

จะเห็นได้ว่า ความเศร้าโศกจากการสูญเสียมีลักษณะอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่ใกล้เคียงกับความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า (Depression) หรือ ความผิดปกติในการปรับตัว (Adjustment disorder) ภาวะความเศร้าโศกนี้เป็นปฏิกิริยาปกติที่เกิดขึ้นได้เป็นปกติ อย่างไรก็ตาม ในผู้สูญเสียบางรายอาจจะมีการพัฒนาไปเป็นความภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติได้

1. ภาวะความเศร้าโศกปกติ (Normal grief reaction)

ความเศร้าโศกต่อการสูญเสียที่เป็นปกตินั้น ในช่วงแรกอาจมีความรุนแรงมาก แต่เมื่อเวลาผ่านไป ผู้สูญเสียโดยทั่วไปจะสามารถฟื้นฟูจิตใจกลับขึ้นมาได้โดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพจิต Vancarolis (1998) อธิบายปฏิกิริยาต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน และระยะเผชิญกับความสูญเสีย

1.1 ระยะแรกหรือระยะเฉียบพลัน มักอยู่ช่วง 4 - 8 สัปดาห์แรก จะแสดงออกอาการซ็อกและไม่เชื่อ เป็นช่วงอารมณ์ที่บุคคลไม่สามารถยอมรับการสูญเสียได้ อาจใช้เวลาตั้งแต่ 2 - 3 ชั่วโมงจนถึงหลายวัน โดยปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียสามารถแสดงออกได้ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม ดังตารางที่ 2-1

ตารางที่ 2-1 ความเศร้าโศกปกติระยะแรกหรือระยะเฉียบพลัน

| ปฏิกิริยาด้านร่างกาย | ปฏิกิริยาด้านอารมณ์ | ปฏิกิริยาด้านพฤติกรรม |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 1. นิ่งเฉย ไม่มีการตอบสนอง | 1. ตื่นตระหนก/ ตกใจ | 1. แยกตัวจากสังคม |
| 2. มึน งง | 2. ปฏิเสธไม่รับรู้อะไร/ | 2. ลุกถี่ลุกสน |
| 3. แนนหน้าอวก/ จุกในลำคอ | 3. ความรู้สึกว่างเปล่าหลังจาก | 3. กระวนกระวาย กระสับกระส่าย |
| 4. อ่อนเพลีย/ กล้ามเนื้ออ่อนแรง | 4. การหายใจตื่นตระหนก | 4. ทำทางโกรธเกรี้ยว/ หงุดหงิด |
| 5. ปวดศีรษะอย่างรุนแรง | 5. พบอารมณ์ต่อไปนี้ คือ โกรธ | 5. ร้องไห้ |
| 6. หายใจลำบาก/ หายใจติดขัด | 6. หวาดระแวง กลัว อ้างว้าง | 6. กินมากหรือน้อยเกินไป |
| | 7. โดดเดี่ยว รู้สึกผิด ซึมเศร้า | 7. นอนมากหรือน้อยเกินไป |
| | 8. เป็นต้น | 8. ผันรำย |

โดยทั่วไปแล้ว เมื่อบุคคลเผชิญกับความสูญเสีย ปฏิกิริยาแรกที่เกิดขึ้นคือการปฏิเสธ (Denial) ซึ่งเป็นกลไกทางจิตที่เกิดขึ้นเพื่อปกป้องตนเองจากความเจ็บปวดโดยธรรมชาติ (Defense mechanism) แต่เมื่อเวลาผ่านไป การทำงานของกลไกทางจิตนี้จะลดลง ความเศร้าโศกเสียใจก็จะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น พฤติกรรมที่พบได้มากที่สุดในช่วงนี้ ได้แก่ การร้องไห้ ซึ่งนับเป็นการแสดงความรู้สึกเสียใจที่ช่วยลดระดับความเศร้าโศก และแสดงถึงการยอมรับการสูญเสีย นอกจากนี้ ความโกรธ ก็เป็นลักษณะอารมณ์อีกประเภทหนึ่งที่พบได้บ่อย อาจมีการโทษหรือโกรธตนเอง หรือคนรอบตัว ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพขึ้นได้ ลักษณะอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นอีกประการหนึ่ง คือ การรู้สึกผิดและละอายใจ ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง เช่น ทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายเพื่อลงโทษตัวเอง

1.2 ระยะเผชิญกับความสูญเสีย บุคคลมักเกิดการปรับตัวต่อการสูญเสียภายหลังจากผ่านช่วงวิกฤตไปแล้ว ผู้สูญเสียจะเกิดการแสดงออกได้ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม ดังตารางที่ 2-2

ตารางที่ 2-2 ความเศร้าโศกปกติระยะเฉยๆกับความสูญเสีย

| ปฏิกิริยาด้านร่างกาย | ปฏิกิริยาด้านอารมณ์ | ปฏิกิริยาด้านพฤติกรรม |
|--|--|---|
| ยังอาจมีอาการแสดงทางกาย เช่น อ่อนเพลีย หายใจขัด หรือ หน้ามืดอยู่บ้าง และหลังจากนั้น ร่างกายจะปรับสมดุลในร่างกาย ซึ่งอาจยังหลงเหลือความเจ็บป่วยอยู่บ้าง | อาจรู้สึกผิด/ ละอายใจ หลังจากนั้นจะค่อยๆ มองหาสิ่งใหม่ๆ เริ่มต้นทำอะไรให้ตัวเองและชีวิตมากขึ้น | 1. อาจยังมีการแยกตัวและไม่ต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น 2. เลื่อนลอย ไม่ยอมรับความจริง เป็นครั้งคราว 3. หลังจากนั้นจะฟื้นคืนสู่สังคมและกลับมาใช้ชีวิตปกติอีกครั้ง |

เมื่อผู้ประสบความสูญเสียยอมรับความจริงว่าเป็นการสูญเสียถาวร ซึ่งไม่สามารถเรียกคืนมาได้ บุคคลจึงจะพยายามกลับคืนเข้าสู่สังคมอีกครั้ง มีสัมพันธภาพ และตั้งเป้าหมายใหม่เป็นการปรับตัวเองในระยะสุดท้ายของกระบวนการความเศร้าโศก Kavanagh (1990) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการผ่านความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักนี้ไว้ว่า คนทั่วไปจะสามารถฟื้นฟูตนเองจากความเศร้าโศกเสียใจจากการสูญเสียได้ด้วยตนเอง แต่สำหรับคนที่มีอาการมากเกินปกติและไม่สามารถจัดการจิตใจตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งอาจจะทำได้ด้วยการใช้การบำบัดความคิดพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)

2. ภาวะความเศร้าโศกที่ผิดปกติ (Abnormal grief)

แม้ว่าความเศร้าโศกเสียใจจะเป็นปฏิกิริยาปกติที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความสูญเสียของบุคคล แต่ในผู้สูญเสียบางรายอาจมีความยากลำบากที่จะผ่านกระบวนการทางจิตใจไปจนถึงขั้นฟื้นฟู หรือใช้เวลายาวนานในการผ่านความเศร้าโศก ซึ่งอาจจัดเป็นความเศร้าโศกที่ผิดปกติได้

ความเศร้าโศกที่ผิดปกติเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถปรับสภาพจิตใจให้เป็นไปตามกระบวนการความเศร้าโศกได้ โดยทั่วไป ความเศร้าโศกที่ผิดปกติสามารถแบ่งได้เป็นปฏิกิริยาต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ปฏิกิริยาความเศร้าโศกเรื้อรัง (Chronic grief) เป็นความเศร้าโศกที่เรื้อรังและยาวนาน โดยบุคคลจะมีภาวะเศร้าโศกอยู่เป็นเวลาหลายปี โดยไม่มีที่ท่าว่าความรู้สึกนั้นจะลดลง มีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความทรงจำเก่า ๆ ไม่สามารถจัดความรู้สึกหม่นหมอง เสียใจ จากการสูญเสียไปได้เป็นเวลาหลายปี

2.2 ปฏิกิริยาความเศร้าโศกล่าช้า (Delayed grief) เป็นปฏิกิริยาความเศร้าโศกที่ล่าช้า บุคคลไม่สามารถแสดงความเศร้าโศกออกมาได้ หรือเมื่อต้องเผชิญความสูญเสียจะมีการแสดงออกในช่วงที่มีการสูญเสียไม่มากพอทั้งในด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ทำให้อาการเศร้าโศกอาจรุนแรงมากถ้าเกิดการกระตุ้นจากการสูญเสียในคราวต่อมา หรือการได้เห็นการสูญเสียของผู้อื่น รวมทั้งการพบเจอกับเหตุการณ์ การดูภาพยนตร์ หรือสิ่งอื่น ๆ ที่อาจมีเนื้อหาหลักเป็นเรื่องการสูญเสียคล้ายกับที่เคยประสบ ก็จะทำให้เกิดการตอบสนองที่รุนแรงเกินกว่าเหตุ บุคคลพวกนี้มักใช้กลไกทางจิตชนิดปฏิเสธความจริง (Denial) และแบบเก็บกด (Suppression) อย่างมากเพื่อหลีกเลี่ยงความเศร้าโศก

2.3 ปฏิกริยาความเศร้าโศกที่เกินจริง (Exaggerated grief) เป็นความเศร้าโศกที่เกินจริงจะคล้ายกับปฏิกริยาความเศร้าโศกปกติ (Normal grief) แต่จะรุนแรงกว่า เช่น มีอาการกลัว (Phobia) หรือ พฤติกรรมที่ผิดปกติอื่น ๆ อย่างมากเป็นเวลานานมากกว่า 6 เดือน

โดยสิ่งที่จะบอกว่า บุคคลจะมีปฏิกริยาเศร้าโศกที่เกิดจากความสูญเสียปกติหรือไม่ นั่นก็คือ ระยะเวลาและความรุนแรง ซึ่งสามารถสรุปความแตกต่างของความเศร้าโศกที่ปกติและผิดปกติในภาพรวม เปรียบเทียบได้ดังตารางที่ 2-3 (กิตติพล นาควิโรจน์, 2556)

ตารางที่ 2-3 ความแตกต่างของความเศร้าโศกปกติและที่ผิดปกติ

| ความเศร้าโศกปกติ (Normal grief) | ความเศร้าโศกที่ผิดปกติ (Abnormal grief) |
|---|--|
| 1. ยังสามารถทำกิจกรรมที่ชอบได้ | 1. แยกตัว ไม่อยากทำอะไร แม้กิจกรรมที่ชื่นชอบ |
| 2. อาจมีอาการเศร้าเกิดได้เป็นช่วง ๆ ระหว่างวัน | 2. มีอารมณ์เศร้าตลอดทั้งวัน |
| 3. อาจรู้สึกท้อแท้แต่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย | 3. มีความคิดฆ่าตัวตาย |
| 4. ยังพอมีความหวังอยู่บ้าง แม้จะเป็นความหวังเล็ก ๆ น้อย ๆ | 4. รู้สึกไม่มีความหวังในชีวิตเลย |

ปฏิกริยาความเศร้าโศกที่ผิดปกติ เมื่อไม่สามารถปรับตัวให้เป็นไปตามกระบวนการความเศร้าโศกได้ จะทำให้เกิดความรู้สึกที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ มีความวิตกกังวล กลัว ละอายใจ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พบได้บ่อยที่สุด คือ ภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเศร้าโศกจากการสูญเสีย

แต่ละบุคคลจะมีปฏิกริยาการตอบสนองต่อการสูญเสียแตกต่างกัน บางคนสามารถเผชิญกับการสูญเสียสิ่งสำคัญไปได้ตามกระบวนการทางจิตใจที่ควรเกิดขึ้น ในขณะที่บางคนไม่สามารถเผชิญต่อการสูญเสียได้อย่างเหมาะสม โดยอาจจะมีปฏิกริยารุนแรง หรือเกิดขึ้นยาวนานเกินไป ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ ดังนี้

3.1 ความรู้สึกหรือความผูกพันต่อสิ่งที่สูญเสีย

การให้คุณค่าและความสำคัญกับสิ่งที่สูญเสียเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลแสดงปฏิกริยาโต้ตอบที่รุนแรงมากน้อยแตกต่างกันไป การสูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักที่มีความผูกพันใกล้ชิดจะมีผลต่ออารมณ์เศร้าโศกอย่างมาก นอกจากนั้นการสูญเสียอวัยวะสำคัญโดยเฉพาะใบหน้า หรือสัญลักษณ์ทางเพศ หรืออวัยวะสำคัญเกี่ยวกับชีวิต จะก่อให้เกิดปฏิกริยาทางอารมณ์มากกว่าการสูญเสียที่ไม่สำคัญ เช่น การถูกตัดขาเย็บแผลมีผลกระทบต่อจิตใจมากกว่าถูกตัดนิ้ว เป็นต้น

3.2 การเรียนรู้จากประสบการณ์การสูญเสียในอดีต

การเรียนรู้ การเผชิญและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียได้อย่างเหมาะสมในอดีต ย่อมเป็นประสบการณ์สำคัญที่ทำให้บุคคลนั้นสามารถรับมือ หรือเผชิญความสูญเสียได้ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยผ่านประสบการณ์การสูญเสียมาก่อน หรือผู้ที่จัดการกับความสูญเสียในอดีตได้ไม่ดี หรือมีประสบการณ์ในอดีตที่ไม่ดีเกี่ยวกับการปรับตัวต่อความสูญเสีย

3.3 บุคลิกภาพและความพร้อม

บุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพเข้มแข็ง สุขภาพกายและจิตสมบูรณ์แข็งแรง และมองสภาวะการสูญเสียเป็นเพียงเหตุการณ์หนึ่งในชีวิต ย่อมสามารถผ่านกระบวนการการสูญเสีย

ได้ดีกว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพไม่แข็งแรง กำลังเจ็บป่วยหรือมีสุขภาพอ่อนแอ หรือรู้สึกว่าการสูญเสียมาก่อน

3.4 แหล่งสนับสนุนครอบครัวและสังคม

การได้รับกำลังใจและประคับประคองจากบุคคลในครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้สูญเสียปรับตัวต่อความสูญเสียได้ดี โดยเฉพาะการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญที่มีความผูกพันต่อกัน หรือการช่วยเหลือจากเพื่อน หรือแม้แต่สวัสดิการต่าง ๆ จากสังคม จะช่วยให้บุคคลผู้สูญเสียสามารถปรับตัวได้เร็วขึ้น

โรคทางจิตเวชที่มีสาเหตุมาจากความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

1. โรคซึมเศร้า (Depression)

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: MDD) คือ ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า (Depressive symptoms) มากกว่าปกติ ในอดีตเชื่อว่าโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่มักมีผลเสียต่อการดำรงชีวิตไม่มากนัก แต่การศึกษาในระยะหลังพบว่า MDD ก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย และการเข้าสังคมไม่น้อยกว่าโรคเรื้อรังทางกาย (Chronic medical illnesses) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบ โรคทางเดินอาหาร โรคทางเดินหายใจ โรคปวดหลัง แม้ว่า MDD เป็นโรคพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ แต่ผู้รักษาทั่วไปมักละเลยหรือให้การวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้องอยู่บ่อย ๆ

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

โรคซึมเศร้า (MDD) เป็นโรคที่พบในหญิงมากกว่าชายราว 2 เท่า ซึ่งความแตกต่างนี้ ยังไม่มีคำอธิบายที่ชัดเจน สำหรับความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) ของโรคนี้อยู่ในราวร้อยละ 10 – 25 ในหญิง และร้อยละ 5 – 12 ในชาย โรคนี้พบมากในช่วงอายุ 25 – 40 ปี

สมมติฐานโรค (Etiology)

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคสามารถแบ่งได้เป็น ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors) ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) และปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors) ทั้งนี้ เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกัน จึงทำให้การศึกษาถึงสาเหตุของ MDD มีความซับซ้อน และยังไม่ทราบชัดในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามสาเหตุต่าง ๆ ที่ได้รับการกล่าวถึงมีดังนี้ คือ

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors): ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็น MDD คู่แฝดจากไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twins) มีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้น้อยกว่าร้อยละ 50 สำหรับญาติในลำดับที่หนึ่ง (First-degree relatives) ของผู้ป่วย MDD มีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้น้อยกว่าคนทั่วไป ประมาณ 1.5 – 3 เท่า นอกจากนี้ยังพบด้วยว่า ญาติของผู้ป่วย MDD มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็น Alcohol dependence หรือ Attention - Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD) สูงกว่าประชากรทั่วไป

2. Catecholamine hypothesis: ในกลุ่ม Catecholamines ทั้งหมด Norepinephrine จัดว่าเป็น Catecholamines ที่ได้รับการศึกษามากที่สุด และจากการที่ยารักษาซึมเศร้าส่วนใหญ่มีฤทธิ์เพิ่มการทำงานของระบบ Norepinephrine ทำให้เกิดสมมติฐานว่า MDD เกิดจากการทำงานลดลงของระบบ Norepinephrine

3. Permissive hypothesis: สมมติฐานนี้เชื่อว่า MDD เกิดจากความผิดปกติของระบบ Serotonin โดยมีการทำงานเพิ่มขึ้นของ Serotonin receptors หรือมีปริมาณของ Serotonin บริเวณ Synapses ลดลง

4. Cholinergic hypothesis: การสูญเสียสมดุลระหว่างระบบ Choline และ Norepinephrine ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ การเพิ่มสัดส่วนดังกล่าวทำให้เกิดการซึมเศร้า (Depression) ในขณะที่การลดลงของสัดส่วนดังกล่าวทำให้เกิดการคลุ้มคลั่ง (Mania)

5. Down-regulation or reverse catecholamine hypothesis: สมมติฐานนี้มีลักษณะ

ตรงข้ามกับ Catecholamine hypotheses โดยเชื่อว่า ผู้ป่วย MDD มีการทำงานเพิ่มขึ้นของระบบ Norepinephrine สมมติฐานนี้เป็นผลจากการศึกษาเกี่ยวกับการทำงานของยารักษาซึมเศร้า (Antidepressants) ที่พบว่า ยารักษาซึมเศร้าสามารถยับยั้งการดูดกลับของ Norepinephrine ทันทีหลังการให้ยา แต่อาการซึมเศร้าจะลดลงหลังจากได้ยาแล้วประมาณ 2 – 3 สัปดาห์ ซึ่งการศึกษาในระยะหลังพบว่า หลังจากที่มีปริมาณ Norepinephrine เพิ่มขึ้นแล้วจะมีการปรับลดการทำงานของ Norepinephrine β -receptors ลง ซึ่งกระบวนการดังกล่าวใช้เวลารวม 2 – 3 สัปดาห์เช่นกัน จากผลการศึกษาเหล่านี้ทำให้เกิดสมมติฐานว่า Norepinephrine β -receptors ของผู้ป่วย MDD มีการทำงานมากขึ้น และเมื่อได้ยารักษาซึมเศร้าแล้ว Receptors ดังกล่าวจึงมีการทำงานลดลง ส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง

6. Neuroendocrine hypothesis: ผลการศึกษาจำนวนไม่น้อยพบว่าผู้ป่วย MDD มีความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อในลักษณะนี้ คือ การหลั่ง Cortisol เพิ่มขึ้น Blunted growth hormone response, Blunted thyrotropin-stimulating hormone (TSH) response to thyrotropin - releasing hormone (TRH) การหลั่ง Luteinizing hormone ลดลง และความผิดปกติของการหลั่ง Vasopressin และ Calcitonin

7. Membrane hypothesis (cation exchange): จากการที่ Lithium ซึ่งเป็นยาตัวหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย MDD สามารถเปลี่ยนแปลง Membrane potential และ Cation exchange ของเซลล์ประสาทได้ ส่งผลให้เกิดสมมติฐานที่ว่าผู้ป่วย MDD บางส่วนอาจมีความผิดปกติในเรื่องของ Resting membrane potential, Monoamine transport and reuptake และการทำงานอื่น ๆ ของ Cellular membrane

8. ปัจจัยทางชีวภาพอื่นๆ (Other biological factors): เช่น ความผิดปกติของการนอนและ Circadian rhythm ความผิดปกติทาง Neuroimmunology ความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของสมองและกายวิภาคของสมอง (Functional brain and neuroanatomical abnormalitie)

9. ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors): จากการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วย MDD มักมีความเครียด (Stress) จากเหตุการณ์ในชีวิตหรือจากสภาพแวดล้อมก่อนเริ่มป่วยและความเครียด

เป็นเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบต่าง ๆ ในร่างกายได้มากมาย จึงก่อให้เกิดสมมติฐานว่าความเครียดน่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิด MDD สำหรับความเครียดที่ได้รับการยอมรับว่ามีผลต่อการเกิด MDD อย่างยิ่ง คือ การสูญเสียบิดาหรือมารดาก่อนอายุ 11 ปี สำหรับบุคลิกภาพบางอย่าง เช่น Oral - dependent, Obsessive - compulsive, Hysterical personality patterns ก็ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็น MDD ด้วยเช่นกัน นอกจากนี้แล้ว ยังมีการอธิบายการเกิด MDD โดยใช้ Psychoanalytic, Psychodynamic, Learned helplessness และ Cognitive theories อีกด้วย

ลักษณะทางคลินิกและการวินิจฉัยโรค (Clinical features and diagnosis)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสำหรับ MDD มีดังนี้ คือ

1. อาการของผู้ป่วยเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสำหรับ Major depressive episode
2. อาการของผู้ป่วยต้องไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสำหรับ Schizophrenia, Schizoaffective disorder, Schizophreniform disorder, Delusional disorder หรือ Psychotic disorder NOS
3. ผู้ป่วยไม่เคยมีช่วงระยะ Manic, Mixed หรือ Hypomanic Episodes

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม เมื่อให้การวินิจฉัยโรคว่าผู้ป่วยเป็น MDD ผู้รักษาควาระบุเพิ่มเติมด้วยว่าเป็นแบบใด ตัวอย่างเช่น MDD With Psychotic features สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด (Delusions) หรือประสาทหลอน (Hallucinations) ร่วมด้วย; MDD, Single episode สำหรับผู้ป่วยมีอาการที่เข้าได้กับ Major depressive episode เป็นครั้งแรก โดยไม่เคยมี Manic, Mixed หรือ Hypomanic episodes มาก่อน; MDD, Recurrent สำหรับผู้ป่วยที่เคยมีอาการที่เข้าได้กับ Major depressive episode อย่างน้อย 2 ครั้ง โดยไม่เคยมี Manic, Mixed หรือ Hypomanic episodes มาก่อน

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วย MDD อาจมาพบผู้รักษาด้วยอาการอื่นได้ เช่น ความเจ็บปวด (Pain) หดเรี่ยวแรง (Low energy) ไร้อารมณ์ (Apathy) หงุดหงิด (Irritability) วิตกกังวล (Anxiety) หรือปัญหาทางเพศ (Sexual problems)

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค (Course and Prognosis)

การเริ่มป่วย (Onset) เป็น MDD อาจเริ่มเมื่ออายุเท่าใดก็ได้ แต่อายุโดยเฉลี่ยของการเริ่มป่วยอยู่ในช่วงเวลา 20 – 30 ปี รวมสองในสามของผู้ป่วยจะหายสนิทจากการซึมเศร้า แต่มีผู้ป่วยราวหนึ่งในสามที่จะดีขึ้นเพียงเล็กน้อยหรือไม่ดีขึ้นเลย ซึ่งผู้ป่วยประเภทหลังนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด Major depressive episode ขึ้นอีกในอนาคต

จำนวนครั้งของ Major depressive episode เป็นตัวบ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อการป่วยเป็น MDD ในอนาคตด้วย คือ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยครั้งแรกจะมีโอกาสป่วยอีก ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยครั้งที่สองจะมีโอกาสป่วยอีก และโอกาสที่จะป่วยอีกครั้งจะเพิ่มเป็นร้อยละ 90 หลังการป่วยครั้งที่สาม

ราวร้อยละ 5 - 10 ของผู้ป่วยที่เป็น MDD จะมี Manic episode ในอนาคต (คือ กลายเป็น Bipolar disorder)

การรักษาด้วยยา (Drug treatment)

การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ การรักษาในระยะเฉียบพลัน (Acute treatment) (6 - 12 สัปดาห์) การรักษาต่อเนื่อง (Continuation treatment) (4 - 9 เดือน) และการรักษาแบบคงสภาพ (Maintenance treatment)

วัตถุประสงค์ของการรักษาเฉียบพลัน (Acute treatment) คือ เพื่อลดอาการซึมเศร้าลง ผู้รักษาควรตัดสินใจใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีลักษณะดังนี้ คือ อาการซึมเศร้ามาก การซึมเศร้าเรื้อรัง การป่วยซ้ำ (Recurrence) อาการโรคจิต (Psychotic symptoms)

การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment)

แม้ว่าในอดีต การรักษาทางจิตสังคมไม่สามารถลดอาการซึมเศร้าได้มากนัก แต่การรักษาดังกล่าวก็จัดได้ว่าเป็นการรักษาที่มีประโยชน์มากในเรื่องของการปรับตัวทางสังคม (Social adjustment) สำหรับในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีผู้เสนอวิธีการรักษาทางจิตสังคมที่ให้ผลใกล้เคียงกับการรักษาด้วยยาอย่างน้อย 2 วิธี คือ Cognitive-behavioral therapy (CBT) และ Interpersonal psychotherapy (IPT) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจะตอบสนองต่อการรักษาทางจิตสังคมมาช้ากว่า

การรักษาด้วยยา

Cognitive - behavioral therapy (CBT) เป็นการรักษาที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดที่ว่าวิธีการแปลความหมาย (Interpret) เหตุการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคลเป็นสิ่งที่มีความหมายมากต่อการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมต่อเหตุการณ์นั้น ผู้ที่มีกระบวนการคิดในลักษณะที่ผิดหวังหรือหมดหวังต่ออดีต ปัจจุบัน และอนาคตมีแนวโน้มที่จะเกิดการซึมเศร้าได้ ดังนั้น การแก้ไขกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบจะช่วยให้ผู้ป่วยหายซึมเศร้าได้ ในการแก้ไขกระบวนการคิด ผู้ป่วยและผู้รักษาช่วยกันโยงความสัมพันธ์ของกระบวนการคิดในเหตุการณ์ต่าง ๆ กับการซึมเศร้า หลังจากนั้นจึงใช้เหตุผลต่าง ๆ มาแก้ไขกระบวนการคิดดังกล่าว ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีกระบวนการคิดที่เหมาะสมแล้วอาการซึมเศร้าก็จะลดลง

Interpersonal psychotherapy (IPT) เป็นการรักษาที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดที่ว่าปัญหาในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships) เป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดการซึมเศร้า การรักษาโดยวิธีนี้จะเน้นที่การแก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ชีวิตในปัจจุบัน (Current life situations) และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อลดความรู้สึกทุกข์ทรมานใจ (Distress)

การรักษาอื่น ๆ ที่มีการใช้บ้าง คือ Dynamic psychotherapy, Marital และ Family systems therapy และ Behavior therapy อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยวิธีการเหล่านี้ไม่ค่อยได้รับความนิยม เนื่องจากขาดหลักฐานการศึกษาอย่างเป็นระบบถึงประสิทธิภาพของการรักษา

2. โรควิตกกังวล (Anxiety disorder)

ความวิตกกังวล (Anxiety) คือ การคาดหมาย (Anticipation) ว่าจะมีอันตราย (Danger) หรือโรคร้ายซึ่งทำให้รู้สึกไม่สบายใจ อาการอื่นที่อาจพบร่วมด้วย คือ ความรู้สึกซึมเศร้า

(Feeling of dysphoria) และอาการทางกายของความตึงเครียด (Somatic symptoms of tension) ความหมายของคำว่า “อันตราย” ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่ผู้วิตกกังวลไม่รู้ (Unknown) เกิดจากจิตใจภายใน (Internal) และไม่ชัดเจน (Vague) ซึ่งต่างอันตรายที่ก่อให้เกิดความกลัว (Fear) ซึ่งผู้วิตกกังวลรู้ (Known) เกิดจากภายนอก (External) และชัดเจน (Definite)

Anxiety disorders เป็นกลุ่มโรคที่มีความวิตกกังวลและการหลีกเลี่ยง (Avoidance) เป็นอาการสำคัญ จากการศึกษาทางระบาดวิทยาของ Kessler และคณะ (1994) พบว่า ความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) ของโรคในกลุ่ม Anxiety disorders มีค่าประมาณร้อยละ 24.9 ของประชากรทั่วไป ซึ่งจัดว่าเป็นโรคที่พบได้บ่อยเช่นเดียวกับ Substance - related disorders (ร้อยละ 26.6) และ Mood disorders (ร้อยละ 19.3) โรคในกลุ่ม Anxiety disorders ที่พบได้บ่อย คือ Social phobia, Simple phobia, Agoraphobia without Panic disorder, Generalized anxiety disorders และ Panic disorder โดยทั่วไปแล้ว อาการของผู้ป่วย Anxiety disorders อาจดีขึ้นได้เอง แต่อาการของผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 จะไม่ดีขึ้นหรือก่อให้เกิดทุพพลภาพ (Disability) เป็นเวลานานหลายปี

Panic disorder and Agoraphobia

Panic disorder คือ โรคที่มีการเกิด Panic attack อย่างไม่คาดหมายอยู่บ่อย ๆ

Agoraphobia คือ การมีความวิตกกังวล (Anxiety) หรือการหลีกเลี่ยง (Avoidance) สถานที่หรือสถานการณ์ที่การหนี (Escape) หรือการขอความช่วยเหลือ (Help) กระทำได้ยากหรือไม่สามารถกระทำได้

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

ความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) และ Panic disorder (with or without Agoraphobia) มีค่าราวร้อยละ 1.5 – 3.5 ของประชาชนทั่วไป ประมาณ 1/3 หรือ 1/2 ของผู้ป่วย Panic disorder จะมี Agoraphobia ร่วมด้วย อัตราส่วนของผู้ป่วยหญิงต่อผู้ป่วยชายประมาณ 2 - 3:1 ความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) ของ Agoraphobia มีค่าประมาณร้อยละ 0.6 – 6.0 ของประชาชนทั่วไป ประมาณ 1/3 ถึง 1/2 ของผู้ป่วย Agoraphobia จะมี Panic disorder ร่วมด้วย

สมมติฐานโรค (Etiology)

สาเหตุของ Panic disorder และ Agoraphobia ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยหลายประการที่อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค คือ

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors): คู่แฝดไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twin) ของผู้ป่วย Panic disorder มีโอกาสป่วยเป็น Panic disorder สูงกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (Dizygotic twin) นอกจากนี้ญาติในลำดับแรก (First-degree relatives) ของผู้ป่วย Panic disorder ก็มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นสูงกว่าประชากรทั่วไปราว 4 – 8 เท่าอีกด้วย

2. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors):

- 2.1 Panic disorder เกิดจากการทำงานผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย (Central และ Peripheral nervous system) ผู้ป่วยบางรายมีการเพิ่มขึ้นของ Sympathetic tone การปรับตัวได้ช้าต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ และการสนองตอบที่รุนแรงต่อสิ่งเร้าปานกลาง

- 2.2 Neurotransmitters โดยเฉพาะ ความผิดปกติของ Norepinephrine, Serotonin และ GABA ที่บริเวณ Locus cereleus และ Limbic system

2.3 Panic disorder เป็นโรคที่อาจถูกกระตุ้นให้เกิดอาการได้ด้วยสารเคมีบางชนิด เช่น CO₂, Sodium lactate, Yohimbine, Fenfluramine, m – Chlorophenylpiperazine (mCPP)

2.4 Brain imaging แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย Panic disorder อาจมีความผิดปกติของสมองที่บริเวณ Temporal lobes โดยเฉพาะบริเวณ Hippocampus นอกจากนี้ยังพบอีกด้วยว่าผู้ป่วยมี Cerebral vasoconstriction ในขณะที่มี Hyperventilation และ Hypocapnia

3. ทฤษฎีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิด (Cognitive-behavioral theory): Panic disorder เป็นโรคที่เกิดจากการเรียนรู้ (Learning) ตามการวางเงื่อนไขแบบดั้งเดิม (Classical conditioning) ตัวอย่างเช่น การเกิด Panic attack ขณะโดยสารรถประจำทาง จะทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการขึ้นรถประจำทางไปด้วย ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายการเกิด Agoraphobia หรือการเพิ่มจำนวนและความรุนแรงของ Panic attacks ได้ แต่ไม่สามารถอธิบายการเกิด Panic attack ครั้งแรกได้

4. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theories): Panic attack เกิดจากการใช้กลไกการป้องกันทางจิต (Defense mechanisms) ที่ไม่ได้ผลในการจัดการกับแรงผลักดันที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (Anxiety) ส่วน Agoraphobia เกิดจากการสูญเสียพ่อแม่ในวัยเด็ก ร่วมไปกับการมีประวัติความวิตกกังวลชนิดแยกจาก (Separation anxiety) และมีอาการ Agoraphobia เกิดขึ้นเมื่อ Ego ใช้กลไกการป้องกันบางประการ เช่น Repression, Displacement, Avoidance, Symbolization โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วย Agoraphobia มักมีตัวกระตุ้นทางจิตวิทยา (Psychological trigger) ก่อนเริ่มป่วยโดยเฉพาะการสูญเสียของรัก

การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

Panic disorder แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ Panic disorder without Agoraphobia และ Panic disorder with Agoraphobia โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-IV มีดังนี้ คือ

1. มีทั้งข้อ a และ b
 - a. Panic attacks โดยไม่คาดหมายซ้ำ ๆ (Recurrent unexpected)
 - b. มีอย่างน้อยหนึ่ง Panic attack และมีหนึ่งอาการ (หรือมากกว่า) ดังต่อไปนี้ ตามมาเป็นเวลาหนึ่งเดือน (หรือมากกว่า)
 - การคิดคำนึง (Concern) ว่าจะมี Panic attack อีกอยู่เสมอ
 - ความไม่สบายใจ (Worry) เกี่ยวกับผลเสียหรือผลที่ตามมาจากการมี Panic attack เช่น การควบคุมตนเองไม่ได้ การมีหัวใจล้มเหลว การวิกลจริต
 - การเปลี่ยนแปลงอย่างมากของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการเกิด Panic attack
2. มี Agoraphobia ในกรณีของ Panic disorder with Agoraphobia หรือไม่มี Agoraphobia ในกรณี Panic disorder without Agoraphobia
3. Panic attack ที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลโดยตรงทางสรีรวิทยาของสารอย่างใดอย่างหนึ่ง (เช่น ยาเสพติด ยารักษาโรค) หรือภาวะความเจ็บป่วยทางกายทั่วไป
4. Panic attack ที่เกิดขึ้นไม่สามารถอธิบายได้ด้วยโรคทางจิตเวชอื่น (Another mental disorder) เช่น Social phobia, Specific phobia, Obsessive-compulsive disorder, Posttraumatic stress disorder หรือ Separation disorder

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค (Course and prognosis)

Panic disorder มักเกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยมักไม่พบความตึงเครียดทางจิตสังคม (Psychosocial stressor) นำมาก่อน การดำเนินโรคมักเป็นแบบเรื้อรัง ความถี่หรือความรุนแรงของการการอาจแตกต่างกันได้มากในแต่ละคน ร้อยละ 40 – 80 ของผู้ป่วย Panic disorder จะมีการซึมเศร้า (Depression) ร่วมด้วย นอกจากนี้ ร้อยละ 20-40 ของผู้ป่วยจะมี Alcohol or Substance dependence ร่วมด้วย

เนื่องจาก Agoraphobia มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ Panic disorder ดังนั้นการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคของ Agoraphobia จึงเกิดกับ Panic disorder เป็นหลัก สำหรับ Agoraphobia without Panic disorder มักมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและก่อให้เกิดการเสื่อมเสียหน้าที่และเช่นเดียวกับ Panic disorder ผู้ป่วย Agoraphobia มักมีการซึมเศร้า (Depression) และ Alcohol หรือ Substance dependence ร่วมด้วย

การรักษาด้วยยา (Drug treatment)

ในปัจจุบัน ยาที่นิยมใช้ในการรักษา Panic disorder คือ Imipramine และ Alprazolam สำหรับ MAOIs ก็เป็นยาที่ใช้รักษา Panic disorder ได้ดีเช่นกัน แต่ยานี้ไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย ส่วนยาอื่นก็อาจนำมาใช้รักษาได้ เช่น Clonazepam, Fluoxetine, Fluvoxamine, paroxetine, Colmipramine

Mavissakalian และ Perel (1989; 1995) พบว่า ขนาดยาของ Imipramine ที่เหมาะสมในการรักษาผู้ป่วย Panic disorder คือ 1.5 mg/kg/day สำหรับผู้ป่วย Panic disorder with Agoraphobia คือ 2.25 mg/kg/day อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยราว 2/3 อาจมีปฏิกิริยากระตุ้นมากเกินไป (Hyperstimulatory reaction) ได้ในช่วงสองถึงสามสัปดาห์แรกของการรักษา ผู้รักษาจึงควรพิจารณาให้ยาในขนาดต่ำกว่าก่อน (เช่น 10-25 mg/day) แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มขนาดยาขึ้นจนได้ขนาดที่ต้องการภายใน 7 – 10 วัน โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยจะตอบสนองต่อ Imipramine อย่างเต็มที่ในช่วง 4 – 6 สัปดาห์ หลังจากได้รับยา สำหรับผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษา ผู้รักษาควรให้ยาต่ออย่างน้อย 8 – 12 เดือน ก่อนที่จะค่อยๆ หยุดยา

การใช้ Alprazolam ในการรักษา Panic disorder ควรเริ่มด้วยขนาดยาราว 1 - 2 mg/ day (0.25 - 0.5 mg วันละ 4 ครั้ง) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะตอบสนองต่อยาในขนาด 2 - 6 mg/ day ภายในเวลา 1 - 2 สัปดาห์ และเช่นเดียวกับการใช้ Imipramine หลังจาก que ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาแล้ว ผู้รักษาควรให้ยาต่ออย่างน้อย 8 - 12 เดือน ก่อนที่จะค่อยๆ หยุดยา ในการหยุดยา Alprazolam ผู้รักษาควรกระทำอย่างช้า ๆ เพื่อมิให้เกิดอาการถอนยา (Withdrawal symptoms)

การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment)

จิตบำบัดในผู้ป่วย Panic disorder ที่มีการใช้บ่อย คือ Cognitive therapy การฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation training) และการเผชิญหน้า (Exposure)

Cognitive therapy เป็นการรักษาที่มีจุดประสงค์ คือ ลดความกลัวที่มีต่ออาการทางกาย (Fears of physical symptoms) การรักษาแบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอน คือ

1. ค้นหาความกลัว (Identify the fears)
2. อธิบาย (Explain) ให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการดังกล่าวไม่มีอะไรร้ายแรง

3. แสดงให้เห็น (Demonstrate) ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการปรากฏขึ้นของอาการ (Appearance of the symptoms) การตอบสนองด้วยความกลัว (Fearful response) และการเกิด Panic attack และตามมาด้วยความกลัว โดยอาศัยวิธีการนี้ ผู้รักษาสามารถอธิบายต่อผู้ป่วยได้ว่า ความกลัวที่เกิดขึ้นนั้นมีส่วนกระตุ้นให้เกิด Panic attack ขึ้นอีกในอนาคต

การฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation training) เป็นการทำให้ตนเองผ่อนคลายลง ในขณะที่มี Panic attack ผู้ป่วยสามารถลดอาการ Panic attack ลงโดยใช้วิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) ร่วมไปกับจินตนาการถึงสถานการณ์ที่ผ่อนคลาย (Relaxing situation) ซึ่งท้ายที่สุดผู้ป่วยจะสามารถควบคุมอาการได้

การเผชิญหน้า (Exposure) เป็นการรักษาโดยที่ผู้ป่วยวางแผนร่วมกับผู้รักษาในการที่จะเผชิญกับเป้าหมายที่น่ากลัวผิดธรรมดา (Phobic targets) แต่ละอย่างเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ชั่วโมง โดยอาศัยวิธีนี้ผู้ป่วยจะสามารถลดความกังวลลงได้ จากการศึกษาของ Marks และคณะ (1993) พบว่า วิธีการนี้ให้ผลการรักษาดีกว่าและคงอยู่นานกว่าการรักษาด้วยยา Alprazolam

การรักษาอื่นที่มีผู้นำมาใช้รักษาร่วมกับการรักษาดังกล่าวมาแล้ว คือ การฝึกการหายใจ (Respiratory training) ครอบครัวบำบัด (Family therapy) และจิตบำบัดชนิดอิงความหยั่งเห็น (Insight - oriented psychotherapy)

ในการรักษา Panic disorder ผู้รักษาควรแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะการหลีกเลี่ยงสารที่สามารถกระตุ้นให้เกิด Panic Attack เช่น กาแฟ สุรา รวมทั้งสถานที่ที่มีคาร์บอนไดออกไซด์สูง เช่น สถานที่ที่อากาศถ่ายเทไม่ดี

Specific phobia และ Social phobia

Specific phobia เป็นโรคที่มีลักษณะสำคัญ คือ การถูกกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลอย่างมากในการที่เผชิญกับวัตถุหรือสถานการณ์เฉพาะอย่างที่น่ากลัว (Specific feared object or situation) โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยมักมีการหลีกเลี่ยง (Avoidance) วัตถุหรือสถานการณ์เหล่านั้นในเวลาต่อมา

Social phobia เป็นโรคที่มีลักษณะสำคัญ คือ การถูกกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลอย่างมากในขณะที่เผชิญกับสถานการณ์ทางสังคมหรือสถานการณ์ที่ใช้ความสามารถ (Social of performance situations) โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยมักมีการหลีกเลี่ยง (Avoidance) สถานการณ์เหล่านั้นในเวลาต่อมา

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

Specific phobia เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิง และพบบ่อยเป็นที่สองรองจาก Substance-related disorders ในผู้ชาย ความชุกในระยะ 6 เดือน (Six-month prevalence) มีค่าราวร้อยละ 5 – 10 ของประชากรทั่วไป อัตราความชุกในผู้หญิงต่อผู้ชายเท่ากับ 2:1 วัตถุหรือสถานการณ์ที่พบบ่อยว่าทำให้เกิดความกลัวผิดธรรมดา (Phobia) คือ สัตว์ พายุ ความสูง ความเจ็บป่วย

การบาดเจ็บ และความตาย

Social phobia มีความชุกในระยะ 6 เดือน (Six-month prevalence) ราวร้อยละ 2 - 3 ของประชากรทั่วไป พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยมากมักเริ่มป่วยในระยะเข้าสู่วัยรุ่น

สมมติฐานโรค (Etiology)

ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิด Specific phobia และ Social phobia มีดังนี้ คือ

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors): ราว 2/3 ถึง 3/4 ของผู้ป่วย Specific phobia มีญาติในลำดับแรก (First-degree relatives) อย่างน้อยหนึ่งคนป่วยเป็นโรคนี้อ ส่วนญาติในลำดับแรกของผู้ป่วย Social phobia มีความเสี่ยงต่อการเป็นมากกว่าประชากรทั่วไปราว 3 เท่า
2. ปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavioral factors): ความกลัวผิดธรรมชาติเกิดจากการวางเงื่อนไขแบบดั้งเดิม (Classical conditioning) ทำให้เกิดการจับคู่กันของความกลัวผิดธรรมชาติ (ร่วมกับอาการทางกาย) กับวัตถุหรือสถานการณ์ นอกจากนี้ Specific phobia ยังอาจเกิดจากการเลียนแบบ (Identification) ได้อีกด้วย
3. ปัจจัยทางจิตพลวัต (Psychodynamic factors): ผู้ป่วยมีปมปิตุฆาตที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข (Unresolved oedipal complex) ทำให้เกิดความกลัวที่จะถูกตัด (Castration fears) และความวิตกกังวล (Anxiety) ส่วนความกลัวผิดธรรมชาติ (Phobia) เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยใช้กลไกการป้องกันของจิตใจ (Defense mechanisms) ดังนี้ คือ Repression, Displacement, Symbolization และ Avoidance
4. ปัจจัยทางประสาทเคมี (Neurochemical factors): ระบบ Norepinephrine และ/หรือ Dopamine อาจเกี่ยวข้องกับการเกิด Social phobia
5. การเลี้ยงดูในวัยเด็ก (Child upbringing): Social phobia อาจเกิดจากการที่พ่อแม่ทำการยับยั้งพฤติกรรม (Behavioral inhibition) ของผู้ป่วยอย่างมากในวัยเด็ก

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค (Course and prognosis)

ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วย Specific phobia มักมีเหตุการณ์มากระทบกระเทือน (Traumatic events) ก่อนเริ่มป่วย อายุเฉลี่ยที่เริ่มป่วยอาจแตกต่างกันได้ขึ้นอยู่กับชนิดของ Specific phobia สำหรับ Specific phobia แบบ Natural environment type มักเริ่มป่วยตั้งแต่ช่วงวัยเด็กและพบมากอีกครั้งในช่วงอายุ 20 - 30 ปี สำหรับ Specific phobia, Natural environment type (เช่น Height phobia) มักเริ่มป่วยตั้งแต่ช่วงวัยเด็ก แต่ผู้ป่วยบางรายอาจเริ่มป่วยในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Early adulthood) ได้ ส่วน Specific phobia แบบ Animal type หรือ แบบ Blood - injection - injury type มักพบการเริ่มป่วยตั้งแต่วัยเด็ก ส่วนใหญ่แล้ว อาการดังกล่าวมักเรื้อรังหากผู้ป่วยมีอาการอยู่นานจนกระทั่งเข้าสู่วัยผู้ใหญ่

ผู้ป่วย Social phobia มักเริ่มป่วยในช่วงอายุ 10 - 20 ปี แต่ผู้ป่วยบางรายอาจเริ่มป่วยตั้งแต่อายุยังน้อยกว่านี้ก็ได้ ผู้ป่วยมักป่วยอย่างต่อเนื่อง และบางรายอาจป่วยไปตลอดชีวิต อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการลดน้อยลงได้เองเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ (Adulthood) นอกจากนี้ ความรุนแรงของโรคอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามความเครียดที่เข้ามาในชีวิต (Life stressors) ด้วยเช่นกัน

การรักษาด้วยยา (Drug treatment)

การใช้ยารักษา Specific phobia ถือว่าเป็นการรักษาเสริม (Adjunctive treatment) เท่านั้น ผู้รักษาอาจใช้ยา β -adrenergic antagonists เช่น Propranolol ในการลดอาการที่เกี่ยวข้องกับ Autonomic hyperactivity ได้

จากการทบทวนเอกสารของ Marshall และคณะ (1994) พบว่ายาที่สามารถใช้รักษา Social phobia มีดังนี้ คือ Monoamine oxidase inhibitors (ยานี้ไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย) Reversible inhibitors of MAO-A (RIMAs), Benzodiazepines (เช่น Clonazepam, Alprazolam) และ Beta - blockers (เช่น Atenolol, Propranolol)

การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment)

การรักษาทางจิตสังคมที่เป็นหลักของ Specific phobia คือ การรักษาโดยการเผชิญหน้า (Exposure therapy) ซึ่งเป็นการลดความไวเร็ว (Desensitization) ของผู้ป่วยลงอย่างช้า ๆ โดยผู้ป่วยจัดลำดับสิ่งที่ตนเองกลัวเป็นขั้น ๆ ในขณะที่เดียวกันผู้รักษาก็สอนให้ผู้ป่วยจัดการกับความวิตกกังวลโดยใช้วิธีการผ่อนคลาย (Relaxation) หรือการควบคุมการหายใจ (Breathing control) หลังจากนั้นจึงให้ผู้ป่วยไปเผชิญกับวัตถุหรือสถานการณ์ที่ตนเองกลัวเป็นขั้น ๆ (จากที่กลัวน้อยไปที่กลัวมาก) ท้ายที่สุดผู้ป่วยจึงหายจาก Specific phobia ได้

การรักษาทางจิตสังคมใน Social phobia คือ Cognitive therapy, Behavioral therapy และการรักษาโดยการเผชิญหน้า (Exposure therapy)

Obsessive - compulsive disorder

Obsessive - compulsive disorder (OCD) เป็นโรคที่มีลักษณะสำคัญ คือ การย้ำคิด (Obsessions) (ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวลหรือความรู้สึกตึงเครียด) และ/ หรือ การย้ำทำ (Compulsions) (ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ความวิตกกังวลลดลง) ผู้ป่วย OCD ทราบว่า ความคิดและ/ หรือ การกระทำของตนเองไม่สาเหตุสมผล และอายุที่จะเล่าให้ผู้อื่นฟัง

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

ความชุกชั่วชีวิตของ OCD มีค่าเท่ากับร้อยละ 2 - 3 ในประชากรทั่วไป แม้ว่าโรคนี้จะพบมากในวัยรุ่นชายมากกว่าวัยรุ่นหญิง แต่เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่แล้ว โรคนี้พบได้เท่ากันในทั้งสองเพศ อายุเฉลี่ยที่เริ่มป่วย คือประมาณ 20 ปี

OCD มักพบร่วมกับโรคทางจิตเวชอื่นๆ โดยเฉพาะ Major depressive disorder (ร้อยละ 67) Social phobia (ร้อยละ 25) Alcohol use disorder Specific phobia, Panic disorder และ Eating disorders

สมมติฐานโรค (Etiology)

สาเหตุของ OCD มีได้หลายประการดังนี้ คือ

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors): จากการศึกษพบว่าญาติในลำดับแรก (First - degree) ของผู้ป่วย OCD มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็น OCD สูงกว่าประชาชนทั่วไป
2. ความผิดปกติของประสาทเคมี (Neurochemical disturbances) โดยเฉพาะความผิดปกติของระบบ Serotonin
3. ประสาทพยาธิวิทยา (Neuropathology): จากการศึกษโดย Positron emission tomography (PET) พบว่ามีการเพิ่มการทำงาน (Activity) ที่บริเวณ Fronto - orbital cortex, Caudate nuclei และ Cingulate gyres ส่วนการศึกษาโดย Computer tomography (CT) และ Magnetic resonance imaging (MRI) พบว่าผู้ป่วย OCD มีขนาดของ Caudate ลดลงทั้งสองข้าง
4. ความผิดปกติอื่น ๆ ทางชีวภาพ (Other biological abnormalities): ซึ่งได้จากการศึกษาโดย Electroencephalography (EEG) หรือ Neuroendocrinology

5. ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory): การย้ำคิด (Obsessions) มีพื้นฐานมาจากการถูกกระตุ้นอย่างมีเงื่อนไข (Conditioned stimuli) ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลตามมา และจากการที่ความวิตกกังวลสามารถลดลงได้ด้วยการกระทำบางอย่าง ผู้ป่วยจึงทำเช่นนั้นซ้ำ ๆ เพื่อลดความวิตกกังวล ทำายที่สุดจึงเกิดเป็นการย้ำทำ (Compulsions) ตามมา

6. ทฤษฎีจิตพลวัต (Psychodynamic theory): OCD เกิดจากการถดถอย (Regression) ไปสู่ระยะทวาร (Anal stage) และมีการใช้กลไกการป้องกันทางจิตใจ (Defense mechanisms) เพื่อลดความวิตกกังวลดังนี้ คือ Isolation, Undoing และ Reaction formation

การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

อาการของ OCD ที่พบบ่อยตามลำดับจากมากไปหาน้อยมีดังนี้ คือ

1. การย้ำคิดเกี่ยวกับการแปดเปื้อน (Obsession of contamination) ผู้ป่วยมีการล้างมือบ่อย ๆ หลีกเลียงสิ่งสกปรก เช่น อูจจาระ ปัสสาวะ ผุน เชื้อโรค
2. การย้ำคิดเกี่ยวกับข้อสงสัย (Obsession of doubt) ผู้ป่วยมีการตรวจตราสิ่งของบ่อย ๆ คิดถึงสิ่งทีอาจเป็นอันตราย เช่น สัมผัสไฟเตา สัมผัสคอประตุ
3. ความคิดในลักษณะย้ำคิดโดยไม่มีกำทำ (Obsessional thoughts without a compulsion) ผู้ป่วยมีความคิดซ้ำไปซ้ำมาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศหรือความก้าวร้าว (sexual or aggressive act)
4. ความต้องการให้เกิดการสมมาตรหรือแม่นยำ (Need for symmetry or precision) ผู้ป่วยมีการย้ำทำแบบทำอะไรช้า (Compulsion of slowness) เช่น การใช้เวลานานในการรับประทานอาหารหรือโกนหนวด

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค (Course and prognosis)

มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีการเริ่มป่วยแบบเฉียบพลัน (Acute onset) โดยมีเหตุการณ์ตึงเครียด (Stressful events) นำมาก่อน เช่น การตั้งครรภ์ ปัญหาทางเพศ การเสียญาติ การดำเนินโรคอาจแตกต่างกันได้มากในแต่ละคน เช่น เรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ หายขาดจากโรค ราว 1/3 ของผู้ป่วย OCD จะมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น

ข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วย OCD จะมีการพยากรณ์โรคเลว (Poor prognosis) คือ

1. การยอมตามหรือมีการต่อต้านการย้ำทำ (Compulsions)
2. การเริ่มป่วยตั้งแต่อายุน้อย
3. การย้ำทำแบบแปลก ๆ
4. การได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
5. การมี Overvalued ideas คือ มีความเชื่อแบบผิด ๆ แต่ไม่รุนแรงเท่าการหลงผิด (Delusions)
6. การมีอาการหลงผิด (Delusions) ร่วมด้วย
7. การมี Personality disorder ร่วมด้วย เช่น Schizotypal personality disorder

การรักษาด้วยยา (Drug treatment)

ในปัจจุบัน การใช้ยาจัดว่าเป็นการรักษาหลักอย่างหนึ่งของ OCD จากการศึกษาเปรียบเทียบของ Greist และคณะ (1995) โดยใช้วิธีการของ Meta-analysis พบว่า ยาในกลุ่ม

Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) ให้ผลในการรักษาดีกว่ายาหลวง (Placebo) โดยที่ Clomipramine ให้ผลการรักษาดีกว่า Fluoxetine, Fluvoxamine หรือ Sertraline

ในการใช้ Clomipramine ผู้รักษาความเริ่มต้นให้ยาด้วยขนาดราว 25 - 50 mg ก่อนนอน หลังจากนั้นจึงปรับขนาดยาขึ้นราว 25 mg/ day ทุก 2 - 3 วัน จนกระทั่งขนาดยาถึง 250 mg/ day หรือผู้ป่วยทนผลข้างเคียง (Side effects) ไม่ได้ ส่วนยาอื่นก็สามารถให้ยาในขนาดต่ำสุดและปรับเพิ่มขึ้นได้จนถึง 80 mg/ day ของ Fluoxetine หรือ 300 mg/ day ของ Fluvoxamine หรือ 60 mg/ day ของ Paroxetine หรือจนกระทั่งผู้ป่วยทนผลข้างเคียงไม่ได้

โดยทั่วไปแล้วผู้รักษาอาจต้องรอถึง 10 สัปดาห์ก่อนที่จะบอกได้ว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อยาหรือไม่ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อ SSRIs ผู้รักษาอาจเพิ่มยาเหล่านี้ คือ Clonazepam, Pimozide หรือ Buspirone ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาจจำเป็นต้องทำการผ่าตัดโดยวิธี Cingulotomy

การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment)

พฤติกรรมบำบัด (Behavioral therapy) มีประสิทธิภาพในการรักษาเท่ากับการรักษาด้วยยา แต่ประสิทธิภาพของการรักษาจะคงอยู่นานกว่า การรักษาที่ควรเลือกใช้ คือ การเผชิญหน้า (Exposure) และการป้องกันการตอบสนอง (Response prevention) โดยใช้เทคนิคดังนี้ คือ การลดการไหวเร็ว (Desensitization) การหยุดความคิด (Thought stopping) และการท่วมทับ (Flooding)

สำหรับจิตบำบัดชนิดอื่น ๆ ที่อาจใช้เพียงอย่างเดียวหรือใช้ร่วมกับพฤติกรรมบำบัด คือ จิตบำบัดชนิดอิงความหยั่งเห็น (Insight-oriented therapy) จิตบำบัดชนิดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) ครอบครัวบำบัด (Family therapy) และกลุ่มจิตบำบัด (Group psychotherapy)

Posttraumatic stress disorder และ Acute stress disorder

Posttraumatic stress disorder (PTSD) มีอาการสำคัญ คือ การรู้สึกเหมือนกับว่าเหตุการณ์สะเทือนจิตใจอย่างยิ่ง (Extremely traumatic event) กำลังเกิดขึ้นใหม่ร่วมไปกับการมีอาการปลุกเร้าเพิ่มขึ้น (Increased arousal) หรือการมีอาการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่เคยสะเทือนใจ

Acute stress disorder (ASD) มีอาการสำคัญคล้ายกับอาการของ PTSD โดยอาการดังกล่าวเกิดขึ้นทันทีตามหลังเหตุการณ์สะเทือนใจอย่างยิ่ง (Extremely traumatic event)

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

ความชุกชั่วชีวิตของ PTSD มีค่าเท่ากับร้อยละ 1 - 3 ของประชากรทั่วไป อาการในผู้ป่วยชายมักเกิดจากการผ่านสงคราม ส่วนผู้ป่วยหญิงมักเกิดจากการถูกทำร้ายหรือถูกข่มขืน โรคนี้นักพบในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นแต่ก็อาจพบในเด็กได้เช่นกัน

ความชุกของ ASD ในประชากรที่เผชิญกับความตึงเครียดที่สะเทือนใจอย่างรุนแรง (Serious traumatic stress) จะขึ้นอยู่กับความรุนแรงและความยาวนานของความสะเทือนใจร่วมไปกับระดับของการเผชิญกับความเครียด

สมมติฐานโรค (Etiology)

สิ่งตึงเครียด (Stressor) เป็นปัจจัยพื้นฐานของการเกิด PTSD แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้ที่ผ่านเหตุการณ์สะเทือนใจ (Traumatic events) ทุกรายจะเกิด PTSD ปัจจัยที่อาจนำไปสู่การป่วย (Predisposing vulnerability factors) คือ

1. การสะเทือนใจ (Trauma) ในวัยเด็ก
 2. บุคลิกภาพแบบ Borderline, Paranoid, Dependent, Antisocial
 3. ระบบการช่วยเหลือ (Support system) ที่ไม่ดี
 4. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors) ที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวช
 5. การเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่สำคัญก่อนประสบเหตุการณ์สะเทือนใจไม่นาน
 6. การรับรู้ว่าคุณควบคุมโรคสิ่งแวดล้อมภายนอก
- ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิด PTSD คือ

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors): ผู้ป่วยอาจมีการทำงานมากเกินไปในระบบต่อไปนี้เป็น Noradrenergic, Endogenous opiate, HPA (Hypothalamic-pituitary-adrenal systems) นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจมีการทำงานและการตอบสนองมากเกินไปของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) ร่วมด้วย

2. ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors): แบ่งได้เป็นหลายประการดังนี้ คือ

2.1 ตัวแบบด้านการรู้ (Cognitive model): ผู้ป่วยไม่เข้าใจว่าเหตุการณ์สะเทือนใจกระตุ้นให้เกิดอาการ ผู้ป่วยรับรู้แต่เพียงความตึงเครียดและพยายามหลีกเลี่ยงการคิดถึงประสบการณ์เก่า

2.2 ตัวแบบด้านพฤติกรรม (Behavioral model): อาการของ PTSD เกิดจากการจับคู่ของการสะเทือนใจ (Trauma) ซึ่งจัดว่าเป็นสิ่งเร้าแบบไม่มีเงื่อนไข (Unconditioned stimuli) กับอาการทางร่างกายหรือจิตใจที่หลงเหลือจากการสะเทือนใจ (Physical or mental reminder of the trauma) ซึ่งจัดว่าเป็นสิ่งเร้าแบบมีเงื่อนไข (Conditioned stimuli)

2.3 ตัวแบบด้านจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic model): การสะเทือนใจ (Trauma) กระตุ้นความขัดแย้งดั้งเดิมในจิตใจ (Conflict) ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขให้กลับคืนมาส่งผลให้เกิดการถดถอย (Regression) และมีการใช้กลไกการป้องกันจิตใจ (Defense mechanisms) ที่สำคัญ คือ Repression, Denial และ Undoing

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค (Course and prognosis)

ผู้ป่วยอาจเริ่มป่วยได้ตั้งแต่ภายใน 1 สัปดาห์จนถึง 30 ปีหลังจากมีการสะเทือนใจ (Trauma) อาการอาจเป็น ๆ หาย ๆ และอาจรุนแรงขึ้นเมื่อตึงเครียด ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยสามารถหายขาดจากโรค ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยมีอาการหลงเหลือเล็กน้อย ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยยังคงมีอาการหลงเหลือปานกลาง และร้อยละ 10 ของผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการหรือมีอาการรุนแรงขึ้น

ความรุนแรง (Severity) ความยาวนาน (Duration) และความใกล้ชิดกับเหตุการณ์สะเทือนใจ (Traumatic event) เป็นปัจจัยสำคัญในการบ่งชี้ว่าผู้ป่วยเป็น ASD หรือไม่

การรักษาด้วยยา (Drug treatment)

จากการทบทวนเอกสารของ Solomon และคณะ (1992) พบว่า ยารักษาซึมเศร้า สามารถลดความรุนแรงของอาการลงได้ โดย Imipramine และ Amitriptyline ในขนาด 50 - 300 mg/ day สามารถลดการหมกมุ่น (Intrusion) และการหลีกเลี่ยง (Avoidance) ได้ โดยทั่วไปแล้ว ผู้รักษาจะเริ่มเห็นผลการรักษาใน 8 สัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ผู้รักษาควรให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ส่วนยาอื่น ๆ ที่อาจใช้ได้ในระยะสั้น ๆ เพื่อควบคุมการก้าวร้าว (Aggression) และการกระวนกระวาย (Agitation) คือ SSRIs, MAOIs, Anticonvulsants, Clonidine, Propanolol, Alprazolam และยารักษาโรคจิต (Anitpsychotics)

การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment)

การรักษาที่ดีที่สุด คือ การป้องกันมิให้เกิด PTSD หลังจากมีเหตุการณ์สะเทือนใจ (Traumatic events) ซึ่งสามารถกระทำได้โดยการแทรกแซงวิกฤตการณ์ (Crisis intervention) ซึ่ง Gelder และคณะ (1994) ได้แนะนำไว้ดังนี้ คือ

1. ลดความรุนแรงของอารมณ์โดยผู้รักษารับฟังผู้ป่วยอย่างมีอารมณ์ร่วมรู้สึก (Sympathetic) และให้ยารักษาวิตกกังวลช่วงสั้น ๆ ในกรณีที่มีอาการรุนแรง

2. ชักชวนให้ผู้ป่วยระลึกถึงเหตุการณ์และปรับสภาพจิตใจ (Working through) ต่อเหตุการณ์เพื่อป้องกันการหลีกเลี่ยง (Avoidance) หรือปฏิเสธ (Denial) เหตุการณ์หรือปัญหาที่จะตามมาในภายหลัง

3. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญ (Coping) กับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

4. ช่วยลดปัญหาที่อาจติดตามมา เช่น การพิการ การตั้งครมภ์

หลังจากที่ผู้ป่วยเกิดอาการ PTSD แล้ว ผู้รักษาควรรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) โดยใช้เทคนิคการเผชิญหน้า (Exposure) หรือการลดความไหวเร็วอย่างเป็นระบบ (Systemic desensitization) ร่วมไปกับการใช้เทคนิคของการผ่อนคลาย (Relaxation technique) หรือ Cognitive therapy สำหรับการรักษาอื่น ๆ ที่อาจใช้ได้ คือ กลุ่มจิตบำบัด (Group psychotherapy) และครอบครัวบำบัด (Family therapy)

Generalized anxiety disorder

Generalized anxiety disorder (GAD) มีลักษณะสำคัญ คือ ความวิตกกังวล (Anxiety) และความไม่สบายใจ (Worry) อย่างมากซึ่งคงอยู่เป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

ความชุกชั่วชีวิตของ GAD เท่ากับร้อยละ 5 ของประชากรทั่วไป อัตราส่วนของผู้ป่วยหญิงต่อผู้ป่วยชายเท่ากับ 2: 1 รวร้อยละ 50 ของผู้ป่วย GAD มีโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย

สมมติฐานโรค (Etiology)

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) มีหลายประการดังนี้ คือ

- 1.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors): แม้ว่ายังมีการศึกษาในแง่มนนี้ แต่บางการศึกษาพบว่า GAD ในผู้ป่วยหญิงมีความสัมพันธ์ทางพันธุกรรมกับ Major depressive disorder

- 1.2 ความแปรปรวนของสารประสาทเคมี (Neurochemical disturbance): เช่น สาร GABA

2. ปัจจัยจิตสังคม (Psychosocial factors) ที่มีการกล่าวถึงมีดังนี้ คือ

2.1 ทฤษฎีพฤติกรรมความรู้คิด (Cognitive-behavioral theory): GAD เกิดจากการรับรู้อย่างไม่ถูกต้องของการตอบสนองต่ออันตราย โดยผู้ป่วย GAD เลือกลงเพียงบางมุมที่เป็นลบ บิดเบือนข้อมูลและมองว่าตนไม่มีความสามารถในการจัดการกับอันตราย

2.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory): GAD เกิดจากความขัดแย้งภายในจิตไร้สำนึกที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข (Unresolved unconscious conflict) การกลัวว่าจะถูกพลัดพรากจากของรัก การกลัวว่าจะสูญเสียความรักจากผู้ที่มีความสำคัญ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการถูกตัด (Castration anxiety) หรือ Superego anxiety

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค (Course and prognosis)

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคอาจแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากผู้ป่วยมักมีโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยมักมีเหตุการณ์ในชีวิต (Life event) ที่สำคัญนำมาก่อน ผู้ป่วยบางรายอาจป่วยเรื้อรังหรือตลอดชีวิต ร้อยละ 25 ของผู้ป่วย GAD จะมี Panic disorder ร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่มี Major depressive disorder ร่วมด้วย

การรักษาด้วยยา (Drug treatment)

ก่อนเริ่มใช้ยา ผู้รักษาควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ คือ การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) อาการเป้าหมาย (Target symptoms) และระยะเวลาในการรักษา (Duration of treatment) ยาที่เป็นหลักในการรักษา คือ Enzodiazepines และ Buspirone ซึ่งผู้รักษาควรให้ยานานราย 2 - 6 สัปดาห์ และใช้เวลาราว 1 - 2 สัปดาห์ ในการค่อย ๆ หยุดยา

ในขณะที่เริ่มรักษา ผู้รักษาควรเริ่มยาในขนาดต่ำที่สุด แล้วเพิ่มขนาดยาจนได้ผลในการรักษา ในปัจจุบัน การใช้ Benzodiazepines ที่มีค่าครึ่งชีวิตปานกลาง (Intermediate half-life 8 - 15 hours) เช่น Lorazepam, Alprazolam ได้รับความนิยมมากขึ้นเนื่องจากอัตราส่วนของผลข้างเคียงต่อผลการรักษามีค่าต่ำกว่า Benzodiazepines มีค่าครึ่งชีวิตยาว (Long half-life มากกว่า 100 hours) เช่น Diazepam, Chlordiazepoxide ยาในกลุ่ม Benzodiazepines ที่มีค่าครึ่งชีวิตปานกลางสามารถลดความวิตกกังวลลงได้โดยมีปัญหารื่องงนอนน้อยกว่าการใช้ Benzodiazepines ที่มีค่าครึ่งชีวิตยาว

สำหรับ Buspirone ก็เป็นยาที่มีประสิทธิภาพดีในการรักษา GAD โดยผู้ป่วยราวร้อยละ 60 - 80 จะตอบสนองต่อยานี้ ยานี้มีข้อดี คือ ไม่ทำให้หงวซึม ไม่มีผลต่อความจำและการเคลื่อนไหว ไม่มีปัญหาในเรื่องการพึ่งพายาและการถอนยา และไม่มีปฏิกิริยากับ Alcohol อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ Benzodiazepines สามารถลดความวิตกกังวลภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงหลังรับประทานยา Buspirone ต้องใช้เวลาราว 2 - 3 สัปดาห์จึงจะเริ่มออกฤทธิ์ จากข้อด้วยนี้จึงทำให้ Buspirone ได้รับความนิยมมานัก

ยาอื่นที่อาจใช้รักษา GAD ได้ คือ ยารักษาซึมเศร้า (Antidepressants) และ β - Adrenergic antagonist

การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment)

การรักษาทางจิตสังคมที่ช่วยในการรักษา GAD คือ

1. จิตบำบัดชนิดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) ซึ่งเน้นที่การทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสบายใจ
2. จิตบำบัดชนิดอิงความหยั่งเห็น (Insight-oriented psychotherapy) ซึ่งเน้นที่การแก้ไขความขัดแย้งในจิตไร้สำนึก (Unconscious conflict)
3. Cognitive therapy ซึ่งเน้นที่การแก้ไขกระบวนการคิดที่ผิดปกติ
4. จิตบำบัดชนิดพฤติกรรม (Behavioral psychotherapy) ซึ่งเน้นที่การลดอาการทางกาย

3. ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder)

ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorders) คือ การมีมีอาการทางอารมณ์หรือพฤติกรรม (Emotional or behavioral symptoms) หลังจากประสบกับสิ่งตึงเครียดทางจิตสังคม (Psychosocial stressor) ที่แสดงได้อย่างชัดเจน อาการดังกล่าวทำให้เกิดความทุกข์ทรมานใจมากเกินไป หรือทำให้เกิดการเสื่อมเสียหน้าที่ในด้านสังคมหรือด้านอาชีพอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ อาการดังกล่าวต้องเกิดขึ้นภายใน 3 เดือน หลังจากเผชิญกับสิ่งตึงเครียด (Stressor) และหายไปภายใน 6 เดือน หลังจากสิ่งตึงเครียดหมดไป

Adjustment disorders เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป โรคนี้มีความชุก (Prevalence) สูงในกลุ่มประชากรเด็กและวัยรุ่น

แม้ว่า Adjustment disorders จะได้รับการกล่าวถึงตั้งแต่ปี ค.ศ. 1952 แต่เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญยังมีความเห็นแตกต่างกันในรายละเอียดของโรค จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดปลีกย่อยของโรคนี้เรื่อยมา ใน DSM II (1968) ระบุว่าความเครียดที่ทำให้ป่วยเป็นโรค Transient situational disturbance ต้องเป็นความเครียดรุนแรงผิดปกติ (Unusually severe stress) และอาการที่เกิดขึ้นต้องคงอยู่เพียงชั่วคราวเท่านั้น ต่อมา DSM III (1980) ได้ปรับเปลี่ยนเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสำหรับ Adjustment disorders โดยระบุเพียงว่าต้องการมีความตึงเครียดเกิดขึ้นก่อนมีอาการ และอาการอาจคงอยู่นานพอควร สำหรับในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสำหรับ Adjustment disorders ใน DSM III-R และ DSM IV ไม่แตกต่างจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-III มากนัก

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

ข้อมูลเกี่ยวกับความชุก (Prevalence) ของ Adjustment disorders ยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด จากการศึกษาพบว่า ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปป่วยเป็น Adjustment Disorders ซึ่งจัดว่ามากเป็นอันดับ 2 ของการวินิจฉัยโรคทั้งหมด และโรคนี้พบได้สูงถึงร้อยละ 18 ในผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี

จากการที่ Adjustment disorders เป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีความอับอาย (Stigma) น้อยที่สุด ผู้รักษาจึงควรระมัดระวังว่าตนเองอาจให้เกิดวินิจฉัยโรคนี้มากเกินไป (Overuse) ที่ถูกต้องแล้ว ผู้รักษาควรให้การวินิจฉัยโรคนี้เฉพาะในผู้ป่วยที่มีหลักฐานอย่างชัดเจนและตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเท่านั้น หากหลักฐานที่มียังไม่เพียงพอที่จะวินิจฉัยโรคว่าเป็น Adjustment disorders ผู้รักษาควรให้การวินิจฉัยโรคอื่น หรืออาจให้การวินิจฉัยโรค Unspecified mental disorder แทน

สมมติฐานของโรค (Etiology)

ตามคำจำกัดความแล้ว Adjustment disorders มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งตึงเครียดทางจิตสังคม (Psychosocial stressor) แต่ก็มีหลายคำถามที่ยังไม่สามารถให้คำตอบได้ เช่น ทำไมความเครียดต่อการป่วยเป็น Adjustment disorders ในแต่ละคนจึงแตกต่างกันมาก แม้ว่า จะประสบกับเหตุการณ์ในลักษณะคล้ายกัน ถ้าหากสิ่งตึงเครียดมีความรุนแรงเพียงพอ ทุกคนจะป่วยเป็น Adjustment disorders หรือไม่ การเจ็บป่วยในช่วงระยะแรก (Initial episode) บ่งบอกถึงความเครียดต่อการป่วยครั้งต่อไปหรือไม่

ในการประเมินสิ่งตึงเครียด ผู้รักษาควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ คือ

1. ความเครียดเฉียบพลัน (Acute stress) แตกต่างจากความเครียดเรื้อรัง (Chronic stress) ทั้งในแง่ของจิตใจ (Psychological) และทางสรีรวิทยา (Physiological)

2. ผู้รักษาต้องแยกความหมายที่แอบแฝงและที่แสดงออก (Manifest and latent meanings) ของสิ่งตึงเครียด (Stressor) เช่น การตกงานอาจทำให้เกิดความทุกข์ทรมานใจอย่างมาก หรือทำให้เกิดความรู้สึกโล่งใจก็ได้

3. ความหมาย (Meaning) ของสิ่งตึงเครียด (Stressor) เป็นผลมาจากตัวปรับเปลี่ยน (Modifier) อันได้แก่ ความเข้มแข็งของ Ego (Ego strengths) ระบบการช่วยเหลือ (Support system) และความสามารถที่มีมาก่อน (Prior mastery) ซึ่งจะเห็นได้ว่าสิ่งตึงเครียดที่รุนแรงอาจไม่ทำให้เกิดความแปรปรวนกับบางคน ในขณะที่สิ่งตึงเครียดเพียงเล็กน้อย อาจมีผลกระทบต่อบางคนเป็น

ชนิดและความยาวนาน (Types and duration) ของสิ่งตึงเครียด (Stressor) มีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ สิ่งตึงเครียดที่พบบ่อยที่สุดในระยะวัยรุ่น คือ สิ่งตึงเครียดแบบเรื้อรัง (Chronic stressor) เกี่ยวกับปัญหาที่โรงเรียน รองลงมา คือ ปัญหาครอบครัว เพื่อนต่างเพศ และการใช้ยาเสพติด สำหรับในผู้ใหญ่ สิ่งตึงเครียดที่พบบ่อยที่สุด คือ ปัญหาในชีวิตสมรส (Marital problems)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด Adjustment disorders สามารถแบ่งออกได้ดังนี้ คือ

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factor): จากการศึกษาในคู่แฝดมากกว่า 2,000 คู่ พบว่า ปัจจัยทางพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาการปรับตัว (Adjustment reaction) ของแต่ละบุคคล

2. ปัจจัยในเรื่องสิ่งตึงเครียด (Stressor) อาจแบ่งออกได้เป็น Shock type และ Continuous type จากการวิจัยพบว่า Continuous type เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดโรคทางจิตเวชหลายชนิด รวมทั้ง Adjustment disorders ในผู้ใหญ่ ในการทำให้เกิดโรค ลักษณะที่สำคัญที่สุดของสิ่งตึงเครียด คือ ระดับความรุนแรง (Degree) ลักษณะที่สำคัญรองลงไป คือ การคาดหวัง (Expectation) ผลกระทบ (Impact) ต่อบุคคลนั้น ๆ และระบบความช่วยเหลือ (Support system)

3. การช่วยเหลือทางวัตถุ (Material support) เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพ สภาพอากาศ การช่วยเหลือทางสังคม (Social support) เป็นปัจจัยที่สามารถลดการตอบสนองต่อการป่วยเป็น Adjustment disorders ได้

4. ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor) เป็นปัจจัยสำคัญที่จะบอกว่าการปรับตัวต่อสิ่งตึงเครียดมีความผิดปกติหรือไม่ ซึ่งปัจจัยนี้มี 2 องค์ประกอบ (Components) คือ

4.1 องค์ประกอบทั่วไป เช่น ทักษะทางสังคม (Social skill) ความยืดหยุ่น (flexibility) กลไกการเผชิญปัญหา (Coping mechanism)

4.2 องค์ประกอบเฉพาะ เช่น ความสะเทือนใจในอดีต (Life trauma) ความขัดแย้งที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข (Unresolved conflict) ประเด็นเกี่ยวกับพัฒนาการ (Developmental issue) ตัวอย่างสำคัญขององค์ประกอบเหล่านี้ คือ การสูญเสียมารดาในวัยเด็กทำให้มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive disorders) เมื่อมีการสูญเสียเกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่

ในการอธิบายเกี่ยวกับกลไกการเกิด Adjustment disorders ได้มีผู้กล่าวไว้หลายทฤษฎี ดังนี้ คือ

1. ทฤษฎีอิงตัวแบบของ Horowitz (1997) ในการปรับตัวต่อสิ่งตึงเครียด Horowitz ได้แบ่งการปรับตัวออกเป็น 4 ขั้นตอน (Stages) คือ

1.1 ร้องไห้คร่ำครวญ (Outcry): ผู้ป่วยรู้สึกว่าการที่เกิดขึ้นไม่เป็นความจริง

1.2 การครุ่นคิดและปฏิเสธ (Intrusion and denial): ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวดแต่บอกรายอาจมีการลืมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

1.3 การทำให้ผ่านพ้น (Working through): ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเนื่องจากสามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ได้

1.4 การเสร็จสมบูรณ์ (Completion): ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำหน้าที่ได้ดังเดิม ในผู้ป่วย Adjustment disorders ขบวนการปรับตัวดังกล่าวไม่สามารถดำเนินมาจนถึงขั้นนี้ได้ จึงทำให้เกิดการท่วมท้นทางจิตใจ (Psychic overload) จนไม่สามารถปรับตัวได้

2. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory): Sigmund Freud เชื่อว่าปัจจัยปรุงแต่ง (Constitutional factor) มีผลอย่างมากต่อการเกิด Adjustment disorders โดยสิ่งตึงเครียด (Stressor) เป็นสาเหตุของการก่อให้เกิดการตรึงแน่น (Fixation) จึงทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ สำหรับ Winnicott ได้กล่าวถึง Good - enough mother ว่าบทบาทของมารดาและสภาพแวดล้อมของการเลี้ยงดูในวัยเด็กมีผลอย่างมากต่อความสามารถในการเผชิญกับสิ่งตึงเครียดของบุคคลนั้น เมื่อเป็นผู้ใหญ่ การขาด Good - enough mother ของผู้ป่วย Adjustment disorders เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการปรับตัวผิดปกติเมื่อเผชิญกับสิ่งตึงเครียด

3. ทฤษฎีจิตพลศาสตร์ (Psychodynamic theory): การขาดบิดา มารดาในวัยเด็ก ก่อให้เกิด Personality disorders หรือ Organic impairment ทำให้บุคคลนั้นมีความเปราะบาง (Vulnerable) ในการป่วยเป็น Adjustment disorders

ลักษณะอาการและการวินิจฉัยโรค (Clinical features and diagnosis)

Adjustment Disorders เป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์หรือพฤติกรรมที่มีต่อสิ่งตึงเครียด (stressor) ภายใน 3 เดือนนับตั้งแต่ประสบการณ์สิ่งตึงเครียดนั้น ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นมีทั้งความทุกข์ทรมานใจเกินควรและ/ หรือการเสื่อมเสียหน้าที่ในด้านสังคมหรือด้านอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นคงอยู่นานไม่เกิน 6 เดือน หลังจากสิ่งตึงเครียดหมดไป

ผู้ป่วยไม่ควรได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็น Adjustment disorders หากอาการดังกล่าวหรืออาการอื่นๆ ของผู้ป่วยเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสำหรับโรคอื่นๆ ในแกนที่ 1 (Axis I) ผู้รักษาอาจวินิจฉัยโรคว่าผู้ป่วยเป็น Adjustment disorders ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคในแกนที่ 2 (Axis II) เช่น Personality disorders หรือ Developmental disorders แต่ต้องมีหลักฐาน

ที่ชัดเจนว่าลักษณะอาการของ Adjustment disorders ที่เกิดขึ้นไม่ใช่ลักษณะของ Personality disorders หรือ Developmental disorders เกี่ยวกับรายละเอียดของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสำหรับ Adjustment disorders

ตาม DSM - IV นั้น Adjustment disorders ได้ถูกแบ่งเป็น 6 ชนิดย่อย (Subtypes) ตามอาการที่แสดงออกโดย 3 ชนิดย่อยแรกในวินิจฉัยในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้อย่างชัดเจน คือ Depressed mood, Anxious mood และ Disturbance of conduct ในอีก 2 ชนิดย่อย ใช้วินิจฉัยในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกผสมผสานกัน คือ Mixed anxiety and Depressed mood, Mixed disturbance of emotion and conduct สำหรับชนิดย่อยสุดท้าย คือ Not otherwise specified ใช้วินิจฉัยในกรณีที่อาการของผู้ป่วยเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสำหรับ Adjustment disorders แต่ไม่เข้ากับ 5 ชนิดย่อยดังกล่าวมาแล้ว สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับชนิดย่อยของ Adjustment disorders

แม้ว่าพฤติกรรมอัตวินิบาตกรรมสามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วย Adjustment disorders แต่ Adjustment disorders with suicidal behavior ไม่ได้ถูกจัดให้เป็นชนิดย่อยชนิดหนึ่งของ Adjustment disorders เนื่องจากหลายท่านมีความเห็นว่าพฤติกรรมอัตวินิบาตกรรมควรได้รับการประเมินอย่างจริงจังและอย่างเป็นระบบในผู้ป่วย Adjustment disorders ทุกราย

การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค (Course and prognosis)

โดยภาพรวมแล้ว Adjustment disorders จัดว่าเป็นโรคหนึ่งที่มีการพยากรณ์โรคดี หลังจากได้รับการรักษาที่เหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถกลับไปทำหน้าที่ดังเดิมภายใน 3 เดือน

จากการติดตามผลการรักษาของ Andreasen และ Hoenk (1982) พบว่า ผลภายหลัง (Outcome) ของผู้ป่วยส่วนใหญ่ค่อนข้างดี แต่มีความแตกต่างกันบ้างระหว่างผู้ป่วย ผู้ใหญ่และผู้ป่วยวัยรุ่นดังนี้ คือ

1. ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ ร้อยละ 71 สามารถหายเป็นปกติ ร้อยละ 8 ยังมีอาการเป็นครั้งคราว และร้อยละ 21 มีโรคทางจิตเวชรุนแรง (Major psychiatric disorders) ตามมา เช่น Substance-related disorders

2. ในผู้ป่วยวัยรุ่น ร้อยละ 44 สามารถหายเป็นปกติ ร้อยละ 13 มีโรคทางจิตเวชเป็นครั้งคราว และร้อยละ 43 มีโรคทางจิตเวชรุนแรง (Major psychiatric disorders) ตามมา เช่น Major depression, Schizophrenia, Substance abuse, Personality disorder สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวช ตามมาพบว่า การป่วยเป็น Adjustment disorders อย่างเรื้อรังและการมีอาการทางพฤติกรรม (Behavioral symptoms) เป็นตัวบ่งชี้ (Predictors) ที่ดีที่สุดว่าจะเกิดโรคทางจิตเวชรุนแรงตามมา

การรักษา (Treatment)

ก่อนเริ่มการรักษา ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินดังต่อไปนี้ คือ

1. ลักษณะ (Nature) และความรุนแรง (Severity) ของอารมณ์หรือพฤติกรรมที่แปรปรวน

2. ความรุนแรง (Severity) ความยาวนาน (Duration) และความหมาย (Meaning) ของสิ่งตึงเครียด (Stressor) ที่กระตุ้นผู้ป่วย

3. ระดับของความเปราะบาง (Vulnerability) และความสามารถของผู้ป่วยก่อนป่วยเป็น Adjustment disorders

หลักทั่วไปในการรักษา Adjustment disorders

1. พยายามลดอาการที่เกิดขึ้นและช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวสู่สภาพเดิมก่อนป่วย
2. ช่วยผู้ป่วยสร้างกลไกการป้องกันตนเองที่ดี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะมีการป่วยซ้ำ (Recurrence)

การรักษาจิตสังคม (Psychosocial treatments) เป็นการรักษาหลักของผู้ป่วย Adjustment disorders แม้ว่าโดยความหมายแล้ว อาการของผู้ป่วย Adjustment disorders จะหายได้เองภายใน 6 เดือนหลังจากที่สิ่งตึงเครียดหมดไป แต่การที่สิ่งตึงเครียดเดียวกันไม่ก่อให้เกิด Adjustment disorders ในคนทุกคน และอาการที่เกิดขึ้นจัดว่าเป็นลักษณะของการมีพยาธิสภาพ (Pathological) ของจิตใจ ผู้ป่วยทุกรายจึงควรได้รับการทำจิตบำบัด (Psychotherapy) เพื่อช่วยให้มีการปรับตัวดีขึ้น นอกจากนี้ จิตบำบัดยังเป็นการจัดการป้องกัน (Preventive intervention) การป่วยซ้ำ (Recurrence) อีกด้วย การรักษาทางจิตสังคมสำหรับ Adjustment disorders มีดังนี้ คือ

1. จิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy): จิตบำบัดชนิดนี้เป็นการรักษาที่ใช้บ่อยที่สุด ตัวอย่างของการรักษาในลักษณะนี้ คือ Brief psychodynamic psychotherapy ซึ่งผู้รักษาจะพยายามหาความหมายของการป่วย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรื่องของความขัดแย้งที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข (Unresolved conflicts) การมองภาพตนเองในแง่ลบ (Negative self - image) ประสบการณ์ที่สะเทือนใจในวัยเด็ก (Earlier traumatic experiences) และความไม่พอเพียงของพัฒนาการ (Developmental inadequacies) เทคนิคที่นิยมใช้ในการรักษา คือ จิตบำบัดแบบประคับประคองและแสดงออก (Supportive and expressive psychotherapy)

2. ครอบครัวบำบัด (Family therapy): การรักษาชนิดนี้ไม่ได้เน้นที่ตัวผู้ป่วยเพียงคนเดียว แต่จะมองผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยว่าเป็นระบบ (System) หนึ่ง วิธีการนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วย Adjustment disorders ที่เผชิญกับสิ่งตึงเครียดซึ่งเกี่ยวข้องกับวิกฤตการณ์ในช่วยพัฒนาการ (Developmental crisis) เช่น การคลอดบุตร การแต่งงาน การเกษียณอายุ และการสูญเสียสิ่งที่รัก

3. การแทรกแซงวิกฤตการณ์ (Crisis intervention): การรักษาโดยวิธีนี้มีจุดประสงค์หลักคือ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขสถานการณ์ให้ผ่านพ้นโดยเร็วที่สุด เทคนิคที่ใช้บ่อยในการประคับประคอง (Supportive techniques) คือ การแนะนำ (Suggestion) การให้ความมั่นใจ (Reassurance) การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม (Environmental modification) หรือแม้แต่การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization) ในกรณีที่เป็น การรักษาโดยวิธีนี้มีความยืดหยุ่น (Flexibility) ความถี่ (Frequency) และระยะเวลา (Duration) ที่ผู้รักษาจะพบผู้ป่วยอาจแตกต่างกันได้มาก ในผู้ป่วยแต่ละราย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ผู้รักษาอาจพบผู้ป่วยวันละครั้งหรือ 2 - 3 วันต่อครั้งก็ได้

4. กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Self -help group): การรักษาโดยวิธีนี้จะกระทำโดยให้ผู้ประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันมารวมกลุ่มกัน โดยไม่มีผู้รักษาแบบมืออาชีพ (Professional) เข้าร่วมกลุ่ม การเปิดเผยเรื่องราวของตนให้สมาชิกอื่นทราบสามารถทำให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าเรื่องราวและอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดเฉพาะผู้ป่วยคนเดียว (อย่างที่ผู้ป่วยเข้าใจ) หรือผู้ป่วยไม่ได้เป็นบ้าอย่างที่คิดไว้ สมาชิกในกลุ่มสามารถพูดหรือระบายความไม่สบายใจโดยไม่ต้องกลัวว่าจะกระทบ

ต่อครอบครัวหรือเพื่อน นอกจากนี้ กลุ่มยังมีการแลกเปลี่ยนคำแนะนำและวิธีการที่แก้ปัญหา รวมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

5. พฤติกรรมบำบัดรายบุคคล (Individual behavioral therapy): การรักษาโดยวิธีนี้แตกต่างจากจิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy) ทั้งในแง่ทฤษฎีและเทคนิค โดยวิธีการนี้ ปัญหาของผู้ป่วยจะถูกมองว่าเป็น “กระบวนการของการตอบสนองต่อเหตุการณ์แบบผิดปกติที่กระทำเป็นประจำ (Habitually dysfunctional patterns of responding to situations)” เป้าหมายของการรักษาวิธีนี้ คือการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการตอบสนอง เช่น การเป็นตัวแบบ (Modeling) การให้การแนะนำ (Coaching) การเสนอความเห็นแบบการสอน (Didactic presentation) การจัดลำดับของแรงเสริม (Reinforcement schedule) การรักษาวิธีนี้จึงเหมาะสำหรับผู้ป่วย Adjustment disorders with Disturbance of conduct เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องการควบคุมความตลใจ (Impulse control)

การใช้ยาก็มีประโยชน์เช่นกัน แต่ผู้รักษาควรใช้เท่าที่จำเป็นเท่านั้น การใช้ยาควรใช้เพียงช่วงสั้น ๆ และให้ในขนาดที่ต่ำที่สุดเท่าที่จะให้ผลในการรักษา ชนิดของยี่ห้อให้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย เช่น การให้ยารักษาวิตกกังวล (Anxiety medications) ในผู้ป่วย Adjustment disorders with Anxious mood การใช้ยารักษาซึมเศร้า (Antidepressants) ในผู้ป่วย Adjustment disorders with depressed mood อย่างไรก็ตาม ผู้รักษาควรคำนึงไว้เสมอว่าการใช้ยาเป็นเพียงการรักษาเสริม (Adjuvant treatment) อาจใช้ร่วมไปกับการทำจิตบำบัด (Psychotherapy) ซึ่งเป็นการรักษาหลัก

การสูญเสียของมหาชน (Mass grief)

นอกจากความเศร้าโศกจากการสูญเสียทั้งแบบปกติและที่ผิดปกติดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ยังมีความเศร้าโศกจากการสูญเสียอีกประเภทหนึ่งคือการสูญเสียของมหาชน (Mass grief/ Mourning sickness) เป็นปรากฏการณ์ความโศกเศร้าที่เกิดขึ้นร่วมกันของคนในสังคม ซึ่งเกิดจาก Public trauma หรือการเสียชีวิตของบุคคลสำคัญหรือมีชื่อเสียงในสังคม

โดยทั่วไปแล้ว Mass grief จะเกิดขึ้นได้ เมื่อมีองค์ประกอบ 3 ปัจจัย (นันทวัช สิริธรรักษ์ และคณะ, 2558) ได้แก่

1. ความเกี่ยวข้องของผู้คนในสังคม/ ชุมชน กับเหตุการณ์ความสูญเสีย (Human connection to the event)
2. ความเกี่ยวข้องระดับบุคคลกับเหตุการณ์ความสูญเสีย (Personal connection to the event)
3. เมื่อความคุ้นเคย กลายเป็นความไม่คุ้นเคย (When the familiar becomes unfamiliar)

ในแต่ละองค์ประกอบ สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ความเกี่ยวข้องของคนในสังคมหรือชุมชนกับเหตุการณ์ความสูญเสีย (Human connection to the event) กล่าวคือ คนทั่วไปในสังคมที่อาจจะไม่ได้มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับ

ความสูญเสีย หรือโศกนาฏกรรม อาจเกิดความเศร้าโศกเป็นอย่างมากได้เมื่อบุคคลเกิดความคิดที่ว่า เหตุการณ์นี้อาจเกิดขึ้นกับบุคคลอื่นเป็นที่รักของตนเอง หรืออาจเกิดขึ้นกับตัวเองก็เป็นได้ หรืออาจจะ เป็นโศกนาฏกรรมหรือความสูญเสียในสังคมที่กระตุ้นความทรงจำของตัวบุคคลเกี่ยวกับประสบการณ์ ความสูญเสียที่เคยเกิดขึ้นในอดีต หรืออาจกล่าวได้ว่า องค์ประกอบข้อนี้เกี่ยวข้องกับ การเชื่อมโยง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเข้ากับประสบการณ์ส่วนบุคคล

2. ความเกี่ยวข้องระดับบุคคลกับเหตุการณ์ความสูญเสีย (Personal connection to the event) กล่าวคือ ความเกี่ยวข้องระดับตัวบุคคลกับโศกนาฏกรรมหรือความสูญเสียที่เกิดขึ้นนั้น นับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเกิดภาวะความเศร้าโศกร่วมของมหาชน ความเกี่ยวข้องระดับ ตัวบุคคลกับความสูญเสีย เช่น ผู้เสียชีวิตอาจเป็นผู้ที่บุคคลนั้นรู้จักหรือไม่รู้จัก แต่เมื่อเกิดเหตุการณ์ อันเป็นที่น่าสะเทือนใจขึ้นมาแล้ว ผู้คนในสังคมอาจจะได้รู้จักผู้เสียชีวิตหรือเรื่องราวประวัติ ของผู้เสียชีวิต แล้วเกิดความรู้สึกเชื่อมโยงกันขึ้นมา ทำให้รู้สึกเศร้าสะเทือนใจ

3. เมื่อความคุ้นเคยกลายเป็นความไม่คุ้นเคย (When the familiar becomes unfamiliar) กล่าวคือ ระดับความรุนแรงของความเศร้าโศกของมหาชนส่วนหนึ่งนั้น ขึ้นอยู่กับ ธรรมชาติหรือลักษณะของเหตุโศกนาฏกรรมหรือความสูญเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่น่าเชื่อว่า จะเกิดขึ้น หรือไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน

1. กระบวนการทางจิตใจที่มีต่อความโศกเศร้าของมหาชน

เมื่อประสบกับความสูญเสียหรือได้รับข่าวร้าย บุคคลจะผ่านกระบวนการทางจิตใจ 5 ระยะ (Kübler-Ross, 1969) ได้แก่ ระยะปฏิเสธ (Denial) ระยะโกรธ (Anger) ระยะต่อรอง (Bargaining) ระยะสิ้นหวัง เศร้าหดหู่ (Depression) และระยะยอมรับและเข้าใจ (Acceptance) นอกจากนี้ ในกรณีที่ความสูญเสียนั้นไม่ใช่ความสูญเสียในระดับบุคคล แต่เป็นความสูญเสียของ มหาชนหรือความสูญเสียในระดับชาติ ผู้ที่เผชิญกับความสูญเสียก็ต้องผ่านกระบวนการทางจิตใจทั้ง 5 ระยะเช่นกัน รายละเอียดกระบวนการทางจิตใจในแต่ละขั้นสามารถจำแนกได้ดังนี้ (Casslerly, 2011)

1.1 ระยะปฏิเสธ (Denial)

หลังจากที่ได้รับข่าวร้ายหรือได้รับทราบข่าวเกี่ยวกับความสูญเสียที่เกิดขึ้น ปฏิกริยาแรกที่เกิดขึ้นคือ อากาการตกใจ ปฏิเสธ และไม่ยอมรับความจริง ไม่ว่าจะความสูญเสียนั้น เป็นความสูญเสียระดับชาติ หรือเป็นความสูญเสียร่วมกันของคนในสังคม คนมักจะมีความคิดที่ว่า “สิ่งนี้เกิดขึ้นจริงหรือ” หรือ “ไม่อยากจะเชื่อว่าสิ่งนี้เกิดขึ้น” หรือ “เหตุการณ์นี้ไม่ควรจะเกิดขึ้น” ระยะนี้ถือเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการทางจิตใจที่มีต่อความสูญเสีย ซึ่งเป็นกระบวนการทางจิตใจ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเพื่อรับมือกับภาวะอารมณ์ที่ท่วมท้นและรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อความสูญเสีย หรือโศกนาฏกรรม แม้ว่าความสูญเสีย เช่น ความตายของบุคคลสำคัญ จะเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หรือเป็นสิ่งที่ได้คาดการณ์ไว้แล้วล่วงหน้า แต่ก็อาจทำให้ผู้รับข่าวสารหรือผู้คนในสังคมเกิดความรู้สึก งุนงง (Stunned) และมึนชา (Numbness) ขึ้น ซึ่งภาวะนี้อาจเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้น ๆ หรือคงอยู่ หลายวัน โดย Axelrod (2016) ได้ให้ความเห็นว่า ระยะนี้เป็นการตอบสนองที่เกิดขึ้นชั่วคราว เพื่อช่วยให้ผู้ที่ประสบกับความสูญเสียรับมือได้กับความเจ็บปวดทางจิตใจที่เกิดขึ้นในระยะแรก

1.2 ระยะโกรธ (Anger)

เมื่อผ่านระยะปฏิเสธหรือไม่ยอมรับความจริงเกี่ยวกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นแล้ว ระยะต่อมาจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกคับข้องใจ หงุดหงิด และ โกรธ ซึ่งอาจเป็นการโกรธตนเอง สิ่งของ สถานการณ์ หรือคนอื่น ๆ ตามหลักเหตุและผล ผู้สูญเสียทราบดีว่าตนไม่สามารถโกรธ หรือโทษผู้เสียชีวิตที่จากไปได้ แต่ในทางอารมณ์ บางคนอาจจะโกรธผู้เสียชีวิตเนื่องจากรู้สึกถูกทอดทิ้ง หรือทำให้ตนโศกเศร้า ซึ่งอาจก่อให้เกิดความรู้สึกผิดตามมาได้ ซึ่งอาจจะทำให้อารมณ์ความรู้สึกที่มี แยกไปอีก คนที่อยู่ในระยะนี้มักจะมีคำถามว่า “ทำไมสิ่งเหล่านี้ต้องเกิดขึ้น” อาจมีการโทษโชคชะตา โทษตนเอง หรือโทษผู้อื่นเกี่ยวกับความสูญเสียที่เกิดขึ้น ผู้ที่อยู่ในระยะนี้ อาจมีความยากลำบาก ที่จะผ่อนคลายตนเอง สมาธิไม่ดี มีปัญหาเรื่องการนอน อาจมีการฝันเห็นภาพหรือได้ยินเสียงบุคคล ที่เสียชีวิตไป ทั้งนี้ ก่อนเข้าสู่ระยะโกรธ ผู้ที่เผชิญกับความสูญเสียอาจมีอาการวุ่น (Agitation) ระยะหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีอาการวิตกหาผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วร่วมด้วย

1.3 ระยะต่อรอง (Bargaining)

การต่อรองเป็นการตอบสนองปกติที่เกิดขึ้นต่อผู้ที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก ที่มีความเปราะบางและไม่สามารถทำอะไรได้ แต่ยังมีความต้องการที่จะรู้สึกว่าตนสามารถควบคุม หรือต่อรองอะไรได้บ้าง ผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจจะมีการต่อรองกับพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เช่น กรณีย ที่บุคคลสำคัญของสังคมหรือชุมชนกำลังจะเสียชีวิต ผู้คนในสังคมอาจมีการอธิษฐานต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ตามความเชื่อว่า “หากเขาหาย ฉันจะทำตัวให้ดีขึ้น” หรือ “ถ้าเขาไม่เสียชีวิต ฉันจะทำบุญใหญ่” หรือในกรณีที่มีการเสียชีวิตเกิดขึ้นแล้ว ผู้ที่อยู่ในระยะนี้ อาจมีความคิด เช่น “ถ้าเขาได้รับการรักษา เร็วกว่านี้ เขาอาจจะไม่เสียชีวิต” หรือ “ถ้าเขาได้หมอมที่เก่งกว่านี้ เขาอาจจะไม่เสียชีวิต” หรือ “ถ้าเพียงแต่เราทำตัวดีกว่านี้ เหตุการณ์นี้คงไม่เกิดขึ้น”

1.4 ระยะสิ้นหวัง หดหู่ ซึมเศร้า (Depression)

บุคคลที่อยู่ในระยะนี้อาจมีอาการซึมเศร้า เคลื่อนไหวช้าลง ไม่มีแรงจูงใจที่จะ ทำสิ่งต่าง ๆ ถอยห่างจากสังคม มีปัญหาการนอน หดหู่ และอาจรู้สึกว่าไม่อยากมีชีวิตอยู่ ภาวะ อารมณ์เศร้านี้อาจจะเกิดจากปัญหาจริง ๆ ที่เกิดขึ้นจากความสูญเสีย เช่น งานศพ หรือการที่จะต้อง จัดการกับความเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้นในชีวิตตน หรือความกลัวเกี่ยวกับความไม่แน่นอน ที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้เสียชีวิตเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อคนในสังคม เป็นอย่างมาก ความซึมเศร้าอาจเกิดได้จากสาเหตุอีกประการหนึ่งคือเมื่อเริ่มจะยอมรับว่า ความสูญเสียนั้นเกิดขึ้นจริง ๆ ได้แล้ว แต่ยังมีความรู้สึกและอารมณ์ที่ผูกพันอยู่ (Emotional attachment) ผู้สูญเสียอาจจะมีการเฝ้าครุ่นคิดถึงความทรงจำที่มีเกี่ยวกับผู้ที่เสียชีวิต ระยะซึมเศร้านี้ เป็นระยะที่จำเป็นที่จะต้องเกิดขึ้นก่อนเข้าสู่ระยะยอมรับได้อย่างแท้จริงต่อไป

1.5 ระยะยอมรับความจริง (Acceptance)

ในระยะนี้ ผู้สูญเสียจะตระหนักและยอมรับได้ว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นเรื่องสากล และไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งในระยะยอมรับนี้ ผู้สูญเสียจะมีความรู้สึกหรืออารมณ์ ต่อการสูญเสียลดลง (Emotional detachment) สามารถพิจารณาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้มากขึ้น ตลอดจนจินตนาการต่ออนาคตได้อย่างมีจุดมุ่งหมายมากขึ้น (Objectivity) ผู้สูญเสียจะรู้สึกโศกเศร้า ต่อความสูญเสียที่เกิดขึ้นอยู่ชั่วระยะเวลาหนึ่ง แต่ท้ายที่สุดจะกลับมาเป็นตนเองและเริ่มชีวิตใหม่ (Reorganization)

จากการศึกษาของ Kubler - Ross (2014) พบว่าผู้สูญเสียไม่จำเป็นต้องเกิดปฏิกิริยา ในระยะต่าง ๆ ตามลำดับ และปฏิกิริยาอาจเกิดขึ้นสลับกันไปมาได้ แม้ว่ากระบวนการหรือปฏิกิริยา ทางจิตใจที่มีต่อความสูญเสียร่วมกันของคนในสังคม จะมีขั้นตอนเหมือนกับปฏิกิริยาต่อความสูญเสีย ในระดับบุคคล แต่บุคลากรด้านสุขภาพจิตอาจจะต้องให้ความสนใจและมีขั้นตอนการดูแลผู้เศร้าโศก ในรายละเอียดที่ต่างออกไป

2. แนวทางการจัดการกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย

ในการดูแลจัดการผู้ที่มีภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความโศกเศร้าที่ผิดปกติ ผู้บำบัดอาจใช้เทคนิคการบำบัดที่มีไว้สำหรับการจัดการกับภาวะเศร้าโศก จากความสูญเสียโดยเฉพาะ เช่น การบำบัดแบบ Complicated grief treatment (CGT) ที่เป็นการผสมผสานระหว่างการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) กับเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) ซึ่งการบำบัดแบบนี้ มีสององค์ประกอบ ได้แก่ การจัดการกับการรับมือกับความสูญเสีย และการฟื้นฟูสภาพจิตใจ จากการสูญเสีย (Zisook & Shear, 2009) หรืออาจใช้เทคนิคอื่น ๆ เช่น Exposure therapy ร่วมกับ Cognitive restructuring, Cognitive restructuring ร่วมกับ Exposure therapy หรือ Supportive counseling เป็นต้น

ทั้งนี้ ในผู้ที่มีความเศร้าโศกในระดับปกติ บุคลากรด้านการแพทย์ ก็ควรให้ความสำคัญและดูแล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า หรือความผิดปกติอื่น ๆ แนวทางการดูแล ผู้ที่มีภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียโดยทั่วไป มีผู้รวบรวมไว้ว่าในอันดับแรกนั้นจะต้องมีการสังเกต พฤติกรรมและปัจจัยแวดล้อมพื้นฐานของผู้สูญเสีย เพื่อประเมินว่าภาวะเศร้าโศกนั้นมากเกินปกติ หรือไม่ เป้าหมายหลักของการให้การดูแลคือการช่วยให้ผู้สูญเสียได้ระบายออกถึงความรู้สึก ทั้งการกระทำและคำพูด ซึ่งสิ่งนี้นอกจากจะเป็นการป้องกันความเศร้าโศกที่มากหรือยาวนาน เกินปกติแล้ว ยังช่วยให้ผู้สูญเสียได้ประคับประคองจิตใจ ลดความเศร้าโศก ยอมรับความเป็นจริง ที่เกิดขึ้น ตลอดจนแสวงหาความหมายของชีวิตและกลับสู่ภาวะปกติในการใช้ชีวิตได้ต่อไป

แนวทางการดูแลภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ยอมรับและเปิดโอกาสให้ได้มีการแสดงออกถึงความโศกเศร้าที่เกิดขึ้นจากการ สูญเสีย ให้การสนับสนุนทางใจ ให้กำลังใจ ฟังอย่างตั้งใจ รับฟังการระบายความรู้สึก อาจใช้การสัมผัส ร่วมด้วยและต้องหมั่นสังเกตการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรม เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิด จากความเศร้าโศก เช่น การทำร้ายตนเองหรือมีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต และเพื่อ ค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ (Abnormal grief)

2. ส่งเสริมให้คนรอบข้างช่วยดูแลสนับสนุนทางจิตใจต่อผู้สูญเสีย ให้แรงสนับสนุน ทางสังคม โดยกระตุ้นและส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดเข้าใจภาวะที่เกิดขึ้น และมีส่วนร่วมในการ ให้ความช่วยเหลือทั้งในแง่ของสภาพจิตใจและการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการใช้ชีวิตต่อไป โดยอาจจะต้องประเมินก่อนว่าใครในครอบครัวหรือบริบทแวดล้อมใดที่จะสามารถให้การดูแล และประคับประคองผู้ที่มีภาวะเศร้าโศกเป็นหลักได้

3. เอาใจใส่และดูแลสุขภาพทางกาย ดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และสุขอนามัยทั่วไป หลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาทรุนแรง หรือดื่มสุราเพื่อเผชิญกับการสูญเสีย

4. ส่งเสริมให้ผู้สูญเสียได้มีโอกาสไปเยี่ยมเคารพผู้ที่จากไป หรือประกอบพิธีทางศาสนา ตามความเชื่อส่วนบุคคล

5. ชี้ให้เห็นว่าไม่ควรยึดติดกับความโศกเศร้านานเกินไป ชี้ให้เห็นว่าทุกคนสามารถเกิดภาวะเศร้าโศกได้ ซึ่งความเศร้าโศกนี้มีมีลำดับขั้นและวงจรของมัน ทุกคนสามารถฟื้นคืนจากภาวะนี้ได้ พร้อมกับส่งเสริมให้วางเป้าหมายในการฟื้นฟูจิตใจเป็นขั้น ๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ปรับตัว และกลับเข้าสู่ภาวะปกติ หรือดำเนินชีวิตต่อไปได้ตามปกติ

สถานการณ์เกี่ยวกับความเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชน

1. เหตุการณ์การสูญเสียของบุคคลสำคัญระดับโลก

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่าความสูญเสียเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยากในชีวิตมนุษย์ แต่ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชนอาจจะเป็นปรากฏการณ์ที่ผู้คนไม่ค่อยคุ้นเคยกันนัก ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วความเศร้าโศกนี้ไม่ใช่เรื่องใหม่ ดังจะเห็นได้จากสารคดี หรือภาพข่าวจากเหตุการณ์การสูญเสียที่สำคัญต่าง ๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเทคโนโลยีทางการสื่อสารมีความก้าวหน้ามากขึ้น จึงเป็นเรื่องง่ายมากยิ่งขึ้นที่คนทั่วไปจะได้รับรู้เกี่ยวกับความเศร้าโศกของมหาชนที่เกิดจากความสูญเสียของบุคคลสำคัญในระดับโลก และได้รับผลกระทบทางจิตใจ แม้ว่าจะไม่รู้จักรับรู้กับผู้เสียชีวิตเป็นการส่วนตัวก็ตาม ในอดีตที่ผ่านมาได้มีการสูญเสียชีวิตของบุคคลสำคัญระดับโลก ที่ทำให้เกิดภาวะเศร้าโศกร่วมจากการสูญเสียของมหาชน อาทิ

1.1 การสิ้นพระชนม์ของเจ้าหญิงไดอาน่าจากอุบัติเหตุทางรถยนต์

เจ้าหญิงไดอาน่า พระมารดาของเจ้าชายวิลเลียมและเจ้าชายแฮร์รี รัชทายาทลำดับที่ 2 และ 3 ของราชวงศ์อังกฤษ ทรงอภิเษกสมรสกับเจ้าฟ้าชายชาร์ลส์แห่งเวลส์ในปี พ.ศ. 2524 ทรงสิ้นพระชนม์จากอุบัติเหตุเมื่อปี พ.ศ. 2540 ด้วยพระสิริโฉมและพระราชกรณียกิจที่งดงาม เช่น การอุทิศตนเพื่อผู้ป่วยโรคเอดส์ การให้ความช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส และโครงการต่อต้านกับระเบิด ทำให้พระองค์ได้รับความสนใจจากสื่อและเป็นที่ยรักของมหาชนทั่วโลก

เมื่อพระองค์ทรงหย่ากับเจ้าฟ้าชายชาร์ลส์เมื่อปี พ.ศ. 2539 สื่อมวลชนยิ่งเพิ่มความสนใจในความเป็นไป และต้องการเสนอข่าวเกี่ยวกับสองพระองค์ ในเวลาต่อมาเจ้าหญิงไดอาน่าได้พบรักกับ โดดี อัล ฟาเยด ลูกชายของมหาเศรษฐี โมฮัมหมัด อัล ฟาเยด เมื่อครั้งเจ้าหญิงไดอาน่าได้ไปพักร้อนกับครอบครัวฟาเยด ที่กรุงปารีสก็เกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝันขึ้น คือ เมื่อพระองค์ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์และเจ้าหญิงไดอาน่าได้สิ้นพระชนม์ในเวลาต่อมา พิธีศพของเจ้าหญิงไดอาน่าจัดขึ้นอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2540 ที่มหาวิหารเวสต์มินสเตอร์ กรุงลอนดอน โดยมีผู้รับชมการถ่ายทอดสดพิธีศพผ่านดาวเทียมมากกว่าหลายร้อยล้านคนทั่วโลก

การสิ้นพระชนม์อย่างกะทันหันของเจ้าหญิงซึ่งเป็นที่ยรักของคนทั่วโลก และเป็นที่ยกย่องของชาวสหราชอาณาจักร นำมาซึ่งความเศร้าโศกอย่างรุนแรงร่วมกันของมหาชน สื่อต่าง ๆ

ได้มีการนำเสนอข่าวและพระราชประวัติของเจ้าหญิงไดอาน่าอย่างต่อเนื่อง ยิ่งทำให้ผู้คนได้รู้จัก และผูกพันกับเจ้าหญิงมากขึ้น และแน่นอนว่าทำให้เกิดความโศกเศร้าเสียใจมากขึ้นด้วย

1.2 การถึงแก่อนิจกรรมของอดีตประธานาธิบดีสหรัฐอเมริกา John F. Kennedy
ประธานาธิบดีจอห์น เอฟ. เคนเนดี (John F. Kennedy) หรือ เรือเอก จอห์น ฟิตซ์เจอร์รัลด์ เคนเนดี หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า เจเอฟเค (JFK) เจ้าของวาทะอมตะ "จงอย่าถามว่า ประเทศชาติจะให้อะไรแก่ท่าน แต่จงถามตัวท่านเองว่าท่านจะทำอะไรให้ประเทศชาติ" ที่ปลูกฝังจิตสำนึกหน้าที่ความรับผิดชอบของพลเมืองเป็นอย่างมาก เจเอฟเค ดำรงตำแหน่งประธานาธิบดีคนที่ 35 ของสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นประธานาธิบดีที่หนุ่มที่สุด โดยได้ดำรงตำแหน่งเมื่ออายุเพียง 43 ปี และเป็นชาวคริสต์คนแรกที่ดำรงตำแหน่งยิ่งใหญ่นี้ เจเอฟเค บริหารประเทศด้วยพลังของคนหนุ่มมองโลกในแง่ดี เป็นผู้จัดตั้งองค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งสหรัฐอเมริกา หรือยูเอสเอเพื่อให้การสนับสนุนประเทศประชาธิปไตยในการป้องกันลัทธิคอมมิวนิสต์ (JFK library, 2016)

การเสียชีวิตอย่างกะทันหันจากการลอบสังหารของประธานาธิบดีผู้เป็นที่รักของชาวอเมริกันผู้นี้ ไม่เพียงแต่นำมาซึ่งความเศร้าโศกเสียใจอย่างมากของประชาชนชาวสหรัฐอเมริกาเท่านั้น แต่เหตุการณ์ดังกล่าว ยังถูกบางสื่อเรียกว่าเป็น “ความสูญเสียของคนทั้งโลก” อีกด้วย (CBS news, 2013) มาร์ติน ลูเธอร์คิง นักต่อสู้เพื่อสิทธิมนุษยชนกล่าวว่า การลอบสังหารอันนำมาซึ่งการสูญเสียชีวิตของเจเอฟเคนี้ เป็นเหตุการณ์ที่น่าตระหนกตกใจที่สุดเหตุการณ์หนึ่งในชีวิตของเขา และเขารู้สึกไม่อยากจะเชื่อว่าเรื่องนี้ได้เกิดขึ้นจริง เช่นเดียวกับอดีตประธานาธิบดีสหรัฐอเมริกาคนก่อน ๆ เช่น Harry Truma และ Dwight D. Eisenhower ที่ได้แสดงความเห็นว่าการณ์นี้เป็นสิ่งเลวร้ายที่สุดที่เกิดขึ้นกับชายหนุ่มที่มีความตั้งใจที่จะพัฒนาสิ่งต่าง ๆ ให้เปลี่ยนไปในทางที่ดี อาจกล่าวว่า ในมุมมองของคนอเมริกัน การสูญเสียครั้งนี้เปรียบได้กับการสูญเสียของคนทั้งชาติ (Kitch, 2002)

นอกจากในสหรัฐอเมริกาแล้ว ผู้คนในประเทศอื่น ๆ ก็ต่างรู้สึกเศร้าโศกกับการจากไปของประธานาธิบดี เจเอฟเค เช่นกัน ดังตัวอย่างเช่น ในประเทศฝรั่งเศส มีรายงานว่าผู้คนในกรุงปารีสมีความคิด และความรู้สึกที่ไม่อยากจะเชื่อว่าเรื่องนี้เกิดขึ้นจริง ในเมืองเบอร์ลิน ประเทศเยอรมันนี ผู้คนต่างตกอยู่ในความรู้สึกเศร้าโศก โดยมีความรู้สึกที่ว่าพวกเขาสูญเสียเพื่อนที่ดีที่สุดและเพื่อนที่เข้มแข็งที่สุดไป อีกทั้งในประเทศต่าง ๆ ยังได้มีการจัดกิจกรรมเพื่อแสดงความระลึกถึง แสดงความเสียใจ และแสดงความอาลัยให้กับการจากไปของประธานาธิบดี เจเอฟเค กล่าวคือ ในอิตาลี ได้มีการร่วมลงชื่อแสดงความอาลัยต่อการจากไปของเจเอฟเค ในเยอรมันนี ชาวเยอรมันได้มีการรวมตัวกันเพื่อฉายไฟจากกระบอกไฟฉายเพื่อแสดงความอาลัย ในประเทศอังกฤษ พระราชินีเอลิซาเบธ ทรงตรัสว่าพระองค์ทรงรู้สึกเสียใจเป็นอย่างมากกับการสูญเสียที่น่าสะเทือนใจในครั้งนี้ และในเมืองดับลิน ประเทศไอร์แลนด์ ประชาชนมีความรู้สึกต่อการสูญเสียในครั้งนี้ว่าเป็นการสูญเสียในระดับบุคคล และพวกเขา รู้สึกทราบดีกับลูกชายของเพื่อนบ้านของเขาเสียชีวิต จะเห็นได้ว่าการสูญเสียผู้นำในประเทศสหรัฐอเมริกาส่งผลกระทบต่อขั้วโลกมายังคนในทวีปยุโรปด้วย

2. เหตุการณ์สูญเสียของมหาชนในประเทศไทย

ในอดีตประเทศไทยเคยได้เผชิญการสูญเสียบุคคลสำคัญของชาติอันนำมาซึ่งความเศร้าโศกเสียใจของมหาชนมาแล้วหลายครั้ง ประกอบกับการที่ประชาชนคนไทยมีความผูกพันกับสถาบันกษัตริย์มาอย่างยาวนาน การสูญเสียเจ้านายเชื้อพระวงศ์หรือองค์พระมหากษัตริย์ที่ผ่านมาในอดีต ล้วนแต่นำมาซึ่งความโศกเศร้าอย่างหาที่เปรียบไม่ได้ของปวงชนชาวไทย เหตุการณ์การสูญเสียครั้งสำคัญ ๆ ในอดีตมีดังต่อไปนี้

2.1 การเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พระมหากษัตริย์รัชกาลที่ 5 แห่งราชวงศ์จักรี

พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงเป็นพระมหากษัตริย์ รัชกาลที่ 5 แห่งราชวงศ์จักรีมีพระนามเดิมว่า "เจ้าฟ้าจุฬาลงกรณ์" เป็นพระราชโอรสในพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 4 กับสมเด็จพระเทพศิรินทราบรมราชินี (สมเด็จพระนางรำเพยภมราภิรมย์) พระราชสมภพเมื่อวันอังคาร เดือน 10 แรม 3 ค่ำ ที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2396 ทรงครองราชย์สมบัติ 42 ปี ก่อนที่จะเสด็จสวรรคตด้วยโรคพระวัณโรค (ไต) เมื่อวันที่ 23 ตุลาคม 2453 ขณะทรงพระชนมายุได้ 53 พรรษา พระองค์ทรงมีพระราชสมัญญานามอีกสองอย่างคือพระพุทธเจ้าหลวง และพระปิยมหาราช

พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ทรงดำเนินพระราชกรณียกิจที่สำคัญและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาประเทศไทยหรือสยามประเทศในขณะนั้นอย่างมากมาย เช่น การทำนุบำรุงบ้านเมือง การบริหารงานส่วนภูมิภาค การเลิกทาส การออกกฎหมาย การแก้ไขขนบธรรมเนียมประเพณีไทย การทหาร การสงคราม การศาสนา และการศึกษา

จากหนังสือ “ประวัติต้นรัชกาลที่ 6” พระราชนิพนธ์ในพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว พบหลักฐานที่บ่งบอกว่าความเศร้าโศกของมหาชนในขณะนั้นมีมากเพียงใด ความว่า “เมื่อมีการอัญเชิญพระบรมศพขึ้นประดิษฐานบนพระที่นั่งดุสิตมหาปราสาท ภายในพระบรมมหาราชวัง และนิมนต์พระสงฆ์ขึ้นสดับปกรณ์ตามประเพณี พระราชาคณะชั้นผู้ใหญ่ก็ไม่สามารถกลั้นความเศร้าโศกอาลัยไว้ได้”

“สมเด็จพระมหาสมณเจ้า (ซึ่งเวลานั้นดำรงพระยศเป็นกรมหลวงวชิรญาณวรโรรส) ตรัสกับฉันพระสุรเสียงเครือและสะอื่น เสด็จกรมหมื่นชินวรสิริวัฒน์ (ซึ่งเวลานั้นดำรงพระยศเป็นพระองค์เจ้าพระสถาพรพิริยพรต) ทรงสวดไม่ใคร่จะออก สมเด็จพระวันรัตน์ (ชิต) วัดมหาธาตุเสียงเครือจวน ๆ จะเอาไม่อยู่ สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ฤทธิ) วัดอรุณสวตพลงน้ำตาไหลพลงและสะอื่นด้วย และสมเด็จพระวันรัตน์ (จ่าย ซึ่งเวลานั้นเป็นพระธรรมวโรดม) วัดเบญจมบพิตรร้องไห้อย่างคน ๆ ที่เดียว”

จากบทสัมภาษณ์หม่อมเจ้าจงจิตรถนอม ดิสกุล ระบุว่ายาม่าวันที่ 23 ตุลาคม กระบวนแห่พระบรมศพซึ่งทรงพระยานมาศสามลำคาน เริ่มเคลื่อนจากหน้าพระที่นั่งอัมพรสถาน พระราชวังดุสิต โดยมีทหารบกยิงปืนใหญ่หน้าทีละนัด จนกระบวนถึงพระบรมมหาราชวังระหว่างอัญเชิญพระบรมศพนั้นฝนตกลงมาตลอด

"... พวกราษฎรเอาเสื้อไปปูนั้งกินเป็นแถวตลอดสองข้างทาง จะหาหน้าใครที่มีแม่แต่ยิ้มก็ไม่มีสักผู้เดียว ทุกคนมีแต่ค่าน้ำตาไหลอย่างตลกอกตลกใจด้วยไม่เคยรู้ส อากาศมืดครึ้ม

มีหมอกขาวลงจัดเกือบถึงหัวคนเดินทั่วไป ผู้ใหญ่เขาบอกว่า นี่แหละคือหมอกชุมเกตุ ที่ในตำราเขากล่าวถึงว่า มักจะมีในเวลาที่มีเหตุใหญ่ ๆ เกิดขึ้น ไม่ช้าก็ได้ยินเสียงปืนในกระบวน เสียงเย็นใสจับใจมาแต่ไกล ๆ แล้วได้ยินเสียงกลองรับเป็นจังหวะใกล้เข้ามา ๆ ในความมืดเงียบสงัด ที่มีดเพราะต้องตัดสายไฟฟ้าบางตอนให้พระบรมโกศผ่านได้ และที่เงียบก็เพราะไม่มีใครพูดจากรู้ว่าอะไร ... เหลียวไปดูทางอื่นเห็นแต่แสงไฟจากเทียนที่จุดถวายสักการะอยู่ข้างถนนแฉับ ๆ ไปตลอด ในแสงเทียนนั้น มีแต่หน้าเศร้า ๆ หรือปิดหน้าอยู่ เราหมอบลงกราบกับพื้นปฐพี พอเงยหน้าก็เห็นทหารที่ยืนถือปืนเอาปลายลงดิน ก้มหน้าลงบนปืนอยู่ข้างหน้าเราเป็นระยะทางไปตลอดสองข้างถนนนั้น น้ำตาของเขากำลังหยดลงแปะ ๆ อยู่บนหลังมือของเขาเอง ทหารผู้อยู่ในยูนิฟอร์มอันแสดงว่ากล้าหาญ ยิ่งร้องไห้เพราะเสียตายประมุขอันเลิศของเขา เสด็จพ่อตรัสเล่าว่า ได้โทรเลขไปตามหัวเมืองให้ระวังเหตุการณ์ในตอนเปลี่ยนแผ่นดิน ได้ตอบมาทุกทางว่า ภายในเจ็ดวันแต่วันสวรรคตนั้น ไม่มีเหตุการณ์โจรผู้ร้ายเกิดขึ้นเลยสักแห่งเดียวในพระราชอาณาจักร ฉะนั้นจึงจะต้องเข้าใจว่า แม้แต่โจรก็ยังเสียใจหรือตกใจในการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระพุทธเจ้าหลวง พระปิยมหาราชของเรา..."

2.2 การเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล พระอัฐมรามาธิบดินทร พระมหากษัตริย์รัชกาลที่ 8 แห่งราชวงศ์จักรี

พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล เป็นพระโอรสในสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก (กรมหลวงสงขลานครินทร์) กับสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เสด็จพระราชสมภพเมื่อวันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2468 ณ เมืองไฮเดลเบิร์ก ประเทศเยอรมนี พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดลเสด็จนิวัตกลับประเทศไทยเป็นครั้งแรกหลังจากเสด็จขึ้นครองราชย์ เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2481 ซึ่งขณะนั้นมีพระชนมายุได้ 13 พรรษา พร้อมด้วยสมเด็จพระบรมราชชนนี สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ และสมเด็จพระอนุชาธิราช ตลอดระยะเวลาที่ทรงประทับอยู่ในประเทศไทย พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล และพระราชอนุชา ได้ทรงออกเยี่ยมราษฎรในที่ต่าง ๆ หลายแห่ง ก่อนที่จะเสด็จกลับไปศึกษาต่อที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์

จากนั้น พระองค์ทรงเสด็จนิวัตกลับประเทศไทยอีกครั้ง โดยเสด็จถึงกรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ ๕ ธันวาคม พ.ศ. 2488 ขณะมีพระชนมายุได้ 21 พรรษา ซึ่งถือว่าทรงบรรลุนิติภาวะแล้ว เดิมทรงตั้งพระราชหฤทัยจะประทับอยู่ในเมืองไทยเพียง 1 เดือน จากนั้นจะเสด็จพระราชดำเนินกลับสวิตเซอร์แลนด์ เพื่อให้ทันการเปิดภาคเรียนในกลางเดือนมกราคม แต่เนื่องจากมีพระราชกรณียกิจในฐานะประมุขของประเทศซึ่งเป็นเรื่องจำเป็นของชาติและพสกนิกร ทำให้ทรงเลื่อนเวลาที่เสด็จพระราชดำเนินกลับสวิตเซอร์แลนด์ออกไปวันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2489

พระราชภารกิจของพระองค์ เริ่มตั้งแต่เสด็จออกรับการตรวจพลสวนสนามของฝ่ายพันธมิตรในประเทศไทยพร้อมด้วยแม่ทัพใหญ่ของอังกฤษ ก่อนหน้านั้นฐานะของประเทศไทยไม่ค่อยสู้ดีนัก เนื่องจากในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 ประเทศไทยตกอยู่ในภาวะจำยอมที่ต้องให้ความร่วมมือกับกองทัพญี่ปุ่นซึ่งเป็นฝ่ายอักษะ ทำให้เมื่อสงครามสงบแล้ว มีประเทศพันธมิตรหลายชาติไม่พอใจและถือโอกาสข่มขู่ไทย พระราชกรณียกิจของพระองค์ในครั้งนี้จึงส่งผลให้ภาพพจน์และฐานะของประเทศเป็นที่ยอมรับแก่ประเทศทางตะวันตกที่เป็นฝ่ายพันธมิตร พระราชภารกิจอีกประการหนึ่งที่สำคัญ คือ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดลได้ทรงพระราชทาน

พระราชวินิจฉัยรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ที่รัฐสภาได้ร่างขึ้น พร้อมกับได้ทรงลงพระปรมาภิไธย และได้พระราชทานรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับวันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2489

พระราชกรณียกิจที่สำคัญของพระองค์ยังมีอีกมากมาย อาทิ พระราชกรณียกิจด้านการทำนุบำรุงพระศาสนา การเสด็จออกไปเยี่ยมเยียนและทอดพระเนตรทุกข์สุขของพสกนิกรทั้งในกรุงเทพฯ และจังหวัดใกล้เคียง โดยพระราชกรณียกิจครั้งสุดท้ายที่ทรงปฏิบัติ คือ ทรงหว่านข้าวลงในแปลงนาด้วยพระองค์เอง เพื่อเป็นการบำรุงขวัญและเป็นสิริมงคลแก่ชาวนาไทย เมื่อคราวเสด็จพระราชดำเนินเยี่ยมชมกิจการของชาวเกษตรกรบางเขน เมื่อวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2489

เมื่อใกล้กำหนดเวลาที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดลเสด็จกลับ สวิตเซอร์แลนด์ พระองค์ทรงพระประชวรเกี่ยวกับพระนาภีที่อาหารไม่ย่อย จนกระทั่งเช้าตรู่วันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2489 มีเสียงป็นดังขึ้นในห้องบรรทมของพระองค์ เมื่อมหาดเล็กห้องบรรทมวิ่งเข้าไปดูก็เห็นพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดลอยู่บนพระที่บรรทมและเสด็จสวรรคตแล้ว

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดลเสด็จสวรรคตเมื่อวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2489 รวมพระชนมายุได้ 21 พรรษา และทรงครองราชย์นาน 12 ปี มีพระราชพิธีถวายพระเพลิงพระบรมศพพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล ในวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2493 ณ พระเมรุมาศท้องสนามหลวง ประชาชนทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัดร่วมกันมาถวายพระเพลิงพระบรมศพอย่างเนืองแน่นด้วยความเศร้าสลดเป็นอย่างยิ่ง แม้ว่าพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดลจะเสด็จขึ้นครองราชย์สมบัติได้ไม่นานนัก แต่ด้วยน้ำพระราชหฤทัยที่ทรงห่วงใยในพสกนิกร เพียงช่วงเวลาสั้น ๆ ขณะที่เสด็จนิวัตกลับประเทศไทยนั้นพระองค์ทรงปฏิบัติพระราชกรณียกิจในการเยี่ยมพสกนิกรทุกวันโดยมิได้ทรงหยุดพักจนทรงพระประชวร และเมื่อเสด็จสวรรคตด้วยพระแสงปืนในเวลาอันมิควรนั้น ก็ได้นำความเศร้าโศกเสียใจเป็นอย่างยิ่งแก่พสกนิกรทั่วแผ่นดินไทย

นอกจากการสูญเสียพระมหากษัตริย์อันเป็นที่รักยิ่งของประชาชนชาวไทย ดังที่ได้ยกตัวอย่างไปแล้วนั้น ชาวไทยยังได้เผชิญกับความสูญเสียของพระราชวงศ์ที่สำคัญอีกมากมาย เช่น การเสด็จสวรรคตของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีหรือสมเด็จพระย่า เมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ. 2538 การสิ้นพระชนม์ของสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาส ราชนครินทร์เมื่อวันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2551 ซึ่งในทุกเหตุการณ์ ประชาชนชาวไทยล้วนตกอยู่ในความเศร้าโศกเป็นอย่างมาก แต่การสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ที่สุดในประวัติศาสตร์ชาติไทยในช่วงอายุของคนในปัจจุบัน ได้แก่ การเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งจะได้กล่าวในลำดับถัดไป

การเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ

1. พระราชประวัติและพระราชกรณียกิจ

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ ทรงเป็นพระมหากษัตริย์ไทยรัชกาลที่ 9 แห่งราชวงศ์จักรี เสด็จสู่พระราชสมบัติตั้งแต่วันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2489 และทรงมีพระปฐมบรมราชโองการ ในวันพระราชพิธีบรมราชาภิเษก ว่า “เราจะครองแผ่นดินโดยธรรม เพื่อประโยชน์สุขแห่งมหาชนชาวสยาม”

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ ทรงพระนามเดิมว่า “พระวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าภูมิพลอดุลยเดช” ทรงเป็นพระราชโอรสในสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิตลอดุลยเดชกรมหลวงสงขลานครินทร์ (ต่อมาได้รับการเฉลิมพระนามาภิไธยเป็นสมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรมพระบรมราชชนก) และหม่อมสังวาล (ต่อมาได้รับการเฉลิมพระนามาภิไธยเป็นสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี) ทรงพระราชสมภพ เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2470 ณ โรงพยาบาลเคมบริดจ์ เมืองเคมบริดจ์ มลรัฐแมสซาชูเซตส์ สหรัฐอเมริกา ทรงมีพระเชษฐภคินี คือ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาส ราชนครินทร์ และ พระบรมเชษฐาธิราช คือ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล

ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2471 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้โดยเสด็จสมเด็จพระบรมราชชนก และสมเด็จพระบรมราชชนนี เสด็จจากสหรัฐอเมริกา นิวัตประเทศไทยเป็นครั้งแรก จนเมื่อสมเด็จพระบรมราชชนกก็เสด็จสวรรคตในปี พ.ศ. 2472 ณ กรุงเทพมหานคร จึงได้โดยเสด็จพระบรมราชชนนี พร้อมกับพระเชษฐภคินี และพระบรมเชษฐาธิราชไปประทับ ณ ตำหนักวิลล่าวัฒนา เมืองโลซานน์ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์

ในการโดยเสด็จนิวัตประเทศไทยเป็นครั้งที่ 3 ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2488 พร้อมกับพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล สมเด็จพระบรมราชชนนี และสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ ในระหว่างที่ประทับอยู่ในประเทศไทย พระองค์ได้เสด็จพระราชดำเนินไปทรงปฏิบัติพระราชกรณียกิจต่าง ๆ พร้อมพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดลตลอดมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสด็จไปทรงเยี่ยมราษฎรทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด

วันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2489 พระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดลเสด็จสวรรคต โดยกระหน่ำหั้นรัฐสภามีมติเป็นเอกฉันท์กราบบังคมทูลเชิญขึ้นครองสิริราชสมบัติ สืบราชสันตติวงศ์ เฉลิมพระปรมาภิไธยว่า “พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช” ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2489 ได้เสด็จพระราชดำเนินพร้อมด้วยสมเด็จพระบรมราชชนนีและสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ กลับไปยังประเทศสวิตเซอร์แลนด์อีกครั้งหนึ่ง เพื่อทรงศึกษาต่อ ในครั้งนี้ พระองค์ทรงเลือกศึกษาวิชากฎหมายและการปกครอง แขนววิชาวิทยาศาสตร์ที่เป็นวิชาที่พระองค์ทรงสนพระราชหฤทัย และเคยทรงศึกษาแต่เดิม เพื่อให้สอดคล้องกับพระราชภาระที่ต้องทรงรับในฐานะพระมหากษัตริย์ของประเทศ

ในวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2491 ทรงประสบอุบัติเหตุ เมื่อรถยนต์พระที่นั่งที่ทรงขับชนกับรถยนต์บรรทุกขนาดใหญ่ บริเวณริมทะเลสาปเจนีวา ทรงได้รับบาดเจ็บที่พระเศียร พระพักตร์และพระเนตรด้านขวา ต้องประทับรักษาพระอาการประชวรเป็นเวลา 5 เดือน จึงมีพระพลานามัยดีเหมือนเดิม หลังจากนั้นเป็นต้นมาตลอดพระชนม์ชีพที่พระองค์ทรงงานหนักเพื่อประชาชนไทย พระองค์ทรงงานด้วยพระเนตรที่สมบูรณ์เพียงข้างเดียวเท่านั้น

พระองค์ได้ทรงเสด็จนิวัตประเทศไทยเป็นครั้งที่สี่ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2493 และได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้จัดพระราชพิธีถวายพระเพลิงพระบรมศพ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล ในวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2493 ต่อมาทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้จัดงานพระราชพิธีราชาภิเษกสมรสกับหม่อมราชวงศ์ สิริกิติ์ กิติยากร ณ วังสระปทุม พร้อมกับทรงสถาปนาเป็นสมเด็จพระราชินีสิริกิติ์ เมื่อวันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2493 และทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้จัดงานพระราชพิธีบรมราชาภิเษกตามโบราณราชประเพณีขึ้น

เมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2493 ทรงมีพระราชปฐมบรมราชโองการว่า “เราจะปกครองแผ่นดินโดยธรรมเพื่อประโยชน์สุขแห่งมหาชนชาวสยาม” นับแต่นั้นเป็นต้นมา ตลอดพระชนมายุของพระองค์ก็ทรงงานหนักเพื่อปวงชนชาวไทยมาโดยตลอด โดยพระองค์ทรงมุ่งมั่นที่จะบำบัดทุกข์บำรุงสุขของราษฎร ทั่วทุกพื้นที่ของแผ่นดินไทย แทบจะไม่มีพื้นที่ใดที่ไม่เคยเสด็จพระราชดำเนินไปถึง แม้ว่าพื้นที่นั้นจะอยู่ห่างไกลหรือยากลำบากกันดารเพียงใด แต่เพื่อให้ได้ ทรงทอดพระเนตรสภาพความเป็นอยู่ของพสกนิกรผู้ยากไร้ที่อยู่ห่างไกลความเจริญ พระองค์ก็ทรงมุ่งมั่นที่จะเสด็จไปทุกที่

นับแต่อดีตเป็นต้นมา ประเทศไทยเป็นประเทศกสิกรรม ประชาชนส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร การที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ ทรงเสด็จแปรพระราชฐานไปเยี่ยมเยียนประชาชนตามสถานที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศด้วยพระองค์เอง ทำให้พระองค์ ทรงทอดพระเนตรเห็นปัญหาเรื่องน้ำและการเพาะปลูก โดยพระองค์เคยให้สัมภาษณ์กับสื่อต่างชาติว่า “ในฐานะกษัตริย์ ข้าพเจ้าต่อสู้กับความยากจนของประชาชน” ซึ่งตลอดพระชนม์ชีพของพระองค์ ก็เป็นเช่นนั้นเรื่อยมา

ภาพที่ประชาชนคนไทยเห็นจนคุ้นตา คือภาพที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ภูมิพลอดุลยเดชฯ ทรงงานหนัก พระหัตถ์ข้างหนึ่งถือแผนที่ อีกข้างหนึ่งเป็นวิทยุมือถือ และมีกล้อง บันทึบภาพคล้องพระศอไปทุกหนแห่ง ภาพพระองค์ทรงงานหนักจนพระเสโทท่วมท้นพระวรกาย ทรงขับเคลื่อนสี่ล้อด้วยพระองค์เองฝ่าเข้าไปในป่ากร้าง โดยต้องมีคนแผ้วถางกรุยทางนำหน้า หรือภาพรถยนต์พระที่นั่งติดหล่มลักษณะที่เสด็จพระราชดำเนินไปตามทางที่ขรุขระเป็นหลุมเป็นบ่อ แม้ว่าจะยากลำบาก แต่พระองค์ก็ไม่เคยย่อท้อ ด้วยความวิริยะอุตสาหะ และความปรารถนาดี ที่พระองค์ทรงมีต่อราษฎร ทำให้มีโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริกว่า 3,000 โครงการ ซึ่งล้วนแต่มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของคนไทยดีขึ้น

โครงการในพระราชดำริที่เกิดจากพระอัจฉริยภาพของพระองค์ที่สำคัญและมีผล ต่อปากท้องประชาชนคนไทย อาทิ

1.1 โครงการฝนหลวง

ด้วยพระอัจฉริยภาพและสายพระเนตรที่ยาวไกล พระองค์ทรงเล็งเห็น ความยากลำบากในการกินอยู่ และการเกษตรกรรม อันเนื่องมาจากปัญหาขาดแคลนน้ำเพื่อการอุปโภค บริโภค และเพื่อการเกษตรกรรม จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ จัดตั้งโครงการฝนหลวงเพื่อช่วยเหลือ ประชาชนในท้องถื่นที่ห่างไกล ฝนหลวงเป็นหนึ่งในพระมหากรุณาธิคุณและเป็นโครงการ ตามพระราชประสงค์โดยแท้ ทรงเห็นว่าปัญหาภัยแล้งเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องรีบดำเนินการ คิดค้นหามาตรการ หรือวิธีการที่จะคลายทุกข์ร้อน และป้องกันมิให้เกิดภัยแล้งรุนแรงจนถึงขั้นวิกฤติ จนยากที่จะเยียวยาแก้ไขในอนาคต จึงทรงได้ทรงงานอย่างหนัก และเหนือยากตรากตรำแม้ในยาม ดึกดื่นค้ำคานพากเพียรในการค้นคว้าทดลองและประดิษฐ์คิดค้นจนเกิดเทคโนโลยีการทำฝนเทียม พระราชทานให้ใช้เป็นหลักการที่เป็นขั้นตอนกรรมวิธีในการปฏิบัติการทำฝนช่วยเหลือราษฎร ได้อย่างรวดเร็ว จนทรงได้รับการยอมรับจากองค์การอุตุนิยมวิทยา องค์การระดับนานาชาติ และ ได้รับการทูลเกล้าฯ ถวายรางวัลและประกาศิตติคุณในฐานะที่เป็นผลงานประดิษฐ์คิดค้นยอดเยี่ยม และเป็นเลิศที่เป็นนวัตกรรมใหม่อันทรงคุณค่าต่อการพัฒนาประเทศ จากโครงการฝนหลวง

ที่ปรับเปลี่ยนผืนดินที่แห้งแล้งให้มีน้ำหล่อเลี้ยงนี้ คงไม่เป็นการพูดเกินความจริงว่าพระองค์เปรียบเสมือนเทวดาที่เดินดิน เพราะทรงเสกสรรให้มีน้ำฝนหล่นจากฟ้าเพื่อมาบรรเทาความเดือดร้อนของผู้คนได้อย่างแท้จริง

1.2 โครงการปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ ได้ทรงพระราชทานแนวคิดในเชิงเศรษฐกิจพอเพียงซึ่งกลายมาเป็นหลักน้อมนำในการใช้ชีวิตของประชาชนคนไทย พระองค์ได้ทรงพระราชทานแนวคิดนี้มากกว่า 30 ปี โดยเป็นแนวคิดที่ตั้งอยู่บนรากฐานของวัฒนธรรมไทย เป็นแนวทางการพัฒนาขั้นพื้นฐานที่ตั้งอยู่บนทางสายกลาง และความไม่ประมาทซึ่งคำนึงถึงความพอประมาณ ความมีเหตุผล การสร้างภูมิคุ้มกันในตัวเอง ตลอดจนการใช้ความรู้และคุณธรรมเพื่อเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต ซึ่งต้องมี "สติ ปัญญา และความเพียร" เป็นที่ตั้ง ซึ่งจะนำไปสู่ความสุขในชีวิตที่แท้จริง นอกจากนี้ ยังต้องรู้จักตนเองและรู้จักยกยอปอตนเอง มีกัลยาณมิตร มีคุณธรรม จริยธรรม และมีความขยันและอดทนในการใช้ชีวิตด้วย

ความหมายของเศรษฐกิจพอเพียง จึงประกอบด้วยคุณสมบัติดังนี้ (มูลนิธิชัยพัฒนา, มปป.)

1. ความพอประมาณ หมายถึง ความพอดีที่ไม่น้อยเกินไปและไม่มากเกินไป ไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น เช่น การผลิตและการบริโภคที่อยู่ในระดับพอประมาณ
2. ความมีเหตุผล หมายถึง ต้องพิจารณาจากเหตุผลที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจเกี่ยวกับระดับความพอเพียงนั้น และต้องคำนึงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นๆ อย่างรอบคอบ
3. ภูมิคุ้มกัน หมายถึง การคำนึงถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต และการเตรียมตัวให้พร้อมรับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น

โดยมี เงื่อนไข ของการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้อยู่ในระดับพอเพียง 2 ประการ ดังนี้

1. เงื่อนไขความรู้ ประกอบด้วย การมีความรอบรู้เกี่ยวกับวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องรอบด้าน และนำความรู้ต่าง ๆ มาวางแผนประกอบและเชื่อมโยงกันด้วยความระมัดระวัง
2. เงื่อนไขคุณธรรม หมายถึง การที่จะต้องเสริมสร้างความซื่อสัตย์สุจริต และมีความอดทน มีความเพียร ใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต

พระองค์ทรงเป็นที่สรรเสริญในประเทศไทยและต่างชาติเกี่ยวกับพระราชดำริในเรื่องปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยนายโคฟี แอนนัน เลขาธิการสหประชาชาติ ยังได้ถวายรางวัลความสำเร็จสูงสุดด้านการพัฒนามนุษย์แด่พระองค์

1.3 โครงการแก้มลิง

โครงการแก้มลิงเป็นโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริอีกโครงการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับน้ำ โครงการนี้เป็นโครงการที่เกิดขึ้นเพื่อการแก้ไขปัญหาน้ำท่วมในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลโดยการขุดลอกคลองชายฝั่งตะวันตกและฝั่งตะวันออกของแม่น้ำเจ้าพระยาให้เป็นคลองพักน้ำขนาดใหญ่หรือ “แก้มลิง” แล้วระบายน้ำออกสู่ทะเลโดยใช้หลักทฤษฎีแรงโน้มถ่วงของโลก

หรือน้ำขึ้นน้ำลงตามธรรมชาติ ซึ่งปัจจุบันโครงการแก้มลิงยังได้ขยายการดำเนินงานไปที่โครงการบรรเทาอุทกภัยตามพระราชดำริ (แก้มลิงหนองใหญ่) จังหวัดชุมพร และโครงการบรรเทาอุทกภัยพื้นที่ลุ่มน้ำคลองอู่ตะเภา อำเภอลำตาหลวง จังหวัดสงขลา เพื่อแก้ไขปัญหาน้ำท่วมอีกด้วย โครงการนี้เกิดขึ้นจากพระอัจฉริยภาพของพระองค์อย่างแท้จริง โดยพระองค์ทรงสังเกตเห็นว่าเมื่อถึงกินอาหาร ลิงมักจะเก็บอาหารไว้ที่กระพุ้งแก้ม แล้วค่อย ๆ กินช้า ๆ ทำให้พระองค์ทรงเล็งเห็นว่าสามารถนำหลักการนี้ไปใช้ในการเก็บกักน้ำได้เช่นกัน นับแต่นั้นเป็นต้นมา ปัญหาอุทกภัยในกรุงเทพมหานคร ก็บรรเทาลงอย่างเห็นได้ชัด (กรมชลประทาน, มปป.)

1.4 โครงการบำบัดน้ำด้วยกังหันชัยพัฒนา

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ ได้เสด็จพระราชดำเนินทอดพระเนตรสภาพน้ำเสียในพื้นที่หลายแห่งหลายครั้ง ทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑลและต่างจังหวัด และทรงห่วงใยต่อพสกนิกรที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์น้ำเสีย ที่มีแต่จะทวีความรุนแรงขึ้น เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม พ.ศ. 2531 พระองค์ได้ทรงมีพระราชดำริในการแก้ไขปัญหาน้ำเสีย ด้วยการใช้เครื่องกลเติมอากาศเข้าไปในน้ำ โดยพระราชทานรูปแบบสิ่งประดิษฐ์ที่เรียบง่าย แต่มีประสิทธิภาพสูงในการบำบัดน้ำเสีย และได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้มูลนิธิชัยพัฒนาสนับสนุนงบประมาณเพื่อการศึกษาและวิจัยสิ่งประดิษฐ์ใหม่นี้ โดยดำเนินการจัดสร้างเครื่องมือบำบัดน้ำเสียร่วมกับกรมชลประทาน ซึ่งได้มีการผลิตเครื่องกลเติมอากาศขึ้นในเวลาต่อมา ซึ่งเป็นที่รู้จักกันดีในชื่อกังหันน้ำชัยพัฒนา และนำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพน้ำตามสถานที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศทุกภูมิภาค (มูลนิธิชัยพัฒนา, มปป.)

กังหันน้ำชัยพัฒนา ได้รับสิทธิบัตรจากกรมทรัพย์สินทางปัญญา เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2536 หลังจากเลขสิทธิการมูลนิธิชัยพัฒนาซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่สนองพระราชดำริ ในการพัฒนากังหันน้ำ ได้รับพระราชทานพระบรมราชานุญาตให้ยื่นขอรับสิทธิบัตร เมื่อวันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ. 2535 จึงนับว่าเป็นสิทธิบัตรในพระปรมาภิไธยของพระมหากษัตริย์พระองค์แรกของไทยและครั้งแรกของโลก และถือว่าวันที่ 2 กุมภาพันธ์ของทุกปีเป็น “วันนักประดิษฐ์” นับแต่นั้นเป็นต้นมา

1.5 โครงการหลวง พระบรมราชานุเคราะห์ชาวเขา เปลี่ยนแดนผืนเป็นถิ่นความสุขที่ยั่งยืน

เมื่อ พ.ศ. 2512 ในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย ได้มีการเริ่มต้นโครงการหลวง เป็นโครงการส่วนพระองค์โดยพระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ร่วมกับเงินที่มีผู้ทูลเกล้าฯ ถวาย สำหรับเป็นงบประมาณดำเนินงานต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากการที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 เสด็จพระราชดำเนินไปทอดพระเนตรชีวิตของชาวเขาที่บ้านดอยปู่ไถ้พระตำหนักภูพิงศ์ราชนิเวศน์ จึงทรงทราบว่าชาวเขาปลูกฝิ่นกันมากแต่มีฐานะยากจน จึงทรงจัดตั้งโครงการนี้ขึ้น เพื่อช่วยชาวเขาเพื่อมนุษยธรรม ช่วยชาวไทยโดยลดการทำลายทรัพยากรธรรมชาติ คือ ป่าไม้ และต้นน้ำลำธาร กำจัดการปลูกฝิ่น รักษาดิน และใช้พื้นที่ให้ถูกต้อง คือ ให้ป่าอยู่ส่วนที่เป็นป่า และทำไร่ ทำสวน ในส่วนที่ควรเพาะปลูก

โดยที่ในระยะเริ่มต้นไม่มีใครทราบว่าควรปลูกชนิดใดบนดอยที่มีอากาศหนาวเย็น ต่อมาได้มีอาสาสมัครจากมหาวิทยาลัยและหน่วยงานต่าง ๆ ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการด้านต่าง ๆ

ปฏิบัติงานถวาย ทำให้การปฏิบัติงานก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลงานวิจัยการปลูกพืช เขตหนาวชนิดต่าง ๆ เกษตรกรสามารถนำไปปลูกทดแทนผืนได้ผลดี จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2537 โครงการควบคุมยาเสพติดของสหประชาชาติ (UNDCP) ได้ทูลเกล้าฯ ถวายเหรียญทองเพื่อสดุดี พระเกียรติคุณในการแก้ปัญหาเสพติด โดยส่งเสริมให้ชาวเขาเลิกปลูกฝิ่น แต่ปลูกพืชอื่นแทน จึงกล่าวได้ว่าโครงการหลวงเป็นโครงการปลูกพืชทดแทนผืนแห่งแรกของโลก และต่อมากระทรวง เกษตรของสหรัฐอเมริกา สาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน) และมิตรประเทศต่าง ๆ ได้ทูลเกล้าถวายพันธุ์พืช เขตหนาว และสนับสนุนงบประมาณดำเนินการวิจัยข้างต้น จากโครงการนี้นอกจากจะกำจัด แหล่งผลิตฝิ่นซึ่งเป็นพืชที่เป็นสารเสพติดแล้ว ยังทำให้ชีวิตของชนกลุ่มน้อยได้รับการพัฒนาอย่าง ยั่งยืน และผืนป่าได้รับการปกป้องดูแล จนทำให้เหล่าชนกลุ่มน้อย ต่างยกย่องพระบาทสมเด็จพระ เจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ ว่าทรงเป็นพ่อของพวกเขา

1.6 ปลานิล แหล่งโปรตีนพระราชทาน

นอกจากเรื่องน้ำ เรื่องการเพาะปลูก พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 ยังทรงเห็นความสำคัญกับเรื่องปากท้อง หรือเรื่องการกินของประชาชนด้วย ใน พ.ศ. 2508 พระองค์ ได้ขอพระราชทาน “ปลานิล” จากมกุฎราชกุมารญี่ปุ่นจำนวน 50 ตัวเพื่อมาเลี้ยงเพาะพันธุ์ เนื่องจาก ทรงมีพระราชประสงค์อยากให้คนไทยมีแหล่งโปรตีนราคาถูก และให้คุณประโยชน์ต่อการพัฒนา ร่างกาย ซึ่งปลานิล นอกจากจะมีโปรตีนสูงแล้ว ยังเป็นปลาที่เลี้ยงง่าย เหมาะกับแหล่งน้ำในประเทศ ไทยอีกด้วย

พระองค์ได้ทรงเลี้ยงปลานิลชุดแรกในวังจิตรลดาจาก 10 ตัวที่รอดมาจาก 50 ตัว ทรงเลี้ยงและขยายพันธุ์ จนได้ทรงพระราชทานให้กรมประมง 10,000 ตัว ในวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2509 ภายในระยะเวลาไม่ถึงหนึ่งปี พระองค์ทรงได้สร้างแหล่งโปรตีนที่มีราคาถูกให้กับคนไทย นับแต่นั้นเป็นต้นมา

1.7 โครงการชั่งหัวมันตามพระราชดำริ

ต้นกำเนิดของโครงการชั่งหัวมันตามพระราชดำริ จ.เพชรบุรี เกิดขึ้นจากเมื่อครั้งที่ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ เสด็จไปประทับที่พระราชวังไกลกังวล มีชาวบ้าน นำมันเทศซึ่งเป็นพืชที่ปลูกอยู่ในท้องถิ่นมาถวาย เมื่อต้องเสด็จกลับกรุงเทพฯ เลยรับสั่งให้เจ้าหน้าที่ นำหัวมันเทศนั้นไปวางบนตาชั่งในห้องทรงงาน และเมื่อเสด็จกลับมาหัวหินทรงพบว่ามันเทศหัวนั้น แตกใบออกมา จึงมีรับสั่งให้นำหัวมันเทศนั้นไปปลูกใส่กระถางไว้ในวังไกลกังวล แล้วมีพระราชดำรัส ให้จัดหาพื้นที่เพื่อทดลองปลูกมันเทศซึ่งเป็นพืชที่สามารถปลูกขึ้นได้ทุกที่แม้ว่าจะวางตั้งทิ้งไว้บนตาชั่ง นั้นเอง

เดิมพื้นที่ในแถบโครงการเป็นดินลูกรัง แห้งแล้ง และเป็นพื้นที่ปลูกไม้ยูคาลิปตัส พระองค์ทรงพระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์เพื่อซื้อที่ดินในแถบนี้จากชาวบ้าน เนื้อที่ ประมาณ 250 ไร่ จากนั้นทรงโปรดเกล้าฯ ให้กองงานส่วนพระองค์ สำนักพระราชวัง เข้าพัฒนาพื้นที่ เพื่อจัดทำเป็นโครงการทดลองด้านเกษตร เพื่อเป็นศูนย์รวมพืชเศรษฐกิจของ อ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี โดยเลือกพันธุ์พืชท้องถิ่นที่ดีที่สุดเข้ามาปลูก แล้วให้ภาครัฐและชาวบ้านช่วยกันดูแล และทรงมีรับสั่ง ว่าเมื่อทำเสร็จจะเสด็จไปทอดพระเนตรโครงการด้วยพระองค์เอง

ในพื้นที่โครงการชั่งหัวมันนี้ มีพระตำหนักทรงงานที่ตั้งอยู่ภายในโครงการ เป็นบ้านไม้สองชั้นที่ดูเรียบง่าย แต่เป็นสถานที่ที่ใช้เพื่อทรงงานและพักผ่อนพระอิริยาบถเมื่อครั้งเสด็จเยี่ยมโครงการนี้ ซึ่งทำให้ได้เห็นถึงตัวอย่างที่ดีในการใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอย่างแท้จริง

นอกเหนือจากพืชเศรษฐกิจในพื้นที่ ก็ยังมีการปลูกไม้ผล พืชไร่ และพืชผักต่าง ๆ มีแปลงปลูกข้าว ยางพารา โดยไม่ให้มีการใช้สารเคมี หรือหากต้องใช้ก็ต้องมีในปริมาณที่น้อยที่สุด มีการทดลองทำฟาร์มโคนม ฟาร์มไก่ มีการใช้พลังงานจากกังหันลมเพื่อผลิตไฟฟ้าใช้ภายในโครงการ โดยภายในโครงการชั่งหัวมันแห่งนี้จะมีชาวบ้านมาสมัครเป็นลูกจ้างคอยดูแลพืชพรรณ ฟาร์มปศุสัตว์ และช่วยกันดำเนินงานต่าง ๆ ภายในโครงการ ซึ่งถือเป็นการสร้างอาชีพให้ชาวบ้านในละแวกนี้ไปด้วยในตัว นับว่าเป็นการพัฒนาพื้นที่และสร้างอาชีพให้เกษตรกรอย่างแท้จริง

ตัวอย่างโครงการในพระราชดำริที่ยกมา เป็นเพียงเสี้ยวหนึ่งของพระมหากรุณาธิคุณที่พระองค์ทรงมีต่อปวงชนชาวไทย และคงเป็นการยากเกินขอบเขตที่จะสาธยายได้หมดว่าพระองค์ทรงได้ทำอะไรให้กับคนไทยบ้าง นอกจากโครงการต่าง ๆ ในพระราชกรณียกิจนี้ พระบารมีของพระองค์ยังช่วยให้เมืองไทยรอดพ้นและคลี่คลายจากวิกฤติการณ์ทางการเมืองและความขัดแย้งต่าง ๆ หลายต่อหลายครั้ง หากจะสรุปรวมให้เข้าใจได้ง่าย อาจกล่าวได้ว่าสำหรับประชาชนคนไทย พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ ได้รับการยกย่องและเทิดทูนให้เป็นพ่อของแผ่นดิน และพ่อของชาวไทยทุกคน เพราะตลอดพระชนม์ชีพของพระองค์นั้น มีแต่ให้โดยไม่หวังตอบแทนเรื่อยมา และทรงเป็นศูนย์รวมจิตใจของชาวไทยอย่างแท้จริง

2. พระอาการประชวรและการเสด็จสวรรคต

นับแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 พระองค์เสด็จแปรพระราชฐานไปประทับรักษาพระอาการพระโรคไข้หวัดและพระปัสสาวะอักเสบ ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลศิริราช ตลอดมา แม้กระทั่งในช่วงที่พระวรกายไม่แข็งแรง และพระอาการประชวรได้ทรุดลง แต่ก็มิได้หยุดทรงงาน พระองค์จะทรงสังเกตสถานการณ์น้ำจากที่ประทับในโรงพยาบาลศิริราชอยู่เสมอ แม้แต่ในห้องประทับ ยังมีโต๊ะทรงงาน และแผนที่ส่วนต่าง ๆ ของประเทศไทย ซึ่งสาเหตุจะเป็นอื่นใดไม่ได้เลยนอกจากพระเมตตา พระมหากรุณาธิคุณ และความรักความห่วงใยที่ทรงมีให้แก่ปวงชนชาวไทยอย่างไม่มีที่สิ้นสุด

อย่างไรก็ตาม พระอาการประชวรของพระองค์ได้ทรุดลงตามลำดับ แม้ทีมแพทย์จะถวายการรักษาอย่างเต็มความสามารถ และประชาชนคนไทยจะร่วมกันสวดมนต์ภาวนาเพื่อให้ทรงรอดพ้นจากพระประชวร แต่ก็ไม่มีสิ่งใดจะต้านทานธรรมชาติและสังขารของชีวิตได้ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 ได้เสด็จสวรรคตเมื่อวันพฤหัสบดีที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2559 เวลา 15:52 น. สิริพระชนมายุ 88 ปี 313 วันนับเป็นความเศร้าโศกครั้งยิ่งใหญ่ที่สุดของปวงชนชาวไทย เพราะการสูญเสียครั้งนี้ ไม่ใช่เป็นเพียงการสูญเสียพระมหาจักรี แต่เป็นการสูญเสียที่ยึดเหนี่ยวจิตใจสูงสุด และเมื่อยังได้พิจารณาและตระหนักถึงความยิ่งใหญ่ของพระมหากรุณาธิคุณ ข้าวที่กิน น้ำที่ใช้ ถนนที่สัญจร ทุกสิ่งที่เป็นประเทศไทยในปัจจุบันนี้ ก็ด้วยการทรงงานหนักของพระเจ้าอยู่หัว ยิ่งทำให้ปวงชนชาวไทยเศร้าโศกอย่างหาที่เปรียบไม่ได้ และทั่วทั้งประเทศต่างอยู่ในความทุกข์เศร้าอย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อนในช่วงชีวิตของคนในยุคปัจจุบัน

3. ปฏิกริยาของคนไทยต่อการเสด็จสวรรคต

จากการสูญเสียในครั้งนี้ ประชาชนคนไทยต่างตกอยู่ภาวะทุกข์โศก ซึ่งภาวะวิกฤตินี้เริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ.2559 ที่มีประชาชนบางส่วนได้ทราบข่าวว่าพระอาการของพระองค์ท่านไม่สู้ดีนัก ได้มีประชาชนหลังไปยังโรงพยาบาลศิริราชซึ่งเป็นที่ประทับรักษาพระองค์ บริเวณหน้าลานพระราชบิดาซึ่งอยู่เบื้องหน้าอาคารเฉลิมพระเกียรติที่เป็นห้องประทับรักษาพระองค์ ประชาชนรวมตัวกันเพื่อร่วมกันสวดมนต์ให้พระองค์หายจากพระอาการประชวร พสกนิกรหลายราย ปฏิญาณและอธิษฐานต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ว่าขอแลกชีวิตของตน เพื่อให้พระองค์ปลอดภัย (ไทยรัฐ, 2559) มีประชาชนส่วนหนึ่งที่ปักหลักค้างคืนที่บริเวณดังกล่าว เพื่อติดตามข่าวอย่างใกล้ชิด จนในวันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2559 เวลาช่วงบ่าย ข่าวลือเกี่ยวกับพระอาการของพระองค์ได้แพร่สะพัดไปทั่ว ประชาชนต่างยิ่งทยอยหลั่งไหลมาอย่างไม่ขาดสาย บรรยากาศที่โรงพยาบาลศิริราชเต็มไปด้วยความกังวลของพสกนิกร ประชาชนพากันสวดมนต์อย่างไม่ย่อท้อ เช่นเดียวกับประชาชนคนไทยในที่อื่น ๆ ที่ต่างเฝ้าคอยรับฟังข่าวจากสื่อและรวมตัวกันสวดมนต์ถวายพระองค์ จนกระทั่งเวลาพลบค่ำที่ทางการได้แถลงข่าวการเสด็จสวรรคต ประเทศไทยตกอยู่ในภาวะสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่อย่างแท้จริง ภาพผู้คนทั่วทุกสารทิศร้องไห้ฟูมฟาย ในมือประคองกอดพระบรมฉายาลักษณ์หรือถือไว้เหนือหัว ถูกนำเสนอโดยสื่อต่าง ๆ นับว่าเป็นเหตุการณ์สะเทือนใจของคนไทยทั้งชาติอย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน

กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะวิกฤติทางจิตใจครั้งนี้ และได้จัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตภายใต้การดำเนินงานโดยทีมเชี่ยวชาญจิตใจในภาวะวิกฤต (MCATT) ให้บริการประชาชนที่เดินทางมาร่วมงานพระบรมศพ บริเวณพระบรมมหาราชวัง ตั้งแต่วันที่ 14 ตุลาคม 2559 โดยมีรายงานว่าในช่วงระยะเวลาเพียง 10 วัน หลังเหตุการณ์สูญเสีย มีผู้รับบริการทั้งสิ้น 3,454 ราย พบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ ภาวะหายใจเร็ว (Hyperventilation) ปฏิกริยาเศร้าโศกร่วม (Collective mourning) ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (High risk to depression) ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย (Suicide tendency) ภาวะเครียดวิตกกังวล (Stress and anxiety) และโรคทางจิตเวช (Mental disorders) รวมทั้งสิ้น 870 ราย คิดเป็น ร้อยละ 25.19 ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการติดตามและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด (กรมสุขภาพจิต, 2559)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ได้มีผู้สนใจทำการวิจัยเกี่ยวกับความโศกเศร้าจากการสูญเสียไว้อย่างกว้างขวางทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ จากการทบทวนวรรณกรรม พบตัวอย่างงานวิจัยที่น่าสนใจ ดังนี้

1. งานวิจัยในต่างประเทศ

Keith และคณะ (2000) ศึกษาผลกระทบของการสวรรคตของเจ้าหญิงไดอาน่า ที่มีต่ออัตราการฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเองภายในสัปดาห์ต่อมาหลังจากการสิ้นพระชนม์ โดยศึกษาอัตราดังกล่าวย้อนหลังก่อนเกิดเหตุการณ์เป็นระยะเวลา 3 เดือน และหลังจากเกิดเหตุการณ์เป็นระยะเวลา 3 เดือน และเปรียบเทียบกับช่วงระยะเวลาเดียวกันในระหว่างปี 1992 ถึง 1996 ผลการศึกษาพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายหลังจากช่วงที่มีพระราชพิธีศพเป็นระยะเวลา 1 เดือน มีอัตราสูงขึ้นร้อยละ 17.4 ในเพศหญิงมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นถึง 33.7% โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน

กลุ่มคนอายุ 25 - 44 ปี จากการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมของคณะผู้วิจัย พบว่าปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายเนื่องจากการสิ้นพระชนม์ของเจ้าหญิงไดอาน่าทำให้ผู้คนเกิดความรู้สึกสูญเสียในระดับบุคคล และเป็นการกระตุ้นความทุกข์โศกที่มีอยู่แล้วให้มีความรุนแรงมากขึ้น คณะผู้วิจัยยังได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่าการเสียชีวิตของบุคคลสำคัญของคนหนุ่มมากมีผลต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้อย่างทันทีทันใด แต่ในส่วนของพฤติกรรมการทำร้ายร่างกายตนเองนั้น อาจเกิดขึ้นช้ากว่าการฆ่าตัวตาย

Biller (1977) ศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายของชาวอเมริกันจากการเสียชีวิตของ เจอเฟค โดยเปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายของชาวอเมริกันใน 61 รัฐ ระหว่างวันที่ 22 ถึง 30 พฤศจิกายน เป็นระยะเวลา 17 ปี คือตั้งแต่ปี ค.ศ. 1956 ถึง 1972 พบว่า การเสียชีวิตของประธานาธิบดีท่านนี้ไม่ได้มีความสัมพันธ์ในเชิงสถิติกับอัตราการฆ่าตัวตายของคนอเมริกัน ซึ่งผลการศึกษานี้เป็นไปในทางตรงข้ามกับอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้นจากการสวรรคตของเจ้าหญิงไดอาน่า (Hawton และคณะ, 2000)

Janssen, Cuisinier, Graauw และ Hoogduin (1997) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะความเศร้าโศกที่ผิดปกติของมารดาที่สูญเสียบุตรในครรภ์ พบว่ามีปัจจัยส่วนบุคคลบางประการ เช่นการมีลักษณะบุคลิกภาพแบบ Neuroticism เป็นลักษณะเด่น หรือการมีโรคทางจิตเวชอยู่ก่อนแล้ว เป็นปัจจัยเสี่ยง ซึ่งค่อนข้างสอดคล้องกับงานวิจัยของ Meert และคณะ (2010) ที่ศึกษาภาวะความเศร้าโศกที่ผิดปกติพ่อแม่ที่ลูกเสียชีวิต แล้วพบว่าเพศหญิง การมีความวิตกกังวลต่อการพลัดพรากสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความเศร้าโศกต่อการสูญเสียที่ผิดปกติ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Schnider, Elhai และ Gray (2007) ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ จัดการกับปัญหาโดยพยายามหลีกเลี่ยงการจัดการกับอารมณ์เป็นปัจจัยทำนายการเกิดความเศร้าโศกที่ผิดปกติและความรุนแรงของภาวะเครียดหลังประสบเหตุการณ์ร้ายแรง จากงานวิจัยที่ยกตัวอย่างมา จะเห็นได้ว่า มีปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการตอบสนองต่อการสูญเสียที่แตกต่างกัน การทำความเข้าใจถึงปัจจัยดังกล่าว อาจเป็นประโยชน์ต่อการดูแล ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้สูญเสียได้

2. งานวิจัยในประเทศไทย

แม้ว่าในประเทศไทยจะยังไม่มียานวิจัยเกี่ยวกับความเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชนโดยตรง แต่ก็ได้มีผู้ศึกษาความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไว้อยู่บ้าง ได้แก่

สิริวรรณ นิรมาล วราภรณ์ คงสุวรรณ และกิตติกร นิลมานัต (2557) ศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของภรรยาที่สามีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤติ โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของภรรยาที่สามีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤติ จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสงขลาจำนวน 15 ราย ที่มีลักษณะเข้าเกณฑ์ คือ เป็นคู่สมรสไทยพุทธของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤติและเสียชีวิตในโรงพยาบาล และยอมรับว่ามีภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียสามีหรือภรรยา ระยะการสูญเสียเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป สื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่าง จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างมานั้น พบว่าปรากฏการณ์หรือปฏิกิริยาภายในใจที่พบ ได้แก่ เก็บความรู้สึกเสียใจ โทษตนเอง ทрудโทรม

นอกจากนี้ยังมีการแยกตัวเองออกจากสังคม การต้องเผชิญบทบาทใหม่ รู้สึกขาดเสาหลัก อยู่ในความโดดเดี่ยว เป็นต้น

กัญรักษ์ เกยเจริญ (2541) ศึกษาความเศร้าโศกและความต้องการการดูแลของมารดาที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเอง จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน ซึ่งเป็นมารดาหลังการแท้งเองในระยะ 1 - 3 วันแรกที่เข้าพักรับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเศร้าโศก และความต้องการการดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า มารดาที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเองมีความเศร้าโศกโดยรวมในระดับค่อนข้างมาก มีความต้องการการดูแลโดยรวมในระดับปานกลาง แต่ต้องการได้รับการดูแลในด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ด้านการยกย่องให้เกียรติในความเป็นบุคคล และด้านความสุขสบายและความปลอดภัยในระดับมาก และพบว่าความเศร้าโศกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.417$)

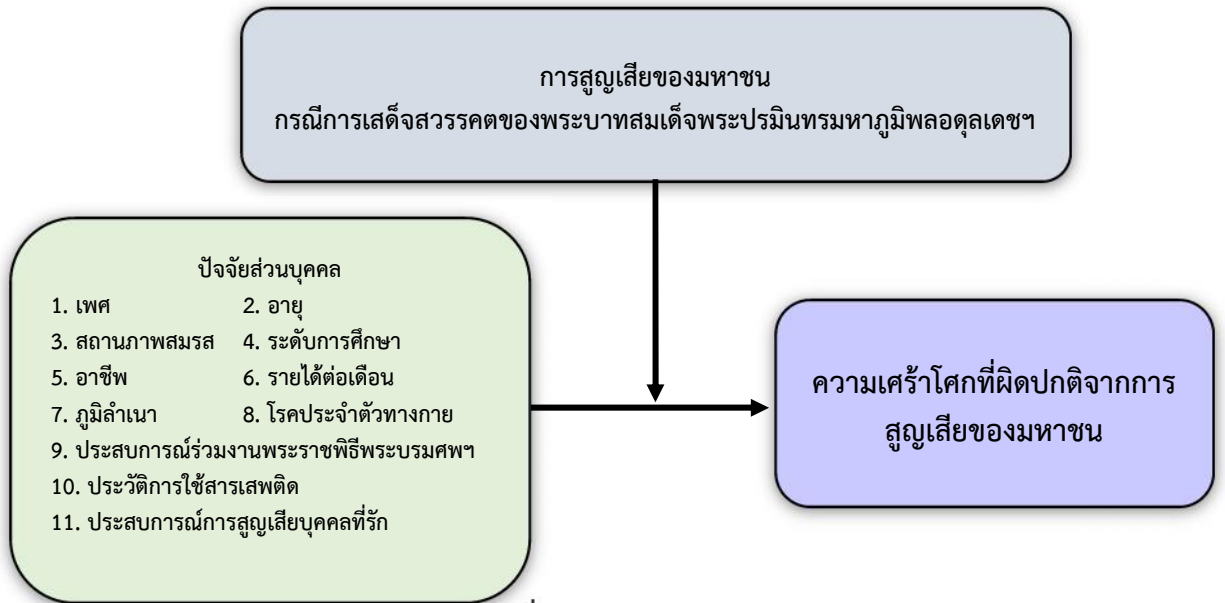
จริยา ชำรัมย์ (2547) ศึกษาประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ภายหลังจากเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการตาม Colaiizzi (1973) จากผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังจากเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมที่อาศัย

จำนวน 10 ราย เก็บ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ความหมายของความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ภายหลังจากเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมแบ่งออกเป็น 2 นัยยะ ด้วยกันคือ 1. ความเศร้าโศกที่มีผลต่อจิตใจ 2. ความเศร้าโศกที่มีผลต่อร่างกาย และพบประสบการณ์ความเศร้าโศกแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก คือ 1. การปรับตัว ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย คือ ระยะเวลาก่อนการสูญเสีย ระยะเวลาแรกเมื่อมีการสูญเสียและ ระยะเวลาหลังผ่านความเศร้าโศก และ 2. การสูญเสียรายได้

รัตติยา จุลธรรมมาศน์ (2545) ได้ทำการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์ ได้แก่ อายุมารดา จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา จำนวนบุตรที่มีชีวิต อายุครรภ์ ประวัติการสูญเสียทารกในครรภ์ การมีชีวิตของทารกขณะสูญเสียทารกในครรภ์ ความต้องการบุตร และสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส รวมทั้งความสามารถในการทำนายความเศร้าโศกจากปัจจัยดังกล่าวตามกรอบทฤษฎีการปรับตัว ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความเศร้าโศกของมารดาได้ ได้แก่ การมีชีวิตของทารกขณะสูญเสียทารกในครรภ์ และสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส

นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยอื่น ๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียในประเทศไทย และจะเห็นได้ว่า มีปัจจัยหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบและความรุนแรงของปฏิกิริยาทางจิตใจที่ตอบสนองต่อความสูญเสีย อย่างไรก็ตาม จากการค้นคว้าของผู้วิจัย พบว่า ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาภาวะเศร้าโศกร่วมจากการสูญเสียของมหาชนที่เกิดขึ้นในประเทศไทย จึงเห็นความจำเป็นที่จะทำการศึกษาในประเด็นดังกล่าว เพื่อให้ทราบสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียเพื่อข้อมูลที่นำมาใช้ในการกำหนดแนวทางและมาตรการในการป้องกัน ฝ่าระวัง การดูแล รักษา รวมทั้งการฟื้นฟูอารมณ์เศร้าโศกร่วมจากการสูญเสียของประชาชนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2-1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน กรณีการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤบดินทร สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross sectional study) โดยมีรายละเอียดระเบียบวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ กลุ่มคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในส่วนภูมิภาค (4 ภาค) และที่มาร่วมพระราชพิธีพระบรมศพ ณ บริเวณพระบรมมหาราชวัง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจะทำการสุ่มจากประชากรทั้ง 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นคนไทยในทุกภูมิภาค สุ่มด้วยวิธี Multi - stage stratified sampling แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ คนไทยในส่วนภูมิภาค จำนวน 410 คน โดยแบ่งเป็น 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ (จังหวัดเชียงใหม่) ภาคกลาง (จังหวัดนนทบุรี) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จังหวัดขอนแก่น) และภาคใต้ (จังหวัดสงขลา) และกลุ่มคนไทยผู้มาร่วมพระราชพิธีพระบรมศพ ณ บริเวณพระบรมมหาราชวัง จำนวน 403 คน รวมทั้งสิ้น 813 คน โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Taro Yamane (1967) กรณีทราบจำนวนประชากรและประชากรมาก ที่ค่าความเชื่อมั่น 96% ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดประชากร

e คือ ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง เช่น

แทนค่า
$$n = \frac{61,000,000}{1 + 61,000,000 (0.04)^2}$$

$$n = 625$$

ในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะทำการสุ่มเพื่อทดแทนในกรณีที่แบบประเมินไม่สมบูรณ์ ฉีกขาด หรือเสียหายร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่าง (188 คน) ดังนั้น จึงทำการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 813 ตัวอย่าง ตามรายละเอียดข้างต้น การสุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย ทำแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage stratified sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มจังหวัดในแต่ละภาค

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| ภาคเหนือ | 1 จังหวัด |
| ภาคใต้ | 1 จังหวัด |
| ภาคกลาง | 1 จังหวัด |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | 1 จังหวัด |
| รวมทั้งสิ้น | 4 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร |

ตารางที่ 3-1 สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภูมิภาคและจังหวัด

| ภาค | จังหวัด | จำนวน (คน) |
|--------------------|-----------|------------|
| เหนือ | เชียงใหม่ | 102 |
| ใต้ | สงขลา | 102 |
| ตะวันออกเฉียงเหนือ | ขอนแก่น | 103 |
| กลาง | นนทบุรี | 103 |
| กรุงเทพมหานคร | - | 403 |
| รวมทั้งสิ้น | | 813 |

ขั้นตอนที่ 2 ในแต่ละจังหวัดสุ่ม 1 หมู่บ้าน (ห้างสรรพสินค้า หรือ ตลาด) เฉพาะในเขตอำเภอเมืองของแต่ละจังหวัด

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มมหาชนชาวไทยในแต่ละหมู่บ้าน โดยกำหนดชายและหญิงเท่า ๆ กัน จากนั้นใช้ Convenience random sampling เลือกจนกว่าจะได้อาสาสมัครครบตามจำนวนที่ต้องการ

ขั้นตอนที่ 4 สุ่มมหาชนชาวไทยมาร่วมพระราชพิธีพระบรมศพ ณ บริเวณพระบรมมหาราชวัง โดยกำหนดชายและหญิงเท่า ๆ กัน จากนั้นใช้ Convenience random sampling เลือกจนกว่าจะได้อาสาสมัครครบตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (Inventory of Complicated Grief: ICG) ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ (Prigerson, 1995) แปลเป็นไทยโดย อรสา ไยยง และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย (2554) มีค่าความเที่ยงแบบ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.97 ดัดแปลงข้อความในแบบสอบถามเพียงเล็กน้อยเพื่อให้เข้ากับบริบทการวิจัยโดยได้รับความยินยอมและตรวจสอบคุณภาพจากผู้แปลเครื่องมือ หากคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาค่าความตรงแบบ Content Validity Index: CVI จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบและการวัดทางจิตวิทยา จำนวน 3 ท่าน

มีค่าความตรงเท่ากับ 0.89 และค่าความเที่ยงแบบ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.74 แบบประเมินฉบับนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบประเมิน ประกอบด้วย คำถามทั้งสิ้น 11 ข้อ (เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ภูมิลำเนา โรคประจำตัวทางกาย ประวัติการใช้สารเสพติด ประสบการณ์มาร่วมงานพระราชพิธีพระบรมศพ ณ พระบรมมหาราชวัง และประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย โดยให้เลือกตอบข้อความที่ตรงมากที่สุดกับความรู้สึกของผู้ทำแบบประเมินด้วยตนเอง (ไม่เคยเลย = 0 นานๆครั้ง = 1 บางครั้ง = 2 บ่อยๆ = 3 และเป็นประจำ = 4) มีทั้งสิ้น 19 ข้อ ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 76 โดยคะแนนที่มีค่ามากกว่า 25 คะแนน หมายถึง มีอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (Complicated grief or bereavement)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การใช้เครื่องมือวิจัย โดยให้บุคลากรด้านสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาคลินิก นักวิชาการสาธารณสุข และนักสังคมสงเคราะห์จากกรมสุขภาพจิต โดยทีมเก็บข้อมูลออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานเชี่ยวชาญจิตใจในภาวะวิกฤต (MCATT) ในเขตกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลบริเวณงานพระราชพิธีพระบรมศพ ณ พระบรมมหาราชวัง และกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน MCATT ในต่างจังหวัด (ผ่านศูนย์สุขภาพจิต) เก็บข้อมูลในส่วนภูมิภาค ทั้ง 4 ภาค ทั้งนี้ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานข้างต้นมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะในการสัมภาษณ์ และสามารถให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับอาการและโรคทางจิตอันเกิดจากความเศร้าโศกที่ผิดปกติ รวมทั้งการรักษาความลับของผู้ทำแบบประเมิน และสุขภาพจิตในภาวะวิกฤติ ซึ่งสามารถให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาลทางจิตใจ และส่งต่อทันที ทั้งนี้ได้จัดทำเกณฑ์ Checklist ถึงอาการสำคัญที่ควรได้รับการช่วยเหลือแก่ผู้ข้อมูลและแนวทางการส่งต่อให้ได้รับบริการ ซึ่งผู้เก็บข้อมูลทุกคนผ่านการชี้แจงและฝึกซ้อมการใช้แบบประเมินมาเป็นอย่างดี

2. ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ โดยได้ยื่นขอรับการพิจารณาเพื่อรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน กรมสุขภาพจิต และได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัยฯ เป็นที่เรียบร้อย ณ วันที่ 14 พฤศจิกายน 2559

3. ผู้วิจัยเตรียมเอกสารชี้แจงเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ทั้งนี้ให้ผู้เก็บข้อมูลแจ้งถึงประโยชน์หรือการเสียประโยชน์ที่ผู้ทำแบบประเมินพึงได้รับต่อหน้าก่อนเก็บข้อมูลทุกราย โดยผู้ประเมินมีสิทธิในการปฏิเสธหรือยุติการตอบแบบประเมินเมื่อใดก็ได้

4. ทีมช่วยเหลือเชี่ยวชาญจิตใจ (MCATT) ทำการเก็บข้อมูลด้วยการให้คนไทยในส่วนภูมิภาค และผู้ที่มีมาร่วมงานพระราชพิธีพระบรมศพ ณ บริเวณพระบรมมหาราชวัง กำหนดชายและหญิงเท่า ๆ กัน จากนั้นใช้ Convenience random sampling เลือกจนกว่าจะได้อาสาสมัครครบตามจำนวนที่ต้องการโดยใช้แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (Inventory of Complicated Grief: ICG) ฉบับภาษาไทยระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน ถึง 15 ธันวาคม 2559

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. คนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งหญิงและชาย
2. สื่อสารเข้าใจภาษาไทย
3. สัญชาติไทย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. มีอาการทางจิตจนไม่สามารถสื่อสารเข้าใจได้
2. อาสาสมัครปฏิเสธการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อหาค่าสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยวิเคราะห์ข้อมูลความชุกของภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน เป็นค่าความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชนด้วยการทดสอบ Chi-square หลังจากนั้นวิเคราะห์ความถดถอยแบบ Logistic regression เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชนโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน กรณีการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทรสยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร นำเสนอผลการศึกษาออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง
2. ความชุกของภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน ภายหลังจากการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและอิทธิพลการทำงานภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน ภายหลังจากการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4-1 ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง (N = 813)

| | ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|----------------------------|-----------------------|-------|--------|
| เพศ (n = 810) | หญิง | 515 | 63.3 |
| | ชาย | 295 | 36.7 |
| อายุ (n = 803) | 18 - 25 ปี | 215 | 26.8 |
| | 26 - 45 ปี | 363 | 45.2 |
| | 46 - 60 ปี | 174 | 21.7 |
| | 60 ปี ขึ้นไป | 51 | 6.3 |
| สถานภาพสมรส (n = 801) | โสด | 405 | 50.6 |
| | สมรส | 333 | 41.6 |
| | หม้าย | 41 | 5.1 |
| | แยกกันอยู่ | 7 | 0.9 |
| | หย่าร้าง | 15 | 1.9 |
| ระดับการศึกษา (n = 785) | ประถมศึกษา | 100 | 12.7 |
| | มัธยมศึกษา/ ปวช. | 186 | 23.7 |
| | อนุปริญญา/ ปริญญาตรี | 439 | 55.9 |
| | ปริญญาโทและสูงกว่า | 60 | 7.6 |
| อาชีพ (n = 802) | ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 193 | 24.1 |
| | เกษตรกร | 64 | 8.0 |
| | ลูกจ้าง/ พนักงานเอกชน | 242 | 30.2 |

| | ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|--|------------------------|-------|--------|
| | ธุรกิจส่วนตัว | 85 | 10.5 |
| | รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ | 218 | 27.2 |
| เงินเดือน (n = 813) | ≤ 10,000 บาท | 413 | 50.8 |
| | 10,001 – 20,000 บาท | 202 | 24.8 |
| | 20,001 – 30,000 บาท | 138 | 17.0 |
| | 30,001 – 50,000 บาท | 48 | 5.9 |
| | 50,001 บาท ขึ้นไป | 12 | 1.5 |
| ภูมิลำเนา (n = 800) | ภาคเหนือ | 141 | 17.6 |
| | ภาคใต้ | 166 | 20.8 |
| | ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | 215 | 26.9 |
| | ภาคกลาง | 159 | 19.8 |
| | กรุงเทพมหานคร | 119 | 14.9 |
| ร่วมงานราชพิธีพระบรมศพ บริเวณพระบรมมหาราชวัง (n = 813) | ไม่ได้มาร่วมงานฯ | 403 | 49.6 |
| | มาร่วมงานฯ | 410 | 50.4 |
| โรคประจำตัวทางกาย (n = 798) | ไม่มี | 716 | 89.7 |
| | มี | 82 | 10.3 |
| ประวัติการใช้สารเสพติด (n = 799) | ไม่มี | 777 | 97.2 |
| | มี | 22 | 2.8 |
| ประสบการณ์สูญเสีย บุคคลที่รัก (n = 777) | ไม่มี | 287 | 36.9 |
| | มี | 490 | 63.1 |

จากตารางที่ 4-1 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 เพศชาย ร้อยละ 36.7 แบ่งเป็นกลุ่มอายุ 18 - 25 ปี ร้อยละ 26.8 อายุ 26 - 45 ปี ร้อยละ 45.2 อายุ 46 - 60 ปี ร้อยละ 21.7 และ อายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 6.3 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 50.6 สมรส ร้อยละ 41.6 หม้าย ร้อยละ 5.1 แยกกันอยู่ ร้อยละ 0.9 และหย่าร้าง ร้อยละ 1.9 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 12.7 ระดับมัธยมศึกษา/ ปวช. ร้อยละ 23.7 ระดับอนุปริญญา/ ปริญญาตรี ร้อยละ 55.9 และปริญญาโทและสูงกว่า ร้อยละ 7.6 กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 24.1 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 8.0 อาชีพลูกจ้าง/ พนักงานเอกชน ร้อยละ 30.3 และ อาชีพข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 27.2 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ 10,000 บาทต่อเดือนและต่ำกว่า ร้อยละ 50.2 รายได้ 10,001 - 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 24.8 รายได้ 20,001 - 30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 17.0 รายได้ 30,001 - 50,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 5.9 รายได้ 50,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป ร้อยละ 1.5 กลุ่มตัวอย่างมีภูมิลำเนาอยู่ภาคเหนือ ร้อยละ 17.6 ภาคใต้ ร้อยละ 20.8 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 26.9 ภาคกลาง ร้อยละ 19.8 และ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 14.9 กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มคนที่ไม่ได้มาร่วมงานพระราชพิธีพระบรมศพฯ ณ บริเวณพระบรมมหาราชวัง ร้อยละ 49.6 และ มาร่วมงานพระราชพิธีพระบรมศพฯ ณ บริเวณ

พระบรมมหาราชวังร้อยละ 50.4 กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 89.7 และมีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 10.3 เป็นกลุ่มที่มีประวัติการใช้สารเสพติด ร้อยละ 2.8 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีประสบการณ์สูญเสียบุคคลที่รักมาก่อน ร้อยละ 36.9 และเคยมีประสบการณ์สูญเสียบุคคลที่รัก ร้อยละ 63.1

ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน ภายหลังการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพล อดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทร สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร

ตารางที่ 4-2 ความชุกของภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชน (N = 813)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ | มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ |
|-----------------|-----------------------------|--------------------------|
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) |
| รวม | 583 (71.7) | 230 (28.3) |

จากตารางที่ 4-2 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 813 คน พบความชุกของภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน ภายหลังการเสด็จสวรรคตของมหาชนของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทร สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร ร้อยละ 28.3

ตารางที่ 4-3 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชน แยกตามเพศ (n = 810)

| เพศ | ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ | | X ² | p-value |
|------|-------------------------|----------------------|----------------|---------|
| | ไม่มี จำนวน (ร้อยละ) | มี จำนวน (ร้อยละ) | | |
| หญิง | 364 (70.7) | 151 (29.3) | 0.767 | 0.381 |
| ชาย | 217 (73.6) | 78 (26.4) | | |

จากตารางที่ 4-3 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 810 คน พบว่า ภายหลังการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทร สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง (n = 515) ร้อยละ 70.7 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 29.3 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย กลุ่มตัวอย่างเพศชาย (n = 295) ร้อยละ 73.6 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 26.4 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย จากการทดสอบ Chi-square ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ระหว่างเพศหญิงและชาย (X² = 0.767, p = 0.381)

ตารางที่ 4-4 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชน แยกตามอายุ (n = 803)

| อายุ | ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ | | X ² | p-value |
|-----------------------|-------------------------|----------------------|----------------|---------|
| | ไม่มี จำนวน (ร้อยละ) | มี จำนวน (ร้อยละ) | | |
| เกิดหลังปี พ.ศ. 2522 | 344 (75.9) | 129 (24.1) | 9.017 | 0.003** |
| เกิดก่อน ปี พ.ศ. 2522 | 239 (66.4) | 121 (33.6) | | |

** p > 0.01

จากตารางที่ 4-4 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 803 คน พบว่า ภายหลังจากการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทรสยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร กลุ่มตัวอย่างเกิดหลังปี พ.ศ. 2522 (n = 453) ร้อยละ 75.9 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 24.1 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย กลุ่มตัวอย่างเกิดหลัง ปี พ.ศ. 2522 (n = 360) ร้อยละ 66.4 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 33.6 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย จากการทดสอบ Chi-square พบความแตกต่างของระดับความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียระหว่างคนเกิดก่อนปี พ.ศ. 2522 และเกิดหลัง ปี 2522 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (X² = 9.017, p = 0.003)

ตารางที่ 4-5 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชน แยกตามสถานภาพสมรส (n = 801)

| สถานภาพการสมรส | ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ | | X ² | p-value |
|-----------------------|-------------------------|----------------------|----------------|---------|
| | ไม่มี จำนวน (ร้อยละ) | มี จำนวน (ร้อยละ) | | |
| โสด/ หม้าย/ แยก/ หย่า | 337 (72.0) | 131 (28.0) | 0.067 | 0.795 |
| สมรส | 237 (71.2) | 96 (28.8) | | |

จากตารางที่ 4-5 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 801 คน พบว่า ภายหลังจากการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทรสยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร กลุ่มตัวอย่างสถานภาพ โสด/ หม้าย/ แยกกันอยู่/ หย่าร้าง (n = 468) ร้อยละ 72.0 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 28.0 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย กลุ่มตัวอย่างสถานภาพสมรส (n = 333) ร้อยละ 71.2 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 28.8 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย จากการทดสอบ Chi - square ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ระหว่างสถานภาพโสด/ หม้าย/ แยกกันอยู่/ หย่าร้าง และสถานภาพสมรส (X² = 0.067, p = 0.795)

ตารางที่ 4-6 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชน แยกตามระดับการศึกษา (n = 785)

| ระดับการศึกษา | ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ | | X ² | p-value |
|------------------|-------------------------|----------------------|----------------|---------|
| | ไม่มี จำนวน (ร้อยละ) | มี จำนวน (ร้อยละ) | | |
| ม. 6 หรือต่ำกว่า | 190 (66.4) | 96 (33.6) | 5.887 | 0.015* |
| สูงกว่า ม. 6 | 372 (74.5) | 127 (25.5) | | |

* p > 0.05

จากตารางที่ 4-6 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 785 คน พบว่า ภายหลังจากเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทรสยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา ม.6 หรือต่ำกว่า (n = 268) ร้อยละ 66.4 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 33.6 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า ม.6 (n = 499) ร้อยละ 74.5 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 25.5 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย จากการทดสอบ Chi - square พบความแตกต่าง ของระดับความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา ม.6 หรือต่ำกว่า และ ระดับการศึกษาสูงกว่า ม.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (X² = 5.887, p = 0.015)

ตารางที่ 4-7 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชน แยกตามอาชีพ (n = 802)

| อาชีพ | ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ | | X ² | p-value |
|-------------------|-------------------------|----------------------|----------------|---------|
| | ไม่มี จำนวน (ร้อยละ) | มี จำนวน (ร้อยละ) | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 141 (73.1) | 52 (26.9) | 0.192 | 0.661 |
| ประกอบอาชีพ | 435 (71.4) | 174 (28.6) | | |

จากตารางที่ 4-7 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 802 คน พบว่า ภายหลังจากเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทรสยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ประกอบอาชีพ (n = 193) ร้อยละ 73.1 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 26.9 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพ (n = 609) ร้อยละ 71.4 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 28.6 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย จากการทดสอบ Chi-square ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ระหว่างกลุ่มไม่ได้ประกอบอาชีพและประกอบอาชีพ (X² = 0.192, p = 0.661)

ตารางที่ 4-8 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชน แยกตามรายได้ต่อเดือน (n = 813)

| รายได้ต่อเดือน | ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ | | X ² | p-value |
|--------------------|-------------------------|----------------------|----------------|---------|
| | ไม่มี จำนวน (ร้อยละ) | มี จำนวน (ร้อยละ) | | |
| น้อยกว่า 5,000 บาท | 73 (78.5) | 20 (21.5) | 2.383 | 0.123 |
| 5,001 บาทขึ้นไป | 510 (70.8) | 210 (29.2) | | |

จากตารางที่ 4-8 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 813 คน พบว่า ภายหลังการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทรสยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (n = 93) ร้อยละ 78.5 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 21.5 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 5,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป (n = 720) ร้อยละ 70.8 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 29.2 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย จากการทดสอบ Chi - square ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ระหว่างกลุ่มมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และมีรายได้ 5,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป (X² = 2.383 p = 0.123)

ตารางที่ 4-9 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชน แยกตามประสบการณ์มาร่วมงานพระราชพิธีพระบรมศพฯ (n = 813)

| ประสบการณ์มาร่วมงาน พระบรมศพฯ บริเวณท้อง สนามหลวง | ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ | | X ² | p-value |
|---|-------------------------|----------------------|----------------|---------|
| | ไม่มี จำนวน (ร้อยละ) | มี จำนวน (ร้อยละ) | | |
| เคย | 215 (68.2) | 128 (31.8) | 4.747 | 0.029* |
| ไม่เคย | 308 (75.1) | 102 (21.9) | | |

* p < 0.05

จากตารางที่ 4-9 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 813 คน พบว่า ภายหลังการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทรสยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร กลุ่มตัวอย่างที่มาเคยร่วมงานพระราชพิธีพระบรมศพฯ บริเวณพระบรมมหาราชวัง (n = 403) ร้อยละ 68.2 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 31.8 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมาร่วมงานพระราชพิธีพระบรมศพฯ บริเวณพระบรมมหาราชวัง (n = 410) ร้อยละ 75.1 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 21.9 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย จากการทดสอบ Chi-square พบความแตกต่าง ของระดับความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มาร่วมงานพระราชพิธีพระบรมศพฯ บริเวณพระบรมมหาราชวัง และไม่ได้มาร่วมงานพระราชพิธีพระบรมศพฯ บริเวณพระบรมมหาราชวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (X² = 4.747, p = 0.029)

ตารางที่ 4-10 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชน แยกตามภูมิภาค (n = 813)

| ภูมิภาค | ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ | | X ² | p-value |
|---------------|-------------------------|----------------------|----------------|---------|
| | ไม่มี จำนวน (ร้อยละ) | มี จำนวน (ร้อยละ) | | |
| กรุงเทพมหานคร | 76 (63.9) | 43 (36.1) | 4.902 | 0.027* |
| ส่วนภูมิภาค | 502 (73.7) | 179 (26.3) | | |

* p < 0.05

จากตารางที่ 4-10 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 813 คน พบว่า ภายหลังจากเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทรสยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร (n = 119) ร้อยละ 63.9 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 36.1 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาอยู่ในส่วนภูมิภาค (n = 681) ร้อยละ 73.7 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 26.3 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย จากการทดสอบ Chi-square พบความแตกต่าง ของระดับความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร และ มีภูมิลำเนาอยู่ในส่วนภูมิภาคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (X² = 4.902, p = 0.027)

ตารางที่ 4-11 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชน แยกตามโรคประจำตัวทางกาย (n = 798)

| โรคประจำตัวทางกาย | ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ | | X ² | p-value |
|------------------------|-------------------------|----------------------|----------------|---------|
| | ไม่มี จำนวน (ร้อยละ) | มี จำนวน (ร้อยละ) | | |
| ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย | 508 (70.9) | 208 (29.1) | 1.827 | 0.177 |
| มีโรคประจำตัวทางกาย | 64 (78.0) | 18 (22.0) | | |

จากตารางที่ 4-11 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 798 คน พบว่า ภายหลังจากเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทรสยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (n = 716) ร้อยละ 70.9 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 29.1 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวทางกาย (n = 82) ร้อยละ 78.0 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 22.0 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย จากการทดสอบ Chi - square ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ระหว่างกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย และ มีโรคประจำตัวทางกาย (X² = 1.827, p = 0.177)

ตารางที่ 4-12 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชน แยกตามประวัติการใช้สารเสพติด (n = 799)

| ประวัติการใช้สารเสพติด | ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ | | X ² | p-value |
|------------------------|-------------------------|----------------------|----------------|---------|
| | ไม่มี จำนวน (ร้อยละ) | มี จำนวน (ร้อยละ) | | |
| ไม่มี | 560 (72.1) | 217 (27.9) | 0.005 | 0.946 |
| มี | 16 (72.7) | 6 (27.3) | | |

จากตารางที่ 4-12 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 799 คน พบว่า ภายหลังจากเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทรสยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด (n = 777) ร้อยละ 72.1 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 27.9 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการใช้สารเสพติด (n = 22) ร้อยละ 72.7 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 27.3 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย จากการทดสอบ Chi-square ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียระหว่างกลุ่มที่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด และ มีประวัติการใช้สารเสพติด (X² = 0.005, p = 0.946)

ตารางที่ 4-13 ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชน แยกตามประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (n = 777)

| ประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก | ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ | | X ² | p-value |
|-------------------------------------|-------------------------|----------------------|----------------|---------|
| | ไม่มี จำนวน (ร้อยละ) | มี จำนวน (ร้อยละ) | | |
| ไม่มี | 220 (76.7) | 67 (23.3) | 3.785 | 0.052 |
| มี | 334 (70.2) | 156 (29.8) | | |

จากตารางที่ 4-13 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 777 คน พบว่า ภายหลังจากเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทรสยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (n = 287) ร้อยละ 76.7 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 23.3 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (n = 490) ร้อยละ 70.2 ไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ร้อยละ 29.8 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย จากการทดสอบ Chi-square ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ระหว่างกลุ่มไม่มีประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และมีประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (X² = 3.785, p = 0.052)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและอิทธิพลการทำนายภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน ภายหลังจากการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชมหิตลธิเบศรามาธิบดี จักรีนฤพดินทรสยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร

ตารางที่ 4-14 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและอิทธิพลการทำนายภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน ภายหลังจากการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ

| ปัจจัย | Adjusted OR | 95% CI of OR | | p-value |
|------------------------------|-------------|--------------|-------|---------|
| | | Lower | Upper | |
| เกิดก่อน ปี พ.ศ. 2522 | 1.598 | 1.175 | 2.172 | 0.003** |
| การศึกษา ม. 6 หรือต่ำกว่า | 1.480 | 1.077 | 2.033 | 0.016* |
| เคยมาร่วมงานพระบรมศพฯ | 1.405 | 1.031 | 1.910 | 0.03* |
| มีภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพมหานคร | 1.587 | 1.052 | 2.394 | 0.028* |

* $p > 0.05$

** $p > 0.01$

จากตารางที่ 4-14 เมื่อวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน ภายหลังจากการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ ได้แก่ การเกิดก่อน ปี พ.ศ. 2522 ($B = 1.598$, $p = 0.003$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 การมีการศึกษาในระดับ ม. 6 หรือต่ำกว่า ($B = 1.480$, $p = 0.016$) มีประสบการณ์มาร่วมงานพระบรมศพฯ บริเวณพระบรมมหาราชวัง ($B = 1.405$, $p = 0.03$) และมีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานคร ($B = 1.587$, $p = 0.028$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.3) เป็นกลุ่มอายุ 26 - 45 ปี สูงที่สุด (ร้อยละ 45.2) รองลงมาคือ 18 - 25 ปี และอายุ 46 - 60 ปี (ร้อยละ 26.8, 21.7 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 50.6) รองลงมาคือ สถานภาพสมรส (ร้อยละ 41.6) กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษานุปริญญา/ ปริญญาตรี (ร้อยละ 55.9) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา/ ปวช. (ร้อยละ 23.7) กลุ่มตัวอย่างอาชีพลูกจ้าง/ พนักงานเอกชนสูงสุด (ร้อยละ 30.3) รองลงมาคือ อาชีพข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 27.2) พบกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ 10,000 บาทต่อเดือนและต่ำกว่าสูงสุด (ร้อยละ 50.2) รองลงมาคือ รายได้ 10,001 - 20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 24.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 26.9) รองลงมา คือ ภาคใต้ (ร้อยละ 20.8) และ ภาคกลาง (ร้อยละ 19.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์เคยมาร่วมงานพระราชพิธีพระบรมศพ ฯ ณ บริเวณท้องสนามหลวง (ร้อยละ 50.4) เป็นกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 89.7) และเป็นกลุ่มที่มีประวัติการใช้สารเสพติด เพียงร้อยละ 2.8 และส่วนใหญ่ร้อยละ 63.1 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์สูญเสียบุคคลที่รัก

2. ความชุกของภาวะความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

จากการศึกษา พบความชุกของภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน ภายหลังการเสด็จสวรรคตของมหาชนของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชมหิตลธิเบศรราชวชิรมิตร จักรีนฤพดินทร สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร ร้อยละ 28.3

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามเพศ พบว่า ภายหลังการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียสูงสุด (ร้อยละ 29.3) กลุ่มตัวอย่างเพศชาย (ร้อยละ 26.4) อย่างไรก็ตามระดับภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียระหว่างเพศหญิงและชายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามปีเกิด พบว่า ภายหลังการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างเกิดก่อนปี พ.ศ. 2522 มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียสูงสุด (ร้อยละ 33.6) ทั้งนี้ ระดับความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียระหว่างคนเกิดก่อนปี พ.ศ. 2522 และเกิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามสถานภาพการสมรส ภายหลังจากเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างสถานภาพสมรส และสถานภาพโสด/ หม้าย/ แยกกันอยู่/ หย่าร้าง มีภาวะเครียด้าไคกที่ผิดปกติจากการสูญเสียไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 28.0 และ 28.8 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามระดับการศึกษา พบว่า ภายหลังจากเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา ม.6 หรือต่ำกว่ามีภาวะเครียด้าไคกที่ผิดปกติจากการสูญเสียสูงสุด (ร้อยละ 33.6) ทั้งนี้ ระดับความเครียด้าไคกที่ผิดปกติจากการสูญเสียระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา ม.6 หรือต่ำกว่า และ ระดับการศึกษาสูงกว่า ม.6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามการประกอบอาชีพ พบว่า ภายหลังจากเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพ และไม่ประกอบอาชีพมีภาวะเครียด้าไคกที่ผิดปกติจากการสูญเสียไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 28.6 และ 26.9 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามรายได้ พบว่า ภายหลังจากเสด็จสวรรคตของมหาชนของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 5,001 บาท ต่อเดือนขึ้นไป และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีภาวะเครียด้าไคกที่ผิดปกติจากการสูญเสียไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 29.2 และ 21.5 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามประสบการณ์มาร่วมงานพระราชพิธีพระบรมศพฯ พบว่า ภายหลังจากเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างที่เคยมาร่วมงานพระราชพิธีพระบรมศพฯ บริเวณท้องสนามหลวง มีภาวะเครียด้าไคกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (ร้อยละ 31.8) แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมาร่วมงานพระราชพิธีพระบรมศพฯ บริเวณพระบรมมหาราชวัง (ร้อยละ 21.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามภูมิลำเนา พบว่า ภายหลังจากเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพมหานคร มีภาวะเครียด้าไคกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (ร้อยละ 36.1) แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาอยู่ส่วนภูมิภาค (ร้อยละ 26.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามการมีโรคประจำตัวทางกาย พบว่า ภายหลังจากเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวทางกายและไม่มีโรคประจำตัวทางกาย มีภาวะเครียด้าไคกที่ผิดปกติจากการสูญเสียไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 21.5 และ 22.0 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามประวัติการใช้สารเสพติด พบว่า ภายหลังจากเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด และมีประวัติการใช้สารเสพติด มีภาวะเครียด้าไคกที่ผิดปกติจากการสูญเสียไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 27.9 และ 27.3 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามการมีประสบการณ์สูญเสีย พบว่า ภายหลังจากเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์

สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และ ไม่มีประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 29.8 และ 23.3 ตามลำดับ)

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและอิทธิพลการทำนายภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและอิทธิพล พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน ภายหลังจากการเสด็จสวรรคตของมหาชนของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ ได้แก่ การเกิดก่อนปี พ.ศ. 2522 ($p < 0.01$) การมีภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพมหานคร ($p < 0.05$) มีประสบการณ์เคยมาร่วมงานพระบรมศพฯ บริเวณพระบรมมหาราชวัง ($p < 0.05$) และมีการศึกษาในระดับ ม. 6 หรือต่ำกว่า ($p < 0.05$)

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษา พบความชุกของภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน ภายหลังจากการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศร รามาธิบดี จักรีนฤพดินทร สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร ร้อยละ 28.3 ซึ่งเป็นค่าความชุกที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับภาวะความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียในกรณีอื่น ๆ ดังเช่น ในการศึกษาของ อรสา ไยยง และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2554) ได้ศึกษาภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 ราย พบความชุกเพียงร้อยละ 16.2 ในขณะที่จากการศึกษาความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกจิตเวชของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 843 คน พบความชุกเพียงร้อยละ 16.6 (รัชนู วรรณ และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2558) นอกจากนี้ การศึกษา ของ Kersting et al. (2011) ที่ทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชนของประเทศเยอรมนี จำนวน 2,520 ราย พบความชุกของประสบการณ์การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในชีวิต ร้อยละ 57.3 และพบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียเพียงร้อยละ 3.7 เท่านั้น และ การศึกษาประชากรในชุมชนของประเทศญี่ปุ่น จำนวน 1,970 ราย พบความชุกของประสบการณ์การสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 49 และพบความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียเพียง ร้อยละ 2.4 (Fujisawa et al., 2010)

อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์การสูญเสียกรณีการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ เป็นการสูญเสียที่ส่งผลต่อจิตใจของคนไทยทั้งประเทศ ซึ่งเทียบไม่ได้กับความสูญเสียบุคคลใกล้ชิดแต่อย่างใด กล่าวคือ การสูญเสียบุคคลสำคัญผู้ซึ่งเป็นศูนย์รวมจิตใจของมหาชนเช่นนี้ทำให้ผู้คนเกิดความรู้สึกสูญเสียเช่นเดียวกับการสูญเสียในระดับบุคคล และเป็นการกระตุ้นความทุกข์โศกที่มีอยู่แล้วให้มีความรุนแรงมากขึ้นนั่นเอง (Keith et al., 2000) ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยสำคัญ 3 ประการ (นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ, 2558) ได้แก่

1. ความเกี่ยวข้องของคนในสังคมหรือชุมชนกับเหตุการณ์ความสูญเสีย (Human connection to the event) กล่าวคือ คนทั่ว ๆ ไปในสังคมที่อาจจะไม่ได้มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับเหตุการณ์การเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ อาจเกิด

ความเศร้าโศกเป็นอย่างมากได้เมื่อบุคคลเกิดความคิดที่ว่า เหตุการณ์นี้อาจเกิดขึ้นกับบุคคลอันเป็นที่รักของตนเอง หรืออาจเกิดขึ้นกับตัวเองก็เป็นได้ หรืออาจจะเป็นความสูญเสียในสังคมที่กระตุ้นความทรงจำของตัวบุคคลเกี่ยวกับประสบการณ์ความสูญเสียที่เคยเกิดขึ้นในอดีต หรืออาจกล่าวได้ว่า การสูญเสียที่เกิดขึ้นเชื่อมโยงเหตุการณ์กับประสบการณ์ส่วนบุคคล

2. ความเกี่ยวข้องระดับบุคคลกับเหตุการณ์ความสูญเสีย (Personal connection to the event) กล่าวคือ ความเกี่ยวข้องระดับตัวบุคคลกับเหตุการณ์การเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ นั้น นับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเกิดภาวะความเศร้าโศกร่วมของมหาชน เมื่อเกิดเหตุการณ์อันเป็นที่น่าสะเทือนใจขึ้นมาแล้ว ผู้คนในสังคมอาจจะได้รู้จักผู้เสียชีวิตหรือเรื่องราวประวัติของผู้เสียชีวิต แล้วเกิดความรู้สึกเชื่อมโยงกันขึ้นมาทำให้รู้สึกเศร้าสะเทือนใจ

3. เมื่อความคุ้นเคยกลายเป็นความไม่คุ้นเคย (When the familiar becomes unfamiliar) กล่าวคือ ระดับความรุนแรงของความเศร้าโศกของมหาชนส่วนหนึ่งนั้น ขึ้นอยู่กับธรรมชาติหรือลักษณะของความสูญเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งในกรณีนี้ เหตุการณ์การเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ เป็นเรื่องที่ไม่น่าเชื่อว่าจะเกิดขึ้น หรือไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในช่วงชีวิตหนึ่งของคุณคนนั้น ๆ

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามเพศ พบว่า ภายหลังจากการเสด็จสวรรคตของมหาชนของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติสูงสุด (ร้อยละ 29.3) กลุ่มตัวอย่างเพศชาย (ร้อยละ 26.4) ถึงแม้ว่า ระดับความเศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติระหว่างเพศหญิงและชายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทบทวนวรรณกรรม ยืนยันว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ดังเช่นในการศึกษาของ Neria (2007) และ Kersting (2011) พบว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย เนื่องจากที่ผ่านมาพบว่าภาวะซึมเศร้าจะพบได้มากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Tang TN, Tang CS, 2001; Rungreangkulkij et al., 2012) อันเป็นผลจากฮอร์โมนตามช่วงวัยต่างๆ ความแตกต่างในเรื่องของเหตุการณ์ความเครียด การเผชิญและการปรับตัวต่อเหตุการณ์ความเครียดที่แตกต่างกัน โดยเพศชายมักจะเผชิญกับปัญหาหรือจัดการปัญหาด้วยการมุ่งออกสู่ภายนอก (Externalization) เช่น ออกไปเล่นกีฬา ออกไปใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติดมากกว่าที่จะอยู่กับตนเอง ในขณะที่เพศหญิงมักจะจัดการปัญหาด้วยการเอาปัญหาเข้าสู่ตัวเอง (Internalization) เช่น คิดหมกมุ่นเพียงคนเดียว เก็บตัว โทษหรือตำหนิตนเอง (Nolen, 2001; Angst et al., 2002) จนทำให้อาการแสดงออกของอารมณ์เศร้าและภาวะซึมเศร้าได้ชัดเจนกว่าในเพศชาย

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามปีเกิด พบว่า ภายหลังจากการเสด็จสวรรคตของมหาชนของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างเกิดก่อนปี พ.ศ. 2522 มีภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติสูงสุด (ร้อยละ 33.6) ทั้งนี้ ระดับความเศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติระหว่างคนเกิดก่อนปี พ.ศ. 2522 และเกิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งจากผลการศึกษานี้สามารถแบ่งคนตามยุคการเกิด (Generation) พบว่า คนที่เกิดในยุคยุค Baby Boomer (William & Page, 2010; Van den Bergh

& Behrer, 2011; Miller & Washington, 2012) ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีอายุตั้งแต่ 38 ปีขึ้นไป มีความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียสูงสุด ทั้งนี้เนื่องมาจากเป็นกลุ่มวัยที่มีช่วงชีวิตซึ่งได้สัมผัสกับพระราชกรณียกิจ พระจริยวัตรและ โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ ซึ่งมีมากกว่า 3,000 โครงการ อาทิ โครงการฝนหลวง โครงการปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โครงการแก้มลิง โครงการหลวงในพระบรมราชานุเคราะห์ชาวเขา รวมถึง สิ่งประดิษฐ์ที่แสดงถึงพระอัจฉริยภาพในการแก้ปัญหาของประเทศชาติ อาทิ กังหันน้ำชัยพัฒนา และ ปลานิล แหล่งโปรตีนพระราชทาน เป็นต้น (มูลนิธิชัยพัฒนา, 2559) ย่อมทำให้เกิดความรู้สึกรักและผูกพันในระดับบุคคลและนำมาซึ่งความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียได้

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามสถานภาพการสมรส ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงการสนับสนุนประคับประคองของมนุษย์ การขาดคู่สมรสจึงอาจมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียอันจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้สูง (อรสา ไยยอง และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2554) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ภายหลังจากเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างสถานภาพสมรส และ สถานภาพโสด/ หม้าย/ แยกกันอยู่/ หย่าร้าง มีภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 28.0 และ 28.8 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนุวรรณ และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2558) ศึกษาความชุกของการสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รัก อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งไม่พบความแตกต่างของภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติภายหลังการสูญเสียในกลุ่มสถานภาพเดี่ยวและสภาพคู่แต่อย่างใด

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามระดับการศึกษา พบว่า ภายหลังจากเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา ม.6 หรือต่ำกว่ามีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียสูงสุด (ร้อยละ 33.6) ทั้งนี้ ระดับความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา ม.6 หรือต่ำกว่า และ ระดับการศึกษาสูงกว่า ม.6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีการศึกษาต่ำมักจะมีตำแหน่งหน้าที่การงานที่ไม่ดี เกิดความไม่มั่นคงในงาน ขาดสวัสดิการหรือรายได้ที่แน่นอน ที่ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองเพื่อจัดการและบรรเทาภาวะเศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสียได้ดีนัก (ชาญกัญญา ตันติลีปกร, 2547)

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามการประกอบอาชีพ พบว่า ภายหลังจากเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพ และ ไม่ประกอบอาชีพมีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 28.6 และ 26.9 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรสา ไยยอง และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2558) ซึ่งทำการศึกษาความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่พบในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 843 พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างปัจจัยการประกอบอาชีพหรือไม่ประกอบอาชีพ

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามรายได้ พบว่า ภายหลังจากเสด็จสวรรคตของมหาชนของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 5,001 บาท

ต่อเดือนขึ้นไป และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 29.2 และ 21.5 ตามลำดับ) แตกต่างจากการศึกษา ปัจจัยเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรีของ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2554) ซึ่งพบภาวะซึมเศร้ามากในผู้มีปัญหาเรื่องการเงิน ปัญหาการใช้สารเสพติด และประสบการณ์การสูญเสีย รวมถึงการขาดความสนับสนุนจากครอบครัวที่ดี อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ ผู้มีรายได้น้อย (ต่ำกว่า 5,000 บาท) อาจไม่ได้จัดว่ากลุ่มผู้มีปัญหาเรื่องการเงินแต่อย่างใด เนื่องจากร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชากรในส่วนภูมิภาคซึ่งเป็นไปได้ว่าอาจมีรายได้น้อยกว่าแต่เพียงพอสอดคล้องกับความเป็นอยู่ หรือ อาจนำเอาแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงตามโครงการพระราชดำริไปเป็นหลักในการดำเนินชีวิตก็เป็นได้ รายได้ต่อเดือนจึงไม่ใช่ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้คนมีความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียกรณี การเสด็จสวรรคตของมหาชนของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามประสบการณ์มาร่วมงานพระราชพิธี พระบรมศพฯ พบว่า ภายหลังการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างที่เคยมาร่วมงานพระราชพิธีพระบรมศพฯ บริเวณพระบรมมหาราชวัง มีภาวะเศร้าโศก ที่ผิดปกติ จากการสูญเสีย (ร้อยละ 31.8) แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมาร่วมงานพระบรมศพฯ บริเวณพระบรมมหาราชวัง (ร้อยละ 21.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งอาจเป็นไปได้ว่า โดยทั่วไปแล้ว เมื่อบุคคลเผชิญกับความสูญเสีย ปฏิกริยาแรกที่เกิดขึ้นคือการปฏิเสธ (Denial) ซึ่งเป็น กลไกทางจิตที่เกิดขึ้นเพื่อปกป้องตนเองจากความเจ็บปวดโดยธรรมชาติ (Defense mechanism) แต่เมื่อเวลาผ่านไป การทำงานของกลไกทางจิตนี้จะลดลง ความเศร้าโศกเสียใจก็จะเพิ่มความรุนแรง มากขึ้น พฤติกรรมที่พบได้มากที่สุดในช่วงนี้ได้แก่ การร้องไห้ ซึ่งนับเป็นการแสดงความรู้สึกเสียใจ ที่ช่วยลดระดับความเศร้าโศก ซึ่งเรียกว่าปฏิกริยาความเศร้าโศกล่าช้า (Delayed grief) กล่าวคือ บุคคลไม่สามารถแสดงความเศร้าโศกออกมาได้ หรือ เมื่อต้องเผชิญความสูญเสียจะมีการแสดงออก ในช่วงที่มีการสูญเสียไม่มากพอทั้งในด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ทำให้อาการเศร้าโศกอาจรุนแรงมาก ถ้าเกิดการกระตุ้นจากการสูญเสียในคราวต่อมา หรือการได้เห็นการสูญเสียของผู้อื่น รวมทั้งการพบ เจอกับเหตุการณ์ การดูภาพยนตร์ การไปร่วมพิธีไว้อาลัย หรือสิ่งอื่น ๆ ที่อาจมีเนื้อหาหลักเป็นเรื่อง การสูญเสียที่มีความเกี่ยวเนื่องหรือคล้ายคลึงกับที่เคยประสบ ก็จะทำให้เกิดการตอบสนองที่รุนแรง เกินกว่าเหตุอันเนื่องจากการถูกทำให้หววนรำลึกถึงเหตุการณ์สูญเสียนั้น ๆ บุคคลพวกนี้มักใช้กลไก ทางจิตชนิดปฏิเสธความจริง (Denial) ร่วมกับแบบเก็บกด (Suppression) เพื่อหลีกเลี่ยงความเศร้าโศก (Varcarolis, 1998)

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามภูมิลำเนา พบว่า ภายหลังการเสด็จสวรรคต ของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาอยู่ กรุงเทพมหานคร มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (ร้อยละ 36.1) แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่มี ภูมิลำเนาอยู่ส่วนภูมิภาค (ร้อยละ 26.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับ การศึกษาของ Guolong Liang และคณะ (2552) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูง ถึงร้อยละ 21.0 ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง และเขตความรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัด ขอนแก่น อาจอธิบายได้จากสภาพสังคม การดำรงชีวิตและลักษณะของครอบครัวที่แตกต่างกัน ระหว่างสังคมชนบทและสังคมเมือง ในชนบทลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยายอยู่ร่วมกัน

บุตรหลานซึ่งทำหน้าที่ดูแลซึ่งกันและกันทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้ดีกว่าเมื่อต้องเผชิญกับความเศร้าโศกจากการสูญเสีย สอดคล้องกับการศึกษาของ Chiu YW และคณะ (2010) ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยบรรเทาความรู้สึกสูญเสียเนื่องจากจะช่วยลดความเครียดและช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวหลังจาก เกิดการสูญเสียได้

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามการมีโรคประจำตัวทางกาย พบว่า ภายหลังการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวทางกายและไม่มีโรคประจำตัวทางกาย มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 21.5 และ 22.0 ตามลำดับ) แตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ซึ่งพบว่า ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพทางร่างกาย เช่น การป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการสูญเสียความสามารถด้านกิจวัตรประจำวัน เกิดความรู้สึกว่าขาดความสามารถควบคุมชีวิตตนเอง จึงมักพบภาวะซึมเศร้าได้สูง (Alexopoulos, 2005; Djernes, 2006)

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามประวัติการใช้สารเสพติด พบว่า ภายหลังการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด และมีประวัติการใช้สารเสพติด มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 27.9 และ 27.3 ตามลำดับ) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของผู้ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มจะเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า (อัญชูลี เตมียะประดิษฐ์, 2550) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าในการศึกษานี้ไม่ได้รวมเอาการใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่และสุราเข้ามาด้วย ซึ่งจากการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าและการ ใช้ยาเสพติดมีความสัมพันธ์กัน โดยจากการทบทวนวรรณกรรม (จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน และคณะ, ม.ป.ป.) พบว่า การติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับที่ 4 ที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า โดยความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการใช้สารเสพติดเป็นไปในลักษณะ 2 คือ พบว่าภาวะซึมเศร้านักเกิดร่วมกับผู้ใช้สารเสพติด (รวมถึงแอลกอฮอล์) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลายคนมักใช้การดื่มแอลกอฮอล์ หรือยาเสพติดนำไปสู่การติดยาหรือติดแอลกอฮอล์ ดังนั้นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและไปดื่มแอลกอฮอล์ สามารถทำให้อาการซึมเศร้าวรุนแรงมากยิ่งขึ้น จึงเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าและการใช้ยาเสพติดต่างมีผลส่งเสริมซึ่งกันและกันให้เกิดความรุนแรง

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลแยกตามการมีประสบการณ์สูญเสีย พบว่า ภายหลังการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และไม่มีประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 29.8 และ 23.3 ตามลำดับ) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา กล่าวคือ เมื่อเกิดการสูญเสียในคนที่มีประสบการณ์สูญเสียมาก่อน เมื่อต้องเผชิญการสูญเสียหลายครั้งจึงทำให้บุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดซ้ำ ๆ มีโอกาสเกิดอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติได้มาก ดังเช่นผลการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าน่าจะประสบกับจำนวนเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่ซึมเศร้า (Lueboonthavatchai, 2009) รวมถึงการผูกพันกับผู้เสียชีวิตมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรณีผู้เสียชีวิตเป็นบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดามารดาหรือบุตร และหากต้องพึ่งพาผู้ที่เสียชีวิตมากทั้งในด้านอารมณ์ (เช่น เป็นที่ปรึกษา ปรึกษาจิตใจยามเกิดปัญหา) ด้านความเป็นอยู่ (เช่น ทางด้านการเงิน สุขภาพทางกาย) ก็อย่างยิ่งส่งผลให้เกิด

อารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติได้มากขึ้นเท่านั้น เนื่องจากผู้สูญเสียจะรู้สึกขาดที่พึ่ง หรือขาดความมั่นคงในชีวิต (Prigerson et al., 1997)

จากการศึกษานี้ ปัจจัยทำนายอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ภายหลังจากการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ ที่สำคัญได้แก่ การเกิดก่อนปี พ.ศ. 2522 การมีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานคร มีประสบการณ์เคยร่วมงานพระราชพิธีพระบรมศพฯ บริเวณพระบรมมหาราชวัง และมีการศึกษาในระดับ ม. 6 หรือต่ำกว่า แสดงให้เห็นว่า ช่วงวัยหรืออายุที่เพิ่มมากขึ้นซึ่งแสดงถึงโอกาสที่ได้สัมผัสและใกล้ชิดกับเรื่องราวและพระราชกรณียกิจที่ยาวนานกว่า ภูมิลำเนา/ ถิ่นที่อยู่ซึ่งอยู่ใกล้ชิดและรับการสื่อสารเกี่ยวกับการสูญเสียที่มีสูงกว่า การมีประสบการณ์เคยร่วมงานพระราชพิธีพระบรมศพฯ ซึ่งแสดงถึงถูกกระตุ้นด้วยเหตุการณ์ความเศร้าโศกซ้ำ ๆ และระดับการศึกษาที่ไม่สูงมากนักซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับวิถีคิดและความสามารถในการจัดการตนเองในภาวะเศร้าโศก จะเป็นการเพิ่มโอกาสที่จะเกิดภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียได้สูงขึ้น

บทเรียนจากการสูญเสียของมหาชน

1. เปลี่ยนความเศร้าโศกให้กลายเป็นพลัง: บทเรียนจากนานาชาติ

จากการศึกษาของ Bollen และ Phillips (1982) พบว่า สาเหตุหนึ่งที่ทำให้อัตราการฆ่าตัวตายของคนทั่วไปเพิ่มสูงขึ้นหลังจากมีการเสียชีวิตของคนดังหรือผู้มีชื่อเสียงในสังคม อาจเกิดการที่สื่อนำเสนอข่าวซึ่งกระตุ้นให้เกิดการเลียนแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากการเสียชีวิตนั้นมีสาเหตุมาจากการฆ่าตัวตาย ก็ยิ่งจะส่งผลให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตนเองมากขึ้น

ความสูญเสียในระดับบุคคลที่เกิดจากการจากไปของผู้มีชื่อเสียงหรือบุคคลสำคัญ แม้ว่าจะไม่ได้มีการรู้จักกันเป็นการส่วนตัวนั้น อาจเกิดจากการที่คนทั่วไป ได้รู้จักหรือรับทราบข้อมูลการใช้ชีวิต ของผู้เสียชีวิตจากสื่อต่าง ๆ อยู่อย่างต่อเนื่อง ความเศร้าโศกเสียใจอย่างมากต่อการจากไปของผู้มีชื่อเสียงหรือบุคคลสำคัญแม้ว่าไม่เคยแม้แต่จะได้พบตัวจริงมาก่อนนั้นไม่ใช่เรื่องผิดปกติ ซึ่งความเศร้าโศกเสียใจอย่างมกนั้นอาจเกิดจากคนในสังคมเติบโตมาพร้อมกับผู้ที่จากไป ผ่านทางการรับรู้จากสื่อต่าง ๆ ทำให้เกิดความผูกพัน หรือผู้ที่จากไปอาจเป็นแรงบันดาลใจหรือเป็นตัวแทนของความใฝ่ฝันของคนอื่น ๆ กรณีหลังนี้เห็นได้ชัดในกรณีการเสียชีวิตของศิลปิน นักร้อง หรือดารานักร้องที่มีชื่อเสียง เช่น การเสียชีวิตของ David Bowie ศิลปินดังจากประเทศอังกฤษ ที่นำมาซึ่งความเศร้าโศกเป็นอย่างมากของแฟนเพลง และคนที่อยู่ในช่วงวัยเดียวกัน

แม้ว่าการเสียชีวิตของบุคคลสำคัญระดับชาติหรือระดับโลก จะนำมาซึ่งความเศร้าโศกเสียใจของมหาชน แต่ก็มีข้อสังเกตว่า หลังเหตุการณ์อันน่าเศร้าต่าง ๆ ดังกล่าวเกิดขึ้น ก็ยังมีแง่มุมในด้านดีอยู่บ้าง เช่น ผู้คนในสังคมจะมีความรู้สึกเชื่อมโยงกันทางจิตใจมากขึ้น เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันมากขึ้น และอาจมีการรวมตัวกันมากขึ้น เพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นตัวแทนหรือเป็นสัญลักษณ์ของการแสดงความอาลัย เช่น หลังการสิ้นพระชนม์ของบุคคลสำคัญในอังกฤษ ไม่ว่าจะเป็น

Princess Charlotte (1817), the Duke of Wellington (1852), the Prince Consort (1861) and Queen Victoria (1901) รวมถึงเจ้าหญิง ไดอาน่า ก็ได้มีการจัดกิจกรรมการกุศลตามโบสถ์ต่าง ๆ อย่างยิ่งใหญ่ทั่วประเทศ มีการใช้ประโยชน์จากความเศร้าโศกดังกล่าวเพื่อสอนผู้คนถึงการสร้างคุณงามความดี ชีวิตหลังความตายตามหลักศาสนา สร้างความตระหนักถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของผู้คนในสังคม ความเห็นอกเห็นใจ และพลังของมวลมนุษยชาติ (Wolffe, 1996)

1. การสื่อสาร สุขภาพจิต และความเศร้าโศกจากภาวะสูญเสีย ภายหลังการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ

จากการสำรวจของ We are social (2016) พบว่า ประเทศไทยได้รับการจัดอันดับว่าเป็นประเทศที่มีผู้คนใช้เวลากับสื่อสังคมออนไลน์สูงสุดติดอันดับโลก ภายหลังจากการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ เราก็ปฏิเสธไม่ได้ที่จะเห็นถึงการแสดงความเศร้าโศกเชิงสัญลักษณ์ผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ เช่น การปรับภาพตนเองและรูปที่ใช้เผยแพร่เป็นสีขาวดำ ปรับโทนของสีในสื่อหลักต่าง ๆ อาทิ ภาพบนหน้าจอทุกสื่อโทรทัศน์ เว็บไซต์ สื่อสิ่งพิมพ์ ตลอดจนการประดับผ้าขาวดำตามสถานที่ราชการ ห้างร้าน และบ้านเรือนประชาชน เพื่อให้ทุกข์ตามครรลองของความโศกสลดของผู้คนในช่วงนี้ และเห็นได้ชัดจากการนำเสนอข่าวในวันของการสูญเสียเมื่อเย็นวันพฤหัสบดีที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ซึ่งนำไปสู่การรวบหน้าจอโทรทัศน์ให้อยู่บนฐานของการถ่ายทอดภาพรวมการเฉพาะกิจที่รื้อแถลงการณ์จากสำนักพระราชวัง อย่างเป็นระบบระเบียบ ซึ่งเป็นที่เข้าใจได้ในการทำงานภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉิน โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหลายต้องการความนิ่งสงบ และไม่สร้างความตื่นตระหนกให้กับประชาชนชาวไทย

อย่างไรก็ตาม ท่ามกลางความกระหายข้อมูลข่าวสารของประชาชนในสภาวะการณ์ที่อ่อนไหวเช่นนี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องไม่ปล่อยให้สื่อสังคมออนไลน์กลายเป็นพื้นที่หลักในการกำหนดวาระข่าวสารของสังคม รวมไปถึงกลายเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารหลักที่ประชาชนจะเสพได้ เนื่องจากสื่อออนไลน์ดังกล่าวเป็นพื้นที่ที่อำนวยความสะดวกให้ผู้ผลิตเนื้อหาและส่งสารซึ่งสามารถเป็นใครก็ได้ ให้ข้อมูลในเชิงง่ายต่อการปลูกเร้าอารมณ์และพร้อมที่จะนำพาผู้คนขาดสติไปตามกระแสความเศร้าโศกได้อย่างง่ายดาย กล่าวคือ การยึดยึดข้อมูลอันเกิดจากกระแสทัศนคติของคนหมู่มากท่ามกลางความอ่อนไหวทางอารมณ์นี้ อาจนำไปสู่ข้อจำกัดในการให้ที่ยินของคนบางกลุ่มที่อาจไม่เป็นไปตามกระแสของคนหมู่มาก ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะพัฒนาไปสู่ความเกลียดชังและพร้อมที่จะกล่าวโทษกันได้ทุกเมื่อ (พิจิตรา ศุภสวัสดิ์กุล, 2559)

จากการศึกษาของ กิรณี ยาวิชัย และ พจนา ฐูปแก้ว (2557) พบว่า ‘ความเกลียดชัง’ สามารถกระตุ้นเร้าได้อย่างรุนแรงเมื่อมันมาพร้อมกับ ‘ความรัก’ อารมณ์อันพลุ่งพล่านที่สามารถพัฒนาไปสู่การใช้ความรุนแรงเชิงกายภาพได้นั้น มีปัจจัยอันเกิดมาจากการที่บุคคลที่เรารักและศรัทธาถูกกระทำ ซึ่งเมื่อโหมเข้ากับสภาวะที่ผู้คนถูกปิดกั้นเชิงข้อมูลข่าวสาร ประกอบกับความอ่อนไหวและไม่มั่นคงในเชิงอารมณ์แล้ว ถือว่าปัจจัยแวดล้อมหลังการสูญเสียพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ ซึ่งเป็นบริบทที่พึงระวังการใช้ถ้อยคำสร้างความเกลียดชัง (Hate speech) อย่างยิ่ง

ดังนั้น การเฝ้าระวังการสื่อสารอันอาจเกิดจากความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจผลิตเนื้อหาที่ไม่เข้าพวกกับกระแสของคนหมู่มาก รวมไปถึงเนื้อหาที่เหนียวนำไปเกิดความเกลียดชัง อันสร้างความแปลกแยกให้เกิดการแบ่งเขาแบ่งเราในสังคมไทยช่วงนี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้สื่อกระแสหลัก

ทำหน้าที่อย่างแข็งขันในการนำเสนอข้อเท็จจริง โดยใช้ทักษะและความชำนาญในการทำข่าว และเรื่องราวที่น่าเชื่อถือมานำเสนอ ตัดกระแสบรรดาข่าวลือ ข่าวปลอม หรือข่าวที่ไม่เป็นความจริงในโลกออนไลน์ที่กำลังพรั่งพรูออกมาเป็นดอกเห็ดในขณะนี้ การทำงานของนักข่าวมืออาชีพซึ่งจะช่วยเพิ่มศักยภาพด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชน ในช่วงเวลาแห่งความสูญเสียในครั้งนี้ นับเป็นภารกิจสำคัญของสำนักข่าวทุกแห่ง ที่จะยืนยันทบาบทการทำหน้าที่ของตนเอง เพื่อให้ช่วงการเปลี่ยนผ่านของบ้านเมืองเป็นไปอย่างสงบ ราบรื่น และสง่างาม การประคับประคองอารมณ์ของคนไทย จากภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียด้วยการสร้างพลังของการแสดงออกเชิงบวก ตามปรัชญาการทำงานของในหลวงรัชกาลที่ 9 คือ การทำหน้าที่ของสื่อมวลชนไทยที่ดีที่สุดขณะนี้

อย่างไรก็ตาม การทำงานของสื่อมวลชนในบริบทดังกล่าวข้างต้น ต้องมาพร้อมกับการเปิดพื้นที่ของภาครัฐ โดยต้องยอมรับในวิฤตภาวะการทำงานของสื่อมวลชนไทยให้ทำงานได้อย่างเสรี ภายใต้หลักการถ้อยทีถ้อยอาศัย โดยรัฐต้องเชื่อว่าทุกภาคส่วนล้วนแล้วแต่มีเจตนาที่ต้องการจะสร้างปรากฏการณ์ดี ๆ ในการต่อยอดปรัชญาการทำงานของพระองค์ท่าน ซึ่งนำไปสู่การมีส่วนร่วมและดึงผู้คนให้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนประเทศไปสู่ทิศทางที่เหมาะสมที่ควรอย่างทรงพลัง

อาจกล่าวได้ว่า ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย ความตึงเครียดจากเปลี่ยนผ่าน รวมไปถึงความหวาดกลัวของรัฐบาลในอันที่ความต้องการจะควบคุมสถานการณ์ให้ผ่านไปด้วยดีถือเป็นเรื่องปกติของหลาย ๆ สังคมที่ต้องเผชิญในสภาวะการณ์เช่นนี้ การก้าวไปข้างหน้าอย่างสง่างามคงต้องมาพร้อมบรรยากาศที่ผ่อนคลายภายใต้การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อให้เราสามารถต่อยอดอดีตที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ เคยสร้างและสั่งสมให้กับเราคนไทยได้อย่างสมภาคภูมิ (กรุงเทพธุรกิจ, 2559)

2. แนวทางการดูแลจิตใจในภาวะเศร้าโศกจากสูญเสีย ภายหลังจากเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ศิริราชพยาบาล (2559) ได้เสนอแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นในระยะแรกเมื่ออยู่ในสถานการณ์วิกฤติ โดยเฉพาะกรณีการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ ไว้ว่า ผู้ที่อยู่ในสังคมที่ประสบกับความสูญเสียบุคคลสำคัญอันเป็นที่รักของสังคม จะต้องทำความเข้าใจว่าความสูญเสียนี้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง แต่แต่ละคนอาจมีการตอบสนองที่มากหรือน้อยแตกต่างกัน ประชาชนบางคนอาจมีความรู้สึกร่วมมากกว่าคนอื่น ๆ ซึ่งผู้ที่อยู่ร่วมกันในสังคม ไม่ควรปิดกั้นการแสดงออกความรู้สึก ในขณะที่ตนเองก็ควรแสดงอารมณ์เศร้าให้เหมาะสม เข้าใจและเห็นอกเห็นใจคนที่รู้สึกเศร้ามากกว่าปกติ พยายามพูดคุยสร้างกำลังใจให้กันและกัน รวมถึงสร้างแรงจูงใจในทางบวกโดยการชักชวนกันทำความดีถวายเป็นพระราชกุศล การเจริญรอยตามพระราชปณิธาน น้อมนำพระราชดำริสมาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต และเปลี่ยนความเศร้าให้เป็นพลังสร้างสรรค์ในทางบวก เป็นต้น

นอกจากนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ยังได้แนะนำว่าให้ประคองสติ สังเกตปฏิกิริยาทางจิตใจและพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งคนรอบข้าง เช่น การคิดวนเวียน วิตกกังวล แยกตัว นอนไม่หลับ ฝันร้าย หรือมีพฤติกรรมแปลก ๆ เช่น พุดพึมพำกับตัวเองคนเดียว บ่นว่าอยากตาย หูแว่ว เห็นภาพหลอน หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ควรรีบมาพบจิตแพทย์ และในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลหรือ

คนในครอบครัวต้องดูแลอย่างใกล้ชิด รวมทั้งเด็ก ๆ ที่แม้ว่าเด็กจะไม่แสดงออกชัดเจนแต่เด็กก็มีความรู้สึกอยู่ด้วยเช่นกัน ซึ่งผู้ดูแลหรือคนในครอบครัว ควรรับฟังอย่างตั้งใจ ใช้น้ำเสียงและท่าทางที่แสดงถึงความอบอุ่น เข้าใจ อดทนรับฟังหากเขายังเล่าเรื่องเดิมซ้ำ ๆ ตลอดจนยอมรับปฏิกริยาทางอารมณ์ที่รุนแรงและควรมาพบจิตแพทย์หากมีอาการมากเกินกำลังที่จะช่วยเหลือ

ในผู้ที่มีความเศร้าโศกเสียใจมาก ควรพยายามเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางการจัดขึ้น เช่น กิจกรรมถวายความอาลัย กิจกรรมจิตอาสา หรือการทำบุญร่วมกับผู้อื่น สื่อสารระบายความเศร้าเสียใจให้ผู้อื่นรับฟัง ไม่ควรยึดติดกับความเศร้าโศกนานเกินไป และไม่ควรรับสื่อที่กระตุ้นรื้อให้เกิดความสะเทือนใจมากเกินไป ความเศร้ามีลำดับขั้นและวงจรของมัน ซึ่งเราทุกคนสามารถฟื้นคืนจากภาวะนี้ได้

ทั้งนี้ ในกรณีความเศร้าโศกจากการสูญเสียของบุคคลสำคัญในระดับชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ มีแนวทางในการดูแลผู้ที่มีภาวะเศร้าโศกดังนี้

1. เปิดโอกาสให้มีการแสดงออกให้ได้มากที่สุดโดยไม่ปิดกั้น แต่ไม่ควรแสดงอารมณ์เศร้าให้เหมาะสมและเข้าใจผู้ที่รู้สึกเศร้าโศกมากกว่าคนอื่น ๆ
2. พยายามพูดคุยและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน สร้างแรงจูงใจในทางบวก และในขณะที่เดียวกันก็ให้เข้าใจและเห็นอกเห็นใจคนที่รู้สึกเศร้ามากกว่าปกติ พยายามพูดคุยสร้างกำลังใจให้กันและกัน รวมถึงสร้างแรงจูงใจในทางบวกเช่น ส่งเสริมให้บุคคลแสดงความรู้สึกส่วนตัวหรือความประทับใจที่มีต่อพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ ชักชวนและร่วมกันทำความดีถวาย ตลอดจนเจริญรอยตามพระราชปณิธาน น้อมนำพระราชดำริมาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต
3. เข้าร่วมกิจกรรมที่ทางหน่วยงานราชการ องค์กรทางศาสนา หรือชุมชนจัดขึ้น เพื่อสื่อสารระบายความเศร้าโศกเสียใจ หรือทำกิจกรรมที่แสดงออกถึงความอาลัย
4. พยายามไม่ชี้หน้าทางลบหรือกระตุ้นให้คนใกล้ชิดมีความรู้สึกในทางลบเพิ่มขึ้น หลีกเลี่ยงการรับสื่อที่กระตุ้นรื้อให้เกิดความสะเทือนใจมากเกินไป
5. ให้ความสนใจเป็นพิเศษกับกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบทางจิตใจสูง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยจิตเวช

ทั้งนี้ ในรายที่มีความเศร้าโศกรุนแรง อาจต้องส่งต่อให้จิตแพทย์ดูแลรักษาต่อไป ในบทบาทของบุคลากรด้านสุขภาพจิตควรพิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้มีความเศร้าโศกจากการสูญเสียเบื้องต้นด้วยหลักการปฐมพยาบาลทางใจ (Psychological First Aid: PFA) ซึ่งประกอบไปด้วย 3L (เบญจพร ปัญญาองค์, 2559) ดังนี้

LOOK: สอดส่อง มองหา

1. สืบค้นหาค้นหาคนที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนในรายที่แสดงอาการเศร้าโศกเสียใจรุนแรง เช่น ซึมเศร้า เหม่อลอย ร้องไห้อย่างหนัก กินไม่ได้ นอนไม่หลับ เป็นต้น
2. สืบค้นและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่แสดงอารมณ์ความรู้สึกสูญเสียรุนแรง

LISTEN: ใส่ใจ รับฟัง

มีสติรับฟังอย่างตั้งใจ ใช้ภาษากายเพื่อปลอบประโลม เช่น สบตา จับมือ โอบกอด เพื่อช่วยให้ผู้สูญเสียบอกเล่าอารมณ์ความรู้สึก คลายความทุกข์ในใจ และจัดการอารมณ์ให้สงบลงได้

LINK: ส่งต่อ เชื่อมโยง

1. ให้การช่วยเหลือตามความจำเป็นพื้นฐาน
2. ในกรณีที่ช่วยเหลือเบื้องต้นแล้วไม่ดีขึ้น เช่น ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ เศร้าโศกรุนแรง มีความคิดฆ่าตัวตาย ให้ส่งต่อบุคลากรทางการแพทย์ตามความเหมาะสม
3. การช่วยเหลือควรพยายามติดต่อเชื่อมโยงกับครอบครัวหรือชุมชน
ขณะเดียวกันต้องช่วยให้สงบจิตใจ หากไม่สามารถส่งต่อได้ในขณะนั้น การไปเยี่ยมเยียนและการชักชวนเข้าร่วมกิจกรรมกับส่วนรวม ไม่ให้อยู่คนเดียว ก็จะช่วยได้มากเช่นกัน และหากมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึมเศร้าหรืออาการโรคจิตกำเริบ ให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อบุคลากรสาธารณสุขให้การช่วยเหลือต่อไป

3. การฟื้นฟูจิตใจจากภาวะเศร้าโศกด้วยพลังสุขภาพจิต

พลังสุขภาพจิต (Resilience) เป็นคุณลักษณะเชิงบวกประเภทหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับปัญหาที่รุนแรง หรือภาวะวิกฤตในชีวิต เช่น ความเศร้าโศกจากการสูญเสีย เป็นกระบวนการปรับตัวและฟื้นตัวเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ระทมของชีวิต สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ (อุษา พิงธรรม, 2552) ดังนี้

1. ฟื้นตัวดีขึ้นแต่ไม่เท่าเดิม ภายหลังการสูญเสีย บุคคลสามารถฟื้นตัวดีขึ้นแต่ยังไม่สามารถคืนกลับมาสู่จุดเดิมก่อนการสูญเสียได้ และอาจมีการเปลี่ยนแปลงบางอย่างเกิดขึ้น เช่น กลายเป็นคนหวาดระแวงหรือมองโลกในแง่ร้ายมากขึ้นซึ่งแต่เดิมไม่เคยเป็นมาก่อน
2. ฟื้นตัวกลับสู่สภาวะปกติตามเดิม คือ ก่อนการสูญเสียเป็นอย่างไรก็สามารถกลับมาใช้ชีวิตที่ปกติตามเดิมได้
3. ฟื้นตัวดีกว่าเดิม คือ เมื่อผ่านช่วงเวลาเศร้าโศกจากการสูญเสียไปแล้วระยะหนึ่ง บุคคลสามารถเข้าใจ เห็นทางเลือก เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีคิดและมุมมอง สามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขมากยิ่งขึ้น

อาจกล่าวได้ว่า พลังสุขภาพจิตนี้จะนำพาให้บุคคลก้าวข้ามผ่านปัญหาไปได้ ไม่ซ้ำเติมชีวิตตนเองให้แย่ลงไปกว่าเดิม และในบางคนยังสามารถสร้างพลังวิกฤตให้เป็นโอกาส ด้วยการพัฒนาจิตใจให้องงามยิ่งขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2551) การส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลเพื่อฟื้นฟูจิตใจภายหลังภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียจึงเป็นสิ่งจำเป็นในสังคมปัจจุบัน เพราะเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ที่อาจต้องเผชิญความสูญเสียที่ไม่คาดคิด บุคคลที่มีพลังสุขภาพจิตในการฟื้นฟูจิตใจในภาวะวิกฤตหรือการสูญเสียมักมีคุณลักษณะ ดังนี้ (เยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ และคณะ, 2550)

1. มีประสบการณ์ในการเผชิญความสูญเสียหรือเอาชนะความเศร้าโศกมาบ้างแล้ว

2. มีมุมมองทางบวก มองส่วนที่เป็นประโยชน์ หรือ มองส่วนดีที่เหลืออยู่
3. มีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัวได้ เรียนรู้จากบทเรียนในอดีต
4. เข้าใจตัวเอง รู้จุดอ่อนและจุดแข็งของตัวเอง สามารถควบคุมอารมณ์และความคิดของตนเองได้
5. รู้จักสร้างกำลังใจให้ตัวเอง ล้มแล้วลุกได้
6. มีทักษะในการสื่อสาร ต่อรอง ขอความช่วยเหลือ
7. มีทักษะในการจัดการกับปัญหา พยายามหาทางออกที่ดีที่สุด
8. มีสัมพันธ์ที่ดีและราบรื่นกับคนใกล้ชิด มีบุคคลเป็นที่ปรึกษา
9. มีอารมณ์ขัน

องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต

แนวคิดเรื่องพลังสุขภาพจิต (Resilience) ได้รับความสนใจในวงการสุขภาพจิต โดยเริ่มจากการการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของเด็กในกลุ่มที่พ่อแม่มีปัญหาทางจิต ผลการศึกษาพบว่า มีเด็กเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจ แต่อีกร้อยละ 90 ที่เหลือสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ บางคนมีผลการเรียนดีเด่น ทำให้เกิดความสนใจว่า สิ่งแวดล้อมหรือปัญหาที่เผชิญหน้าอยู่ไม่ได้ทำให้การดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นเป็นปัญหา และยังมีการศึกษาเปรียบเทียบ การศึกษาของเด็กเวียดนามกับเด็กอเมริกัน พบว่าในขณะที่เด็กเวียดนามมีความยากแค้นมาก แต่กลับมีผลการเรียนที่ดีกว่าเด็กอเมริกัน (อ้างใน อุษา พิงธรรม, 2552) แสดงให้เห็นว่า พลังสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น ความเข้มแข็งในจิตใจ สภาพแวดล้อมการเลี้ยงดู ระบบเกื้อหนุน เป็นต้น ซึ่งบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิตที่ดีจะสามารถฟื้นฟูจิตใจของตนเองในภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียได้ดี ประกอบไปด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1. สิ่งที่มีฉันเป็น (I am) หมายถึง การเป็นคนที่มีการสนับสนุนจากปัจจัยภายในทำให้มีจิตใจที่เข้มแข็ง โดยมีการแบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1.1 การเป็นที่รักของคนอื่นๆ คือ การที่บุคคลรู้ว่าตนเองเป็นที่ชื่นชอบและเป็นที่รักของคนอื่น และรู้ว่าคนอื่นคาดหวังอะไรจากตนเองการเป็นผู้มีความรัก ความเห็นใจ และเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ แสดงความรักต่อบุคคลอื่นออกมาได้ในหลายรูปแบบ และมีความเข้าใจถึงสิ่งที่คนอื่นแสดงออกให้รับรู้ ทำให้เกิดทักษะการเข้าสังคมได้อย่างดี

1.2 การเป็นผู้มีความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นภายในตนเอง เป็นการรับรู้ว่าคุณค่าตนเองสำคัญ และมั่นใจว่าตนเองสามารถทำได้และประสบความสำเร็จได้

1.3 การเป็นผู้มีอิสรภาพในตนเอง การมีความเชื่อมั่นในความสามารถและเข้าใจในขีดความสามารถของตนเองและรับผิดชอบในสิ่งที่เกิดตามมา

1.4 การเป็นผู้ที่มีความหวัง ศรัทธาและเชื่อมั่นในสิ่งที่ถูกต้องเป็นการเชื่อเรื่องความถูกต้อง ศรัทธาในศีลธรรม และปฏิบัติตามหลักในศาสนาที่ตนนับถือ

อาจกล่าวได้ว่า ในองค์ประกอบนี้ คือ พลัง “ฮึด” หมายถึง พลังสุขภาพจิตด้านความอดทนต่อแรงกดดันที่ผ่านเข้ามาในชีวิต บุคคลมีวิธีการที่จะดูแลจิตใจให้ทนอยู่ในภavnนั้น สามารถจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกทุกซ่ระทมของตนเองได้ภายใต้สิ่งทีม่ากกดดันในขณะนั้น

2. สิ่งที่มีฉันมี (I have) เป็นการรับรู้ถึงการมีแหล่งทรัพยากรภายนอกที่ดูแล ช่วยเหลือ

และเอื้อประโยชน์ โดยมี 5 องค์ประกอบย่อย ดังนี้

2.1 การมีความไว้วางใจในสัมพันธภาพ คือ การที่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว บุคคลภายนอก และการเป็นผู้ได้รับการดูแลจากครอบครัวที่ดีเพียงพอ

2.2 การมีความสามารถปฏิบัติตนตามเกณฑ์ต่างๆ เป็นการที่ได้รับการสอนจากพ่อแม่ ผู้ปกครองโดยผ่านทางกรกระทำของตนเอง เช่น หากทำผิดก็จะได้รับการลงโทษ และถ้าหากทำตาม กฎกติกา ก็จะได้รับคำชมเชย

2.3 การมีต้นแบบ คือ การที่มีแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องตาม หลักศีลธรรมจรรยาและทำได้ตามหลักในศาสนาที่ตนนับถืออยู่

2.4 การมีอิสระในการทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง เป็นการได้รับการสนับสนุนในการทำ สิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และมีการให้ความช่วยเหลือในยามจำเป็น

2.5 การมีแหล่งสนับสนุนด้านสาธารณสุข การศึกษา สวัสดิการ รวมทั้งด้าน ความปลอดภัยเพื่อตอบสนองต่อความต้องการชีวิต

ในองค์ประกอบนี้ คือ พลัง “ฮึด” หมายถึง พลังแห่งกำลังใจในตนเอง ซึ่งก็คือ การมีแรงใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้สถานการณ์ที่บีบบังคับกดดัน พลังนี้เป็นพลังที่สำคัญ ถ้าไม่มีพลังนี้ บางคนจะรู้สึกท้อถอย อยู่อย่างสิ้นหวัง และมีแนวโน้มที่จะจบชีวิตของตนได้ง่าย พลังนี้อาจจะมาจากตนเอง คือการเป็นคนมุ่งมั่น ไม่ยอมแพ้ มีพลังใจที่จะต่อสู้ มองเห็นคุณค่าของตนเอง และครอบครัว มีความเชื่อว่าเหตุการณ์นี้ต้องผ่านเหตุการณ์สูญเสียได้เหมือนครั้งก่อน ๆ ที่มีลักษณะ ใกล้เคียงกัน หรือมาจากปัจจัยภายนอก เช่น มีคนรัก มีครอบครัว มีเพื่อน หรือมีหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือ เช่น มีการพูดคุยระบายความทุกข์กับคนที่รักและห่วงใย การได้รับข้อคิด และคำปลอบใจจากคนที่หวังดี การที่มีผู้ช่วยชี้แนวทาง เหล่านี้จะช่วยเพิ่มเติมความหวังและกำลังใจ ให้มากขึ้นแทนที่จะท้อแท้และยอมแพ้ต่อชะตาชีวิตง่าย ๆ นอกจากนี้ การฝึกคิดทางบวกและการรู้จัก พุดคุยแบ่งปันความทุกข์ความสุขกับคนที่รักและไว้วางใจ จะช่วยให้มีกำลังใจ มีแรงใจที่จะฮึดขึ้นมาสู้ กับปัญหาได้เป็นอย่างดี

3. ความสามารถที่ฉันมี (I can) เป็นทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับคนอื่น มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้

3.1 มีความสามารถในการสื่อสาร

3.2 มีความสามารถในการแก้ไขปัญหา

3.3 มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์และผลักดันสิ่งต่าง ๆ

3.4 มีความสามารถในการประเมินอารมณ์และความรู้สึกของผู้อื่นได้

3.5 มีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่จริงใจกับคนที่อยู่รอบข้าง เพื่อสามารถขอความช่วยเหลือและแบ่งปันความรู้สึกได้

ในองค์ประกอบนี้ คือ พลัง “สู้” หมายถึง พลังที่คิดและลงมือแก้ปัญหาเพื่อ เอาชนะปัญหาอุปสรรคในชีวิต

แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียด้วยหลักการเสริมสร้าง พลังสุขภาพจิตสามารถใช้เทคนิค 4 ปรับ 3 เต็ม ซึ่งพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต ดังนี้

เทคนิค 4 ปรับ ได้แก่

1. ปรับอารมณ์ หมายถึง รู้จักปล่อยวางทางอารมณ์ ไม่โกรธแค้นสิ่งที่เกิดขึ้น และไม่จมอยู่กับอารมณ์เศร้าโศกที่เกิดขึ้น
2. ปรับความคิด หมายถึง การรู้จักมองในด้านดี ใช้เหตุผลและข้อเท็จจริงเปิดใจ ปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้น
3. ปรับการกระทำ หมายถึง ติดตามข่าวสารความเป็นไปด้านอื่น ๆ ในสังคมรอบตัว เลือกวิธีสื่อสารและแสดงความห่วงใยในเหตุการณ์ที่เหมาะสม ไม่ใช้ความรุนแรงต่อกัน
4. ปรับเป้าหมาย หมายถึง มองการสูญเสียที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมดา โดยทุกคนล้วนแล้วแต่ต้องพบเจอกับการสูญเสียได้ทั้งนั้น

เทคนิค 3 เติม ได้แก่

1. เติมศรัทธา หมายถึง เชื่อมมั่นว่าสิ่งต่างๆ ในชีวิตกำลังจะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น
2. เติมมิตร หมายถึง รู้จักพูดคุยกับคนที่ไว้วางใจเพื่อระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมกันหาทางออกที่เหมาะสม
3. เติมใจให้กว้าง หมายถึง รับฟังความคิดเห็นที่แตกต่าง ทำให้เรามีข้อมูลที่เพิ่มขึ้น สามารถเกิดมุมมองใหม่ และเห็นปัญหาได้รอบด้านมากยิ่งขึ้น

อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียเป็นสิ่งที่พบได้เป็นปกติหลังจากการสูญเสีย โดยเฉพาะการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิดอันเป็นที่รัก บางครั้งอารมณ์เศร้าโศกนี้อาจรุนแรงจนเกิดอาการของโรคซึมเศร้า นอกจากการยอมรับการสูญเสียและอารมณ์เจ็บปวดที่เกิดขึ้น การเข้าใจบุคคลที่เสียชีวิตและภาพความสัมพันธ์กับบุคคลที่เสียชีวิตอย่างครบถ้วน ตรงตามความเป็นจริง รวมถึงการมีสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นรอบข้าง จะช่วยให้สามารถผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสีย และช่วยให้อาการของโรคซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียดีขึ้นแล้ว การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต “อึด ฮึด สู้” จะช่วยให้คุณมีความเข้มแข็งทางจิตใจ ศักยภาพทางอารมณ์และจิตใจในการที่จะฟื้นตัว และผ่านพ้นภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียได้เร็วยิ่งขึ้น อีกทั้งยังสามารถยกระดับจิตใจ ความคิด และการดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีและประสบผลสำเร็จได้ อย่างไรก็ตาม ในรายที่มีอาการเศร้าโศกรุนแรง ควรไปพบจิตแพทย์เพื่อรับการดูแลรักษาต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Descriptive study) เพื่อค้นหาผู้มีความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย ซึ่งสามารถทำได้ง่ายและรวดเร็วใช้งบประมาณและเวลาน้อย อย่างไรก็ตาม เป็นการศึกษา ณ จุดเวลา ไม่มีการติดตามไปข้างหน้า ทำให้สามารถใช้ทดสอบความสัมพันธ์ได้แต่ไม่สามารถบอกความเป็นเหตุเป็นผลได้ ซึ่งบอกได้เพียงขนาดของปัญหาเท่านั้น
2. กลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นประชากรไทยทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ซึ่งเก็บข้อมูลจากเขตกรุงเทพมหานครเฉพาะในส่วนที่มาร่วมงานพระบรมศพฯ และผู้มาใช้บริการตลาดในส่วนภูมิภาค 4 จังหวัด ซึ่งเป็นไปได้ว่าจะไม่สามารถใช้เป็นข้อสรุปทั่วไป (Generalization) สำหรับประชากรไทยทั้งประเทศได้

3. การประเมินโดยใช้เครื่องมือ แบบประเมินความเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสีย (Inventory of Complicated Grief: ICG) ฉบับภาษาไทย นั้นถูกออกแบบมาเพื่อวัดความเศร้าโศกของบุคคลใกล้ชิด เช่น การสูญเสียของบุคคลในครอบครัว ในการศึกษาวิจัยนี้ แม้จะทำการดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะกับบริบทของการวิจัยการสูญเสียของมหาชน แต่อาจทำให้เกิดความสับสนเนื่องจากบางข้อคำถามไม่สอดคล้อง ไม่สามารถสะท้อนความเศร้าโศกของมหาชนที่มีต่อการสูญเสียกรณีการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปจึงควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้สามารถบอกเหตุและผล ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงของภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียได้
2. ควรขยายกลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นประชากรไทยทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป หรือต่ำกว่า ซึ่งเก็บจากทั้งเขตกรุงเทพมหานครในรายเขตและส่วนภูมิภาคในรายจังหวัด เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและได้ข้อสรุปที่สามารถอ้างอิงถึงประชากรทั่วไป (Generalization) ของประเทศไทยได้
3. ด้วยความที่เครื่องมือในการประเมินภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียไม่มีค่าความไวและความจำเพาะ อาจทำให้ได้ผลลวงทางบวก (False positive) คือ กลุ่มตัวอย่างที่แท้จริงแล้วไม่มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติกลับได้รับการประเมินว่ามีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ ซึ่งในการศึกษาต่อไปควรพัฒนาเครื่องมือให้มีความเหมาะสมเพื่อใช้ทางคลินิกได้

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

- กรมสุขภาพจิต. รายงานการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังจิตใจในภาวะวิกฤต. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2559.
- นันทวิช ลิทธิรักษ์ และคณะ. จิตเวชศาสตร์ศิริราช DSM-5. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์, 2558.
- มานิต ศรีสุภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. ห้างหุ้นส่วนจำกัด เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์: เชียงใหม่, 2542.
- เยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ และคณะ. คู่มือการดูแลจิตใจในภาวะวิกฤต (ต่อเนื่อง). กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2550.
- อุษา พิงธรรม. คู่มือการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสำหรับสถานศึกษา. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2552.

วารสาร

- ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ. การเผชิญกับภาวะสูญเสียและเศร้าโศก. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 21(7), 658-667, 2013.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข. การดูแลบุคคลผู้ที่มีปัญหาทางจิตสังคม, วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 27: 148-153, 2556.
- ชาญกัญญา ตันตลีปิกร. การศึกษาภาวะซึมเศร้าสมรรถภาพสมองและคุณภาพชีวิตของข้าราชการเกษียณในกรุงเทพมหานคร. วารสารจิตวิทยาคลินิก; 35, 70-73, 2547.
- รัชну วรรณ และ พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. ความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่พบในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 60(2): 85-98, 2558.
- สิริวรรณ นิรมาล ,วราภรณ์ คงสุวรรณ และกิตติกร นิลมานัต. ประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกของภรรยาที่สามีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต: การปฏิบัติตามวิถีพุทธเพื่อเยียวยา. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 22:47-57, 2557.
- สุภาพันท์ เหมือนวัดไทย และคณะ. ผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลของสแวนสันต่อระดับความเศร้าโศกของหญิงที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเอง. วารสารการพยาบาล. 28(4): 86-94, 2552.

อรสา ไยยง และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย; 56(2): 117-128, 2552.

Guolong Liang, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ปัตพงษ์ เกตุสมบุญ, สมเดช พิณจสุนทร, ปิยธิดา คูหิรัญย์รัตน์. ภาวะซึมเศร้าและความบกพร่องเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุ ในชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย; 54:357-36, 2552.

เอกสารวิจัย

กิริณี ยาวิชัย และ พงณา รูปแก้ว. การใช้ถ้อยคำและความเกลียดชัง (Hate speech). สาขาวิชาการจัดการสื่อสารองค์กร คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2557.

กันยรักษ์ เงยเจริญ. การศึกษาความเศร้าโศกและความต้องการการดูแลของมารดาที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเอง = A study of grief and caring needs of women with miscarriage. วิทยานิพนธ์การพยาบาลแม่และเด็ก. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

จริยา ชำรัมย์. ประสบการณ์ความเศร้าโศกของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภายหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.

จินตนา ลีจิงเพิ่มพูน และคณะ. ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า: การทบทวนวรรณกรรมทางระบาดวิทยา. ใน ธรณินทร์ กองสุข (บรรณาธิการ), องค์ความรู้โรคซึมเศร้า: ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ (หน้า73-93). [ม.ป.ท.].

รัตติยา จุลธรรมมาศน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเศร้าโศกของมารดาที่สูญเสียทารกในครรภ์. วิทยานิพนธ์การพยาบาล. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.

เอกสารที่ไม่ตีพิมพ์

เบญจพร ปัญญาองค์. ความโศกเศร้าของมหาชน (Collective mourning). เอกสารประกอบการประชุมกลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต, 2559.

อัญชุลี เตมียะประดิษฐ์. สารเสพติดกับภาวะซึมเศร้า. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6, เรื่องสุขภาพจิต : ชีวิตชาวเมือง วันที่ 1-3 สิงหาคม 2550 ณ โรงแรมปรินซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร หน้า 197, 2550.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. แผ่นพับเรื่อง แนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้น ในระยะแรก เมื่ออยู่ในสถานการณ์วิกฤติ, 2559.

ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

กรมชลประทาน. โครงการแก้มลิง. สืบค้นจาก

http://www.rid.go.th/royalproject/index.php?option=com_content&view=article&id=4:2009-05-06-20-14-39.

กิติพล นาควิโรจน์. Palliative Care คืออะไร? เข้าถึงได้จาก :

<http://thaifp.com/palliative/symptom/palliative/palliative.html>. สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2555.

ไทยรัฐ. พสกนิกรเป็นห่วง 'ในหลวง' พร้อมใจอธิษฐาน ขอให้ทรงหายจากอาการประชวร.

สืบค้นจาก <http://www.thairath.co.th/content/752151> เข้าถึง เมื่อวันที่ 13 ต.ค. 2559.

พิจิตรา ศุภสวัสดิ์กุล. ภารกิจสื่อไทยกับความเศร้าของพสกนิกร. บทความออนไลน์

“การเมืองเรื่อง(สื่อ)สาธารณะ”. กรุงเทพมหานครออนไลน์. เข้าถึงได้จาก

<http://www.bangkokbiznews.com/blog/detail/639239> เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2559.

มูลนิธิชัยพัฒนา. กังหันน้ำชัยพัฒนา. สืบค้นจาก [http://www.chaipat.or.th/site_content/19-](http://www.chaipat.or.th/site_content/19-248/18-chaipattana-water-turbine-development.html)

[248/18-chaipattana-water-turbine-development.html](http://www.chaipat.or.th/site_content/19-248/18-chaipattana-water-turbine-development.html).

มูลนิธิชัยพัฒนา. จุดเริ่มต้นแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง. สืบค้นจาก

http://www.chaipat.or.th/site_content/34-13/3579-2010-10-08-05-24-39.html.

We are social. เผยสถิติการใช้ Internet และ Social Media ล่าสุด (2016): ประเทศไทยไม่น้อยหน้าชาติใดในโลก. เข้าถึงจาก [http://www.9tana.com/node/thailand-](http://www.9tana.com/node/thailand-social-stat-2016/)

[social-stat-2016/](http://www.9tana.com/node/thailand-social-stat-2016/) เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2560.

ภาษาต่างประเทศ

Books

Alexopoulos, G. S. Depression in the elderly. *The lancet*, 365(9475), 1961-1970, 2005.

Bolander, V., Sorensen, K. C., & Luckmann, J. *Sorensen and Luckmann's basic nursing: A psychophysiologic approach*. Saunders, 1994.

Colaizzi, P. F. *Reflection and research in psychology*, 1973.

Fortinash, K. M., & Holoday Worret, P. A. *Psychiatric mental health nursing*. Mosby, 2008.

Horowitz, M. J. *Stress response syndromes: PTSD, grief, and adjustment disorders*. Jason Aronson, 1997.

Husserl, E. *Ideas: General introduction to pure phenomenology*. Routledge, 2002.

Kubler, R. E. On death and dying. *New York: Macmillan*, 22(4), 45-9, 1969.

Kübler-Ross, E. On death and dying. 1969. *New York: Scribner's*, 2003.

Kübler-Ross, E., Kessler, D., & Shriver, M. *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Simon and Schuster], 2014.

Morton, P. G., Fontaine, D., Hudak, C. M., & Gallo, B. M. *Critical care nursing: a holistic approach* (Vol. 1). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

- Potter PA, Perry AG. Foundations in nursing theory and practice. Mosby Company, 1995.
- Van den Bergh, & Behrer, J. How Cool Brands Stay Hot. Branding to Generation Y, 2011.
- Varcarolis, E., & Halter, M. Foundations of psychiatric mental health nursing: a clinical approach, (532); St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier, 2010.
- Varcarolis, E. M. Crisis and crisis intervention. *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. Third Edition. Philadelphia: WB Saunders Company, 1998.*
- Wolffe, J. Responding to national grief: memorial sermons on the famous in Britain 1800-1914. *Mortality, 1(3), 283-296, 1996.*
- Yamane, T. Elementary sampling theory, 1967.

Journals

- Anderson, W. G., Arnold, R. M., Angus, D. C., & Bryce, C. L. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *Journal of general internal medicine, 23(11), 1871-1876, 2008.*
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J. P., Mendlewicz, J., & Tylee, A. Gender differences in depression. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 252(5), 201-209, 2002.*
- Bowlby West, L. The impact of death on the family system. *Journal of Family Therapy, 5(3), 279-294, 1983.*
- Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M., & Kim, Y. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of affective disorders, 127(1), 352-358, 2010.*
- HAWTON, K., HARRISS, L., Simkin, S., Juszcak, E., APPLEBY, L., McDONNELL, R. O. S., ... & PARROTT, H. Effect of death of Diana, Princess of Wales on suicide and deliberate self-harm. *The British Journal of Psychiatry, 177(5), 463-466, 2000.*
- Howarth, R. Concepts and controversies in grief and loss. *Journal of Mental Health Counseling, 33(1), 4-10, 2011.*
- Kavanagh, D. J. Towards a cognitive-behavioural intervention for adult grief reactions. *The British Journal of Psychiatry, 157(3), 373-383, 1990.*

- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of affective disorders*, 131(1), 339-343, 2011.
- Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S., Insel, B., Seirmarco, G., ... & Marshall, R. D. Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5–3.5 years after September 11th attacks. *Journal of traumatic stress*, 20(3), 251-262, 2007.
- Rungreangkulkij, S., Kotnara, I., Kittiwatanapaisan, W., & Arunpongpaisal, S. Depressive disorder: gender analysis of depression. *Journal of Nursing Science and Health*, 35, 21-30, 2012.
- Schnider, K. R., Elhai, J. D., & Gray, M. J. Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Counseling Psychology*, 54(3), 344, 2007.

Research Report

- Billler, O. A. Suicide related to the assassination of President John F. Kennedy. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 7(1), 40-44, 1977.
- Bollen, K. A. & Phillips, D. P. Imitative suicides: a national study of the effects of television news stories. *American Sociological Review*, 47, 802 –809, 1982.
- Chiu YW, Huang CT, Yin SM, Huang YC, Chien CH, Chuang HY. Determinants of complicated grief in caregivers who cared for terminal cancer patients. *Support Care Cancer*; 18:1321-7, 2010.
- Djernes, J. K. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372-387, 2006.
- Janssen, H. J., Cuisinier, M. C., de Graauw, K. P., & Hoogduin, K. A. A prospective study of risk factors predicting grief intensity following pregnancy loss. *Archives of General Psychiatry*, 54(1), 56-61, 1997.
- Kitch, C. “A Death in the American Family”: Myth, Memory, and National Values in the Media Mourning of John F. Kennedy Jr. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 79(2), 294-309, 2002.
- Lueboonthavatchai P. Role of stress areas, stress severity, and stressful life events on the onset of depressive disorder: a case-control study. *J Med Assoc Thai*; 92:1240-9, 2009.
- Meert, K. L., Donaldson, A. E., Newth, C. J., Harrison, R., Berger, J., Zimmerman, J., ... & Nicholson, C. Complicated grief and associated risk factors among parents

- following a child's death in the pediatric intensive care unit. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 164(11), 1045-1051, 2010.
- Miller, D., Crandall, C., Washington, C., & McLaughlin, S. Improving teamwork and communication in trauma care through in situ simulations. *Academic Emergency Medicine*, 19(5), 608-612, 2012.
- Nolen-Hoeksema, S. Gender differences in depression. *Current directions in psychological science*, 10(5), 173-176, 2001.
- Prigerson HG, Shear MK, Frank E, Beery LC, Silberman R, Prigerson J, et al. Traumatic grief: a case of loss-induced trauma. *Am J Psychiatry*; 154:1003-9, 1997.
- Tang, T. N., & Tang, C. S. Gender role internalization, multiple roles, and Chinese women's mental health. *Psychology of Women Quarterly*, 25(3), 181-196, 2001.
- Zisook, S., & Shear, K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8(2), 67-74, 2009.

Electronic Data Base

- Axelrod, J. The 5 Stages of Grief & Loss. *Psych Central*. Retrieved on December 12, 2016, from <http://psychcentral.com/lib/the-5-stages-of-loss-and-grief/>.
- Buglass E. Grief and bereavement theories. *Nursing Standard*. 2010 Jun 16; 24(41):44-7. CBS NEWS. JFK assassination: The world mourns. Retrieved on 2013, November 23. Accessed by <http://www.cbsnews.com/news/jfk-assassination-the-world-mourns/>.
- JFK Library. Life of John F. Kennedy. <https://www.jfklibrary.org/JFK/Life-of-John-F-Kennedy.aspx> : retrieved on 23 November 2016
- Lindsay Holmes. Why Do We Grieve Celebrities?. *Huffingtonpost*. http://www.huffingtonpost.com/2014/08/20/grieving-celebrities_n_5688129.html. Retrieve on 2014, 20 August.
- Meghan Casserly. The Five Stages of Public Grieving. *Forbes*. <http://www.forbes.com/sites/meghancasserly/2011/01/13/stages-public-grieving-gabrielle-giffords-arizona-shooting-christina-taylor-green/#5aa88108c473>.

ภาคผนวก

3. ฉันรู้สึกรับไม่ได้กับเหตุการณ์สูญเสียที่เกิดขึ้น
[0] ไม่เคย [1] นานๆครั้ง [2] บางครั้ง [3] บ่อยๆ [4] เป็นประจำ
4. ฉันรู้สึกว่าตนเองยังคร่ำครวญถึงเหตุการณ์สูญเสียที่เกิดขึ้น
[0] ไม่เคย [1] นานๆครั้ง [2] บางครั้ง [3] บ่อยๆ [4] เป็นประจำ
5. ฉันคอยวนเวียนเข้าไปหาสถานที่หรือสิ่งของต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สูญเสีย
[0] ไม่เคย [1] นานๆครั้ง [2] บางครั้ง [3] บ่อยๆ [4] เป็นประจำ
6. ฉันไม่สามารถแก้ไขความโกรธของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์สูญเสียที่เกิดขึ้นได้
[0] ไม่เคย [1] นานๆครั้ง [2] บางครั้ง [3] บ่อยๆ [4] เป็นประจำ
7. ฉันรู้สึกไม่อยากเชื่อว่าเกิดเหตุการณ์สูญเสียครั้งนี้เลย
[0] ไม่เคย [1] นานๆครั้ง [2] บางครั้ง [3] บ่อยๆ [4] เป็นประจำ
8. ฉันรู้สึกอึดอัดหรืองุนงง สับสนต่อเหตุการณ์สูญเสียที่เกิดขึ้น
[0] ไม่เคย [1] นานๆครั้ง [2] บางครั้ง [3] บ่อยๆ [4] เป็นประจำ
9. ตั้งแต่เกิดเหตุการณ์สูญเสีย ฉันรู้สึกขาดที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ
[0] ไม่เคย [1] นานๆครั้ง [2] บางครั้ง [3] บ่อยๆ [4] เป็นประจำ
10. ตั้งแต่เกิดเหตุการณ์สูญเสีย ฉันรู้สึกเหมือนกับว่าไม่สามารถดูแลเอาใจใส่หรือเป็นห่วงใครต่อใครได้อีกแล้ว
[0] ไม่เคย [1] นานๆครั้ง [2] บางครั้ง [3] บ่อยๆ [4] เป็นประจำ
11. ฉันเจ็บปวดตามร่างกายบริเวณเดียวกันหรือมีอาการคล้ายๆ ความเจ็บป่วยของผู้จากไป
[0] ไม่เคย [1] นานๆครั้ง [2] บางครั้ง [3] บ่อยๆ [4] เป็นประจำ
12. ฉันหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเตือนที่จะทำฉันคิดถึงเหตุการณ์สูญเสีย
[0] ไม่เคย [1] นานๆครั้ง [2] บางครั้ง [3] บ่อยๆ [4] เป็นประจำ
13. เมื่อเกิดเหตุการณ์สูญเสียครั้งนี้แล้ว ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้ช่างว่างเปล่า
[0] ไม่เคย [1] นานๆครั้ง [2] บางครั้ง [3] บ่อยๆ [4] เป็นประจำ
14. ฉันยังได้ยินเสียงผู้จากไปพูดคุยกับฉันอยู่
[0] ไม่เคย [1] นานๆครั้ง [2] บางครั้ง [3] บ่อยๆ [4] เป็นประจำ
15. ฉันยังเห็นภาพผู้จากไปปรากฏต่อหน้าฉันอยู่
[0] ไม่เคย [1] นานๆครั้ง [2] บางครั้ง [3] บ่อยๆ [4] เป็นประจำ
16. ฉันรู้สึกว่ามันไม่ยุติธรรมเลย ที่ฉันยังมีชีวิตอยู่ในขณะที่เกิดเหตุการณ์สูญเสียครั้งนี้ขึ้น
[0] ไม่เคย [1] นานๆครั้ง [2] บางครั้ง [3] บ่อยๆ [4] เป็นประจำ
17. ฉันรู้สึกขมขื่นต่อเหตุการณ์สูญเสียที่เกิดขึ้น
[0] ไม่เคย [1] นานๆครั้ง [2] บางครั้ง [3] บ่อยๆ [4] เป็นประจำ
18. ฉันรู้สึกอิจฉาคนที่เขาไม่เคยพบเหตุการณ์สูญเสีย
[0] ไม่เคย [1] นานๆครั้ง [2] บางครั้ง [3] บ่อยๆ [4] เป็นประจำ
19. หลังจากที่เกิดเหตุการณ์สูญเสีย ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนอยู่ตัวคนเดียว
[0] ไม่เคย [1] นานๆครั้ง [2] บางครั้ง [3] บ่อยๆ [4] เป็นประจำ

ผนวก ข

หนังสือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข...6.../2559

ชื่อโครงการภาษาไทย : การศึกษาภาวะเศร้าโศกร่วมจากการสูญเสียของมหาชน กรณีการเสด็จสวรรคต
ของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี
จักรีนฤเบดินทร สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร
The study of collective mourning from mass grief: the death of King
Bhumibol Adulyadej of Thailand

รหัสโครงการ : ...6.../2559

หัวหน้าโครงการ/หน่วยงานที่สังกัด : นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

สถานที่ทำวิจัย : กรมสุขภาพจิต

เอกสารที่รับรอง

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย | ฉบับเดือนพฤศจิกายน 2559 |
| 2. หนังสือแนะนำโครงการสำหรับอาสาสมัคร | ฉบับเดือนพฤศจิกายน 2559 |
| 3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับอาสาสมัคร | ฉบับเดือนพฤศจิกายน 2559 |

วันที่รับรอง 25 พฤศจิกายน 2559

วันหมดอายุ 25 พฤศจิกายน 2560

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) ดำเนินการให้
การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of
Helsinki, The Belmont Report, CLOMS Guidelines และ The International Conference on
Harmonization in Good Clinical Practice (ICH - GCP)

ลงนาม.....

(น.ต.บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน
(ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช)

๒๕ พ.ย. ๒๕๕๙

วัน/เดือน/ปี

ประวัติย่อผู้วิจัย

| | |
|-----------------|--|
| ชื่อ | นายพงศ์เกษม ไข่มุกด์ |
| วันเดือนปีเกิด | 1 มกราคม 2507 |
| การศึกษา | แพทยศาสตร์บัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประกาศนียบัตรการแพทย์คลินิกชั้นสูง สาขาวิชาอายุรกรรม มหาวิทยาลัยมหิดล วุฒิบัตรสาขาวิชาประสาทวิทยา แพทยสภา Elective Clinical Neurology at CWRU, Cleveland, Ohio, USA |
| ประวัติการทำงาน | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พ .ศ.2551 |
| โดยย่อ | ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งรองอธิบดีกรมสุขภาพจิต พ .ศ.2556 รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต พ .ศ.2557 – ปัจจุบัน |
| ตำแหน่งปัจจุบัน | รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต |

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง การศึกษาภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมหาชน กรณีการเสด็จสวรรคตของ
พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี
จักรีนฤเบดินทร สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร

ผู้วิจัย นายพงศ์เกษม ไช้มุกด์ หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 59

ตำแหน่ง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

13

2559

ทำให้เกิดความรู้สึกที่รุนแรงขึ้น

(MCATT)

พระบรมศพ บริเวณพระบรมมหาราชวัง ตั้งแต่วันที่ 14 ตุลาคม 2559 โดยมีรายงานว่า เพียงช่วง
ระยะเวลา 10 วัน มีผู้รับบริการทั้งสิ้น 3,454 ราย โดยพบผู้มี
รวมทั้งสิ้น 870 ราย คิดเป็น ร้อยละ 25.19 ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสียงที่ต้องได้รับการติดตามและเฝ้าระวัง

การสูญเสียเพื่อข้อมูลที่นำมาใช้ในการกำหนดแนวทางและมาตรการในการป้องกัน
เฝ้าระวัง การดูแล รักษา รวมทั้งการฟื้นฟูอารมณ์เศร้าโศกที่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

18 ปีขึ้นไป ในกรุงเทพมหานคร (เฉพาะที่มาร่วมงานพระราชพิธีพระบรม
)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

18 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในส่วนภูมิภาค (4 ภาค)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจะทำการสุ่มจากประชากรทั้ง 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มตัวอย่าง

Multi - stage stratified sampling

2

410

4

()

()

()

()

)

403

813

Taro Yamane

(1967)

ที่ค่าความเชื่อมั่น 96%

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

(Inventory of Complicated Grief: ICG)

19 (Prigerson, 1995)

(2554)

Cronbach's alpha

coefficient

0.97

Content Validity

Index: CVI

3 ท่าน มีค่าความตรงเท่ากับ 0.89 และค่าความ

Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.74

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. 2

2.

3.

14 2559

4.

Convenience random sampling

15 15 2559

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

(Descriptive statistic)

Chi - square

Logistic regression

0.05 (p < 0.05)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง

63.3 แบ่งเป็นกลุ่มอายุ 18 - 25 ปี ร้อยละ 26.8 อายุ 26 - 45

45.2 46 - 60 ปี ร้อยละ 21.7 และ อายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 6.3

50.6 41.6 5.1 0.9 1.9

12.7 / . 23.7 /

ปริญญาตรี ร้อยละ 55.9 และปริญญาโทและสูงกว่า ร้อยละ 7.6 24.1

8.0 / 30.3 /

รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 27.2 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ 10,000 50.2 รายได้ 10,001 -

20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 24.8 รายได้ 20,001 - 30,000 17.0 30,001 - 50,000

17.6 5.9 50,001 15
 20.8 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 26.9 ภาคกลาง ร้อยละ 19.8 และ
 14.9
 50.4 89.7
 28 63.1

ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาชน
 ตารางที่ 1 (N = 813)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ | | X ² | p-value | |
|-----------------|------------------------|----------------|----------------|---------|---------|
| | ไม่มี | มี | | | |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | | |
| เพศ | 364 (70.7) | 151 (29.3) | 0.767 | 0.381 | |
| | 217 (73.6) | 78 (26.4) | | | |
| อายุ | 2522 | 344 (75.9) | 129 (24.1) | 9.017 | 0.003** |
| | 2522 | 239 (66.4) | 121 (33.6) | | |
| สถานภาพ | / / / | 337 (72.0) | 131 (28.0) | 0.067 | 0.795 |
| | | 237 (71.2) | 96 (28.8) | | |
| การศึกษา | .6 | 190 (66.4) | 96 (33.6) | 5.887 | 0.015* |
| | .6 | 372 (74.5) | 127 (25.5) | | |
| อาชีพ | | 141 (73.1) | 52 (26.9) | 0.192 | 0.661 |
| | | 435 (71.4) | 174 (28.6) | | |
| เงินเดือน | 5,000 | 73 (78.5) | 20 (21.5) | 2.383 | 0.123 |
| | 5,001 | 510 (70.8) | 210 (29.2) | | |
| มาร่วมงาน | | 215 (68.2) | 128 (31.8) | 4.747 | 0.029* |
| พระศพฯ | | 308 (75.1) | 102 (21.9) | | |
| ภูมิลำเนา | | 76 (63.9) | 43 (36.1) | 4.902 | 0.027* |
| | | 502 (73.7) | 179 (26.3) | | |
| โรคทางกาย | | 508 (70.9) | 208 (29.1) | 1.827 | 0.177 |
| | | 64 (78.0) | 18 (22.0) | | |
| การใช้ | | 560 (72.1) | 217 (27.9) | 0.005 | 0.946 |
| สารเสพติด | | 16 (72.7) | 6 (27.3) | | |

| ปัจจัยส่วนบุคคล | ภาวะเส้ำโศกที่ผิดปกติ | | X ² | p-value |
|-----------------|-----------------------|------------|----------------|---------|
| การสูญเสีย | 220 (76.7) | 67 (23.3) | 3.785 | 0.052 |
| บุคคลที่รัก | 334 (70.2) | 156 (29.8) | | |
| รวม | 583 (71.7) | 230 (28.3) | | |

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและอิทธิพลการทำนายภาวะเส้ำโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียของมหาขน
ตารางที่ 2

| ปัจจัย | Adjusted OR | 95% CI of OR | | p-value |
|---------|----------------|--------------|-------|---------|
| | | Lower | Upper | |
| . .2522 | 1.598 | 1.175 | 2.172 | 0.003** |
| .6 | 1.480 | 1.077 | 2.033 | 0.016* |
| | 1.405 | 1.031 | 1.910 | 0.03* |
| | 1.587 | 1.052 | 2.394 | 0.028* |

* p > 0.05, ** p > 0.01

ข้อเสนอแนะ

1. Cohort
2. Case - control study
3. 18 (Generalization)
(False positive)

แล้วไม่มีภาวะเส้ำโศกที่ผิดปกติกลับได้รับการประเมินว่ามีภาวะเส้ำโศกที่ผิดปกติ ซึ่งในการศึกษา
ต่อไปควรพัฒนาเครื่องมือให้มีความเหมาะสมเพื่อใช้ทางคลินิกได้