

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมารดาที่มีทารกตายในครรภ์ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. การตายคลอดหรือตายในครรภ์
2. ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียและปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะเศร้าโศก
3. ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียและปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะเศร้าโศกของมารดาที่มีทารกตายในครรภ์
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย

การตายคลอดหรือตายในครรภ์

ความหมาย องค์การอนามัยโลกได้นิยามการตายของทารกในครรภ์ไว้ดังนี้คือ “เด็กที่ได้ตายแล้วทุกรายก่อนที่การคลอดจะเสร็จสมบูรณ์ เด็กที่คลอดออกมาต้องไม่หายใจ ไม่แสดงลักษณะใด ๆ ว่ามีชีวิตอยู่ เช่น ไม่มีการเต้นของหัวใจ คลำชีพจรไม่ได้ที่สายสะดือ ไม่มีการเคลื่อนไหวของแขน ขา ลำตัวหรือศีรษะ” โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงเรียนแพทย์อีกหลาย ๆ แห่งในประเทศไทย รวมไปถึงประเทศที่กำลังพัฒนาอีกเป็นจำนวนมาก ได้นิยามว่า เด็กตายคลอดต้องมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์เป็นต้นไป ถ้าเด็กตายในครรภ์มีอายุน้อยกว่า 28 สัปดาห์นับเป็นการแท้ง อย่างไรก็ตามจากนิยามดังกล่าวในทางปฏิบัติมักพบว่ามารดาที่เด็กตายคลอด จำประจำเดือนครั้งสุดท้ายไม่ได้ทำให้คำนวณอายุครรภ์ไม่ได้ ในกรณีเช่นนี้จะใช้น้ำหนักตัวของเด็กตั้งแต่ 1,000 กรัมขึ้นไปเป็นตัวกำหนดว่าเป็นเด็กตายคลอด น้ำหนักตัวของเด็กนี้ได้จากการนำเด็กตายคลอดไปชั่งทันทีเมื่อการคลอดสิ้นสุดลง (สุจิต เฝ้าสวัสดิ์ และคณะ, 2538, หน้า 111)

สำหรับการรายงานทางสถิติ จะรายงานทารกตายในครรภ์หรือทารกตายคลอดเป็นอัตรา การตายคลอดหรืออัตราเกิดไร้ชีพหรืออัตราตายปริกำเนิด (stillbirth rate หรือ fetal death rate หรือ fetal mortality rate) ซึ่งหมายถึงจำนวนทารกตายในครรภ์หรือจำนวนเด็กเกิดไร้ชีพที่มีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไปต่อการเกิดมีชีพ และเด็กเกิดไร้ชีพ 1,000 คนต่อ 1 ปี (อุกฤษณ์ มลิทรางกูร และคณะ, 2540, หน้า 7)

สาเหตุที่ทำให้ทารกตายในครรภ์ การจำแนกถึงสาเหตุการตายของทารกในครรภ์ไม่สามารถชี้ได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากการตายของเด็กตายคลอดมักจะมีประวัติหลาย ๆ อย่างค่อนข้างเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ เช่น มีสุขภาพไม่สมบูรณ์ อาศัยอยู่ในที่ไม่เหมาะสม อยู่ในบริเวณที่มีสิ่งแวดล้อมเป็นพิษก่อนจะตั้งครรภ์หรือย้ายเข้าไปอยู่หลังตั้งครรภ์ ในสถานที่ให้บริการฝากครรภ์บางแห่งอาจพบสตรีตั้งครรภ์จำนวนหนึ่งไม่นิยมฝากครรภ์ รวมทั้งให้ประวัติประจำเดือนไม่ได้หรือสับสน นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรในสถาบันแต่ละแห่งที่ให้บริการฝากครรภ์หรือปฏิบัติในห้องคลอด มีมาตรฐานหรือทักษะทางสูติศาสตร์หัตถการต่อเด็กในครรภ์ไม่เหมือนกัน ทำให้วินิจฉัยไม่ได้แน่นอนว่าการตายนั้นเกิดจากอะไร ด้วยเหตุนี้การพยายามจะจำแนกสาเหตุที่ทำให้เด็กตายออกเป็นหมวดหมู่จึงปฏิบัติได้ลำบาก ทั้งนี้ขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการจำแนกข้อมูล ได้แก่ อาจจำแนกเป็นแบบระบบโรควิทยา หรือจำแนกโดยใช้พยาธิสภาพที่ตรวจพบ หรือใช้โรคและสภาวะที่ตรวจหรือทั้ง 4 อย่างผสมผสานกัน สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์ และคณะ (2538, หน้า 111-112) ได้จำแนกสาเหตุการตายของทารกในครรภ์ ไว้ดังนี้

1. การฝากครรภ์ ที่มีผลต่อการตายของทารกในครรภ์ ได้แก่ การฝากครรภ์ที่ไม่ถูกต้อง ไม่มาฝากครรภ์เลยหรือมาฝากครรภ์ 1-3 ครั้ง มีสภาวะหรือโรคทางอายุรศาสตร์ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาขณะตั้งครรภ์ ทำให้เป็นอันตรายหรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ เช่น มารดาที่ยังเป็นวัยรุ่นหรืออายุเกิน 35 ปี มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 40 กิโลกรัม หรือมากกว่า 75 กิโลกรัม ขณะตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวขึ้นไม่สม่ำเสมอ น้ำหนักตัวขึ้นคงที่หรือลดลง สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ดื่มสารเสพติด มีอาชีพที่เป็นอันตรายต่อตัวเองและบุตรในครรภ์ เช่น รับซื้อของเก่าที่ใช้แล้วจำพวกโลหะหนัก เป็นหญิงอาชีพพิเศษ มีอาชีพเสริมสายต้องสุดไอระเหยของเครื่องสำอาง เคยมีประวัติที่ผิดปกติทางสูติศาสตร์และความผิดปกติทางรูปร่างสรีระของร่างกาย ความผิดปกติเหล่านี้สูติแพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ ถ้าสตรีตั้งครรภ์เหล่านี้ไม่มาฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอ
2. รกและสายสะดือ เป็นพยาธิสภาพและสภาวะที่พบบ่อยที่สุดในเด็กตายคลอด เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด, รกเกาะต่ำ, มีสายสะดือสั้นกว่า 36 เซนติเมตร, สายสะดือบิดเป็นเกลียว, สายสะดือถูกมัดแน่นด้วย amniotic band, สายสะดือมัดเป็นปมแน่น, สายสะดือพันแน่นรอบคอแขนและขาเด็กในครรภ์, สายสะดือเกาะที่ถุงน้ำคร่ำ, เส้นเลือดในสายสะดืออุดตันด้วยก้อนเลือด, มีเส้นเลือดจากรกทอดไปบนถุงน้ำคร่ำผ่านปากมดลูก ความผิดปกติเหล่านี้หาสาเหตุไม่ได้ ทำให้ป้องกันเด็กตายในครรภ์ไม่ได้ พบสายสะดือช้อยจากการทำสูติศาสตร์หัตถการเพียงร้อยละ 20 อีกร้อยละ 80 เป็นอุบัติเหตุป้องกันไม่ได้
3. การติดเชื้อที่อาจทำให้เด็กตายในครรภ์เช่น ซิฟิลิส, อักเสบติดเชื้อแบคทีเรียที่พบได้บ่อย คือ fusobacterium, streptococci หมู่ B และ listeria monocytogenes, เชื้อรา candida albicans,

เชื้อไวรัสจากการเป็นหัดเยอรมัน, คางทูม, สุกใส, ฝีดาษ, cytomegalovirus, เริม ซึ่งไวรัสพวกนี้สามารถผ่านรก ทำให้เด็กในครรภ์ติดเชื้อและตายได้

4. ความดันโลหิตสูงผิดปกติขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยอาการของครรภ์เป็นพิษ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นคือ vasospasm ในหลอดเลือดแดง ทำให้ปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงมดลูกและรกลดลง รกจะแก่เร็วกว่ากำหนดและเสื่อมสมรรถภาพ ซึ่งน่าจะเป็นเหตุทำให้เด็กตายในครรภ์

5. เบาหวาน แม่ที่เป็นเบาหวานพบเด็กตายในครรภ์ร้อยละ 4-12 มากกว่าเด็กที่คลอดจากแม่ปกติ 3-8 เท่า และอัตราตายเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25 เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์ขึ้นไป สาเหตุที่ทำให้เด็กตายเข้าใจว่าเนื่องจากควบคุมเบาหวานในแม่ไม่ดี ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนเช่น ketoacidosis preeclampsia และ hyperinsulinemia ในเด็ก

6. ความพิการที่เนื่องมาจากความผิดปกติของโครโมโซม เช่น เด็กที่มีจำนวนโครโมโซมมากหรือน้อยกว่าปกติ ที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็กตายในครรภ์ได้แก่ trisomy

7. ความพิการที่ไม่เกี่ยวกับความผิดปกติของโครโมโซม ที่พบบ่อยเนื่องจาก Neural tube defect เป็นเด็กที่ไม่มีกะโหลกศีรษะและ spina bifida ความพิการอื่น ๆ ได้แก่ potter' syndrome, omphalocele, gastroschisis, Dwarfism, arthrogryposis และเด็กหัวบาตร

8. ครรภ์เกินกำหนด หมายถึง การตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ที่แน่นอน 42 สัปดาห์เต็มแล้วยังไม่คลอด สูติแพทย์ควรวินิจฉัยครรภ์ที่เกินกำหนดและพิจารณาทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงก่อนที่เด็กในครรภ์จะตาย

9. hemoglobin bart' hydrop fetalis ประมาณร้อยละ 50 ของเด็กที่มีลักษณะบวมในในประเทศไทยเกิดจากโรคธาลัสซีเมียที่มีลักษณะรุนแรง เด็กจะตายในครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 30-40 สัปดาห์

10. เด็กเจริญเติบโตช้าในครรภ์

11. มารดาที่ได้รับอุบัติเหตุ

12. อันตรายจากการทำคลอด ในการทำสูติศาสตร์หัตถการที่ยาก เช่น การใช้คีม, เครื่องดูดสุญญากาศ, การทำคลอดเด็กท่าก้นและการคลอดติดไหล่

13. systemic lupus erythematosus (sLE) สตรีที่เป็นโรคนี้อาจตั้งครรภ์มีโอกาสสูงที่จะแท้งหรือมีเด็กตายในครรภ์ร้อยละ 11-46

ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียและปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะเศร้าโศก

ความเศร้าโศก (grief) การศึกษาเกี่ยวกับความเศร้าโศกเริ่มมีขึ้นครั้งแรกโดย ฟรอยด์ (freud) ในปี 1957 บทความที่ชื่อ “mourning and melancholia” ซึ่งฟรอยด์กล่าวถึงกระบวนการที่เต็มไปด้วยความเจ็บปวดทางด้านจิตใจอันเนื่องมาจากวัตถุหรือบุคคลอันเป็นที่รักจากไป โดยทำความเข้าใจกับความเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียโดยเปรียบเทียบระหว่างอารมณ์ของความเศร้าโศกทั่ว ๆ ไป และการแสดงความเศร้าโศกออกมา และได้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่า ความเศร้าโศกมีลักษณะทั่ว ๆ ไปเกี่ยวกับความซึมเศร้าจากการถูกทอดทิ้ง การสูญเสียความสามารถที่จะรัก การเปลี่ยนแปลงของสิ่งต่าง ๆ รอบ ๆ ตัวไปในทางที่เลวร้ายซึ่งเป็นผลมาจากมีความสูญเสียครั้งใหญ่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งในขณะที่จิตใจมีลักษณะเป็น ความหนักอึ้งข้างในหรือผลผลิตจากความเศร้าโศกนั้นพบว่ามี ความเกี่ยวข้องกับพลังขับทางเพศ ซึ่งจะต้องหาวัตถุที่จะสามารถทดแทนได้ขึ้นใหม่แทน โดยกระบวนการทั้งหมดนี้จะเกิดเป็นวงจรและไม่ถือเป็นอาการของ โรค (Fawcett & Downs, 1992, pp. 354-358)

ยังมีนักวิจัยอีกหลายท่านที่ศึกษาถึงความคิดของกระบวนการเศร้าโศก อาทิเช่น ในปี 1944 ลินเดอร์แมน (linderman) ได้อธิบายถึงรูปแบบของความเศร้าโศกที่ปกติและผิดปกติเพื่อเป็นแนวทางในการให้การรักษาสู่เศร้าโศกที่ควรได้รับการรักษา ต่อมาได้มีการนำงานวิจัยของ ลินเดอร์แมนไปศึกษาขยายต่อโดย ปาร์คส์ (parks) ในปี 1976 และ โบลว์บี (Bowlby) ในปี 1979 โดยแนวคิดของโบลว์บีทำให้ทฤษฎีเกี่ยวกับความเศร้าโศกก้าวหน้ามากขึ้น โดยระบุถึงสิ่งที่พื้นฐานระหว่างความผูกพันและความเศร้าโศก โดยตั้งสมมุติฐานว่าถ้าไม่มีความผูกพันที่เต็มไปด้วยความรักความสูญเสียก็จะไม่มีทางเกิดขึ้นได้ ซึ่งแนวคิดนี้จะเชื่อมโยงกับแนวคิดของ ปาร์คส์ ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยของทั้งสองคนนี้จะมีช่วงเวลาต่างกันมาก โดยปาร์คส์ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเศร้าโศกของผู้ที่สูญเสียคู่สมรส แหล่งสนับสนุนทางสังคมและประโยชน์ของการปฏิบัติ การพยาบาล เช่น ความสำคัญของการให้คำปรึกษา พบว่าความสูญเสียนั้นอาจทำให้ผู้เศร้าโศกแยกตัวออกจากสังคมได้ ในปี 1982 ฟอว์เรส (Forrest) ได้นำแนวคิดของปาร์คส์มาทำวิจัยต่อ เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่ประสบกับความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุตรเมื่อแรกคลอด โดยเน้นการให้คำปรึกษาในระยะยาวแก่ครอบครัวผู้สูญเสีย และนำมาเปรียบเทียบการการปฏิบัติ การพยาบาลที่ให้ความช่วยเหลือของพยาบาลในช่วงคลอดและหลังจากเด็กเสียชีวิต

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอีกมากมายที่ให้ความสนใจเกี่ยวกับช่วงอายุครรภ์ที่เด็กเสียชีวิต (Mander, 1994, pp. 20-22) โดยเกี่ยวข้องกับสมมุติฐานที่ว่าเมื่อไม่เห็นก็ไม่เศร้าโศก และความสับสนทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงระหว่างการตั้งครรภ์ซึ่งพบว่าแตกต่างจากสมมุติฐานที่มีอยู่

เมื่อพบว่าพ่อแม่ที่ถูกตายแต่แรกเกิดจะมีความเศร้าโศกที่รุนแรงมากกว่าพ่อแม่ที่ถูกตายในช่วงอายุที่โตกว่าช่วงแรกเกิด แต่ถึงแม้จะมีผลการวิจัยออกมาเช่นนี้ กลับพบว่าสังคมไม่ค่อยให้ความสนใจกับความเศร้าโศกของมารดาที่แท้งบุตร ถึงแม้ว่าจะไม่ได้รับสนใจหรือการให้ความสำคัญที่มากเกินไปกับความเศร้าโศกของแม่ผู้สูญเสียลูกก็ตาม สิ่งที่สำคัญคือการตระหนักและยอมรับกับประเด็นที่ว่า ความสูญเสียนั้น ๆ มีความหมายต่อมารดามากเท่าใดมากกว่า

ความหมายของความเศร้าโศก มีผู้ให้คำนิยามไว้หลายท่านดังนี้

แมคคราวัน และจอห์นสัน (Mccown, 1989; Johnson, 1992 อ้างถึงใน กอบกาญจน์ ทรัพย์ประสิทธิ์, 2540, หน้า 112) กล่าวว่า ความเศร้าโศก หมายถึง การตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ ต่อการสูญเสียสิ่งที่ตนรักหรือหมายถึง การตอบสนองภายหลังการสูญเสีย เช่น การตายของบุคคลอันเป็นที่รัก ความพิการแต่กำเนิด คลอดก่อนกำหนด ภาวะเศร้าโศกมีหลายอารมณ์ เช่น เศร้า วิทกกังวล รู้สึกผิด เป็นต้น

แมนเดอร์ (Mander, 1994, p. 2) กล่าวว่า ความเศร้าโศก หมายถึง การแสดงออกทางด้านจิตใจและอารมณ์ต่อความสูญเสียที่เกิดขึ้น โดยแต่ละบุคคลจะมีความเศร้าโศกที่แตกต่างกันไป

จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย (2532, หน้า 22) ได้กล่าวถึงความเศร้าโศกว่า เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลภายหลังการสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลที่รัก สิ่งของ สูญเสียหน้าที่การทำงาน การหย่าร้าง การพลัดพราก ซึ่งการสูญเสียบุคคลจากการตายมักก่อให้เกิดความเศร้าโศกมากที่สุด การสูญเสียที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความกดดัน ความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ถ้าสามารถปรับตัวได้อาการต่าง ๆ จะดีขึ้น แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะก่อให้เกิดความเศร้าโศกที่ผิดปกติ ทำให้เกิดโรคจิตโรคประสาทได้

การคร่ำครวญ (mourning) หมายถึง พฤติกรรมของความเศร้าโศก ได้แก่ การแสดงออกถึงความเศร้าโศก และร้องไห้ เมื่อกล่าวถึงภาวะเศร้าโศกมักจะพบคำว่า การคร่ำครวญควบคู่กันไป ด้วยและ 2 คำนี้สามารถใช้แทนกันได้บ่อย

โดยสรุป ความเศร้าโศกหมายถึง การแสดงออกทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ที่เกิดขึ้นภายหลังจากบุคคลสูญเสียสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

ชนิดของความเศร้าโศก ได้มีการกล่าวถึงชนิดของความเศร้าโศกไว้ดังนี้ (Simpson & Creehand, 1996, pp. 277-278)

ความเศร้าโศกที่สามารถคาดการณ์ได้ (anticipatory grief) เป็นการแสดงความเศร้าโศกต่อสถานการณ์ที่บุคคลสูญเสียความหวัง ความสัมพันธ์หรือความฝัน โดยรับรู้มาก่อนว่าจะเกิดขึ้น เช่น ในครอบครัวที่บุตรได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติหรือมีความรุนแรงถึงขั้นอาจจะต้องเสียชีวิต หรือเมื่อบุตรต้องเข้ารับการรักษาในแผนกที่ดูแลเด็กป่วยหนัก ในมารดาที่ตั้งครรภ์แฝดและมี

มีทารกคนหนึ่งเสียชีวิต และอาจเกิดขึ้นได้เมื่อเด็กตายก่อนกำหนด หรือเมื่อมีการวินิจฉัยว่ามีภาวะอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้นกับการตั้งครรภ์ซึ่งทำให้เด็กเสียชีวิตและเมื่อต้องตัดสินใจทำแท้ง (Bobak, 1991, p. 1218) อาการที่พบคือ วิตกกังวล ความรู้สึกหมดพลังอำนาจ และ/หรือขาดความรู้ที่จะรับมือกับการวินิจฉัยภาวะคุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้น การคาดการณ์ได้ว่าจะมีความสูญเสียเกิดขึ้นจะช่วยให้พ่อและแม่ของเด็กสามารถเตรียมการต่าง ๆ ไว้ล่วงหน้าได้ สามารถกล่าวคำอำลากับลูกโดยวิธีของพวกเขาเองได้และรู้สึกควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น ในขณะที่พ่อแม่บางคนจะพยายามหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้นจากความสูญเสีย โดยการไม่เข้าไปผูกพันกับลูกที่กำลังป่วย (Dunn, 1996, p. 213)

ความเศร้าโศกเรื้อรัง (chronic grief) เป็นความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นจากการที่มารดาต้องยอมรับการคลอดบุตรที่มีน้ำหนักน้อยมาก ๆ หรือมีความผิดปกติทางร่างกายในระดับที่รุนแรงหรือป่วยหนัก พ่อแม่จะเกิดความรู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองล้มเหลวในการตอบสนองความคาดหวังของสังคม ที่ไม่สามารถคลอดบุตรที่ปกติและมีสุขภาพสมบูรณ์ได้ ซึ่งความรู้สึกเศร้าเรื้อรังนี้จะกินเวลานาน เนื่องจากพ่อแม่ต้องผ่านกระบวนการเศร้าโศกอย่างรุนแรงเข้าไปซ้ำมาทุกครั้งที่มีวิกฤตการณ์ใด ๆ ก็ตามที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับบุตร เช่น การป่วยหนัก การที่บุตรต้องการความช่วยเหลือทางด้านร่างกายเป็นอย่างมาก มีปัญหาทางด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการ การต้องเผชิญกับระบบบริการทางสุขภาพและระบบของโรงเรียนเพื่อให้ได้มาซึ่งบริการที่จะตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นจากการเลี้ยงดูลูกที่ผิดปกติ

ความเศร้าโศกในลักษณะที่เป็นทั้งความเศร้าและความสุข (bittersweet grief) เป็นความรู้สึกสูญเสียที่ยังคงอยู่และไม่มีการเปลี่ยนแปลงถึงแม้ว่าการสูญเสียนั้นจะผ่านไปเป็นระยะเวลานาน ซึ่งเป็นความรู้สึกทั้งเศร้าและสุขเมื่อได้นึกถึงหรือได้พูดคุยเกี่ยวกับลูกที่จากไป นอกจากนี้ยังมีความเศร้าโศกในรูปแบบอื่น ๆ อีก ได้แก่

ความเศร้าโศกที่ไม่ซับซ้อน (uncomplicated bereavement) หมายถึงการตอบสนองของบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อการสูญเสีย ความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดขึ้นจะแสดงออกโดยรู้สึกเสียใจ ซึ่งมีปัจจัยทั้งภายในและภายนอกเข้ามามีอิทธิพล เช่น อายุ เพศ บุคลิกลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ตาย ลักษณะของการตาย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนา วิกฤตการณ์อื่น ๆ ในชีวิตที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน ความรู้สึกที่มีต่อการสูญเสีย ความเปลี่ยนแปลงของชีวิตอันเนื่องมาจากการสูญเสีย ความสามารถในการรับมือกับการสูญเสียเป็นต้น (Bobak, 1993, p. 1218) อาการแสดงของผู้เศร้าโศกอาจจะรับประทานอาหารมากผิดปกติหรือไม่รับประทานอาหาร, นอนไม่หลับ, รู้สึกผิดว่าได้ทำหรือไม่ได้ทำอะไรลงไปและคิดว่าอาจจะดีกว่าถ้า

ตนเองเสียชีวิตตั้งแต่ขณะนี้หรือเสียชีวิตไปพร้อม ๆ กับผู้ตาย ซึ่งผู้เศร้าโศกคิดว่าบางครั้งควรจะได้รับการปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น (Dunn, 1996, pp. 215-223)

ความเศร้าโศกชนิดซับซ้อน (complicate bereavement) ความเศร้าโศกชนิดนี้จะมีลักษณะที่ค่อย ๆ เกิดขึ้นและใช้เวลานานกว่าจะแสดงออกมา โดยทั่วไปถ้าไม่ปรากฏว่ามีความผิดปกติทางจิตใจมาก่อนความเศร้าโศกชนิดนี้จะไม่ถูกแสดงออก ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับปัญหาที่มีมาก่อนแล้ว และรุนแรงมากขึ้นหลังจากเกิดการสูญเสีย ความเศร้าโศกในรูปแบบนี้จะไม่มีการเคลื่อนที่ของอารมณ์จากแ่งมุมหนึ่งไปสู่อีกแ่งมุมหนึ่ง จึงดูเหมือนมีการอยู่กับแ่งมุมหนึ่ง ๆ ของความเศร้าโศกตลอดเวลา โดยจะมีการหมกมุ่นอย่างรุนแรงกับความคิดว่าตนเองไร้ค่า, คิดจะฆ่าตัวตายตลอดเวลา, มีความผิดปกติในการดำเนินชีวิตที่สามารถสังเกตได้และมีความผิดปกติทางจิตใจเป็นเวลานาน (Dunn, 1996, pp. 215-223)

เศร้าโศกในลักษณะที่เป็นเงา (shadow grief) หมายถึง การที่ความรู้สึกเศร้าโศกจะกลับมาอีกครั้งเมื่อถึงวันครบรอบต่าง ๆ เช่น วันคลอดของลูก, วันเกิดของลูก, วันครบกำหนดคลอดของลูก เป็นต้น โดยผู้สูญเสียจะร้องไห้, รู้สึกเศร้าแต่ไม่รุนแรง, รู้สึกว่างเปล่า บางครั้งอาจรู้สึกกังวลและรู้สึกว่ามีความบางสิ่งบางอย่าง "ที่ไม่ถูกต้อง" ถึงแม้ว่าจะยังไม่มีการศึกษาถึงความเศร้าโศกลักษณะนี้อย่างเป็นทางการ แต่มีความเชื่อว่ามีมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของมารดาที่ไม่ได้รับการชื่นชมหรือถูกขัดขวางความรู้สึกจาก แพทย์ พยาบาล เพื่อนญาติหรือแม้แต่คู่สมรสในการแสดงความเห็นหรือให้คำแนะนำที่ไม่ได้แสดงออกถึงความเห็นใจ เช่น การกล่าวว่ายังสามารถตั้งท้องใหม่ได้อีก, ให้รับประทานยาระงับประสาทอ่อน ๆ, การที่ไม่ยอมให้ได้เห็นหรือสัมผัสลูก, การไม่ได้มีส่วนร่วมในพิธีศพของลูก (Kay, n.d. cited in Wood & Esposito, 1987, pp. 12-13)

การสูญเสีย (loss) เป็นประสบการณ์พื้นฐานของทุกคนที่พบได้ตลอดช่วงชีวิตของมนุษย์นับตั้งแต่แรกเกิดจนตาย ไม่มีใครหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดเหตุการณ์นี้ได้ การสูญเสียจะกระตุ้นให้บุคคลมีปฏิกิริยาและอารมณ์ตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้น และจำเป็นต้องหาแนวทางเฉพาะของบุคคลในการปรับตัว ถึงแม้ว่าการสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิดจะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้บ่อยในชีวิต แต่การสูญเสียหรือการตายของบุคคลอื่นเป็นที่รักจะยิ่งก่อให้เกิดความเศร้าโศก รวมทั้งมีความยากลำบากในการเผชิญภาวะวิกฤตและการปรับตัว

ความหมายของการสูญเสีย มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่านดังนี้

เมอร์เร และฮุสคอตเตอร์ (murray & huelskoetter, 1991 อ้างถึงใน กอบกาญจน์สรประสิทธิ์, 2540 หน้า 112) กล่าวว่า การสูญเสีย หมายถึง ภาวะของการขาดและแยกจากของบุคคล หรือขาดบางสิ่งบางอย่างที่มีค่าอันยิ่งใหญ่ของคน

โบเวอร์ (Bower, 1980) ได้ให้ความหมายของการสูญเสียว่าเป็นสภาพการณ์ซึ่งบุคคลต้องแยกจากหรือต้องอยู่โดยปราศจากบางสิ่งบางอย่างที่เคยมีอยู่ ลักษณะของการสูญเสียอาจเกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่รู้ตัวล่วงหน้า หรือรู้ว่าจะเกิดขึ้นหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น

คาร์เตอร์ (Carter, 1976 อ้างถึงใน จินตนา ชูนิพันธ์, 2527, หน้า 128) ได้ให้ความหมายของการสูญเสียไว้ว่า หมายถึง การที่บุคคลขาดปัจจัยอย่างหนึ่งอย่างใดที่จะสนองตอบต่อความต้องการพื้นฐานของตน ปัจจัยนี้อาจจะเป็นสิ่งที่อยู่ภายนอก หรือภายในร่างกายก็ได้

โดยสรุป การสูญเสีย หมายถึง สภาวะที่บุคคลต้องแยกจากสิ่งที่มีค่าหรือมีความหมายสำหรับตน ซึ่งเกิดขึ้นโดยรู้มาก่อนหรือไม่รู้ว่าจะเกิดขึ้นก็ได้

การสูญเสียเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ ทั้งที่สามารถคาดการณ์ได้และคาดการณ์ไม่ได้ เกิดขึ้นอย่างฉับพลันหรือค่อย ๆ เป็นไป ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือไม่ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดใด ๆ การสูญเสียแต่ละสถานการณ์ของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลจะประสบกับการสูญเสีย 4 ลักษณะ (Peretz, 1970 cited in Simpson & Creehand, 1996, p. 272 ; Gilbert & Harmon, 1993 อ้างถึงใน กอบกาญจน์ ศรีประสิทธิ์, 2540, หน้า 112-113; ช่อดดา พันธุ์เสนา, 2536, หน้า 153-154) ดังนี้

1. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือมีค่าต่อตนเอง (loss of significant person) เป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่โดยเฉพาะ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง เสียชีวิตหรือพิการ ถ้าเป็นการสูญเสียที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน เช่น อุบัติเหตุ หรือการเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจ ก็จะมีผลกระทบต่อบุคคลรุนแรงมากขึ้น สำหรับการสูญเสียอื่น ๆ เช่น ครอบครัวแยกกันอยู่ การหย่าร้าง อาจเป็นการจากกันชั่วคราวหรือถาวรแต่ดีกว่าการเสียชีวิต อย่างไรก็ตามในระยะแรก ๆ ที่มีการสูญเสียอาจทำให้เกิดภาวะวิกฤตขึ้นได้

2. การสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองบางด้าน (loss of some aspect of self) เป็นผลมาจากการสูญเสียสิ่งที่มีค่าภายในตัวบุคคล อาจเป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาหรืออวัยวะที่เป็นจุดเด่นเสริมบุคลิกให้กับตนเอง การสูญเสียดังกล่าวนี้ เช่น การตัดเด็นม การตัดมดลูก แขน ขา ขาดความรู้สึกทางเพศ การเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นต้น การสูญเสียบทบาททางสังคม เช่น บทบาทการเป็นมารดา สามี ภรรยา บทบาทผู้นำครอบครัวหรืองานอาชีพ เป็นต้น ซึ่งผลกระทบทางจิตใจที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียนี้ได้แก่ ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเปลี่ยนแปลงไป

3. การสูญเสียพัฒนาการตามวัย (loss of stages of growth and development) ได้แก่ การสูญเสียพินัยกรรมในวัยเด็กหรือการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในวัยสูงอายุ ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน เป็นต้น

4. การสูญเสียวัตถุ (loss of eternal objects) ได้แก่ การสูญเสียทรัพย์สิน เงินทอง ที่อยู่อาศัย สัตว์เลี้ยง เป็นต้น

อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีการสูญเสียในรูปแบบอื่น ๆ อีกคือ การสูญเสียความฝัน (loss of dream) และการสูญเสียการสร้างสรรค์ (loss of creative) (Kowalski, n.d. cited in Simpson & Creehand, 1996, pp. 272-273) การสูญเสียสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย (loss of know environment) (Potter & Perry, 1993 อ้างถึงใน นิตยา สมบัติแก้ว, 2540, หน้า 111-112)

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเศร้าโศกจากการสูญเสีย

ไม่ว่าบุคคลจะเกิดการสูญเสียในรูปแบบใด ปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อการสูญเสียนั้นมักจะแสดงออกให้เห็นเป็นพฤติกรรมต่อเนื่องกัน ปฏิกิริยาตอบสนองจะช้าหรือเร็วเพียงใดขึ้นอยู่กับช่วงเวลาของแต่ละบุคคลปรับตัวในแต่ละระยะ และความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบสนองในแต่ละบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ มากมายซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกที่เกิดจากการสูญเสียที่สำคัญได้แก่ ความรู้สึกเศร้าโศก ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองโดยรวมประกอบด้วยความคิด ความรู้สึก อารมณ์ทางกายและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป

โบลบี้ (Bowlby, 1961 อ้างถึงใน ชอลดา พันธุเสนา, 2536, หน้า 156-157) ได้เสนอทฤษฎีเกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลที่มีต่อการสูญเสียโดยอธิบายในรูปของอารมณ์และพฤติกรรมแสดงออก ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะแรก ระยะของการไม่ยอมรับ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองในระยะแรกของบุคคลเมื่อรับรู้การสูญเสีย โดยเฉพาะเมื่อการสูญเสียนั้นเกิดขึ้นกะทันหัน มักเริ่มด้วยอาการตกตะลึง ตกใจ ตัวชาและไม่เชื่อ ในระยะนี้ผู้ที่สูญเสียมักรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริงและปฏิเสธในการรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้น ระยะนี้อาจใช้เวลา 2-3 นาที จนถึงหลายชั่วโมง อาจเป็นวันหรือนานเป็นเดือน

ระยะที่สอง ระยะรับรู้ว่าการสูญเสียเกิดขึ้นจริง บุคคลจะเริ่มรับรู้ความเป็นจริงเกี่ยวกับการสูญเสียมากขึ้น อาจแสดงความโกรธ โทษบุคคลอื่นหรือสิ่งแวดล้อมรอบข้าง โทษตัวเอง มีอาการซึมเศร้า มีความรู้สึกผิด ฯลฯ

ระยะสุดท้าย ระยะของการปรับตัวเพื่อฟื้นคืนสู่สภาวะปกติ เป็นระยะที่บุคคลพยายามปรับตัวเองให้เข้าสู่สภาพปกติ ยอมรับการสูญเสียได้มากขึ้น ความโกรธหรือความซึมเศร้าจะค่อย ๆ หายไป สนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ระยะนี้อาจนาน 6 เดือนถึง 2-3 ปี

แมนเดอร์ (Mander, 1994, pp. 7-8) ได้กล่าวถึงรูปแบบทั่วไปของความเศร้าโศกไว้ดังนี้

1. การโต้ตอบโดยทันทีทันใด (immediate reaction) ประกอบไปด้วยกลไกในการป้องกันตัว ที่จะช่วยปกป้องผู้ที่กำลังเศร้าโศกจากความเป็นจริงที่ไม่อาจยอมรับได้ ซึ่งจะช่วยให้มี

เวลาในการเตรียมตัวเพื่อทำใจยอมรับกับความเป็นจริงนั้น ๆ โดยอาการที่เห็นได้ชัดทางร่างกายของการได้ตอบอย่างเฉียบพลัน เช่น การถอนหายใจอยู่ตลอดเวลา

2. การค่อย ๆ ตระหนักถึงความเป็นจริง (developing awareness) เมื่อผู้เศร้าโศกยอมรับความเป็นจริงของการสูญเสียนั้น ๆ ก็จะมีการได้ตอบกับความเป็นจริงในลักษณะของอารมณ์ที่รุนแรงมาก โดยอาจรู้สึกผิด กล่าวโทษบุคคลอื่น ไม่พอใจที่ตนเองไม่ได้ทำอะไร แสดงอารมณ์กับบุคคลอื่น สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าเริ่มมีการยอมรับความจริงเกิดขึ้น นอกจากนี้การได้ตอบทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นอาจทำให้ผู้ที่สูญเสียไม่มีจุดมุ่งหมาย เศร้าโศกและไม่สนใจกับสิ่งรอบ ๆ ตัว ซึ่งเป็นอาการที่จะแสดงให้เห็นถึงความเศร้าโศกอย่างรุนแรงเมื่อเข้าสู่ระยะต่อไป

3. การตระหนักถึงความเป็นจริงทั้งหมด (full realization) ในระยะนี้ความเศร้าโศกที่อยู่ลึก ๆ ยังคงอยู่ รวมถึงความรู้สึกสูญเสียที่ทำให้ผู้เศร้าโศกรู้สึกว่าส่วนใดส่วนหนึ่งขาดหายหรือถูกตัดออกไป ซึ่งอาจทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เช่น ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ หรืออาจมีปัญหาทางร่างกาย เช่น มีความผิดปกติของระบบย่อยอาหาร

4. ทางออก (resolution) เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการเศร้าโศกซึ่งหมายถึง การที่ผู้เศร้าโศกสามารถระลึกถึงความสุขและความทุกข์ที่มีร่วมกับผู้ตายได้อย่างสงบ และไม่รู้สึกรำคาญอีกต่อไป

วูด และเอสโพซิโต (Wood & Esposito, 1987, pp. 12-13) ได้กล่าวว่า การแสดงความรู้สึกเศร้าโศกถือว่าเป็นอาการที่สามารถทำนายได้และมีจุดสิ้นสุด โดยการแสดงความรู้สึกเศร้าโศกจะมี 3 ระยะดังนี้

ระยะต่อต้านและโกรธ (blame and anger) เป็นระยะแรกของการแสดงความรู้สึกเศร้าโศก มีช่วงเวลาดังแต่ไม่กี่ชั่วโมงถึงหลายวัน ลักษณะเด่นคือ ผู้ที่เศร้าโศกจะพยายามอย่างมากที่จะรื้อฟื้นถึงความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้ตายถึงแม้จะ ไม่มีความหวัง จะรู้สึกตกใจ, ขา (เหมือนไม่มีความรู้สึกใด ๆ ต่อการสูญเสีย), ไม่เชื่อและปฏิเสธ อาจแสดงอาการโกรธหรือเกลียด ซึ่งโดยมากผู้เศร้าโศกจะยอมรับว่าความสูญเสียได้เกิดขึ้นจริงภายในระยะเวลาไม่นาน และจากนั้นก็รู้สึกเศร้าสลด ซึ่งจะแสดงออกโดยการร้องไห้และถอนใจ

ความอิจฉา (envy and jealousy) ในระยะนี้ผู้เศร้าโศกจะค่อย ๆ ตระหนักถึงความเป็นจริงของการสูญเสีย จะแสดงออกถึงความเจ็บปวด มีความเศร้ามาก มีความปรารถนาที่จะตามหาผู้ตายให้เจอ ลักษณะเด่นของระยะนี้คือ ความเหงาอย่างรุนแรง การแยกตัว ไม่มีจุดมุ่งหมาย มีการแสดงออกถึง ความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง รู้สึกว่าลำคอติดตันและภายในท้องว่างเปล่า รู้สึกหิวแต่ไม่อยากรับประทาน ถอนหายใจ รู้สึกหมดแรงและไม่มีความสนใจสิ่งใดเลย โกรธ อาการที่เห็นได้ชัดของผู้ที่อยู่ในระยะนี้คือ การถอนตัวจากโลกภายนอก เช่น มี

อาการหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเองไม่พูดคุยกับผู้อื่น ไม่มีความกระตือรือร้นและทำตัวเย็นชา หมดความสนใจในเรื่องของการรับประทานอาหารและการดูแลความสะอาดของร่างกาย นอกจากนี้ ผู้เศร้าโศกพยายามจะระลึกถึงความสัมพันธ์ที่มีกับผู้ตาย บางครั้งอยากลืมแต่กลับเข้ามาในความคิดอยู่เสมอทำให้เกิดความเจ็บปวด ถึงแม้ความทรงจำเกี่ยวกับผู้ตายจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้เศร้าโศก แต่ก็ช่วยทำให้ผู้เศร้าโศกยอมรับได้ว่าผู้ตายได้จากไปแล้วจริง ๆ

การกลับมาควบคุมตัวเองได้อีกครั้ง (return of menstruation) เมื่อเข้าสู่ระยะนี้ผู้เศร้าโศกจะค่อย ๆ กลับมามีความสนใจกับสิ่งต่าง ๆ รอบ ๆ ตัวอีกครั้ง ซึ่งระยะเวลาของช่วงเวลานี้จะต่างกันไปในแต่ละบุคคล ความเจ็บปวดจากความเศร้าโศกจะลดลงและเริ่มคิดในแง่บวกมากขึ้น มีการทำกิจกรรมใหม่ ๆ พบเพื่อนใหม่ ๆ และมีชีวิตอยู่ได้โดยปราศจากผู้ตาย

ความเศร้าโศกที่ผิดปกติ (pathologic grief) ความเศร้าโศกที่ผิดปกติเกิดขึ้นเพราะบุคคลไม่สามารถปรับสภาพจิตใจให้เป็นไปตามกระบวนการของความเศร้าโศก หรือไม่สามารถปรับตัวให้ผ่านพ้นระยะเศร้าโศกปกติได้ จะเก็บกดความรู้สึกทุกข์ทรมานใจไว้แต่เพียงผู้เดียว ซึ่งเรียกว่าโรคซ่อนเร้น (hidden disease) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 แบบ (Stuart & Sundeen, 1979 อ้างถึงใน จินตนา ชูนิพันธ์, 2527, หน้า 138-139; Varcariolis, 1990 อ้างถึงใน กอบกาญจน์ สรประสิทธิ์, 2540, หน้า 118) ได้แก่

1. ปฏิกริยาล่าช้า (delayed reaction) ในกรณีนี้หมายถึงความผิดปกติโดยไม่มีการแสดง ความเศร้าโศกทั้งทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม ทำให้กระบวนการของความเศร้าโศกไม่เริ่มต้น หรือไม่สิ้นสุด เกิดจากการที่บุคคลที่ประสบกับความสูญเสียใช้กลไกทางจิตแบบปฏิเสธความจริง (denial) และแบบเก็บกด (suppression) อย่างมากเพื่อที่จะหลีกเลี่ยงความเศร้าโศก ซึ่งใช้เวลาเป็นเดือนหรือหลาย ๆ ปีในบางรายก็ได้ ความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียซึ่งถูกเก็บกดไว้เป็นระยะเวลานาน ๆ อาจจะถูกกระตุ้นให้เด่นชัดขึ้นมาอีกเมื่อบุคคลนั้นประสบกับความสูญเสียซ้ำอีก ซึ่งอาจจะเป็นการสูญเสียแบบเดิมหรือแบบอื่นก็ได้

2. ปฏิกริยาที่ผิดปกติ (distorted reaction) เมื่อการสูญเสียเกิดขึ้นและบุคคลไม่สามารถปรับตัวให้เป็นไปตามกระบวนการเศร้าโศกได้และทำให้เกิดความรู้สึกที่รุนแรงซึ่งมักจะพบว่ามี ความรู้สึกดังนี้คือ มีความวิตกกังวลสูงมาก กลัว ละอายใจ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โกรธ การที่บุคคล มีอารมณ์รุนแรงนี้โดยทั่ว ๆ ไปมักจะแสดงว่ามีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้น พฤติกรรมที่ผิดปกตินี้อาจจะเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลนั้นมีความเศร้าโศกเป็นเวลานานเกินไปก็ได้ ผลของความเศร้าโศกที่ผิดปกติที่มักจะพบได้บ่อย ๆ คือ ความซึมเศร้า (depress)

อาการเศร้าโศกที่แสดงถึงความผิดปกติ อาการเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับความรุนแรงและระยะเวลาของความเศร้าโศกที่มีลักษณะผิดปกติ ได้แก่ ความเศร้าโศกที่มีระยะเวลา (prolong

grieving) อาจเกิดร่วมหรือแยกกันกับความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นล่าช้า (delayed grieving) อาการที่พบได้แก่

1. การแสดงออกถึงความเศร้าโศกอย่างเกินเลยโดยปราศจากความรู้สึกของการสูญเสีย
2. ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากเกินไป รวมทั้งความกังวลถึงขั้นตอนของความเศร้าโศกด้วย

3. มีความผิดปกติทางด้านจิตใจซึ่งได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์แล้ว
4. มีการเปลี่ยนแปลงด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น
5. มีอาการไม่เป็นมิตรอย่างรุนแรง
6. มีอาการที่แสดงออกถึงการเป็นโรคจิต
7. การแยกตัวออกจากชุมชนและการสูญเสียการติดต่อทางสังคม แสดงอาการที่จะเป็นอันตรายต่อสถานะทางสังคมหรือทางเศรษฐกิจของตนเอง
8. มีความเสียใจและวิตกกังวลอย่างรุนแรง

ไรเนียร์สัน (Rynearson, 1987 cited in Mander, 1994, p. 10) ได้กล่าวถึงกลุ่มอาการเศร้าโศกที่ผิดปกติไว้ดังนี้

1. ความเศร้าโศกที่มีลักษณะฟุ้งเฟ้อ เป็นความสัมพันธ์ที่ผู้เศร้าโศกเคยพึงพาผู้ตายในทุกสิ่งมาโดยตลอด และยังคงพึ่งพาต่อไปทั้ง ๆ ที่ผู้ตายจากไปแล้ว
2. ลักษณะของการสูญเสียที่เกิดขึ้นกระทันหัน ซึ่งทำให้ผู้สูญเสียตกใจและปฏิเสธในลักษณะที่มีความวิตกกังวลเข้าไปซ้ำมา
3. ลักษณะของความเศร้าโศกที่มีปัญหา เกิดขึ้นเนื่องจากความสัมพันธ์ที่ไม่มั่นคงหรือมีลักษณะที่ขัดแย้ง ซึ่งอาจทำให้เกิดความเศร้าโศกแบบล่าช้า

ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียและปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะเศร้าโศก ของมารดาที่มีทารกตายในครรภ์

เมื่อนุคคลตระหนักได้ว่าของมีค่าสูญหายหรือถูกพรากไป เมื่อนั้นจะรู้สึกท้อแท้ตนเอง สูญเสีย ความเศร้าโศกประกอบไปด้วยการโต้ตอบทางด้านร่างกายและจิตใจต่อความสูญเสีย และการแสดงออกซึ่งความเศร้าโศกก็คือกระบวนการของความเศร้าโศกและการก้าวผ่านขั้นตอนต่าง ๆ ของความเศร้าโศก ซึ่งสถานการณ์ที่จะก่อให้เกิดความเศร้าโศกในแม่และเด็กได้แก่ การที่ไม่สามารถคลอดได้เอง ทารกคลอดออกมาตายหรือเกิดความพิการอย่างรุนแรง เป็นต้น โดยลักษณะ

ครอบครัวอยู่เคียงข้าง การได้รับ (หรือไม่ได้รับ) คำตั้งใจจากบุคคลสำคัญในชีวิต ประสบการณ์ก่อนหน้าและสภาพทางด้านร่างกาย ซึ่งความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นภายหลังจากเกิดภาวะวิกฤตจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อย่างรุนแรงตามมา (Sherwen, Scoloveno, & Weingarten, 1999, pp. 311-313)

การสูญเสียบุตรตั้งแต่กำเนิด (prenatal loss) ในกรณีที่ทารกเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์นั้น โดยมากพ่อแม่และแม่จะตระหนักมาก่อนแล้วว่ามียางสิ่งบางอย่างผิดปกติไป เช่น ทารกไม่ดิ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้มีเวลาในการเตรียมตัวยอมรับความเศร้าโศกที่จะเกิดขึ้น โดยไม่พบว่าพ่อแม่จะรู้สึกเศร้าโศกก่อนที่จะแน่ใจว่าทารกเสียชีวิตจริง ในกรณีที่ทารกตายตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือตายตั้งแต่แรกคลอดนั้นจะแตกต่างกัน ซึ่งทารกที่ตายตั้งแต่อยู่ในครรภ์ แม่จะเป็นบุคคลเดียวที่รู้สึกผูกพันกับทารก ในขณะที่ทารกคลอดออกมาแล้วมีชีวิตอยู่และมาตายในภายหลัง บุคคลอื่น ๆ เช่น พ่อ หรือ ปู่ ย่า ตา ยาย จะรู้สึกผูกพันกับทารกและรู้สึกสูญเสียไปด้วยเมื่อทารกตาย (Kowalski, n.d. cited in Simpson & Creehand, 1996, pp. 273-274) นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าการสูญเสียทารกเมื่อแรกเกิดจะมีลักษณะเฉพาะ เพราะการยอมรับว่าทารกตายของมารดาที่ยังไม่เคยมีบุตรมาก่อนจะเป็นไปได้ยาก อาจเนื่องจากผู้หญิงเหล่านี้อายุและประสบการณ์ในการสูญเสียยังน้อย ในมารดาวัยรุ่นบางคนยังไม่สามารถทำความเข้าใจกับความตายและการสูญเสียที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดความกลัว ความรู้สึกนี้อาจจะรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากการคาดหวังของมารดาในการคลอดบุตรที่ปกติ แข็งแรง สมบูรณ์ โดยไม่ได้คาดคิดว่าการตั้งครรภ์นั้นอาจล้มเหลว รวมถึงการคลอดบุตรในโรงพยาบาลก็จะทำให้ยอมรับไม่ได้ว่าทารกที่คลอดออกมาจะตายหรือเกิดความผิดปกติขึ้น (Mander, 1994, p. 10)

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียตามกระบวนการของภาวะเศร้าโศกตามขั้นตอนของ คับเบอร์รอธ (Wachter & Blake, 1985, pp. 1345-1347; Ross, n.d. cited in Whaley & Wong, 1982, pp. 364-366; Ross, 1969 อ้างถึงใน กอบกาญจน์ สรประสิทธิ์, 2540, หน้า 116-118) แบ่งได้เป็น 5 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะปฏิเสธและแยกตัว (denial and isolation) เมื่อมารดาได้รับทราบข้อมูลทันทีทันใดว่าบุตรเสียชีวิต จะแสดงออกทางด้านความคิด มีอาการมึนงงและปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง มารดาจะเกิดภาวะซ็อก ตกตะลึง ไม่ตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นและไม่เชื่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีการแสดงออกทางด้านความรู้สึกได้แก่ กระวนกระวาย สับสนและไร้ความรู้สึก ช่วยตนเองไม่ได้ ส่วนทางด้านร่างกาย จะอาการเป็นลม หน้าซีด เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง รู้สึกเหมือนมีก้อนอยู่ในลำคอ ทางด้านพฤติกรรมจะร้องไห้ไม่หยุด คร่ำครวญ ไม่มีความอยากรับประทานอาหาร ระยะซ็อกอาจใช้เวลาเป็นนาทีหรือเป็นวัน ส่วนมากระยะซ็อกและปฏิเสธอาจเกิดขึ้นพร้อมกัน แต่ระยะปฏิเสธอาจใช้เวลานานกว่าประมาณ

อยากรับประทานอาหาร ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นนาทียหรือเป็นวัน ส่วนมากระยะช็อคและปฏิเสธ อาจเกิดขึ้นพร้อมกัน แต่ระยะปฏิเสธอาจใช้เวลานานกว่าประมาณ 2-3 วัน

ระยะที่ 2 ระยะโกรธ (anger) เมื่อระยะปฏิเสธได้ผ่านไปและตระหนักถึงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นว่าต้องสูญเสียบุตร มารดาจะมีอารมณ์ ความรู้สึกโกรธและแสดงอาการก้าวร้าวด้วยวาจา กับแพทย์หรือพยาบาลที่ไม่ให้การช่วยเหลือบุตรของตน จะริษยาผู้อื่นที่มีบุตรปกติ จะกล่าวโทษสิ่งที่ตนเองมีความเชื่อและศรัทธา เช่น สิ่งศักดิ์สิทธิ์ เทวดา หรือพระเจ้าว่าไม่มีความยุติธรรม เป็นความผิดของสามีและตำหนิตนเองว่ามีความผิดที่มีส่วนทำให้บุตรเสียชีวิต บางรายแสดงพฤติกรรมขว้างปาสิ่งของหรือทุบตีผู้ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง มารดาจะร้องไห้ไวยวาย ควบคุมตนเองไม่ได้ ระยะนี้อารมณ์โกรธจะสูงระหว่าง 1 เดือนแรกภายหลังบุตรเสียชีวิตและค่อย ๆ ลดลงในระยะ 1 ปี

ระยะที่ 3 ระยะต่อรอง (bargaining) ระยะนี้มารดาจะมีความคิดที่จะปฏิเสธถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับบุตร โดยการต่อรองกับแพทย์หรือพยาบาลที่อยู่รอบข้างให้ช่วยเหลือ ซึ่งตนเชื่อว่าสามารถทำให้บุตรมีชีวิตรอดได้ หรือรักษามารดาของตนให้ปกติ ระยะนี้ใช้เวลาค่อนข้างสั้น เช่น ในรายที่บุตรเสียชีวิตภายหลังคลอดและไม่เคยฝากครรภ์มาก่อน จะตระหนักดีว่าเป็นการกระทำที่ไม่ถูกต้อง แต่บางรายความรู้สึกละอายเกี่ยวกับการสูญเสียบุตรจะมีจนกระทั่ง 1 เดือนหลังคลอด

ระยะที่ 4 ระยะซึมเศร้า (depression) มารดาจะเริ่มรับรู้ถึงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นว่าได้มีการสูญเสียบุตร จะมีความรู้สึกซึมเศร้า หดหู่ ห่วง คุณค่าในตนเองลดลง มีอาการทางกาย แน่นหน้าอก คอแห้ง ลำคอติด แสดงพฤติกรรมแยกตัว ไม่ต้องการรวมกลุ่มกับบุคคลอื่น มีปัญหานอนไม่หลับ ระยะนี้การร้องไห้จะพบได้บ่อยที่สุด และพยายามคิดทบทวนถึงการตั้งครรภ์ที่ผ่านมาว่าตนเองหรือสามีที่เป็นต้นเหตุของปัญหา มารดาจะมีความรู้สึก 2 แบบคือ คร่ำครวญถึงสิ่งที่ผ่านมา โดยครุ่นคิดถึงความสุขซึ่งตนเองได้คาดหวังไว้ตั้งแต่บุตรอยู่ในครรภ์ ตลอดจนมีความคิดฝันถึงรูปร่างหน้าตาและพัฒนาการของบุตรในอนาคต แต่ในขณะเดียวกันมารดาก็จะมีความรู้สึกที่ภาวะปัจจุบันนั้นว่างเปล่า เจ็บเหงา มีแต่ความเศร้าเสียใจที่ต้องสูญเสียทารกและแยกจากกันชั่วชีวิต ระยะนี้ใช้เวลาเป็นปี ในบางรายอาจไม่แสดงภาวะซึมเศร้าเลย ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะผิดปกติ

ระยะที่ 5 ระยะยอมรับ (acceptance) ระยะนี้อาการซึมเศร้าต่าง ๆ จะลดลง ความรู้สึกผิดหมดไป เริ่มมีการพัฒนาตนเองโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น มารดาจะยอมรับความเป็นจริงทุกอย่างที่เกิดขึ้น และกล่าวว่าบุตรของตนได้เสียชีวิตไปแล้วจริง ดังคำบอกกล่าวของแพทย์และพยาบาล มารดาจะเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่เหมือนปกติ ระยะนี้บางรายใช้เวลาในการปรับตัวนานเป็นเดือนหรือเป็นปี

เชอร์เวน, สโคลโลวโน, และเวนการ์เต็น (Sherwen, Scoloveno, & Weingarten, 1999, pp. 311-313) ได้อธิบายถึงแง่มุมของความเศร้าโศกและการแสดงออกถึงความเศร้าโศกไว้

7 ลักษณะได้แก่

1. ช็อกและไม่เชื่อ (shock and disbelief) ในระยะนี้ มารดาจะแสดงอาการได้ตอนเมื่อได้รับทราบข่าวว่าลูกของพวกเขายู่ในภาวะที่มีความเสี่ยงสูงและแปลความหมายของภาวะนี้ว่าเป็นความสูญเสีย มารดาดูเหมือนควบคุมสติได้และเยือกเย็น แต่ความเป็นจริงคือกำลังตกใจและไม่สามารถรวบรวมสมาธิหรือตัดสินใจได้ ซึ่งลักษณะที่แสดงออกเหล่านี้อาจทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจผิดว่าสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้อาการที่อาจเกิดได้แก่ เวียนศีรษะ เหงื่อออก ชีพจรเต้นแรง ไม่สบายท้อง เป็นต้น และพยายามที่จะหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธสิ่งที่ได้รับรู้โดยประโยชน์ที่มักได้ยินเสมอคือ “มันไม่จริง” “สิ่งนี้ไม่อาจเกิดขึ้นกับฉันได้”

2. ความโกรธ (anger) อาจถูกแสดงออกมาโกรธบุคลากรทางการแพทย์ สมาชิกในครอบครัวหรือตนเอง นอกจากนี้อาจแสดงความโกรธโดยตำหนิตัวเองหรือผู้อื่นโดยพูดว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” ทะเลาะหรือโต้เถียงกับสมาชิกในครอบครัวหรือพยายามหาข้อผิดพลาดของการให้การรักษาและการให้การดูแล

3. การต่อรอง (bargaining) เมื่อปรากฏว่าบุคคลอันเป็นที่รักมีความเสี่ยงสูงมากที่จะเสียชีวิต มารดาอาจจะพยายามต่อรองโดยหวังว่าหากพวกเขาทำหรือไม่ทำอะไรอย่างหนึ่งทุกอย่างก็จะดีขึ้นเช่น พวกเขาอาจจะสัญญาว่าจะเข้าร่วมพิธีทางศาสนา, ทำตัวให้ดีขึ้น, บริจาคเงินในองค์กรกุศล เป็นต้น การต่อรองเช่นนี้กล่าวได้ว่ามารดา กำลังพยายามหาทางที่จะควบคุมสถานการณ์อันยุ่งยากที่พวกเขาประสบ

4. การค่อย ๆ ตระหนักถึงการความสูญเสียและการแสดงความเศร้าโศกอย่างรุนแรง (developing awareness of the loss and acute mourning) เมื่อบุคคลตระหนักถึงความสูญเสียอย่างเจ็บปวด อาจรู้สึกหมดหวัง หดหู่ ควบคุมตัวเองไม่ได้ และรู้สึกผิด มีอาการนอนไม่หลับ รู้สึกเหน็ดเหนื่อยและอยากนอนพัก มีอาการหายใจถี่ กล้ามเนื้อไม่มีแรง สลดหดหู่อย่างรุนแรงโดยความรู้สึกเหล่านี้จะเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่าในลักษณะที่เป็นลูกคลื่น ในปี 1980 วอง (Wong, 1980) ได้ทำการศึกษาอาการของมารดาที่ทารกตายและพบว่าช่วงของการค่อย ๆ ตระหนักถึงความเป็นจริงนั้นจะนำไปสู่ช่วงเวลา之母เรียกกร้องและยึดติดกับลูกที่จากไป โดยในช่วงนี้มารดาจะระลึกถึงความสัมพันธ์ที่มีกับลูกด้วยความเจ็บปวด อาจรู้สึกโกรธและเกลียดทุกคน รู้สึกว่าทุกคนผิด ซึ่งทุกคนในที่นี้ก็รวมถึงตัวเองด้วย

5. ความรู้สึกผิด (guilt) มารดาอาจจะรู้สึกผิด โดยกล่าวว่า “ทำไมฉันถึงไม่ดูแลตัวเองให้ดีกว่านี้ตอนท้อง” “ทำไมฉันถึงคือคนที่จะทำให้ความสะอาดบ้านเอง” ในวัฒนธรรมของสังคมตะวันตกที่มองความตายหรือความเจ็บป่วยว่าเป็นการลงโทษจากการทำบาป ความรู้สึกผิดคือสิ่งที่เกิดภายหลังจากความตาย ภาวะเสี่ยงบางอย่างที่จะทำให้ทารกเสียชีวิตที่พ่อแม่ไม่อาจควบคุมได้ เช่น กรณีการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ แต่ในบางกรณีที่พ่อแม่ก็เป็นต้นเหตุเช่น

การใช้ยาฝิ่นจะทำให้เกิดอันตรายแก่ตัวอ่อนและทำให้โอกาสที่เด็กจะเกิดมาสมบูรณ์ลดน้อยลง ซึ่งหน้าที่สำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ก็คือการทำให้มารดาเข้าใจว่าการที่ลูกของพวกเขาป่วยหนักนั้นไม่ได้หมายความว่าพวกเขาเป็น “คนไม่ดี” หรือ “ไม่สมควร” ได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดี นอกจากนี้มารดาควรได้รับรู้ถึงสถานะต่าง ๆ และคำแนะนำล่วงหน้าเกี่ยวกับความรู้สึกผิดที่จะเกิดขึ้นด้วย

6. การแยกตัว (estrangement) ในปี 1980 วอง (Wong, 1980) ทำการวิจัยเรื่องครอบครัวที่ตกอยู่ในภาวะเศร้าโศกพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยามีแนวโน้มที่จะลดลงภายหลังการตายของลูก เนื่องจากพยายามหลีกเลี่ยงการทำร้ายจิตใจซึ่งกันและกัน โดยที่จะไม่ยอมพูดคุยกันถึงความสูญเสียนั้น ๆ ซึ่งความกลัวที่เกิดขึ้นจะทำให้ความสัมพันธ์ของพ่อและแม่ที่มีต่อลูกคนอื่น ๆ ที่ยังมีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปด้วย โดยจะเหมือนมีกระบวนการ “แยกตัว” เกิดขึ้นในครอบครัวนั้น ๆ โดยการแยกตัวนี้อาจแสดงออกมาได้ทั้งในรูปของความห่างเหินและการไม่ยอมอยู่ที่บ้าน

7. การยอมรับความสูญเสีย (acceptance of the loss) ในระยะนี้มารดาที่เศร้าโศกจะไม่หมกมุ่นอยู่กับความทรงจำเกี่ยวกับการสูญเสียมากเท่าเดิม และเริ่มที่จะนึกถึงความสูญเสียนั้น ๆ ในแง่มุมของความเป็นจริงได้ จะสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติและเริ่มมีความสนใจในสิ่งอื่น ๆ ซึ่งก่อนที่จะมาถึงขั้นนี้ได้มันต้องอาศัยเวลา การใคร่ครวญและการแสดงความรู้สึกเศร้าโศกที่เพียงพอหมายถึงเศร้ามาเพียงพอแล้ว

ความเศร้าโศกจะดำเนินไปเป็นระยะ ในแต่ละระยะจะมีส่วนสำคัญที่ช่วยบ่งบอกถึงความรุนแรงของการสูญเสียที่มีผลต่อบุคคลซึ่ง มาร์กาเร็ต (Margaret, 1985 อ้างถึงใน จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย, 2532, หน้า 21-29) ได้ เสนอรูปแบบความเศร้าโศกของพ่อแม่ โดยจัดแบ่งเป็น 3 ระยะ ในแต่ละระยะจะบ่งบอกถึง ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมการแสดงออกของพ่อแม่ที่มีต่อความเศร้าโศกไว้ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะชาและช็อก (period of numbness and shock) ปฏิกริยานี้จะเกิดในช่วง 2-3 ชั่วโมงแรกหรือวันแรก ภายหลังการตายของเด็ก ปฏิกริยาที่พบส่วนใหญ่คือ อาการชา ช็อก ไม่เชื่อ ปฏิเสธความจริง พ่อแม่จะบอกว่ากำลังตกอยู่ท่ามกลางมรสุมหรือเมฆหมอกร้าย จะไม่สามารถทำกิจกรรมหรือตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ อาการช็อกจะทำให้พ่อแม่ไม่ต้องเผชิญกับความจริง ให้เวลาที่จะเรียนรู้ต่อความจริงที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ พ่อแม่บางคนอาจแสดงออกอย่างมากถึงความต้องการที่จะดูลูกที่ตายและต้องการพาลูกกลับบ้าน

ระยะที่ 2 ระยะความเศร้าโศกมาก (period of intense grief) เมื่อความรู้สึกชา ช็อก หดไป ครอบครัวจะมีความรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้นเป็นความเศร้าโศกอย่างรุนแรง ในช่วงระยะนี้ครอบครัวจะมีสภาวะอารมณ์และพฤติกรรมหลายอย่าง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึก พฤติกรรมและสภาวะอารมณ์จากขั้นตอนนี้ไปอีกขั้นตอนนี้จะไม่ชัดเจน เนื่องจากอาการแสดงจากระยะหนึ่งอาจยัง

ไม่หมดสิ้นเมื่อเข้าสู่ระยะหนึ่ง หรืออาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันหรืออาการที่หมดสิ้นไปแล้วอาจเกิดขึ้นใหม่ได้อีกหลายครั้งเหมือนปฏิกิริยาลูก ซึ่งอาการเหล่านี้ ประกอบด้วย

การเสาะหา (yeaming) เป็นอาการสำคัญหนึ่งของกระบวนการเศร้าโศก เป็นแรงกระตุ้นให้ส่วนความเศร้าโศกที่ต้องการบุคคลที่สูญเสียกลับคืนมา โดยมีความรู้สึกยึดติดกับบุคคลที่สูญเสียไปและพยายามเสาะหาเพื่อการกลับคืน ในที่สุดจะเหลือเพียงความทรงจำและระลึกถึง ครอบครัวเริ่มสนใจสถานที่และสิ่งของในสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการตายของเด็ก โดยมักติดต่อกับเหตุการณ์ในช่วงสุดท้ายของความตาย อาจบอกรับรู้เห็นเด็กที่ตายมาหาในความฝันทุกซทุกยามจากการเจ็บป่วย อาการเหล่านี้จะมีมากในสัปดาห์ที่สองถึงเดือนที่สี่ของความเศร้าโศก สำหรับพ่อแม่ที่เศร้าโศกอาการเสาะหาเริ่มขึ้นเมื่อมีความรู้สึกโดดเดี่ยวและว่างเปล่า (loneliness and emptiness) มักเกิดกับแม่ที่ตั้งครรภ์ลูกมาถึง 9 เดือนแล้วลูกเสียชีวิต

ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (helplessness) ภายหลังการตายของเด็ก ไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใด ครอบครัวจะเกิดความรู้สึกไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ความรู้สึกนี้เกิดจากความจริงที่ว่าครอบครัวต้องมีบทบาทในการป้องกันดูแลเด็ก เมื่อไม่สามารถปกป้องเด็กจากความตายได้ ความรู้สึกดังกล่าวจึงเกิดขึ้นซึ่งจะก่อให้เกิดความโกรธ ความรู้สึกผิดและความกลัวตามมา

ความโกรธ เป็นความรู้สึกปกติของสมาชิกในครอบครัวที่มีความเศร้าโศก ความรุนแรงของความเศร้าโศกจะมากหรือน้อยขึ้นกับสาเหตุของความตายของเด็ก บางครั้งความโกรธอาจมุ่งไปที่บุคลากรทีมสุขภาพ ลูกคนอื่น ๆ พระเจ้า รวมทั้งความตายของเด็กเอง

ความรู้สึกผิด เกิดจากภายในจิตใจของสมาชิกครอบครัวเอง เนื่องจากความคาดหวังทางสังคมที่ว่าครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลเด็กให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี สิ่งสำคัญที่มีผลต่อการเพิ่มความรุนแรงของความรู้สึกผิดคือ บุคลิกภาพของสมาชิกแต่ละคนรวมทั้งสภาพแวดล้อมต่าง ๆ รอบความตายของเด็ก

ความกลัว กลัวว่าครอบครัวจะพบเหตุการณ์ ที่ร้ายแรงเช่นนี้อีก เช่นอาจจะมีผลต่อเนื่องถึงการวางแผนที่จะตั้งครรภ์ใหม่ในอนาคต โดยไม่กล้าตัดสินใจในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

อาการแสดงทางด้านร่างกาย (physical symptoms) อาการแสดงที่พบส่วนใหญ่ประกอบด้วยอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ซึม อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดท้อง และมีความผิดปกติของระบบย่อยอาหาร สมาชิกครอบครัวที่เคยมีประวัติในการเจ็บป่วยทางกายมาก่อนอาการเหล่านี้จะมีมากขึ้น บางคนอาจเกิดการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาดังเนื่อง เช่น เป็นโรคปอดบวม ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ความสัมพันธ์ระหว่างความเศร้าโศกกับอาการทางร่างกายยังไม่มีผู้ศึกษาอย่างเด่นชัด แต่คาดว่าเกิดจากความเครียดทางอารมณ์ ขาดความสนใจตัวเองเรื่องความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกายเช่นทางด้านอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกายและ

พ่อแม่ที่เศร้าโศกต้องการแยกตัวเองหรือต้องการดูแลพิเศษ

การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (behavioral change) จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด จากการศึกษาพฤติกรรมที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นพบว่า จะมีอาการกระสับกระส่าย (restlessness) มีการแสดงออกถึงความเครียดมักเกิดในช่วงเดือนแรกของความเศร้าโศก นอกจากนี้ความสนใจลดลง (inability to concentrate) ระบบชีวิตแปรปรวน (disorganization) สับสนทางด้านการคิด (confusion of thought) แยกตัว (withdraw) และทำกิจกรรมมากเกินไป (hyperactive) มารดาบางรายอาจบอกว่า ไม่สามารถทำงานได้เช่นเดิมแม้จะได้เพียรพยายามในแต่ละวัน เช่นเดียวกันพ่ออาจต้องใช้เวลามากในการทำงานปกติประจำวัน และจะเกิดความคับข้องใจที่ไม่สามารถปฏิบัติงานนั้นได้ตามปกติ เนื่องจากความสับสนทางความคิดและความแปรปรวนในชีวิตอาจทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดพฤติกรรมซึมเศร้า (depression) รู้สึกไร้ค่า (low self esteem) บางครั้งคิดว่าตัวเองผิดปกติเหมือนบ้าได้

การค้นหาคำหมาย (search of meaning) เมื่อขั้นตอนของความเศร้าโศกดำเนินต่อไป ครอบครัวอาจเริ่มต้นหาคำหมายจากการที่เด็กตายทั้งสำหรับตนเองและมนุษย์ทั่วไป บางคนอาจให้ความหมายเกี่ยวกับทางศาสนาว่า เด็ก ไปอยู่ในสถานที่ที่สงบกับพระเจ้าหรือเป็นเวลาสุดท้ายของเด็กบน โลกมนุษย์ ซึ่งพระเจ้าเท่านั้นที่จะรู้ถึงเหตุผล

ระยะที่ 3 ระยะการปรับตัว เป็นขั้นตอนสุดท้ายของความเศร้าโศก ครอบครัวจะเริ่มพูดและในความสนใจเกี่ยวกับความเป็นอยู่ในชีวิต เริ่มพบว่าชีวิตมีความสมดุล มีความสุข มีการวางแผนสำหรับอนาคต และจะไม่รู้สึกลำบากใจที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กวัยเดียวกับลูกที่เสียชีวิต

ปฏิกิริยาตอบสนองของมารดาต่อการสูญเสียตามกระบวนการของภาวะเศร้าโศกที่กล่าวมาข้างต้นถือเป็นภาวะปกติ ซึ่งอาจใช้เวลา 1-2 ปีจึงจะหมดภาวะเศร้าโศกโดยสมบูรณ์ (Kellner & Lake, 1993, pp. 717-732) มารดาบางรายอาจไม่แสดงปฏิกิริยาตอบสนองทุกระยะหรืออาจมีพฤติกรรมหลาย ๆ ระยะในขณะเดียวกัน และอาจมีพฤติกรรมเดิมซ้ำ ๆ ในขณะที่มีภาวะเศร้าโศกได้ (Reeder & Martin, 1987 อ้างถึงใน กอบกาญจน์ ศรีประสิทธิ์, 2540, หน้า 118) และถึงแม้ว่าจะมีนักวิจัยและบุคลากรทางการแพทย์อีกหลายท่าน ระบุถึงจำนวนของขั้นตอนหรือช่วงเวลาต่าง ๆ ของความเศร้าโศกไว้ต่างกัน แต่พบว่ากระบวนการทางด้านอารมณ์ที่อธิบายไว้นั้นมีลักษณะเหมือนกัน (Sherwen, Scoloveno, & Weingarten, 1999, pp. 311-313) ส่วนการศึกษาระยะเวลาในการสิ้นสุดระยะของความเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียบุตรในครรภ์ พบว่ามีความผันแปรมาก แต่โดยทั่วไปให้เวลาถึง 1 ปี (Zeanah, 1989, p.472) และมีผู้ศึกษาพบว่าความเศร้าโศกของมารดาจะไม่หมดไปจริง แต่ยังคงมีอยู่จนกว่าจะสามารถตั้งครรถ์และคลอดบุตรที่มีชีวิต (Wood & Esposito, 1987, p. 267)

ในครอบครัวที่ไม่สามารถดำเนินผ่านแต่ละระยะของความเศร้าโศกปกติได้ จะก่อให้เกิดความเศร้าโศกที่ผิดปกติ (pathologic grief) ตามมา ความเศร้าโศกที่ผิดปกตินี้มักเกิดในครอบครัวที่พยายามปฏิเสธความจริงของการสูญเสีย มีการระบายออกถึงความเจ็บปวดและความเศร้าโศกซ้ำ ส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์การสูญเสียมากในช่วงเวลาสั้น มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต มีแหล่งประทับประครองทางสังคมน้อย ครอบครัวที่เผชิญกับความเครียดมากในช่วงเวลาที่มีการสูญเสีย ครอบครัวที่มักยึดติดกับบางระยะของความเศร้าโศก โดยเฉพาะช่วงความโกรธและความรู้สึกผิด เซอร์เวน,สโคลโลวีโนและเวนการ์เตน (Sherwen, Scoloveno, & Weingarten, 1999, pp. 311-313) ได้กล่าวถึงอาการที่แสดงถึงการเศร้าโศกอย่างรุนแรงของมารดาที่ตกอยู่ในภาวะที่มีความเสี่ยงสูงที่จะต้องสูญเสียทารก,ทารกเกิดออกมาผิดปกติ,ทารกที่คลอดออกมาตาย ซึ่งผู้ที่ให้การดูแลควรสนใจเพื่อที่จะได้หาแนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสม อาการเหล่านี้ได้แก่ น้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลงมากกว่า 15% ของน้ำหนักเดิม,ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ดูแลตัวเองหรือดูแลพี่น้องที่มีอายุมากกว่าได้, มีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายทั้งที่วางแผนและไม่ได้วางแผนที่จะทำ การนั้น, มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะอยู่คนเดียว

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย ปัจจัยที่ทำให้ความสามารถในการปรับตัวต่อการสูญเสียของมารดาแต่ละคนแตกต่างกัน มีหลายประการ ได้แก่ (กอบกาญจน์ ศรีประสิทธิ์, 2540, หน้า 113-115)

1. การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะรุนแรงหรือไม่อยู่ที่การรับรู้ของบุคคลนั้น โดยในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตหรือความรู้ดั้งเดิม อิทธิพลทางศาสนาและวัฒนธรรม อายุ ตลอดจนสภาพทางด้านร่างกาย พื้นฐานทางอารมณ์และจิตใจของมารดา
2. การสนับสนุน การสนับสนุนที่เหมาะสมจะช่วยให้มารดามีกำลังใจที่จะเผชิญต่อภาวะเศร้าโศกได้ดีขึ้น เช่น แหล่งสนับสนุนภายในครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ในครอบครัวเดี่ยวที่สามีและภรรยามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันตลอดมาสามีจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดี บางครั้งสาเหตุของความเครียดระหว่างสามีและภรรยาอาจเกิดจากมีความเศร้าโศกในช่วงเวลาต่างกัน วิธีการระบายความเศร้าโศก รวมทั้งการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน บางครั้งภรรยาอาจจะปรับตัวกับความตายของลูกโดยยึดความเชื่อทางศาสนา คิดว่าความตายเกี่ยวข้องกับพระเจ้า ส่วนสามีอาจมีความคิดเห็นแตกต่างกัน ทำให้เกิดความคับข้องใจต่อกันได้ นอกจากนี้การที่คู่สมรสคาดหวังว่าควรจะให้การดูแลและมีความเศร้าโศกไปด้วยกัน เวลาเดียวกันอาจเกิดความไม่เข้าใจกันได้ เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเกิดความรู้สึกไม่ได้รับการประทับประครองจากอีกฝ่ายหนึ่ง ส่วนปัญหาอื่น ๆ เช่นการตัดสินใจจะพูดหรือไม่พูดเกี่ยวกับความตายของเด็ก ทำอย่างไรกับของเล่นเด็ก

จะมีหรือไม่มีลูกคนต่อไป รวมทั้งปัญหาทางด้านเพศสัมพันธ์ ถ้ากรรยาเกิดความคิดว่าการตายของเด็กมีส่วนสัมพันธ์กับเรื่องเพศ ความสนใจเรื่องเพศอาจจะแปรเปลี่ยนไปทำให้เกิดปัญหาระหว่างคู่สมรสได้ (จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย, 2532, หน้า28) สำหรับในครอบครัวขยายแหล่งสนับสนุนที่ดีได้แก่ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติ บางครั้งอาจพบว่าปู่ย่า ตายายจะมีความเศร้าโศกเป็น 2 เท่า คือ เศร้าโศกกับเด็กที่ตายและเวลาเดียวกันก็มีความเศร้าโศกกับพ่อแม่ที่มีความเจ็บปวดมากทำให้เกิดปัญหาในการติดต่อกับสื่อสารกับพ่อแม่ที่เศร้าโศกได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังมีแหล่งสนับสนุนภายนอกครอบครัว ได้แก่เพื่อนสนิท สวัสดิการทางสังคมต่าง ๆ ศาสนา เป็นต้น ก็มีส่วนช่วยให้มารดาที่มีกำลังใจในการเผชิญภาวะเศร้าโศกได้เร็วขึ้นเช่นเดียวกัน ตรงกันข้ามถ้ามารดาขาดการสนับสนุนที่เหมาะสม จะมีผลให้หมกมุ่นอยู่กับการสูญเสียและมีปฏิกิริยาของภาวะเศร้าโศกนานกว่ามารดาที่มีแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสม

3. กลวิธีในการเผชิญปัญหา เป็นพฤติกรรมของบุคคลหรือครอบครัวที่มีเป้าหมายเพื่อลดความตึงเครียด จะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลหรือครอบครัว โดยมีพฤติกรรมเข้าหา (approach behavior) หรือพฤติกรรมถอยหนี (avoidance behavior) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ไม่สามารถบ่งชี้ได้ว่าเป็นกลวิธีในการเผชิญปัญหาที่ประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวเพราะว่าทุก ๆ พฤติกรรมต้องคำนึงถึงบริบทของตัวแปรที่มีผลต่อบุคคลหรือครอบครัวเป็นสำคัญ นอกจากนี้กลวิธีในการแก้ปัญหาที่ยังขึ้นอยู่กับทักษะในการแก้ปัญหา คือ ความสามารถในการแสวงหาความรู้ ข้อมูลต่าง ๆ ตลอดจนการคิดอย่างมีเหตุผลและทักษะทางสังคม คือ ความสามารถที่จะติดต่อกับสื่อสารกับผู้อื่น

4. ความคาดหวัง มารดาและครอบครัวที่มีความหวังเกี่ยวกับบุตร จะมีความเศร้าโศกจากสูญเสียอย่างรุนแรง โดยเฉพาะถ้าเป็นบุตรคนแรกและมีบุตรยาก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย

การศึกษาที่ผ่านมาได้มีผู้ให้ความสนใจศึกษาเกี่ยวกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียไว้ดังนี้ การศึกษาของ โทดเดอร์ และคณะ (Toedter et al., 1988, p. 439) ได้ศึกษาถึงความรุนแรงของความเศร้าโศกอันเนื่องมาจากการสูญเสียบุตรในครรภ์ขึ้นอยู่กับปัจจัยบางประการ เช่น อายุ อายุครรภ์ ประสิทธิภาพการสูญเสียบุตรในครรภ์และการมีบุตรมาก่อนพบว่า อายุครรภ์ที่สูญเสียบุตรมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของความเศร้าโศกในทางบวก มารดาที่มีอายุน้อยกว่ามีความเศร้าโศกน้อยกว่า แต่สมมุติฐานที่ว่าอายุมารดาที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของความเศร้าโศกในทางบวกได้รับการยอมรับมากกว่า ซึ่งเชื่อว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่ามีเวลาเหลือน้อยลงในการให้กำเนิดบุตรคนต่อไปจึงมีความรุนแรงของความเศร้าโศกมากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า ประสิทธิภาพการสูญเสียบุตรในครรภ์ในอดีต ไม่สามารถเป็นตัวทำนายความเศร้าโศกที่ผิดปกติของมารดาได้

เมอร์เรย์ และคาร์แลน (Murray & Callan, 1988 cited in Mander, 1994, p. 20) ได้ทำการศึกษาลึถึงสิ่งที่ใช้คาดการณ์ถึงความรุนแรงและอาการของความเศร้าโศกจากพ่อแม่จำนวน 30 คู่ ที่สูญเสียทารกในช่วงแรกเกิดโดยใช้แบบสอบถามพบว่า สิ่งที่จะใช้วัดได้นั้นมาจากข้อมูลส่วนตัวของผู้เศร้าโศก, ลักษณะของการสูญเสีย, ระดับของความช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์รวมไปถึงสุขภาพจิตของผู้เศร้าโศก นอกจากนี้ โลเวลล์ (Lovell, 1986 cited in Mander, 1994, p. 21) ได้ทำการศึกษาในมารดาที่สูญเสียทารกเมื่อแรกคลอดจำนวน 15 ราย พบว่า มารดาที่มีความรู้สึกว่าบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีเวลาหรือบางครั้งไม่เต็มใจที่จะดูแล และความรู้สึกรู้สึกของการเยี่ยมบ้านในช่วง 6 สัปดาห์ภายหลังการสูญเสียถึงแม้จะได้รับการตอบรับจากมารดาเป็นอย่างดีแต่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์มากนักเนื่องจากการเน้นไปในทางด้านร่างกายมากกว่า

โรวี และคณะ (Rowe et al., 1987, pp. 166-170) ศึกษาพบว่า มารดาที่สูญเสียบุตรในครรภ์จำนวนร้อยละ 23 มีความเศร้าโศกผิดปกติ และมีปัญหาความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพกับบุตรคนต่อมา แต่ไม่ได้อธิบายไว้ว่าปัญหาและความยากลำบากนั้นเป็นอย่างไร

จากการศึกษาของ คูลเบิร์ก (Cullberg, 1972 cited in Zeanah, 1989, p. 473) ศึกษาในมารดาภายหลังการสูญเสียบุตรในวัยแรกเกิดช่วง 1-2 ปี พบว่าร้อยละ 34 มีอาการทางจิตเวชอย่างรุนแรง เช่น มีอาการซึมเศร้ามาก ย้ำคิด มีความวิตกกังวลมาก กลัวเป็นมะเร็งที่มดลูกและยังรายงานต่อไปว่ามารดาเกือบทั้งหมดมีอาการทางจิตเวชทุเลาลง ยกเว้นบางคนยังคงมีอาการอยู่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมปรับตัวที่ผิดปกติอย่างเรื้อรัง เกี่ยวกับสัมพันธภาพของกลุ่มสมรสภายหลังการสูญเสียทารก ในครรภ์พบว่า หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาชีวิตสมรส แต่จากการศึกษาของ ฟอว์เรส และคณะ (Forrest, Standish, & Baum, 1982 cited in Zeanah, 1989, p. 476) พบว่าจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีร้อยละ 50 รายงานว่าสัมพันธภาพกับสามีดีขึ้นภายหลังการสูญเสีย ร้อยละ 47 รายงานว่าสัมพันธภาพไม่มีการเปลี่ยนแปลงแต่อย่างใด และร้อยละ 3 มีการหย่าร้างภายในเวลา 6 เดือนภายหลังการสูญเสีย

ลาโรเช และคณะ (Laroche et al., 1984, pp. 14-19) ศึกษาพบว่าการมีบุตรมาก่อน ทำให้มารดามีความยากลำบากในการเผชิญกับการสูญเสียบุตรในครรภ์มากกว่ามารดาที่ยังไม่เคยมีบุตร ลอเรล-โบร์ลฟ (Laurell-Borulf, 1982, pp. 157-167) ศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว แต่โดยทั่วไปเชื่อว่าการมีบุตรมาก่อนการสูญเสียบุตรในครรภ์ทำให้การเผชิญกับการสูญเสียเป็นไปได้ดีกว่า

จากการศึกษาเปรียบเทียบความเศร้าโศกของบิดาและมารดา พบว่ามารดาที่มีความเศร้าโศกมากกว่าบิดา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมารดามีความผูกพันรักใคร่กับทารกในครรภ์มากกว่าบิดา ทั้งในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด แต่ก็มีรายงานพบว่าบิดาที่มีความเศร้าโศกมากกว่ามารดา ซึ่ง

ต้องการการศึกษาวิจัยต่อไปที่จะอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าว (Wilson, Fenton, Stevens, & Soul, 1982, pp. 587-591; Tudelope, Iredell, Rodgers, & Gunn, 1986, pp. 290-292)

การศึกษาเชิงปริมาณที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย ของกันซันท์สกี เยเจริญ (2541) ได้ศึกษาถึงความเศร้าโศกและการต้องการการดูแลของมารดาที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเอง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเศร้าโศกกับความต้องการการดูแลของมารดาที่ต้องสูญเสียบุตรจากการแท้งเอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่แท้งเองในระยะ 1-3 วันแรกในโรงพยาบาลต่าง ๆ จำนวน 100 คน ผลการวิจัยพบว่ามารดาที่สูญเสียบุตรจากการแท้งเองมีความเศร้าโศกโดยรวมในระดับค่อนข้างมาก มีความต้องการการดูแลโดยรวมในระดับปานกลางและพบว่ามารดาที่มีความต้องการการดูแลในระดับมากคือ ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ด้านการยกย่องให้เกียรติในความเป็นบุคคลและด้านความสุขสบายและความปลอดภัย นอกจากนี้ยังพบว่า ความเศร้าโศกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยของพรทิพย์ วงศ์เศยกุล และสายลม เกิดประเสริฐ (2543, หน้า 61-67) เรื่อง อาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังสูญเสียการตั้งครรภ์ของมารดาที่ทารกในครรภ์เสียชีวิตกับมีชีวิต ผลการวิจัยพบว่าอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าที่ผิดปกติไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตหรือมีชีวิตของทารกในครรภ์ ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นจริงเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในครั้งต่อไป ให้กับมารดาที่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์และเมื่อมีข้อบ่งชี้ว่าอาจมีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้าที่ผิดปกติได้

จากการทบทวนวรรณกรรม แม้จะพบว่ามีการศึกษาและมีการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งจะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับเกี่ยวกับการสูญเสียในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งที่เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแต่จะเป็นการศึกษาในสังคมตะวันตก ส่วนการศึกษาในบริบทของสังคมไทยนั้นยังพบน้อยมาก ข้อค้นพบของการวิจัยยังมีจำกัด เพราะเป็นการศึกษาภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียในหญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกเท่านั้น และยังไม่เพียงพอต่อการนำไปสู่ความเข้าใจถึงประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียในหญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสอื่น ๆ และที่มีสาเหตุแตกต่างกันไป เช่น การมีบุตรตายในครรภ์

ดังนั้นการวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของมารดาที่มีบุตรตายในครรภ์อย่างลึกซึ้งในบริบทของสังคมไทยยังมีความจำเป็นอยู่มาก เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปสู่การให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียเมื่อบุตรตายในครรภ์ได้อย่างเหมาะสมต่อไป