



ความเศร้าโศกในสตรีที่สูญเสียทารกในครรภ์หรือทารกแรกเกิด

Grief Among Women with Perinatal Loss

พรรณพิไล ศรีอารณ์ พย.ด.* Punpilai Sriarporn Ph.D.*
เสาวนีย์ เหลี่ยมไตรรัตน์ พย.ม.** Saowanee Liamtrirath MS.**

บทคัดย่อ

การสูญเสียทารกในครรภ์หรือทารกแรกเกิดก่อให้เกิดความเศร้าโศกและส่งผลต่อสตรีและครอบครัวในการเผชิญและปรับตัวเพื่อให้ผ่านพ้นภาวะเศร้าโศกไปได้ ปฏิกริยาเศร้าโศกจากการสูญเสียอาจแสดงออก 4 ด้านคือ 1) การแสดงออกทางความรู้สึก 2) การแสดงออกทางกาย 3) การแสดงออกทางการรับรู้ และ 4) การแสดงออกทางพฤติกรรม ความเศร้าโศกส่งผลกระทบต่อสตรีและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม การเข้าใจถึงความรู้สึกของมารดาที่สูญเสียทารก การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการ และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรที่มีสุขภาพ จะช่วยให้สตรีและครอบครัวสามารถเผชิญและผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้อย่างดี บทความนี้รวบรวมเนื้อหาเกี่ยวกับความเศร้าโศกจากการสูญเสียทารกและเสนอกรณีศึกษาที่แสดงถึงบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการสนับสนุนทางด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ที่ส่งผลให้สตรีและครอบครัวสามารถเผชิญภาวะเศร้าโศกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความเศร้าโศก สตรีที่สูญเสียทารกในครรภ์หรือทารกแรกเกิด การสนับสนุนทางด้านข้อมูลและด้านอารมณ์

Abstract

Loss of fetal or neonatal causes grief and affect women and their families in coping and adapting to grief process. The reaction of grief process are composed of 4 type of expressions: 1) emotional, 2) bodily, 3) cognitive, and 4) behavioral. Grief affects women and their families, both physical and psychosocial. Understanding their feelings of grief and loss, providing nursing care that meet their needs and social support from health personnel, will help women and their families to confront with the crisis thoroughly. This article provides a review of grief and mourning from perinatal loss and presents a case

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่
Professional Nurse, Maharaj Hospital Chiang Mai



study that illustrates the role of the nurse-midwives in informational and emotional support. As a result, the women and their families can cope with grief effectively.

Key words: Grief, Women With Perinatal Loss, Informational And Emotional Support

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ของสตรีนำมาซึ่งความหวังว่าทารกที่จะคลอดออกมามีความสมบูรณ์และปลอดภัย นับเป็นความสำเร็จในการกิจของการเป็นมารดา ความผูกพันจะเกิดขึ้นอย่างเป็นลำดับระหว่างมารดากับทารกในครรภ์ กรณีที่มีการแท้ง การตายของทารกในครรภ์ หรือทารกตายคลอด ทำให้สตรีรู้สึกถึงการสูญเสียความผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Bowlby, 1973) สูญเสียความคาดหวังในอนาคต ไม่สามารถแสดงบทบาทของความเป็นมารดาตามที่สังคมคาดหวังไว้ รวมทั้งรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง การเสียชีวิตของทารกจึงเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้สตรีและครอบครัวมีความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจที่ไม่สามารถสร้างครอบครัวให้มีความสมบูรณ์ได้ดังที่เคยวาดฝันไว้ (Hutti, 1992)

การเสียชีวิตของทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด (perinatal loss) ไม่ว่าจะเป็นระยะแรกของการตั้งครรภ์จากการแท้งบุตร (miscarriage) การเสียชีวิตของทารกในระยะหลังของการตั้งครรภ์ (stillbirth) หรือการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดในระยะ 28 วัน (neonatal death) (Armstrong, 2002) แม้ว่าการตรวจวินิจฉัยและการรักษาทางสูติศาสตร์ในปัจจุบันมีความก้าวหน้าไปอย่างมากทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย แต่การเสียชีวิตของทารกยังคงพบได้ตลอด สำหรับประเทศไทย พบอุบัติการณ์ อัตราการเกิดไร้ชีพ 11.84 ต่อ 1,000 ของการเกิดทั้งหมด ในปีพ.ศ. 2537 โดยพบมากที่สุดใภาคเหนือ 13.6 ต่อ 1,000 ของการเกิดทั้งหมด (ศิริพร ภัณฑุชะ และพวงเพ็ญ ชื่นประเสริฐ, 2540) ในปี พ.ศ. 2553 พบอัตราการเกิดไร้ชีพลดลงเป็น 7.25 ต่อการเกิด 1,000 ราย โดยในภาคเหนือพบในสตรีที่มีอายุระหว่าง 20 ปีถึง 35 ปี ถึงร้อยละ 63.49 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) แสดงให้เห็นว่าจำนวนการ

สูญเสียชีวิตของทารกในครรภ์ในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาที่พบได้มาก และนำมาซึ่งความเศร้าโศกจากการสูญเสียทารกในครรภ์แก่สตรีและครอบครัว

ความเศร้าโศก (Grief) เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นปฏิกิริยาของร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกิดขึ้นต่อการสูญเสีย (Todd, & Baker, 1998) เป็นสภาวะอารมณ์ที่ตอบสนองต่อการสูญเสียบุคคลที่ผูกพัน เป็นปฏิกิริยาทางจิตใจเกิดขึ้นโดยเฉพาะการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักยิ่งก่อให้เกิดความเศร้าโศก และมีความยากลำบากในการเผชิญและปรับตัวกับภาวะวิกฤตนั้นๆ ในสตรีที่สูญเสียทารกในครรภ์ความเศร้าโศกต่อการสูญเสียเกิดขึ้นเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เพราะในภาวะดังกล่าวสตรีเกิดความสูญเสียทารกในความคาดหวัง ทารกที่ตนมีความผูกพันรักใคร่ ตั้งแต่มิได้ปรากฏตัวตน (Wallerstedt, Lilley, & Baldwin, 2003) ความเศร้าโศกที่เกิดเนื่องจากการสูญเสียทารกในครรภ์หรือทารกแรกเกิดมีความซับซ้อนและแตกต่างกันไปในสตรีแต่ละคน (Hutti, 2004)

ปฏิกิริยาเศร้าโศกจากการสูญเสีย

ปฏิกิริยาเศร้าโศกจากการสูญเสียที่สตรีอาจแสดงออก แบ่งได้เป็น 4 ด้านใหญ่ๆ ที่มักจะสัมพันธ์กัน (Kaplan & Sadock, 1995; Todd, & Baker, 1998) ดังนี้

1. การแสดงออกทางความรู้สึก สตรีอาจมีอารมณ์และความรู้สึกที่หลากหลาย เช่น เศร้าโศกเสียใจ โหยหา โกรธ รู้สึกอับอาย หมดหวัง รู้สึกผิด เป็นต้น สตรีบางรายอาจโกรธตัวเอง สามิ หรือญาติ บางรายอาจกล่าวโทษแพทย์ และพยาบาล บางรายรู้สึกผิดคิดว่าเป็นเพราะตัวเองทำบางสิ่งบางอย่างที่ไม่ดี บุตรจึงเสียชีวิต หรือมารดาจะโทษการกระทำของตัวเองในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น การทำงานหนัก การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างตั้งครรภ์ เป็นต้น



ทั้งนี้การแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกดังกล่าว อาจเกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก และกลับไปกลับบ้างได้ จนกว่าสตรี จะสามารถยอมรับความจริงของการสูญเสียได้

2. การแสดงออกทางกาย สตรีอาจมีอาการแสดง ทางร่างกายที่ตามมาพร้อมกับความเศร้าโศก เช่น ปวดท้อง ไม่มีความอยากอาหาร ความผิดปกติของระบบทางเดิน อาหาร รู้สึกโหวงๆ ในท้อง แน่นหน้าอกหรือจุกแน่นใน ลำคอ ไวต่อเสียงมากขึ้น หายใจลำบากหรือขัด กล้ามเนื้อ อ่อนแรง พลังงานลดลง ปากแห้ง ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็น อาการแสดงของระบบป้องกันตามธรรมชาติของร่างกาย

3. การแสดงออกทางการรับรู้ สตรีอาจมีการรับรู้ ที่หลากหลาย เช่น ปฏิเสธ ไม่เชื่อ สับสน อาการเพ้อฝัน ประสาทหลอน อาจมีในช่วง 2-3 สัปดาห์แรก การ พยายามหลีกเลี่ยงจากความเศร้าโศก โดยการปฏิเสธ ไม่ ยอมรับความจริง อาจจะมีประโยชน์ ช่วยให้ลืมความ เศร้าโศกไปได้ชั่วคราว แต่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากความ เศร้าโศกได้ตลอดไป การรับรู้จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข มิฉะนั้นอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บป่วยทางร่างกาย หรือความเจ็บป่วยทางจิตใจ

การแสดงออกทางพฤติกรรม สตรีอาจแสดงอาการ ของการนอนหลับยากและตื่นเร็ว รับประทานอาหารได้ มากขึ้นหรือน้อยลง ใจลอย แยกตัวจากสังคม ถอนหายใจ กระวนกระวาย กระสับกระส่าย และร้องไห้ เป็นต้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเศร้าโศก

ปฏิกิริยาเศร้าโศกต่อการสูญเสียจะรุนแรงมากขึ้น น้อย เพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ (Kaplan & Sadock, 1995; Todd, & Baker, 1998) ดังนี้

1. ลักษณะและระดับความผิดปกติของทารก ถ้า ทารกมีรูปร่างผิดปกติต่างๆ อย่างรุนแรง เกิดความผิดปกติ กับอวัยวะหลายส่วน หรือคุกคามต่อชีวิตทารก จะทำให้ ความรุนแรงของปฏิกิริยามีมากกว่ารายที่ทารกมีความผิด ปกติไม่รุนแรงและมองเห็นไม่ชัดเจน

2. ความผูกพันทางจิตใจกับบุตร การสูญเสียบุตร ในขณะที่เริ่มตั้งครรภ์ ย่อมจะมีความผูกพันทางใจน้อย กว่า การสูญเสียบุตรขณะใกล้คลอด เนื่องจากยิ่งอายุ ครรภ์มากขึ้น ทารกในครรภ์จะเริ่มดิ้นแล้ว มารดาจะรู้สึก

รักใคร่และผูกพันกับทารกในครรภ์มากกว่าการตั้งครรภ์ ระยะแรก นอกจากนี้ความผูกพันนี้ยังขึ้นอยู่กับความ ต้องการบุตร และความคาดหวังของบุคคลในครอบครัว ว่ามีมากน้อยเพียงใด เช่น ครอบครัวที่ยังไม่มีบุตร และ จะไม่มีโอกาสมีบุตรอีกต่อไป ความผูกพันย่อมมีมากกว่า ครอบครัวที่เคยมีบุตรมาแล้ว ทำให้ความเศร้าโศกรุนแรง มากกว่า

3. แนวความคิดเกี่ยวกับการสูญเสีย โดยเฉพาะ การสูญเสียที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต ซึ่งมักจะเกี่ยวข้อง กับศาสนาที่นับถือ หากสตรีและครอบครัวเชื่อว่า การเสีย ชีวิตของทารกเป็นการพ้นทุกข์ ความเศร้าโศกเสียใจจะ ลดน้อยลงกว่ามารดาที่เชื่อว่าการตายเป็นการลงโทษคนบาป

4. ประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม เกี่ยวกับการ สูญเสีย โดยพบว่าประสบการณ์ในอดีตที่สตรีและ ครอบครัวเคยใช้ในการแก้ปัญหา และการปรับตัวต่อการ สูญเสียจะมีผลต่อการปรับตัวของบุคคลในอนาคตด้วย แต่ก็มีการศึกษาพบว่ามารดาที่เคยสูญเสียทารกในครรภ์ มาก่อนจะมีความเศร้าโศกจากการสูญเสียมากกว่ามารดา ที่ไม่เคยสูญเสีย (Geller, Klier, & Neugebauer, 2001)

ภาวะวิกฤตในห้องคลอด เมื่อมีการคลอดทารกที่ ผิดปกติหรือต้องการการรักษารายตัวรุนแรง มารดาจะ เกิดความรู้สึกกลัว เศร้าโศก เสียใจ และมีความรู้สึกว่ ทารกถูกพรากไปจากตน และหากมารดาไม่ได้รับคำ อธิบายถึงสาเหตุของความผิดปกติ มารดาจะยังเกิดความ รู้สึกกลัว วิดกกังวล ว้าวุ่น และเศร้าโศกมากขึ้น

ผลของความเศร้าโศกต่อการสูญเสียทารกในครรภ์

ความเศร้าโศกต่อการสูญเสียทารกในครรภ์ส่งผล กระทบต่อสตรีและครอบครัว ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกาย จิตใจของสตรี ดังนี้ (Luise, Jermy, May, Costello, Collin, & Bourne, 2002; Geller, Klier, & Neugebauer, 2001) ผลกระทบ ต่อสุขภาพกายที่อาจเป็นผลมาจากปฏิกิริยาเศร้าโศกที่มี การแสดงออกทางกาย ทำให้สตรีสูญเสียสมรรถภาพทาง ร่างกาย เกิดความเหนื่อยอ่อน เชื่องซึม สูญเสียพลังงาน ขาดการดูแลสุขภาพตนเองภายหลังคลอด ส่งผลให้ภูมิ ด้านทานของร่างกายลดต่ำลง ส่วนผลกระทบต่องิตใจ



สตรีอาจมีความรู้สึกสับสน มีอาการเพ้อฝัน ประสาทหลอน ในช่วง 2-3 สัปดาห์แรก ความเศร้าโศกที่คงอยู่เป็นเวลานานนับเดือนหรือปี ส่งผลให้สตรีเกิดความวิตกกังวล (Luise, *et al.*, 2002) บางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้า (Swanson, 2000) ซึ่งการศึกษาของสวอนสัน คาร์มาลี โพลเวล และ พูลเวอร์มาเคอร์ (Swanson, Karmali, Powell, & Pulvermakher, 2003) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าสตรี 174 รายที่แท้งบุตร มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง โดยเฉพาะในสตรีที่ขาดการประคับประคองทางจิตใจจากคู่สมรส ไม่มีความเข้มแข็งทางอารมณ์ ใช้วิธีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม และมีรายได้ต่ำ ความเศร้าโศกอาจเกิดต่อเนื่องไปจนถึงการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปทำให้สตรีมีความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้นต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ (Armstrong, 2002) รวมทั้งส่งผลต่อความรู้สึกผูกพันกับทารกในครรภ์ในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

ผลของความเศร้าโศกต่อการสูญเสียทารกในครรภ์ต่อสัมพันธ์กับคู่สมรส เนื่องจากหญิงและชายมีการแสดงออกต่อความเศร้าโศกที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีความแตกต่างของความสามารถในการยอมรับความจริงของการสูญเสีย หากคู่สมรสไม่เข้าใจถึงความรู้สึกซึ่งกันและกันอาจทำให้เกิดปัญหาสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และเกิดการหย่าร้างตามมาได้ จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาของ สวอนสัน และคณะ (Swanson, *et al.*, 2003) ในการศึกษาผลของการแท้งบุตรต่อสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และความสัมพันธ์ทางเพศ พบว่าภายใน 1 ปีแรกของการสูญเสีย สตรีร้อยละ 32 มีสัมพันธ์ทางเพศกับคู่สมรส และร้อยละ 39 มีความท้อแท้ในเรื่องเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 75 - 90 ของการสมรสได้รับผลกระทบและเกิดปัญหาครอบครัวที่รุนแรง ซึ่งความท้อแท้ของคู่สมรสมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกผิดทางอารมณ์ ความรู้สึกซึมเศร้า วิตกกังวล สับสน และความไม่มั่นคงทางอารมณ์ (อภิชาติ จำรัสยุทธรงค์ ชอมัส แบลร์ และ ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, 2550) โดยสตรีที่มีสัมพันธ์ทางเพศกับคู่สมรสมองว่าการแท้งบุตร ทำให้รู้สึกมีชีวิตถูกทำลาย โดดเดี่ยว อ้างว้าง ตึงเครียด และกลัวการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป ไม่สามารถสื่อสาร แบ่งปัน

ประสบการณ์กับคู่สมรส ได้รับความรักและการประคับประคองจากคู่สมรสลดน้อยลง ทำให้สตรีเหล่านี้หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ความต้องการทางเพศลดลง ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดในชีวิตสมรส สำหรับสตรีที่ได้รับการสนับสนุน ประคับประคอง เอาใจใส่ดูแลจากคู่สมรส จะยังเพิ่มความรัก ความผูกพันต่อกันมากยิ่งขึ้น (Hutti, 2004)

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทีมสุขภาพ

บุคลากรทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญและเป็นที่ยอมรับและเป็นที่ต้องการของมารดาและบิดาที่สูญเสียบุตร การที่สตรีและคู่สมรสได้รับการสนับสนุนประคับประคองจากบุคลากรทีมสุขภาพ ตั้งแต่การให้โอกาสในการสัมผัส อุ้ม กอด จัดพิธีทางศาสนาให้แก่ทารกที่เสียชีวิตภายในหน่วยคลอด การจัดให้สตรีและคู่สมรสได้พูดคุยร่วมกันกับแพทย์ พยาบาลถึงสาเหตุของการเสียชีวิตของทารก การได้รับการปรึกษาทางพันธุกรรมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ดังเช่น การศึกษาของคาวานาฟ (Kavanaugh, 1997) ในมารดาและสามีชาวสวีเดนที่สูญเสียทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 500 กรัม ที่กล่าวถึงประสบการณ์ของตนเองว่าภายหลังการสูญเสียบุตรจะมีความรู้สึกทุกข์ทรมานใจและในขณะที่ได้อุ้มบุตรที่เสียชีวิตว่าเป็นเสมือนบุคคลที่สูญเสียสิ่งทุกอย่างไว้ที่พึ่งพิง และขาดความช่วยเหลือ และมีความรู้สึกที่ไวต่อท่าทีของบุคลากรทีมสุขภาพในการอธิบายถึงสาเหตุการตายของบุตร สตรีและคู่สมรสที่สูญเสียบุตรต้องการการปลอบโยนจากบุคลากรทีมสุขภาพต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับสภาพร่างกายทารก สาเหตุการเสียชีวิตของทารก ได้มีโอกาสอุ้ม อาบน้ำแต่งตัวให้ทารก (Schlomann & Fister, 1995; Skene, 1998) โดยมีบุคลากรทีมสุขภาพให้การดูแลและแนะนำอย่างไรก็ตามการดูแลที่ได้รับจากบุคลากรทีมสุขภาพสามารถทำให้มารดาเกิดพลังอำนาจหรือขาดพลังอำนาจได้ จากการสัมภาษณ์สตรีที่สูญเสียบุตรและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากบุคลากรทีมสุขภาพในประเทศสวีเดนของ ลังค์ควิฟ นิลสตัน และ ไตรส์ (Lundqvist, Nilstun & Dykes, 2002) พบว่าการดูแลที่ทำให้สตรีเกิดพลังอำนาจใน 3 ลักษณะคือ 1) ความรู้สึกถึงความใกล้ชิด



การสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจ 2) ความรู้สึกถึงการสนับสนุนให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และ 3) ความรู้สึกถึงความเห็นอกเห็นใจ การสนับสนุนให้ได้รับความสุขสบาย ส่วนการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำให้ขาดพลังอำนาจ ใน 3 แนวทางคือ 1) ความรู้สึกเห็นห่วงเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งและการปรับตัว 2) ความรู้สึกโดดเดี่ยว นำไปสู่การขาดความช่วยเหลือและความหดหู่ท้อแท้ และ 3) ความรู้สึกถูกแยก ทำให้เกิดความไม่มั่นคงและขาดการสนับสนุนช่วยเหลือ ดังนั้นการเข้าใจถึงความรู้สึกของสตรีที่สูญเสียทารก การตอบสนองและการดูแลที่เหมาะสมจะช่วยให้สตรีสามารถเผชิญและผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้เป็นอย่างดี

โรงพยาบาลหลายแห่งในต่างประเทศได้มีการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสตรีและครอบครัวที่สูญเสียบุตร โดยใช้แนวคิดทฤษฎีเป็นฐานในการสนับสนุน (theory-based supportive) (Hutti, 2004) และกลุ่มสนับสนุนภาวะวิกฤตจากการสูญเสียทารกจากบุคลากรในโรงพยาบาล (hospital-based perinatal crisis support group) (Brown, 1992) ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ ในการให้ข้อมูล การปรึกษา และการสนับสนุนสตรีและครอบครัวเป้าหมายของโครงการเป็นการส่งเสริมให้สตรีและครอบครัวสามารถผ่านพ้นกระบวนการความเศร้าโศกไปได้ (Carr & Knupp, 1985; Kellner, Kirkly-Best, Chesborough, & *et al.*, 1985) วิธีการในการสนับสนุนระดับประจักษ์ให้สตรีและครอบครัวมีความเข้มแข็ง สามารถกระทำได้ทั้งการใช้คำพูดและการแสดงออกทางพฤติกรรมโดยไม่ใช้คำพูด ผลจากการให้การดูแลตามโปรแกรมพบว่าสตรีและครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนและได้รับคำปรึกษาสามารถผ่านพ้นความเศร้าโศกไปได้โดยมีประสิทธิภาพ ซึ่งบุคลากรทีมสุขภาพที่สตรีและครอบครัวต้องการคือ แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ ผู้เชี่ยวชาญทางพันธุกรรม จิตแพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ (Brown, 1992)

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ในด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยใช้แหล่งจากกลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ คือ พยาบาลผดุงครรภ์ กุมารแพทย์

สูติแพทย์ ซึ่งการสนับสนุนด้านข้อมูล คือ การให้รายละเอียดต่างๆ และคำแนะนำ เกี่ยวกับทารกที่เสียชีวิตและกระบวนการโศกจากการสูญเสียทารก ซึ่งช่วยให้สตรีสามารถแก้ปัญหาหรือเป็นข้อมูลย้อนกลับให้สตรีรับรู้ถึงการกระทำของตน (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) และตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนด้านข้อมูลว่า เป็นการเสนอแนะแนวทางและให้ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการเผชิญปัญหาทั้งปัญหาส่วนตัวและครอบครัว ส่วนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์เป็นบทบาทหนึ่งที่พยาบาลพึงปฏิบัติในการให้การช่วยเหลือสตรีพร้อมกับการสนับสนุนด้านข้อมูล (Eriksson & Lauri, 2000) เพื่อให้สตรีรู้สึกว่าคุณเองได้รับความเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ เกิดความไว้วางใจ และเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ทำให้สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ดีขึ้น (Richmond & Craig, 1986) การที่สตรีและคู่สมรสได้รับการสนับสนุนระดับประจักษ์จากบุคลากรทีมสุขภาพ ตั้งแต่การให้โอกาสสตรีและคู่สมรสในการสัมผัส อุ้ม กอด จัดพิธีทางศาสนาให้แก่ทารกที่เสียชีวิต การพูดคุยร่วมกันกับแพทย์ พยาบาลถึงสาเหตุของการเสียชีวิตของทารก การได้รับการปรึกษาทางพันธุกรรมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จะช่วยให้สตรีและคู่สมรสมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเสียชีวิตของทารก สามารถเผชิญความเศร้าโศกได้อย่างเหมาะสม

บทความนี้ได้เสนอกรณีศึกษาสตรีและครอบครัวที่สูญเสียทารกในครรภ์ เพื่อเป็นตัวอย่างปฏิกิริยาของความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น การให้การพยาบาลโดยการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและด้านอารมณ์โดยพยาบาลผดุงครรภ์ร่วมกับสูติแพทย์ และกุมารแพทย์ ดังนี้

สตรีอายุ 35 ปี ไม่มีโรคประจำตัวหรือปัญหาทางด้านสุขภาพ ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ครรภ์แรกตั้งครรภ์ครบกำหนด ระหว่างตั้งครรภ์มีภาวะเบาหวาน (GDMA1) ร่วมด้วย คลอดโดยวิธีการใช้คีมิติงเนื่องจากสตรีไม่มีแรงเบ่ง ทารกมีน้ำหนักแรกคลอด 3,300 กรัม สุขภาพแข็งแรงดี ปัจจุบันมีอายุ 5 ปี การตั้งครรภ์ครั้งนี้ฝากครรภ์ทั้งหมด 5 ครั้ง เมื่ออายุครรภ์ 17 สัปดาห์ ตรวจน้ำคร่ำพบโครโมโซมเป็น 47 XX Trisomy 21 ผลการตรวจอัลตรา



ชาวนัน พบความผิดปกติของหัวใจและความผิดปกติของ
ขา ภายหลังทราบผลแพทย์นัดให้มารับการรักษาโดยการ
ทำแท้งเพื่อการรักษา (Therapeutic abortion) เมื่ออายุ
ครรภ์ได้ 21 สัปดาห์ 2 วัน ภายหลังทารกคลอด ไม่มี
สัญญาณชีพ น้ำหนัก 400 กรัม เพศไม่ชัดเจน ภายหลัง
คลอด 2 ชั่วโมง สตรีไม่มีอาการแทรกซ้อนหลังคลอดและ
มีสัญญาณชีพปกติ ได้ย้ายมาพักที่หน่วยหลังคลอด

กระบวนการสนับสนุนระยะที่ 1 วันที่ 1 ภายหลัง
คลอดได้ 6 ชั่วโมง พยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสตรี
และครอบครัว สร้างบรรยากาศในการพูดคุยอย่างเป็น
กันเอง แนะนำตัว อธิบายสถานที่ต่างๆ ในหอผู้ป่วย การ
ให้บริการของทีมงานพยาบาล การดูแลความสบาย
การรับประทานอาหาร การพักผ่อน และความสะอาด
ร่างกาย และสังเกตปฏิกิริยาความเศร้าโศกของสตรีและ
ครอบครัว พยาบาลดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากแบบ
บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความเศร้าโศกของ
สตรีโดยใช้แบบสอบถามความเศร้าโศกของสตรีที่สูญเสีย
ทารกในครรภ์หรือทารกแรกเกิด พบว่าความเศร้าโศก
ของสตรีอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง

การสนับสนุนจากพยาบาลเริ่มจากการพักหายใจ ชัก
ถามถึงการพักผ่อน ความไม่สบาย และพูดคุยกับสตรี
ในห้องที่จัดเตรียมไว้ พยาบาลได้เริ่มการสนับสนุนทาง
อารมณ์โดยการส่งเสริมให้สตรีมีการแสดงออกของ
ปฏิกิริยาความเศร้าโศกอย่างเหมาะสม โดยการเริ่ม
คำถามว่า “น้องเป็นอย่างไรบ้าง” สตรีเอาผ้าขนหนูปิด
หน้าร้องไห้ พยาบาลได้บอกสตรีว่า “น้องร้องไห้ได้นะคะ
ที่จะอยู่เป็นเพื่อน มีอะไรอยากเล่าหรือคุยกับพี่ๆ ได้
ระบายได้นะคะ” สตรีสะอื้นและภายหลังการร้องไห้
ลึกครู่ สตรีมีท่าทางผ่อนคลายขึ้นเล็กน้อย เริ่มเล่า
ประสบการณ์และความรู้สึกของตนเองตั้งแต่ทราบข่าว
จนถึงการแท้งครั้งนี้ “วันจันทร์เช้า (ดิฉัน) มาตรวจ เจ้าน้อง
หลุดตัวเองว่าหมอตรวจผิด ลูกเจ้าคงไม่เป็นไร” “หมอบ
บอกว่าวันอังคารที่นัดมานอนจะตรวจซ้ำอีกครั้ง เจ้าแอบ
มีความหวังว่าวันที่หมอนัดตรวจซ้ำแล้วลูกจะไม่เป็นไร
เจ้าพยายามหลอกตัวเองแต่มันก็เป็นจริง” สตรีร้องไห้
และเล่าถึงความรู้สึกต่อว่า “มันเจ็บปวดขนาดไหนเวลา
ที่เจ็บท้องตอนเหน็บยา มันไม่เหมือนเวลาเราเกิดลูก มัน

เจ็บปวดทั้งกายและใจเมื่อคืนเหน็บยา มันเจ็บท้องมาก
จนทนไม่ได้ เจ้าขอยาแก้ปวด เจ้าเจ็บมากจนทนไม่ได้ ลูก
หลุดออกมา พยาบาลตามหามา ลูกเจ้าแขนขาด้้น ป้าย
อยู่ที่ข้างขาเจ้า คิดดูว่าเจ้าทรนใจมาก เจ้าเห็นลูกด้้น
ทรมานทรมาย กำลังจะตายอยู่ต่อหน้า ความเจ็บปวดท้องมัน
หายเป็นปลิดทิ้ง แต่ใจเจ้ามันเจ็บปวดมาก เจ้าได้อุ้มลูก
เจ้าคิดว่ามันจะจดจำลูกคนนี้ได้ตลอดไป” หลังจากสตรีได้
ระบายความรู้สึก เริ่มร้องไห้ลดลง พยาบาลได้สอบถาม
ถึงสามี สตรีเล่าให้ฟังว่า “เขา (สามี) เล่าว่าไปดูลูก ได้อุ้ม
แต่ไม่ได้แสดงออกอะไร เราตกลงกันว่าจะไม่บอกชาว
บ้านเรื่องนี้ ไม่อยากให้ชาวบ้านเอาไปเล่ากันเรื่องลูกเป็น
แบบนี้และต้องมาเอาลูกออก เตรียมกันไว้ว่าจะบอกว่า
ลูกหัวใจหยุดเต้นเลยหลุดออกมาเอง ถึงได้มานอน
โรงพยาบาล” “ลูกบ่าว (ลูกชายคนโต) ก็ไม่ได้บอก ลูกก็
ถามว่าน้องยังอยู่ในนี้หรือเปล่า ลูกเคยบอกว่าจะแบ่งนม
ให้น้องคนละข้าง จะป้อนข้าวน้องเอง เสียใจแต่ก็พยายาม
จะเข้มแข็ง เพื่อจะกลับไปใช้ชีวิตให้เป็นปกติ” สตรีจึง
เจ็บปวดและถามว่า “เจ้าอยากรู้ว่าถ้าเราไม่เอาลูก
กลับไป โรงพยาบาลจะเอาลูกเราไปให้สัปเหร่อหรือให้
พระทำพิธี” สตรีเริ่มร้องไห้อีกครั้ง “เจ้ากลัวว่าจะมีคน
เอาศพลูกไปทำไม่ดี” พยาบาลให้การสนับสนุนด้าน
ข้อมูลแก่สตรีเกี่ยวกับพิธีทางศาสนาที่โรงพยาบาลดังนี้
“ทางโรงพยาบาลจะทำพิธีทางศาสนาปีละครั้ง เชิญพระ
มาทำพิธีศพที่โรงพยาบาล” สตรีมีสีหน้าคลายความวิตก
กังวล พยาบาลเปิดโอกาสให้สตรีพูดคุยต่อหากยังมีข้อ
สงสัยหรือมีต้องการระบาย และอธิบายให้สตรีและ
ครอบครัวเข้าใจถึงพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่มี
ความเศร้าโศก ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ การไม่มีสมาธิ
สับสน เหนื่อยล้า แต่เนื่องจากสตรีมีสีหน้าและท่าทาง
อดโรย พยาบาลจึงสนับสนุนให้สตรีได้พักผ่อน

กระบวนการสนับสนุนในระยะที่ 2 การสนับสนุน
ด้านข้อมูลและอารมณ์ครั้งที่ 2 ให้การสนับสนุนข้อมูล
เกี่ยวกับ การตอบสนองต่อกระบวนการเศร้าโศก การ
ดูแลตนเองภายหลังแท้งทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การ
วางแผนครอบครัว และการได้รับการปรึกษาทาง
พันธุกรรม ความเจ็บป่วยของสตรีที่อาจส่งผลต่อการตั้ง
ครรภ์จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โดยการใช้สื่อภาพพลิก



ประกอบคำบรรยาย เรื่อง คำแนะนำสำหรับสตรีที่สูญเสียทารกในครรภ์หรือทารกแรกเกิด แนะนำการอ่านเอกสาร คำแนะนำสำหรับสตรีที่สูญเสียทารกในครรภ์หรือทารกแรกเกิดแก่สตรี พร้อมให้การแนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อประคับประคองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ

พยาบาลให้การสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การวางแผนครอบครัว และสนับสนุนทางอารมณ์ ภายหลังเสร็จสิ้นการสอน สตรีกล่าวว่า “ที่พี่สอน อยากให้สามีฟังด้วย เพื่อเวลาที่เจ้าร้องไห้ ไม่มีกำลังใจเขาจะได้เข้าใจเจ้า” พยาบาลจึงได้ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์แก่สามีเกี่ยวกับการดูแลสตรีภายหลังการแท้งบุตร และกระบวนการเศร้าโศก สามีมีน้ำตาคลอเป่าตาลเล็กน้อย และได้รับบายความรู้สึกว่า “ผมทำใจได้ เพราะไม่อยากให้ลูกเกิดมาพิการ เคยเห็นเด็กอื่นเจ็บป่วยแล้วไม่อยากให้ลูกเป็นแบบนั้น ตอนลูกเกิดได้เห็นว่าเท้าลูกคดงอด้วย ไม่ได้เล่าให้แฟนฟังว่าเห็นพยาบาลเอาลูกใส่ถุง ตัวเราเห็นแล้วยังรู้สึกสงสารลูก ไม่ได้เล่าให้แฟนฟังกลัวไม่สบายใจ ตั้งใจไม่นำศพลูกกลับเพราะต้องนำลูกไปฝังทันที กลัวสัปเหร่อจะมาขุดศพลูกไปทำพิธีเป็นกุมารทอง สงสารลูก เรื่องนี้รู้กันสองคนไม่บอกญาติ ไม่ให้ใครมาเยี่ยม ไม่บอกใครว่าลูกพิการเลยมาเอาลูกออกปิดเป็นความลับ บอกญาติว่ามาตรวจแล้วลูกหลุดไปเอง ผมทำใจได้ แต่ก็สงสารแฟนเพราะเขาหวังไว้มาก เรื่องลูกคนต่อไปก็ตามใจเขา สำหรับผมมีอีกก็ได้ ไม่มีก็ได้”

จากการประเมินปฏิกิริยาเศร้าโศกของคู่สามีภรรยาในกรณีศึกษาพบว่า แสดงปฏิกิริยาในกระบวนการเศร้าโศกในด้านความรู้สึก ที่ระบึงความรู้สึกเจ็บปวดจากการสูญเสียที่เกิดจากสภาพร่างกายทารก และความรู้สึกอับอายที่ลูกไม่สมบูรณ์ต้องการปิดบังญาติ เพื่อนบ้าน รวมทั้งมีความกังวลว่าหากนำกลับไปฝังที่บ้าน สัปเหร่อจะนำศพทารกไปทำพิธีปลุกเสกเพื่อเป็นกุมารทองตามความเชื่อในเรื่องทางจิตวิญญาณ

ภายหลังสตรีกลับไปพักผ่อนที่บ้านวันที่ 3 พยาบาลได้ติดตามทางโทรศัพท์สอบถามปฏิกิริยาเศร้าโศกของสตรี สตรีเล่าว่า “ยังมีความเศร้าเสียใจอยู่ ร้องไห้คนเดียวเกือบทุกวันโดยเฉพาะเวลาเห็นหน้าลูก (สตรีถ่าย

ภาพทารกโดยใช้โทรศัพท์มือถือ)” การสนับสนุนที่ได้รับจากสามี คือ การพูดปลอบใจ ให้กำลังใจ ได้พูดคุย ดูแลลูกคนโตทำให้มีความสุขเศร้าไปได้บ้าง พยาบาลได้สนับสนุนความรู้โดยการทบทวนการปฏิบัติตัว และสนับสนุนด้านอารมณ์โดยเปิดโอกาสให้สตรีระบายความรู้สึกที่ยังคงวนเวียนอยู่ในความคิดของสตรี “รู้สึกเสียใจที่วันที่คลอดได้อุ้มลูกแต่ไม่ได้หอมลูก จูบลูก อยากให้นวนั้นกลับมา อยากได้ลูกกลับมาเพราะพยาบาลให้อุ้มเท่านั้น เลยไม่ได้ทำอย่างที่ตั้งใจ ยังรู้สึกค้างคาใจ วันที่ออกจากโรงพยาบาล นั่งในรถรู้สึกว่าได้ยินเสียงเด็กร้องลูกกับสามีไม่ได้ยิน ก็อธิษฐานบอกลูกว่าแม่จะทำบุญไปให้ วันที่เสียลูกเวลาร้องไห้ยังไม่ให้น้ำตาหยดโดนลูกเลยกลัวลูกจะติดไม่ขาด” จากการระบายความรู้สึกของสตรีได้ข้อสังเกตว่า พยาบาลในหน่วยคลอดควรคำนึงถึงในการจัดให้สตรีและสามีได้มีเวลาอยู่กับทารกที่เสียชีวิต ได้มีโอกาสแสดงความรู้สึกตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดความเข้าใจ รับรู้สภาพของทารก ตระหนักถึงความสูญเสียด้วยความเป็นจริง

การติดตามของพยาบาลทางโทรศัพท์ในวันที่ 7 หลังแท้ง สตรียังมีปฏิกิริยาเศร้าโศก โดยเล่าว่า “เวลาดูรูปลูกในโทรศัพท์ ยังร้องไห้อยู่คนเดียว ยังอยากได้ลูกคืนมา” สตรีและครอบครัวมีความเชื่อเกี่ยวกับความผูกพันระหว่างผู้ตายกับผู้มีชีวิต จึงได้ทำพิธีตัดความผูกพันตามประเพณีทางภาคเหนือ “ได้ทำบุญไปให้ลูก นำรูปลูกไปตัดที่แม่น้ำโขงลูกจะได้ไปอย่างเย็นสบายเพราะเชื่อว่าถ้านำลูกมาเผาลูกจะร้อน”

การติดตามทางโทรศัพท์ในวันที่ 14 หลังแท้ง สตรียังมีปฏิกิริยาเศร้าโศกและเข้าสู่ระยะของการยอมรับต่อการสูญเสีย “ทำใจได้บ้างแล้ว แต่ยังแอบร้องไห้อยู่บางครั้ง” เมื่อสิ้นสุดการพยาบาล ได้ทบทวนข้อมูลการดูแลตนเองภายหลังการแท้ง การมารับการตรวจตามนัดและการวางแผนครอบครัวร่วมกันกับสามี

บทสรุป

จากตัวอย่างกรณีศึกษาสรุปได้ว่าแนวทางในการส่งเสริมให้สตรีและครอบครัวสามารถผ่านพ้นกระบวนการเศร้าโศกไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีดังนี้



การเปิดโอกาสให้สตรีและครอบครัวได้แสดงความรู้สึกต่าง ๆ ออกมาร่วมกัน

การช่วยให้สตรีมีการยอมรับความจริงเกี่ยวกับการสูญเสียทารกในครรภ์หรือทารกแรกเกิด

อธิบายให้สตรีและครอบครัวเข้าใจถึงพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่มีความเศร้าโศก ได้แก่อาการนอนไม่หลับ การไม่มีสมาธิ สับสน เหนื่อยล้า ให้การช่วยเหลือแนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อประคับประคองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ

การส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสหรือกับบุตรคนอื่นๆ

เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงความรู้สึกเศร้าโศกร่วมกันตามความเชื่อของแต่ละครอบครัว

จัดให้มีการช่วยเหลือประคับประคองอย่างต่อเนื่อง
จะกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

แก่สตรี และครอบครัว ให้มีการพูดคุยเกี่ยวกับการจัดการความเศร้าโศกและการปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตตามปกติ ต่อไป

การสูญเสียการตั้งครรภ์จากการแท้ง การตายคลอด การเสียชีวิตของทารก เป็นภาวะวิกฤตในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียหลายประการ ได้แก่ บทบาทในการเป็นมารดา ความคาดหวังในอนาคต ความภาคภูมิใจในตนเอง ทารกที่เป็นความคาดหวัง และความสามารถในการสร้างครอบครัวที่สมบูรณ์ สตรีและครอบครัวจึงควรได้รับการพยาบาลเพื่อสนับสนุนและประคับประคองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถเผชิญกับความเศร้าโศกได้อย่างมีประสิทธิภาพ คงความสมดุลของสุขภาพ และสามารถฟื้นฟูร่างกายและจิตใจให้พร้อมที่

เอกสารอ้างอิง

- อภิชาติ จำรัสสุทธิธรรม ธีรมาส แบลร์ และปัทมา วาพัฒน์วงศ์. (2550). ผลกระทบของการเสียชีวิตของบุตรต่อความมั่นคงของชีวิตสมรสของคนไทย. สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2555. แหล่งที่สืบค้น <http://www.jpsr.mahidol.ac.th>.
- Armstrong, D. S. (2002). Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after a perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 34, 339-345.
- Brown, Y. (1992). The crisis of pregnancy loss: A team approach to support. *Birth*, 19 (2), 82-89.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss; Separation. New York: Basic Books.
- Carr, D. & Knupp, C., S., F. (1985). Grief and perinatal loss a community hospital approach to support. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 130-139.
- Eriksson, E & Lauri, S. (2000). Informational and emotional support for cancer patients' relatives. *European journal of cancer care*, 9(1), 8-15.
- Geller, P. A., Klier, C. M., & Neugebauer, R. (2001). Anxiety disorders following miscarriage. *Journal of Clinical psychiatry*, 62(6), 432-438.
- Hutti, M. H. (1992). Parent's perceptions of the miscarriage experience. *Death Studies*, 16, 401-413.
- Hutti, M. H. (2004). Social and professional support needs of families after perinatal loss. *JOGNN*, (34)5, 630-638.
- House, J. S. (1981). Work Stress and Social Support. Reading: Addison-Wesley.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (Eds.). (1995). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Kavanaugh, K. (1997). Gender differences among parents who experience the death of an infant



- weighing less than 500 grams at birth. *Omega: Journal of Death and Dying*, 35(3), 281-294.
- Luise, C., Jermy, K., May, C., Costello, G., Collins, W. P., & Bourne, T. H. (2002). Outcome of Expectant management of spontaneous abortion first trimester miscarriage: Observational study. *British Medical Journal*, 324, 873-875.
- Lundqvist, A., Nilstun, T., & Dykes, A. K. (2002). Experiencing neonatal death: an ambivalent Transition into motherhood. *Paediatric Nursing*, 28(6), 621-625.
- Richmond, T. S. & Craig, M. (1986). Family-centered care for the neurotrauma patient. *Nursing Clinics of North America*, 21(4), 641-651.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Schlomann, P. & Fister, S. (1995). Parental perspectives related to decision-making and neonatal death. *Paediatric Nursing*, 21(3), 243-247, 254.
- Skene, C. (1998). Individualised bereavement care. *Paediatric Nursing*, 10(10), 13-16.
- Swanson, K.M. (2000). Predicting depressive symptoms after miscarriage: a path analysis based on the Lazarus paradigm. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9, 191-206.
- Swanson, K. M., Karmali, Z. A., Powell, S.H., & Pulvermakher, F. (2003). Miscarriage effects on couples' interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: women's perceptions. *Psychosomatic Medicine*, 65, 902-910.
- Todd, G. L., & Baker, B. (1998). Grief, mourning, and bereavement: A guide for the Ob/gyn. *Primary Care Update for Ob/Gyns*, 5(6), 311-314.
- Wallerstedt, C., Lilley, M., & Baldwin, K. (2003). Interconception counseling after perinatal and infant loss. *Journal of Obstetrics, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(4), 533-542.