

## ความโศกเศร้าและการเยียวยาจิตใจของแผ่นดิน

ชนวัฒน์ พีรวงศ์, พ.บ.\*

ในวันพฤหัสบดีที่ 13 ตุลาคม พุทธศักราช 2559 เป็นวันที่พสกนิกรชาวไทยทุกหมู่เหล่า ต่างร่ำไห้โศกเศร้าเสียใจต่อข่าวการสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ประชาชนทั่วไปต่างตกใจต่อข่าวการสูญเสียในครั้งนี้ ถึงแม้ว่าสำนักพระราชวังจะออกแถลงการณ์ความคืบหน้าของอาการประชวรมาอย่างต่อเนื่อง ครั้งเมื่อถึงคราวสวรรคตก็เป็นไปได้ยากที่ประชาชนจะทำใจได้บางคนได้ยื่นข่าแล้วรู้สึกโหวงเหวง แน่นหน้าอก รู้สึกไม่เป็นความจริงพยายามหาหลักฐานต่าง ๆ นานา เพื่อมายืนยันข่าวที่ได้ยิน บางคนรู้สึกเหมือนเป็นความฝัน บางคนร้องไห้เสียใจ โศกเศร้า อาลัยอาวรณ์ ถึงพระองค์ท่าน หลายคนรู้สึกกังวลกลัวในการดำเนินชีวิต ราวกับความรู้สึกมันคงทางจิตใจที่มีนั้นได้ล่มสลายไป

ปรากฏการณ์ทางจิตใจดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้น เป็นปฏิกิริยาธรรมชาติต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ปฏิกิริยาต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักนี้เป็นปฏิกิริยาปกติ และอาจแสดงได้หลายรูปแบบดังนี้<sup>(1)</sup>

- ทางร่างกาย อาจรู้สึกอึดอัด แน่นหน้าอก แน่นท้อง จุกคอ หายใจไม่อิ่ม นอนไม่หลับ ฯลฯ
- ทางอารมณ์ อาจมีความรู้สึกเศร้า หดหู่ โกรธ เสียใจ รู้สึกผิด กังวล หรืออาจรู้สึกด้านชา ฯลฯ

- ทางความคิด อาจสับสน คิดอะไรไม่ออก ไม่มีสมาธิ ฯลฯ

ปฏิกิริยานี้อาจมากมายและท่วมท้น เช่น เกิดการปฏิเสธข่าวร้าย คิดว่าข่าวนั้นไม่ใช่เรื่องจริง คิดว่าตนกำลังฝันไป อาจมีความโกรธต่อผู้ที่จากไปที่ทิ้งตนไว้ให้เผชิญกับโลกใบนี้เพียงลำพัง ฯลฯ จนกระทั่งเริ่มเกิดความคิดความรู้สึกเชิงต่อรองขอให้ผู้ที่จากไปแล้วได้กลับมาเมื่อสิ่งที่คิดต่อรองนั้นเป็นไปได้ สภาพจิตใจของผู้สูญเสียจะอาจเริ่มรู้สึกโศกเศร้า เสียใจ ไม่รู้จะดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปแล้วอย่างไร กระบวนการดังกล่าวอาจเกิดกลับไปกลับมาและไม่จำเป็นต้องเรียงตามลำดับขั้น จนท้ายที่สุดจิตใจของผู้สูญเสียจะเริ่มเข้าสู่สมดุลใหม่ และเกิดการยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วในที่สุด

จิตแพทย์ชาว Swiss-American ชื่อ Elisabeth Kübler-Ross<sup>(2)</sup> ได้บรรยายปฏิกิริยานี้ไว้ในหนังสือเรื่อง On Death and Dying<sup>(3)</sup> ในปี 1969 ซึ่งเธอได้สังเกตปฏิกิริยาเหล่านี้จากการทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่โรงเรียนแพทย์มหาวิทยาลัยชิคาโก ซึ่งในขณะนั้นองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยังไม่ค่อยได้รับความสนใจเท่าที่ควร หลังจากหนังสือได้รับการตีพิมพ์ แนวความคิดของ Elisabeth Kübler-Ross

\* กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000

ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง แม้ว่าแนวความคิดนี้ จะยังขาดหลักฐานจากงานวิจัยมารองรับ ในระยะหลัง Kübler-Ross ได้ขยายความปฏิกิริยาดังกล่าวไปใช้อธิบาย ปฏิกิริยาที่เกิดกับผู้ที่สูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก เช่น คนรัก อาชีพการงาน การจบความสัมพันธ์ เป็นต้น

ปรากฏการณ์ทางจิตใจ (Stages of grief) ตาม ทฤษฎีของ Elisabeth Kübler-Ross (Kübler-Ross model) แบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้<sup>(4)</sup>

1. ระยะตกใจและปฏิเสธความจริง (shock and denial) เมื่อทราบข่าวร้าย สิ่งแรกที่เกิดขึ้นคือ อาการตกใจ สงสัยว่าข่าวนั้นจริงหรือไม่ บางครั้ง อาจปฏิเสธว่าข่าวนั้นไม่จริง อาจโทษกล่าวโทษตำหนิ ผู้ที่นำข่าวนั้นมาบอกแก่ตน คิดว่าอาจมีผู้ไม่หวังดี ปลอ่ยข่าวลวง เพื่อผลประโยชน์บางอย่าง ฯลฯ

การดูแลในระยะนี้ ควรใช้เวลาแก่ผู้รับข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลควรแสดงท่าทีเป็นมิตร หนักแน่น และแจ้ง ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา รวมถึงแสดงความรู้สึกที่ เข้าใจและเห็นใจผู้รับข้อมูล

2. ระยะโกรธ (anger) ผู้รับข้อมูลบางคนอาจมี ความโกรธคิดตำหนิผู้ที่จากไปที่ทิ้งตนไว้ คิดตำหนิ โชคชะตาว่าทำไมเรื่องนี้จึงเกิดกับชีวิตตน คิดตำหนิตนเอง ที่ไม่จากไปก่อน หรืออาจตำหนิถึงสังคม การเมืองโดยรวม ที่มีความแตกแยกทางความคิด ฯลฯ การดูแลในระยะนี้ ควรมองว่าความโกรธที่เกิดขึ้น เป็นการแสดงออกทาง อารมณ์อย่างหนึ่ง ควรรับฟังด้วยความเข้าใจ เห็นใจ ไม่ สนับสนุน หรือโต้แย้งความโกรธดังกล่าว ควรซักถาม ถึงความรู้สึกอื่นที่อาจซ่อนอยู่ภายใต้ความโกรธนั้น เช่น ความกลัว ความกังวล ความเสียใจ ฯลฯ และให้การประคับประคองทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

3. ระยะต่อรอง (bargaining) เมื่อผู้รับข้อมูล เริ่มตระหนักถึงความจริงที่เกิดขึ้น แต่ยังไม่ยอมรับความจริง ไม่ได้ ผู้รับข้อมูลจะเริ่มต่อรองต่าง ๆ นานา เพื่อให้ ผู้ที่จากไปได้กลับมา อาจสัญญา สาบาน หากผู้ที่จากไป ได้กลับมา ตนจะเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดี จะเป็นคนดี เป็นต้น

การดูแลในระยะนี้ ควรอนุญาตให้ผู้รับข้อมูล ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องการจะทำ เช่น การใส่บาตร ทำบุญ ฯลฯ โดยไม่ขัดแย้งด้วยเหตุผล ควรร่วมกิจกรรม ให้มีบรรยากาศของครอบครัว ให้ผู้รับข้อมูลได้สัมผัส ความรักความผูกพันกับคนใกล้ชิด

4. ระยะซึมเศร้า (depression) เมื่อผู้รับข้อมูล เริ่มยอมรับความจริงว่าการสูญเสียนั้นไม่สามารถต่อรอง ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ บางครั้งอาจเกิดอารมณ์ ซึมเศร้าอาจร้องไห้ ไม่ร่วมกิจกรรม แยกตัวจากสังคม บางคนอาจคิดไม่อยากมีชีวิตอยู่

การดูแลในระยะนี้ ผู้ดูแลควรดูแลใกล้ชิด สอบถามอารมณ์ความรู้สึก ให้ผู้รับข้อมูลได้พูด ได้ ระบายความรู้สึก ให้ความรู้สึกมั่นใจว่ายังมีผู้ดูแลอยู่ ข้างๆ และพร้อมช่วยเหลือเสมอ ผู้ดูแลควรหมั่นสังเกต อาการของโรคซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้น ดังเช่น เบื่อ เศร้า ไม่ทำกิจกรรมที่เคยชื่นชอบ แยกตัวจากสังคม พูดซ้ำ คิดซ้ำ เคลื่อนไหวเชื่องช้าลง ใจลอย อ่อนเพลียเบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ความคิดตำหนิตนเอง หรือ ความคิดเกี่ยวกับการตาย หรือ ทำร้ายตนเอง เป็นต้น หากมีอาการเหล่านี้ควรรีบไปพบแพทย์

5. ระยะยอมรับความจริง (acceptance) ใน ระยะนี้ ผู้รับข้อมูลจะเริ่มตระหนักได้ว่าความจริงที่เกิดขึ้นนั้น เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ความตายย่อม เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน แม้บางครั้งจะยังมีความเสียใจ หรืออาลัยอาวรณ์ แต่ชีวิตก็ยังคงต้องดำเนินต่อไป ยังคงมีบุคคลรอบข้างที่ต้องใส่ใจ หรือยังมีกิจกรรมอื่น ๆ ที่ต้องกระทำ

ถึงแม้ผู้รับข้อมูลจะเริ่มทำใจยอมรับความจริง และดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งบางคนอาจใช้ระยะเวลา ไม่กี่เดือน บางคนอาจนานเป็นปี ๆ หรือชั่วชีวิต ซึ่งอาจ คุกคามโรคซึมเศร้าได้ ข้อสังเกตของปฏิกิริยาการสูญเสีย ที่แตกต่างจากโรคซึมเศร้าคือ ลักษณะทางอารมณ์ที่ แสดงออกเป็นลักษณะความสูญเสีย และว่างเปล่า แตกต่างจากโรคซึมเศร้าที่จะมีอาการเศร้าที่ชัดเจน และมักไม่สามารถมีความสุขกับกิจกรรมใด ๆ ได้เลย

และปฏิกิริยาการสูญเสียนั้นมีแนวโน้มที่จะน้อยลงเรื่อยๆ ตามกาลเวลาอาจมีลักษณะการปะทุทางอารมณ์ (pangs of grief) ขึ้นมาได้บ้างโอกาส เช่น ในวันครบรอบการสูญเสีย เป็นต้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ในทางจิตเวชศาสตร์มองปฏิกิริยาการสูญเสียว่าเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นได้ แต่ควรเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นในปฏิกิริยานี้ได้ ซึ่งตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับที่ 4DSM-IV<sup>(6)</sup> หากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าตามหลัง การสูญเสียคนรัก จะไม่วินิจฉัยโรคซึมเศร้า นอกจากมีลักษณะดังต่อไปนี้<sup>(1,6)</sup>

- มีอาการซึมเศร้านานเกิน 2 เดือน (symptoms persist for longer than 2 months)
- สูญเสียการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันอย่างชัดเจน (marked functional impairment)
- คิดหมกมุ่นว่าตนเองไร้คุณค่า (Morbid pre-occupation with worthlessness)
- มีความคิดหมกมุ่นในเรื่องความตาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation)
- มีอาการหลงผิด หรือประสาทหลอนนอกเหนือจากการคิดว่าได้ยินเสียงหรือเห็นภาพผู้ตายเป็นช่วงสั้น ๆ (Psychotic symptoms)

**ตารางที่ 1** ความแตกต่างระหว่างปฏิกิริยาความสูญเสีย กับโรคซึมเศร้า

ลักษณะทางคลินิก	ปฏิกิริยาการสูญเสีย (grief)	โรคซึมเศร้า (major depressive episode)
อารมณ์ที่แสดงออก (affect)	สีหน้าว่างเปล่าและสูญเสีย (emptiness and loss)	สีหน้าซึมเศร้า ไม่สามารถสัมผัสความสุข (Persistent depressed mood, inability to anticipate happiness)
การดำเนินโรค	อาการน้อยลงตามกาลเวลา อาจมีการปะทุของอาการได้ตามโอกาส (Dysphoria is likely to decrease in intensity over times and occurs in waves-pangs of grief)	อาการคงอยู่ต่อเนื่อง (Depressed mood is more persistent and not tied to specific thoughts or preoccupations)
ช่วงเวลาของความทุกข์ (pain of grief)	มีอาการดีด้านบวก หรือความขบขันบ้าง (Accompanied by positive emotion and humor)	ไม่ค่อยมีอาการดีด้านบวก (Pervasive unhappiness and misery)
เนื้อหาความคิด	หมกมุ่นกับความทรงจำของผู้ล่วงลับ (Preoccupation with thoughts and การมองโลกในแง่ร้าย (Self-critical and memories of the deceased)	หมกมุ่นกับการตำหนิตนเองและการมองโลกในแง่ร้าย (Self-critical and pessimistic ruminations)
ความรู้สึกต่อตนเอง (Self-esteem)	ปกติดี (Preserved)	รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกเกลียดชังตนเอง (Worthlessness and self-loathing)
ความคิดเกี่ยวกับผู้ที่จากไป (Thinks about death and dying)	คิดถึงผู้ที่จากไป หรืออยากไปอยู่ร่วมกับผู้ที่จากไป (Generally focused on the deceased and joining the deceased)	คิดจบชีวิตตนเองเนื่องจากความรู้สึกไร้คุณค่า หรือไม่มีคุณค่าเพียงพอต่อการมีชีวิตอยู่ (Focused on ending one's life because of feeling worthless, undeserving of life)

คัดแปลจาก Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry.11ed<sup>(5)</sup>

- มีการเคลื่อนไหวช้าลงอย่างมาก (Psychomotor retardation)

จากหลักฐานวิจัยในปัจจุบันพบว่า การเปลี่ยนแปลงในสมองของผู้ป่วยที่สูญเสียคนรักกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน อีกทั้งยังพบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ที่สูญเสียคนรักมากถึงร้อยละ 40 ในช่วงเดือนแรก ดังแสดงในตารางที่ 2 ทั้งนี้ในปัจจุบันตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับที่ 5 DSM-5<sup>(7)</sup> ได้อนุญาตให้วินิจฉัยโรคซึมเศร้า ในผู้ที่สูญเสียคนรัก โดยอาศัยลักษณะอาการทางคลินิกเป็นสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม

ผู้สูญเสียบางคนมีปฏิกิริยาการสูญเสียที่เรื้อรัง และรุนแรงผิดปกติมีผลรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือเรียกภาวะผิดปกตินี้ว่า complicated grief<sup>(9)</sup> ซึ่งในปัจจุบันตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ยังไม่มีการวินิจฉัยภาวะนี้แต่จัดอยู่ในหมวด conditions for Further Study<sup>(7)</sup> ซึ่งภาวะนี้อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดโรคซึมเศร้าและส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้สูญเสียคนรักได้มาก จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาซึ่งภาวะนี้พบได้ถึงร้อยละ 7 ในผู้สูญเสีย<sup>(10)</sup> โดยมีลักษณะที่ควรสังเกตดังนี้<sup>(1,7)</sup>

- รู้สึกโศกเศร้าและทรมานเป็นอย่างมาก เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี

- ผู้สูญเสียยังคงต้องการอย่างต่อเนื่องให้ผู้ล่วงลับกลับคืนมา

- หมกมุ่นเกี่ยวกับผู้ล่วงลับหรือเหตุการณ์การเสียชีวิตเป็นอย่างมาก

- มีปฏิกิริยาด้านลบอย่างมากต่อการสูญเสีย

- รบกวนการใช้ชีวิต การเข้าสังคม ตลอดจนความรู้สึกลึกต่อตัวตนของตนเอง

หากพบผู้สูญเสียมีลักษณะดังกล่าวควรรีบให้การช่วยเหลือหรือนำมาพบจิตแพทย์

ในการดูแลผลกระทบจากกรณีสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ทางกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้แนะนำ “สิ่งที่พึงทำ” และ “สิ่งที่พึงระวัง” ในการดูแลสุขภาพจิตคนใกล้ชิด<sup>(11)</sup> ดังตารางที่ 3

ผู้ใกล้ชิดกลุ่มคนที่อาจได้รับผลกระทบทางจิตใจสูงควรสังเกตอาการที่แสดงออกดังเช่นปฏิกิริยาความโศกเศร้ารุนแรงที่แสดงออกในฝูงชนเช่นเป็นลมหายใจเร็ว ร้องไห้คร่ำครวญ ตีอกชกหัว ชัก หรือความโศกเศร้าของบุคคลที่รุนแรงและยาวนาน โดยอาศัยหลัก 3L (LOOK, LISTEN, LINK) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้สูญเสียที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าภายหลังการสูญเสีย

จำนวนเดือนหลังการสูญเสีย	จำนวนของผู้สูญเสียคนรักที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (ร้อยละ)
1	40
2	24
12	15
24	7

คัดแปลงจาก Clayton PJ, D. H. (1979). Course of depressive symptoms following the stress of bereavement<sup>(8)</sup>

**ตารางที่ 3** สิ่งที่ทำ และสิ่งที่พึงระวังในการดูแลสุขภาพจิตคนใกล้ชิด

สิ่งที่พึงทำ	สิ่งที่พึงระวัง
1. ช่วยให้ประชาชนมีโอกาสได้แสดงออกให้มากที่สุดผ่านพิธีกรรมทั้งของรัฐทุกศาสนาและชุมชนท้องถิ่น เช่น กิจกรรมไว้อาลัยสดมภ์ และพิธีกรรมของแต่ละศาสนา	1. ไม่ปิดกั้นการแสดงออกความรู้สึกแต่อย่าให้ความรู้สึกสิ้นหวังท่วมท้นจนมองไม่เห็นทางออกของสังคม
2. ส่งเสริมให้บุคคลแสดงความรู้สึกส่วนตัวที่มีต่อพระประมุขได้ เช่น การเขียนความรู้สึกการเล่าเรื่องความประทับใจที่มีต่อพระราชกรณียกิจของในหลวง	2. การแสดงออกที่พอดีโดยไม่ไปกระตุ้นความขัดแย้งและความเห็นต่างในสังคม
3. มีส่วนร่วมในการทำสิ่งที่ดีงามให้กับพระองค์ เช่น การบริจาค กิจกรรมจิตอาสา	3. ไม่หาแพะรับบาป (scapegoat)
4. ช่วยกันดูแลคนใกล้ชิดที่อาจจะได้รับผลกระทบทางจิตใจสูง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ที่มีความรู้สึกผูกพันต่อในหลวงกลุ่มเด็กที่อาจจะรู้สึกสับสนถึงปฏิกิริยาของผู้ใหญ่กลุ่มที่มีความเครียดจากปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ	
5. ร่วมกันสืบทอดปณิธานของในหลวงเช่นแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงการบริหารจัดการน้ำโครงการในพระราชดำริต่าง ๆ	

กรณีสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ได้นำมาซึ่งความโศกเศร้าเสียใจอย่างหาที่สุดมิได้ ดังนั้นพสกนิกรชาวไทยทุกคนจะต้องประคับประคองจิตใจให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

ช่วยกันสังเกตคนใกล้ชิดถึงปฏิกิริยาความสูญเสียที่เกิดขึ้น และรีบพามาพบแพทย์เมื่อสงสัยอาการของโรคซึมเศร้าเพื่อให้ผู้สูญเสียได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมต่อไป

**ตารางที่ 4** หลักการ 3L (LOOK, LISTEN, LINK)

LOOK: มองหา มองเห็น	LISTEN: รับฟัง	LINK: ช่วยเหลือ/ส่งต่อ
1. สืบค้นหาค้นหาคนที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนเช่นแสดงอาการเศร้าโศก เสียใจรุนแรง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ	- มีสติรับฟังอย่างตั้งใจ ใช้ภาษาที่เข้าใจ เช่น สบตา จับมือโอบกอดเพื่อช่วยให้ผู้สูญเสียบอกเล่า	1. ให้การช่วยเหลือตามความจำเป็นพื้นฐาน
2. สืบจากกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ รู้สึกคลายความทุกข์ในใจและ ผู้พิการผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่แสดงอารมณ์ ความรู้สึกสูญเสีย	อารมณ์ความรู้สึก อารมณ์ให้สงบ	2. ในกรณีที่ช่วยเหลือเบื้องต้นแล้วไม่ดีขึ้น เช่น ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ โศกเศร้า รุนแรงมีความคิดฆ่าตัวตายให้ส่งต่อตามความเหมาะสม
		3. การช่วยเหลือควรพยายามติดต่อเชื่อมโยงกับครอบครัวหรือชุมชน

### เอกสารอ้างอิง

1. ธนิตา หิรัญเทพ, ธนา นิลชัยโกวิทย์. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการสูญเสีย. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558. หน้า 390-400.
2. wikipedia. (n.d.). Retrieved from [https://en.m.wikipedia.org/wiki/Kübler-Ross\\_model](https://en.m.wikipedia.org/wiki/Kübler-Ross_model)
3. Elisabeth KR. On Death and dying. New York: NY: MacMillian Publishing; 1969.
4. ณีฐฐาสายเสวย. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายการสูญเสียและภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสีย. ใน: นันทวัช สิทธิรักษ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศิริราช DSM-5. กรุงเทพฯ: ประชुरสาส์นไทยการพิมพ์; 2558. p231-50.
5. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Mood disorders. In Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. editors. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015. P347-86.
6. DSM-IV Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4<sup>th</sup> ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
7. DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5<sup>th</sup> ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
8. Clayton PJ, Darvish HS. Course of depressive symptoms following the stress of bereavement. In Barrett J, Rose RM, Klerman GL, editor(s). Stress and Mental Disorder. New York: Raven Press. 1979. p.121-36.
9. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. End-of-Life Issues. In Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015. P1352-73.
10. Simon MN. Treating complicated grief. JAMA 2013; 310: 416-23.
11. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.