

Bereavement Care

พญ.กฤษพร ตั้งจิตติพร
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายและครอบครัว ไม่ได้สิ้นสุดที่การเสียชีวิตของเด็กป่วย แต่การช่วยเหลือจะให้ต่อเนื่องกับครอบครัวจนกว่าครอบครัวจะสามารถพร้อมที่จะไปพัฒนาต่อได้

ความสูญเสียที่เกิดขึ้นในครอบครัวของผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย เริ่มตั้งแต่ การได้รับข้อมูลการวินิจฉัยโรค การดูแลเด็กป่วย จนกระทั่งเด็กเสียชีวิต ดังนั้นการเตรียมครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดตั้งแต่ระยะแรกจะทำให้ครอบครัวสามารถผ่านพ้นความสูญเสียไปได้ด้วยดีและดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณภาพยอมรับความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับความสูญเสียได้

คำจำกัดความ

Bereavement หมายถึงภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียชีวิตของคนอันเป็นที่รักซึ่งเกิดขึ้นภายใน 2 เดือนหลังเกิดการสูญเสีย

Bereavement care คือการดูแลช่วยเหลือเยียวยาหลังการสูญเสียเพื่อให้ผ่านพ้นความเศร้าโศก

Grief หมายถึง อารมณ์เศร้าโศกซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ (Emotional response) จากการที่ประสบกับการพลัดพราก หรือสูญเสียของบุคคลที่รัก ซึ่งอาจค่อนข้างรุนแรงในช่วงระยะเวลา 2 เดือนแรก และจะค่อยๆ ลดลง อาการคงอยู่จะไม่นานเกิน 6 เดือน และไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวันรุนแรง

Pathological grief หมายถึง อารมณ์เศร้าโศกจากการที่ประสบกับการพลัดพราก หรือสูญเสียของบุคคลที่รักโดยยังคงมีอาการอยู่นานกว่า 6 เดือนหลังการสูญเสีย และอารมณ์เศร้านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้นั้นเป็นอย่างมาก

ความสำคัญของการเยียวยาหลังการสูญเสีย

ในการดูแลครอบครัวและผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย ในช่วงที่เด็กเสียชีวิตแล้ว เพื่อ

1. รักษาสัมพันธ์ภาพระหว่างที่รักษากับครอบครัว โดยร่วมแสดงความเสียใจและปลอบโยนให้ครอบครัวบรรเทาความเศร้าโศกทางจิตใจ
2. เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือในกรณีที่ครอบครัวมีการชะงักงันในการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพ
3. สร้างโอกาสพัฒนาปัญญาให้แก่ครอบครัวผู้สูญเสีย โดยใช้ความสูญเสียในครอบครัวนั้นเป็นเหตุทำให้เกิดความเข้าใจและเติบโตในทางจิตวิญญาณ
4. ประเมินครอบครัว เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเข้มแข็งที่มีผลต่อการปรับตัวหลังเกิดการสูญเสียประเมินสภาพจิตใจหลังการสูญเสียว่าสมาชิกคนใดเกิดPathological griefและให้การรักษาฟื้นฟูต่อไป

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับ Bereavement

มีผู้คิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับ Bereavement ที่แตกต่างกันไป การที่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับทฤษฎีเหล่านี้จะช่วยให้สามารถเข้าใจกระบวนการทางจิตใจที่เกิดขึ้น แต่สิ่งสำคัญที่สุดในการทำความเข้าใจความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นหลังการสูญเสีย คือการรับฟังผู้สูญเสียอย่างตั้งใจมากกว่าการพยายามนำเรื่องราวมาใส่ให้เข้ากับทฤษฎี โดยแนวคิดของทฤษฎีBereavement ยุคใหม่จะเน้นที่ความสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับความสูญเสียได้ ซึ่งแตกต่างจากยุคก่อนที่จะกล่าวถึงการปลดปล่อยความสูญเสีย

- **Developmental theories of grief** พัฒนาการเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย

ในเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี เริ่มรู้จักคำว่าตาย แต่ยังไม่เข้าใจมากนัก ยังไม่เข้าใจว่าความตายคือจุดสิ้นสุดและร่างกายจะไม่มีการทำงาน(final) ไม่เข้าใจว่าความตายนั้นเกิดขึ้นได้กับทุกคน (universal) การพูดถึงความตาย ควรใช้คำพูดว่า ‘ตาย’ ให้ชัดเจนกับเด็ก มากกว่าใช้คำว่า จากไป หรือ นอนหลับ เพราะจะทำให้เด็กสับสน และเกิดความกลัวต่อการนอนได้

ในเด็กอายุ 5-10 ปี เด็กเริ่มเข้าใจว่าความตายเปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Irreversible) ความตายสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน แต่จะคิดว่าความตายเกิดขึ้นเฉพาะในคนสูงอายุ ในเด็กยังมีความคิดเชื่อมโยงเหตุการณ์อย่างไม่เป็นเหตุผล (magical thinking) เช่น การที่น้องเสียชีวิตเกิดจากที่เด็กไปดีน้อง หรือถ้าเด็กทำดีแล้วพี่จะฟื้นคืนมา ดังนั้นการพูดคุยกับเด็กอย่างตรงไปตรงมา คอยตอบข้อซักถามของเด็ก และการให้เด็กเข้าร่วมงานศพ จะช่วยให้เด็กมีความเข้าใจได้ถูกต้อง

ในวัยรุ่น สามารถเข้าใจเกี่ยวกับความตายได้สมบูรณ์เหมือนในผู้ใหญ่ โดยเข้าใจว่าความตายเปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Irreversible), สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน (universality or inevitable), ความตายคือจุดสิ้นสุดของชีวิต ร่างกายหยุดการทำงานทั้งหมด (finality) และเข้าใจสาเหตุของการตายที่แท้จริง (causality)

- **Grief work and stage or phase theories**

- **Freud** มองว่ากระบวนการของความเศร้าโศก (grief process) เป็นการปลดปล่อยความคิดและความรู้สึกที่ผูกพันกับผู้เสียชีวิต (detach) เกิดขึ้นโดยผ่านการทบทวนความคิดและความทรงจำที่เกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิต ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกที่เจ็บปวดและผู้สูญเสียจะสามารถปลดปล่อยความคิดและความรู้สึกที่ผูกพันได้ต่อเมื่อสายใยความผูกพัน (bond) กับผู้เสียชีวิตค่อยๆ หางขึ้นๆ หลังจากนั้นแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎี Attachment จึงเป็นเรื่องสำคัญในการทำความเข้าใจเรื่อง Grief ในยุคต่อๆ มา
- **Bowlby** มองโดยเชื่อมโยงกับ Attachment theory โดยอธิบายถึงวิธีที่เด็กทารกสามารถเอาตัวรอดจากการสูญเสียผู้ดูแลที่ใกล้ชิด โดยผ่านกระบวนการตามลำดับขั้นดังนี้ 1. ตกใจและรู้สึกชา (Shock & Numbness) 2. คิดถึงและพยายามค้นหาผู้ที่เสียชีวิต (yearning) 3. ต่อต้าน (protest) ร้องไห้ กระสับกระส่าย 4. ลึกลับ (despair) 5. กลับคืนสู่ปกติ (recover) เมื่อเด็กมีคนดูแลที่ใกล้ชิดและสร้างความผูกพันใหม่ได้
- **Elizabeth Kubler Ross** ได้กล่าวถึงปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นโดยปกติ ของคนที่มีต่อความสูญเสียหรือได้รับข่าวร้าย มีได้ดังนี้
 1. ช็อกและปฏิเสธความจริง (Shock & Denial) พ่อแม่จะรู้สึก ช็อก ตัวยชา สมองชา มีนั่ง คิดไม่ออก ตกใจไม่ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น
 2. โกรธ (Anger) พ่อแม่จะแสดงอารมณ์โกรธ ต่อว่า อารมณ์โกรธมีทั้งโกรธตัวเองที่ไม่ดูแลลูก ให้ดี โกรธแพทย์ที่ไม่ทำให้ลูกหาย ซึ่งภายใต้อารมณ์โกรธจริงๆ ซ่อนความรู้สึก เศร้า กังวล เหนง แต่จิตใจยังไม่พร้อมเผชิญกับสิ่งเหล่านี้แนวทางการช่วยเหลือคือ การแสดงความเข้าใจ (Empathy) ไม่โต้ตอบกลับด้วยอารมณ์ หรือถอยห่าง
 3. ตอรอง (Bargaining) พ่อแม่อยากต่อรองกับความตายและความสูญเสีย อยากจะเลื่อนเวลาออกไป เพื่อที่จะปรับปรุงวิถีชีวิตใหม่หรือ ตกลงสัญญาเรื่องขอให้มีชีวิตอยู่ต่อไปกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ ซึ่งอาจมีความรู้สึกผิดซ่อนอยู่
 4. เศร้า (Depression) อารมณ์เสียใจ ร้องไห้ รู้สึกหมดหวัง ชีวิตสิ้นหวังไม่ยอมทำอะไร แยกตัวอยู่อย่างเงียบๆ นอนไม่หลับและอาจคิดไม่ยอมมีชีวิตอยู่
 5. ยอมรับ (Acceptance) ยอมรับความจริงได้ว่าลูกได้ตายจากไปแล้ว สามารถพร้อมปรับตัว และดำเนินชีวิตต่อไป

ซึ่ง Stage theory มีจุดอ่อนคือ ปฏิกริยาเหล่านี้ที่เกิดขึ้นจริง จะไม่ได้เรียงลำดับว่าปฏิกริยาใดเกิดก่อนหลัง มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับเหตุการณ์หรือมีสิ่งที่มากระตุ้นระยะเวลาที่เศร้าโศกหรือระยะเวลาที่ใช้ในการฟื้นตัวจากความเศร้าจากการสูญเสียแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และไม่ใช่ทุกคนที่จะผ่านตามันนี้ได้สำเร็จ อาจทำให้เรามองข้ามที่จะค้นหาผู้ที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจอย่างรุนแรงต่อการสูญเสีย

- **Theories of continuing bonds**

เป็นทฤษฎีที่เห็นความสำคัญของการต่อเนื่องของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ตายกับครอบครัว (continuing bonds) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ครอบครัวสามารถเข้าใจถึงความตาย รวมทั้งสามารถหาความหมายในชีวิตของเขาหลังจากที่คนที่เขารักได้ตายจากไปแล้ว และได้เรียนรู้ความเป็นไปของชีวิตโดย Klass และทีมได้กล่าวว่าเป็นกระบวนการ “บอกลา” ผู้ตาย และ “ยินดีต้อนรับ” ความสัมพันธ์แบบใหม่กับผู้ตาย นั่นคือยังคงมีความผูกพันกับผู้ตายแต่ในรูปแบบที่แตกต่างจากเดิม

กลุ่มเสี่ยง (High Risk)

งานวิจัยพบว่าปัจจัยเข้มแข็งที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความสูญเสียได้มีรายละเอียดต่อไปนี้

- เคยผ่านประสบการณ์สูญเสียในอดีตได้ด้วยดี
- มีความสัมพันธ์ที่ดีและได้รับความช่วยเหลือภายในครอบครัวและชุมชน
- มีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและจิตวิญญาณปฏิบัติตามหลักศาสนาเสมอ
- สามารถเรียนรู้และยอมรับความช่วยเหลือจากผู้ที่เคยสูญเสียมาก่อน
- สามารถยอมรับความตายได้
- สามารถพูดหรือคิดเกี่ยวกับความตายได้อย่างไม่อึดอัด
- ในเด็กพบว่า หากเด็กมีความผูกพันแบบมั่นคง (secure attachment) มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ใหญ่อย่างน้อย 1 คน, สร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนได้ดี, มีความสามารถ มีคุณค่าในตัวเองและสังคม

แต่กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติ (pathological grief) หลังการสูญเสียนั้น มักมีลักษณะต่อไปนี้

- การสูญเสียอย่างกะทันหันไม่คาดคิด
- สถานภาพของครอบครัว : ผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงเช่น พ่อแม่วัยรุ่นที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว, ผู้ดูแลที่อยู่ในสถานภาพหย่าร้าง หรือ เป็นหม้าย
- ประวัติการสูญเสียของบุคคลที่รักก่อนหน้านี้ที่ยังคงอยู่ซึ่งอารมณ์ในจิตใจ และการสูญเสียอื่นๆ เช่น การแท้ง การสูญเสียงาน การหย่าในครอบครัว
- มีความสัมพันธ์แบบพึ่งพิงหรือใกล้ชิดกับผู้เสียชีวิต
- มีความเครียดด้านอื่นๆ เช่น ปัญหาภายในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ
- ไม่มียุทธวิธี(Coping style)ที่ดีในการเผชิญกับความเครียด
- ความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ: ประเมินสุขภาพร่างกาย โรคประจำตัวสุขภาพจิต ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว
- ช่วงก่อนที่เด็กเสียชีวิตได้รับผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมากเช่น ความอ่อนแอในการดูแลเด็ก ความรู้สึกเศร้าต่อการที่เด็กป่วยจนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ
- ขาด Supporting System เช่น จากครอบครัว สังคม เพื่อน
- ครอบครัวที่ไม่พอใจกับความช่วยเหลือที่ได้รับในขณะที่เด็กป่วย
- เพื่อนหรือครูที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้เสียชีวิต หรือมีคนในครอบครัวหรือตนเองที่ป่วยด้วยปัญหาสุขภาพเช่นเดียวกับผู้เสียชีวิต

แนวทางการประเมินครอบครัว

เมื่อมีการสูญเสียลูกน้อย บางครอบครัวอาจได้รับผลกระทบกระเทือนทางจิตใจมาก จำเป็นต้องได้รับการเยียวยา บางครอบครัวเข้มแข็งสามารถก้าวผ่านความทุกข์ตรงนี้ได้ ดังนั้นทีมที่ดูแลครอบครัวและผู้ดูแลเด็กควรมีการประเมินครอบครัวเพื่อหาความเสี่ยงที่ครอบครัวอาจได้รับผลกระทบกระเทือนทางจิตใจมากหลังจากลูกเสียชีวิต เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันรวมถึงปัจจัยที่ช่วยปกป้องให้ครอบครัวสามารถผ่านพ้นความสูญเสียได้โดยไม่เกิดปัญหาทางอารมณ์

แนวทางประเมินครอบครัวที่ใช้ได้ง่าย ประกอบด้วย

1. ประเมินโดยการซักถามและสังเกตพฤติกรรม พ่อแม่ พี่น้อง และเพื่อนสนิท

ประเมินสภาพจิตใจของผู้ดูแลและครอบครัว

ประเมินสภาพจิตใจโดยการซักถาม

- ความรู้สึกต่อการสูญเสีย ความรู้สึกผิดต่อเหตุการณ์ภาพที่รบกวนการดำรงชีวิตพลังใจที่มีอยู่
- อาการทางกาย เช่นปวดท้อง ปวดศีรษะ
- ปัญหาเกี่ยวกับการนอน เช่น อาการนอนไม่หลับ นอนมากเกินไป หรือฝันร้ายบ่อยๆ
- ประวัติการรับประทานอาหาร เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงมาก หรือ กินมาก
- ปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวและสังคม
- การทำงานหรือการเรียน กิจกรรมประจำวัน กิจกรรมต่างๆในชีวิต เพื่อดูว่ามีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากน้อยเพียงไร
- การมองตนเอง และการมองชีวิตอนาคต เพื่อดูว่าสามารถพร้อมดำเนินชีวิตต่อไป หรือยังจมอยู่กับอดีตอยู่
- การใช้ยา หรือสารเสพติด เพื่อลดความเศร้า หรือช่วยให้นอนหลับได้
- วิธีการผ่อนคลายความเครียด และ การยินยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

การประเมินโดยการสังเกต

- ความคิดและการเคลื่อนไหวเช่นคิดซ้ำ เคลื่อนไหวช้าลงชัดเจน คิดหมกมุ่นว่าตนเองไร้ค่ารู้สึกผิดหรือโทษตนเองตลอดเวลา มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า
- การแสดงออกทางอารมณ์ว่าสัมพันธ์กับเรื่องราวหรือไม่
- ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง
- พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง เช่น ก้าวร้าว ทำลายของหรือซึมลง

ประเมินสภาพจิตใจของเด็ก เช่นพี่น้อง เพื่อนสนิทของผู้เสียชีวิต

ประเมินสภาพจิตใจโดยการซักถามเด็กถึง

- เรื่องราวในชีวิตประจำวันของเด็ก เช่น เรื่องเพื่อน โรงเรียน ครอบครัว เพื่อดูการดำเนินชีวิตของเด็กว่าได้รับผลกระทบมากน้อยเพียงไรจากการสูญเสีย
- เรื่องราวเกี่ยวกับการสูญเสีย ความรู้สึกของเด็ก และ ความรู้สึกที่ต้องรับผิดชอบหลังการตาย เช่น ต้องเรียนให้หนักขึ้นเพื่อทำหน้าที่แทนพี่ที่ตาย หากเด็กไม่สามารถเล่าได้อาจใช้ การวาดภาพ หรือการเล่น เพื่อช่วยให้เข้าใจเด็กมากขึ้น

- การนอน ความฝันของเด็ก เช่น เด็กบางคนอาจมีฝันร้าย และ ความกลัว
- ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว
- วิธีการผ่อนคลายความเครียดและพลังใจที่มีอยู่
- การมองตนเอง และการมองชีวิตอนาคต

สังเกตพฤติกรรมเด็ก

- พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม เช่น พฤติกรรมถดถอย: ดื้อเอาแต่ใจตนเอง มากขึ้น , พฤติกรรมก้าวร้าว: ทำร้ายคนอื่น ทำร้ายตนเอง ทำลายข้าวของ
- ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว
- รู้สึกผิดหรือโทษตนเองตลอดเวลา ความคิดที่ซ้ำหรือหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย
- การแสดงออกทางอารมณ์ว่าสัมพันธ์กับเรื่องราวหรือไม่

2. ประเมินโดยใช้เครื่องมือ: เป็นการช่วยค้นหาผู้ที่เกิดโรคจิตเวชภายหลังจากที่เกิดการสูญเสีย เพื่อช่วยส่งต่อการดูแลรักษา

- แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q-เพื่อคัดกรองผู้มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย เพื่อส่งต่อจิตแพทย์ -ตามเอกสารแนบ ก
- ประเมินโรคซึมเศร้า(Major depressive disorder-DSM5) -เพื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นหลังการสูญเสีย -ตามเอกสารแนบ ข
- Brief Grief Questionnaire (BGQ)เพื่อประเมินการสูญเสียว่ามีผลต่อคุณภาพชีวิตมากน้อยเพียงไร เป็นแบบประเมินเพื่อคัดกรองบุคคลที่ต้องได้รับความช่วยเหลือด้านจิตใจ - ตามเอกสารแนบ ค

กระบวนการช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัว

มีการติดต่อสื่อสารกับครอบครัวในช่วงหลังความตายอย่างสม่ำเสมอ โดยติดตามประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ และสังคมของครอบครัว เพื่อให้กำลังใจและช่วยเหลือตามความจำเป็นอย่างเหมาะสมโดยแผนการติดตามช่วยเหลือแบ่งเป็น

- การให้ความช่วยเหลือหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

- การติดตามระยะสั้น ควรมีการประเมินติดตามครอบครัว ทุก 3-6 สัปดาห์ หลังจากเด็กเสียชีวิต
- การติดตามระยะยาวควรประเมินครอบครัวและผู้ดูแลหลังจากเด็กเสียชีวิต 6 เดือน

1. การให้ความช่วยเหลือหลังผู้ป่วยเสียชีวิต และการดูแลศพ

การดูแลช่วยเหลือหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตที่โรงพยาบาล

- จัดสิ่งแวดล้อมให้ครอบครัวได้อยู่อย่างสงบและส่วนตัวกับเด็กที่เสียชีวิต รวมถึงพี่น้องของเด็กด้วย เนื่องจากเด็ก ๆ อาจมีคำถาม ความปรารถนา ที่เกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิต เพื่อป้องกันความเข้าใจหรือจินตนาการที่ผิดเกี่ยวกับความตายของเด็ก เช่น ภาพหน้ากลัวของความตายที่เด็กได้รับจากการดูการ์ตูนหรือภาพยนตร์ และเป็นกรกล่าวคำ “อ้อลา” ครั่งสุดท้ายอีกด้วย ซึ่งหากสภาพศพเด็กที่เสียชีวิตไม่น่ามอง เราอาจใช้ผ้าคลุมไว้และให้เด็กเห็นเฉพาะบางส่วนของร่างกายได้

- ภายหลังจากครอบครัวได้อยู่กับร่างของเด็กตามความต้องการแล้ว ขออนุญาตปลดอุปกรณ์การแพทย์ที่ติดอยู่และทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้าตามที่ครอบครัวจัดหา จัดทำทางเด็กให้เรียบร้อย

- แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ได้ดูแลผู้ป่วยร่วมแสดงความเสียใจและแสดงความเคารพต่อผู้เสียชีวิตโดย มีการมอบพวงดอกไม้แสดงความเสียใจ เคารพศพ และกล่าวแสดงความเสียใจหรือคำขอโหสิกรรม

- ช่วยอำนวยความสะดวกเรื่องการติดต่อประสานงาน การทำเอกสารกับหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลติดต่อประสานงานหน่วยงานสังคมสงเคราะห์เพื่อประเมินครอบครัวและช่วยค่าฌาปนกิจศพ

- ช่วยอำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาและติดต่อประสานงานกับพื้นที่เพื่อทำพิธีกรรม และการเดินทาง

การดูแลช่วยเหลือภายหลังนำศพกลับบ้านหรือหลังผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน

- หากเป็นการเสียชีวิตที่บ้านที่รักษาควรมีติดต่อครอบครัวหรือผู้ดูแลเด็กเพื่อแสดงความเสียใจ เช่น ส่งการ์ดแสดงความเสียใจ หรือ มอบพวงดอกไม้แสดงความเสียใจและให้ช่วยเหลือครอบครัวตามที่ครอบครัวต้องการ ประเมินความจำเป็นในการลงเยี่ยมครอบครัวเพื่อให้ความช่วยเหลือ

- อาจจะเข้าร่วมพิธีศพของเด็ก ถ้าสามารถทำได้ เพื่อให้ครอบครัวรู้ว่ายังมีทีมที่พร้อมห่วงใยและให้ความช่วยเหลือ

2.การติดตามระยะสั้น&ระยะยาว: ประเมินครอบครัวโดยการส่งแบบสอบถาม (ตามเอกสารแนบ) หรือ การโทรศัพท์สอบถาม หรือ เยี่ยมบ้าน เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนถึง 1 ปี

3.แนวทางในการดูแลครอบครัว

Bereavement care program ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของงาน Palliative care คือการวางแผนเพื่อช่วยให้ครอบครัวผ่านกระบวนการสูญเสียได้อย่างดี โดยการช่วยเหลือแบบองค์รวมที่ควรมีประกอบด้วย การช่วยเหลือด้านจิตใจ ร่างกาย สังคม และ จิตวิญญาณ โดยผ่านการทำกระบวนการกลุ่ม (Group support) การรำลึกถึงผู้เสียชีวิต (Memorial services) และการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการโศกเศร้า (Grief education programs)

- **ด้านจิตใจ:** เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถจัดการกับอารมณ์ได้ โดย
 - การรับฟังครอบครัวอย่างเข้าใจ สะท้อนให้ครอบครัวรับรู้ว่ามีอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นเป็นอาการปกติ ช่วยแก้ไขความรู้สึกผิดที่เกิดขึ้นในครอบครัว
 - ให้ความช่วยเหลือในการปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ใหม่ การเห็นคุณค่าของสิ่งที่ครอบครัวดูแลเด็กป่วยจนกระทั่งเสียชีวิตเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้แก่ครอบครัวว่าได้ทำหน้าที่ของตนได้ดีที่สุด
 - ช่วยให้ครอบครัวได้รู้ว่าความรักที่มีต่อเด็กยังคงอยู่ในใจเสมอ ผ่านการเล่าเรื่องประสบการณ์ ความทรงจำดีๆร่วมกันภายในครอบครัว มีกิจกรรมที่เป็นที่ระลึกหลังการจากไปของเด็กเช่น การบริจาคเงินในนามของเด็ก
 - มีกิจกรรมที่ช่วยระบายความรู้สึก เช่น การเขียนบันทึก การเขียนจดหมายถึงเด็กที่เสียชีวิต การวาดรูป และช่วยให้ครอบครัวมีการเตรียมตัวเตรียมใจล่วงหน้าเมื่อต้องเผชิญกับอดีตของลูกที่เสียชีวิต เช่น วันเกิด วันเสียชีวิต เป็นต้น

การให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจที่ได้ผลดีคือ การจัดกิจกรรมหลังความตายของเด็ก โดยจุดประสงค์เพื่อเป็นกลุ่มการช่วยเหลือ (Group support) ด้านจิตใจของแต่ละครอบครัวที่มีประสบการณ์เหมือนกัน มีวิธีการผ่านพ้นเหตุการณ์ร้ายๆ และช่วยลดสิ่งที่ติดค้างในใจ เช่น ความรู้สึกผิด (Guilt)

ของครอบครัวและยังเป็นการประเมินสภาพจิตใจของครอบครัวหลังการสูญเสียเด็กหลังจากที่ไม่ได้เจอ
ที่มาระยะหนึ่ง

การให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจในเด็ก

- โดยการรับฟังความคิด ความรู้สึกของเด็กอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ เพื่อให้เด็ก
ได้ระบายอารมณ์
 - พยายามดำเนินกิจวัตรประจำวันให้เหมือนเดิม
 - หลีกเลี่ยงการปกป้องเด็กเกินความจำเป็น เนื่องจากผู้ใหญ่หลังจากสูญเสียเด็กไป
หนึ่งคน อาจมีความกลัวที่จะสูญเสียเด็กอีก จึงปกป้องเด็กที่หลีกเลี่ยงสมควรทำ
ให้เด็กขาดโอกาสในการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต
 - การระลึกถึงผู้ที่จากไป เช่นการทำบุญครบรอบวันเสียชีวิต
 - การให้ข้อมูลแก่ครูเพื่อให้ครูเข้าใจและช่วยเหลือประสานกับครอบครัวในการดูแล
เด็กต่อไป โดยไม่จำเป็นต้องให้รายละเอียดทุกเรื่องและควรคำนึงถึงความรู้สึก
ของเด็กเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวด้วย
 - การช่วยเหลือโดยผ่านการเล่น หรือศิลปะ (Play & Art) จะเป็นสิ่งที่ช่วยบอก
เรื่องราวที่อยู่ภายในใจของเด็กได้ดีเนื่องจากเด็กมีความสามารถในการแสดงออก
ทางอารมณ์ได้จำกัดเมื่อเทียบกับผู้ใหญ่ในเด็กเล็กการใช้ตุ๊กตาหุ่นมือ หรือตุ๊กตา
สัตว์เป็นสื่อในการช่วยเล่าเรื่องราว ส่วนในเด็กโตอาจใช้ “ม้วนภาพยนตร์” ใน
การช่วยเล่าเรื่องราวเป็นภาพ โดยให้เด็กสามารถตัดเรื่องราวเป็นตอนๆแล้ว
นำมาต่อกันเป็นเรื่องราว วิธีนี้นอกจากช่วยระบายความรู้สึกแล้ว ยังช่วยให้เข้าใจ
เกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับความตายของเด็กและเด็กสามารถควบคุมได้ว่า เมื่อ
พร้อมที่จะดูรูปภาพนั้นก็สามารถดูได้ เมื่อไม่พร้อมก็สามารถหยุดพักเรื่องได้
 - ในเด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน สามารถช่วยเหลือโดยใช้ “ตุ๊กตา” (Worry
dolls) หรือ Dream catchers เป็นตัวช่วยลดความกังวล
- **ด้านร่างกาย:**ช่วยให้ครอบครัวได้รับ
 - การพักผ่อนอย่างเพียงพอ เช่น จัดหาสถานที่พักให้ครอบครัวชั่วคราวที่ปลอดภัย
 - อาหารที่เหมาะสมและเพียงพอ
 - มีการตรวจสุขภาพร่างกายทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัวมีพลัง
ในการดำเนินชีวิตต่อ เนื่องจากบางครั้งในการดูแลเด็กป่วยเป็นเวลานาน

ครอบครัวอาจเกิดความเครียดและความเหนื่อยล้า บางครั้งไม่ได้ดูแลโรคทาง
กายของตนเอง

- **ด้านสังคม:**

- ส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจและสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัว
- ช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ลดการพึ่งพาตนเอง
ที่มากเกินไป เพื่อช่วยให้มีผู้ที่อยู่เคียงข้างในการช่วยเหลือเพื่อให้ผ่านสถานการณ์
ที่ยากลำบากสามารถเล่าระบายความทุกข์ของตนออกมาได้
- มีการแนะนำช่องทางการติดต่อหรือเครือข่ายที่สามารถให้ความช่วยเหลือแก่
ครอบครัว
- การร่วมงานศพในเด็กและวัยรุ่น สามารถทำได้และมีประโยชน์ต่อเด็กมากในการ
เปิดโอกาสให้เด็กได้ซักถาม และแสดงความรู้สึกออกมา ร่วมกับเด็กจะได้รับ
ความช่วยเหลือด้านจิตใจจากคนอื่นๆ เพื่อให้เด็กไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และเรียนรู้ว่า
ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต
- การแจ้วกับเพื่อนและครูของเด็ก ควรมีการคุยร่วมกับคุณครู เพื่อให้ครูได้
ชี้แจงกับเพื่อนอย่างชัดเจน และง่าย การบอกเด็กเป็นกลุ่มจะช่วยให้เด็กรับรู้
อารมณ์โศกเศร้า เสียใจ การร้องไห้ สามารถเกิดขึ้นและแสดงออกได้เหมือน
เพื่อนๆและครู และเปิดโอกาสให้เด็กได้เข้ามาปรึกษาครูหรือผู้ใหญ่โดยส่วนตัว
หากเด็กต้องการ หรือทำกิจกรรมเพื่อรำลึกถึงเพื่อนผู้จากไปเช่น ปลูกต้นไม้เป็น
ที่ระลึก ร่วมกันทำสมุดภาพเขียนข้อความถึงเพื่อน

- **ด้านจิตวิญญาณ:**

- ส่งเสริมให้เห็นความสำคัญของการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับการ
ฌาปนกิจและอื่นๆ เพื่อเน้นการยอมรับความจริง การให้อภัยและการก้าวต่อไป
ข้างหน้าของคนในครอบครัวสามารถช่วยให้ครอบครัวต่อสู้กับความเศร้าโศก ไม่
จมอยู่กับความทรงจำถึงเด็กที่เสียชีวิต
- ให้ครอบครัวมีเป้าหมายในชีวิตเป็นขั้นๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งนำไปสู่
การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสีย
- ให้ครอบครัวได้เรียนรู้ธรรมชาติของชีวิตว่าย่อมมีเกิด แก่ เจ็บ ตาย และในชีวิต
ย่อมต้องประสบกับการสูญเสียอยู่ซ้ำแล้วซ้ำเล่า ดังนั้นการเรียนรู้ที่จะยอมรับกับ
ความตายที่เกิดขึ้น จะช่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

การที่ทีมสามารถดูแลเด็กและครอบครัวได้ตั้งแต่ทราบว่า การดูแลรักษาเด็กเป็นการดูแลแบบ Palliative care สามารถสร้างความสัมพันธ์ และให้การช่วยเหลือทั้งเด็กและครอบครัวให้มีจุดแข็งในครอบครัวเพิ่มขึ้น มีการจัดการปัญหาต่างๆ ได้ดี สัมพันธภาพในครอบครัว ได้ดีมากเท่าไร หลังการสูญเสียครอบครัวสามารถพร้อมรับมือและผ่านพ้นความสูญเสียได้ดีขึ้น และจะมองเห็นภาพที่มของเรเปรียบเสมือน เพื่อนหรือญาติ ที่คอยช่วยเหลือ และให้คำปรึกษา โดยที่ครอบครัวไม่ต้องแก้ปัญหาแต่โดยลำพัง

ตัวอย่างการช่วยเหลือครอบครัวและผู้ดูแลหลังจากเด็กเสียชีวิตของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

- **กิจกรรมนำบุญสู่ลูกน้อย:** เป็นการนัดพบปะครอบครัวที่สูญเสียลูก ซึ่งอาจเสียชีวิตในระหว่างที่มารับการรักษาที่สถาบันสุขภาพเด็ก หรือกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน โดยพยาบาลผู้ดูแลเป็นผู้ติดต่อครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวได้มาทำบุญเพื่ออุทิศส่วนกุศลร่วมกันและเพื่อเป็นการดูแลเยียวยาจิตใจ แก้ไขสิ่งที่ค้างคาใจ รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละครอบครัว เพื่อถ่ายทอดเทคนิควิธีการให้ครอบครัวอื่นได้เรียนรู้เป็นแบบอย่าง เป็นกลุ่มช่วยเหลือ (Group support) ครอบครัวอื่นๆที่ยังติดกับความทุกข์ และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเจ้าหน้าที่ Palliative care เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลเด็กป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวให้ดีขึ้น พร้อมกับเป็นการประเมินสภาพจิตใจภายหลังจากที่ครอบครัวสูญเสีย

เอกสารแนบ

-แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q

-Criteria DSM V Major depressive disorder

-Brief Grief Questionnaire (BGQ)

-ข้อสังเกตในการแยกภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement) กับโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)

เอกสารอ้างอิง

1. [Elisabeth Kubler – Ross](#) , [David Kessler](#) . On grief and grieving. Five stage of grief. Scribner 2007:7-29
2. Bruce P.Himmelstein, Joanne M. Hilder. Pediatric Palliative Care. N ENGJ MED 350;17, April 22,2004
3. The Royal Children’s Hospital Melbourne. A Practical Guide to Pediatric Oncology Palliative Care. http://www.rch.org.au/rch_palliative/for_health_professionals/Bereavement/Brisbane 1999.
4. Mary Ann Liebert, Inc. Guidelines for the psychosocial and Bereavement Support of Family Caregivers of Palliative Care Patients. J Palliat Med.2012 Jun; 15 (6): 696–702.
5. Hall C, Hudson P, Boughey A 2012, Bereavement support standards for specialist palliative care services, Department of Health, State Government of Victoria, Melbourne:8-10
6. Katherine Shear M.D. and Susan EssockPh.D. Brief Grief Questionnaire.http://www.massgeneral.org/psychiatry/assets/Brief_Grief_Questionnaire.pdf.
7. Ann Goldman, Richard Hain and Stephen Liben. Oxford Textbook of Palliative Care for Children. Bereavement.Oxford University Press,2006:193-203

เอกสารแนบ-ก

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q

Name.....Age.....ปี

HN.....Ward.....

คำแนะนำให้ผู้ประเมินวงกลม ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ(ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำไม่ควรอธิบายเพิ่มเติม)

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7วัน	เป็นทุกวัน	รวม
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3	
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3	
3	หลับยาก หรือหลับๆตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป	0	1	2	3	
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3	
5	เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	0	1	2	3	
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3	
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3	
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลง จนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3	
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3	

หากพบว่ามีอาการของโรคซึมเศร้า คะแนนอยู่ระหว่าง 7-19 คะแนน ให้ประเมินต่อด้วย 8 Q

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8 Q)

ข้อ	ระยะเวลา		ไม่มี	มี	รวม
1	ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา รวมวันนี้	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1	
2		อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2	
3		คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ)ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	0 ได้	6 ไม่ได้	
4		มีแผนที่จะฆ่าตัวตาย	0	8	
5		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	0	9	

6		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7		ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวัง / ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4

หากพบว่ามีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย คะแนนอยู่ระหว่าง 1-17 ให้ดำเนินการรักษา, ส่งต่อ

เอกสารแนบ-ข

Criteria DSM V :Major depressive disorder

มีเกณฑ์การวินิจฉัย ดังนี้

A. มีอาการดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 5 อาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ในระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ โดยต้องมีอาการดังข้อ 1 หรือ 2 อย่างน้อย 1 ข้อ

1. มีอารมณ์เศร้าแทบทั้งวัน เกือบทุกวัน ทั้งที่ตนเองรู้สึกและคนอื่นสังเกตเห็น
*ในเด็กและวัยรุ่น อาจแสดงออกทางอารมณ์ลักษณะหงุดหงิด
2. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมปกติที่เคยทำทั้งหมด หรือแทบทั้งหมด ลดลงอย่างมากแทบทั้งวัน เกือบทุกวัน ทั้งที่ตนเองรู้สึกและคนอื่นสังเกตเห็น
3. น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นโดยไม่ได้เกิดจากความตั้งใจควบคุมหรือเพิ่มน้ำหนัก เช่น เปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน เบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากขึ้นเกือบทุกวัน *ในเด็ก พบว่าอาจมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ที่คาดไว้
4. นอนไม่หลับหรือหลับมากเกือบทุกวัน
5. ทำอะไรช้า เคลื่อนไหวช้าลง หรือกระสับกระส่าย อยู่ไม่สุขจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ มีอาการเกือบทุกวัน
6. เหนื่อยอ่อนเพลียหรือไม่มีแรงเกือบทุกวัน
7. รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไปเกือบทุกวัน
8. สมาธิหรือความสามารถในการคิดหรือตัดสินใจลดลงเกือบทุกวัน ทั้งที่ตนเองรู้สึกและคนอื่นสังเกตเห็น
9. คิดถึงเรื่องการตายอยู่ซ้ำๆ หรือคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีแผนที่จะทำ

B. อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน หรือทำให้เสียหน้าที่การทำงาน การใช้ชีวิตในสังคม

C. อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากสารเสพติด ยารักษาโรค หรือโรคทางกาย เช่น Hypothyroidism

เอกสารแนบ-ค

Brief Grief Questionnaire (BGQ)

	ไม่เคย 0	เล็กน้อย 1	มาก 2
1. ท่านรู้สึกยากต่อการยอมรับว่าสูญเสียคนที่รักไปแล้วมาก เพียงไร			
2. ท่านรู้สึกว่า การสูญเสียคนที่รักกระทบต่อชีวิตท่าน เพียงไร			
3. ความทรงจำต่อการเสียชีวิตของคนที่คุณรักซึ่งจากไปอยู่ชั้วๆ จนรบกวนการใช้ชีวิตมากเพียงไร?			
4. เพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด ท่านต้องหลีกเลี่ยงการทำ กิจกรรมที่เคยทำตอนผู้ป่วยมีชีวิตหรือไม่ กระทบต่อท่าน มากเพียงไร?			
5. ท่านรู้สึกแปลกแยกจากสังคม จากเพื่อนฝูง หลังจาก สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือไม่?			

หากมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ขอควรส่งปรึกษาที่มจิตแพทย์เพื่อช่วยประเมินสภาพจิตใจ

เอกสารแนบ-ง

ข้อสังเกตในการแยกภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement)

กับโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)

หัวข้อที่ประเมิน	ภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement)	โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)
อาการ	มีอาการซึมเศร้า แต่มักไม่มีความรู้สึกผิดอย่างมาก ไม่มีรู้สึกสิ้นหวังอย่างมาก ไม่คิดอยากตาย หรือไม่เคลื่อนไหวช้าอย่างมากผิดปกติ	ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5
ความคิด	ตระหนักว่าตนเองสูญเสีย เสียใจ	ตระหนักว่าตนเองอ่อนแอ บกพร่อง แ่
สิ่งกระตุ้น	อารมณ์ที่ไม่เป็นปกติกระตุ้นจากความคิดหรือสิ่งที่เตือนให้นึกถึงผู้เสียชีวิต	อารมณ์ที่ผิดปกติเป็นขึ้นมาเอง และไม่จำเป็นต้องเกี่ยวกับการทำให้นึกถึงผู้เสียชีวิต
เริ่มเป็น (onset)	ภายใน 2 เดือนของการจากไป	เป็นเมื่อใดก็ได้
ระยะเวลา	ระยะเวลาของอาการซึมเศร้าน้อยกว่า 2 เดือน	อาการซึมเศร้านักเป็นเรื้อรัง เป็นช่วงๆ
การเสียความสามารถในการทำงานและความสัมพันธ์	สูญเสียความสามารถในการทำงาน/การเข้าสังคมไม่มากและเป็นเพียงชั่วคราว	เสียความสามารถในการทำงาน/การเข้าสังคมอย่างเห็นได้ชัด
ประวัติอื่นๆ	ไม่มีประวัติส่วนตัว หรือประวัติครอบครัวว่าเป็นโรคซึมเศร้า	เคยมีอาการของโรคซึมเศร้ามาก่อน หรือมีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า