



# จิตแพทางสัมพันธ์

ข่าวสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

[The Newsletter of the Psychiatric Association of Thailand] ปีที่ 10 ฉบับที่ 1

มกราคม - เมษายน 2550

“เชื่อมโยงจิตแพทางทั่วโลก...เชื่อมไปจิตแพทางทั่วโลก”



## จิตแพทย์ทหาร

- บทบาทจิตเวชศาสตร์ทหาร
- จิตเวชกับการเกณฑ์ทหาร
- การคัดเลือกผู้ทำการในอากาศ
- งานจิตเวชทหารเรือ

## VIP syndrome

(อีกครั้ง และอีกครั้ง)

เรื่องเล่า  
จากแพทย์ประจำบ้าน





## จิตแพทย์สัมพันธ์

บ้านอง  
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ  
พจนกร เนตราคม

กองบรรณาธิการ  
สุจรธริน ตั้งวงษ์ไชย  
พิชัย แสงบานเย็น  
สมชาย มาลสุภูมิ  
ภูษงค์ เหล่ารุจิรสวัสดิ์

ที่ปรึกษา  
เกษม ต้นติพลาเรือง:  
วิระ เชื้อศรีสกุล  
เชียกฤษ์ ฤกษ์:  
พิเชฐ อุณรัตน์

ติดต่อบรรณาธิการ  
กองจิตเวชและประสาทวิทยา  
ร.พ. พระมงกุฎเกล้า ก. ราชวิถี  
เขตราชเทวี กทม. 10400  
โทร./Fax 0-2640-4488

รูปเล่มและจัดพิมพ์  
บริษัท บียอนด์ เอ็นเนอร์จีส จำกัด  
โทร. 02-449-4365, 02-4494366

## บรรณาธิการแถลง



### สวัสดีครับ

สำหรับจิตแพทย์สัมพันธ์ฉบับนี้ ได้ขอร้องให้จิตแพทย์ที่ทำหน้าที่อยู่ใน  
กองทัพต่างๆ มาเปิดเผยความลับทางราชการว่า จิตแพทย์ในกองทัพ  
ทำหน้าที่อะไรกันบ้าง ตั้งแต่งานการคัดเลือกทหารกองประจำการ หรือ  
ที่เรารู้จักในนาม “เกณฑ์ทหาร” จิตเวชเข้าไปเกี่ยวข้องมากน้อยแค่ไหน  
คุณหมอจนพรจะมาเล่าให้ฟังงานจิตเวชศาสตร์ทหารเขาทำอะไรกันบ้าง  
คุณหมออิสราจะมาเล่าให้เราฟังจากประสบการณ์จริงทางภาคใต้ จิตแพทย์  
ทหารเรือมากับอาหารจานด่วนที่คุณหมอมอคิดสรุปให้เห็นถึงงานที่ทำ  
ส่วนทหารอากาศ คุณหมอมุขกร ก็มาเล่าให้เราฟังถึงเรื่องการคัดเลือก  
ผู้ทำการในอากาศ ซึ่งเป็นการใช้ความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ในอีกรูปแบบ  
หนึ่ง นอกจากนี้แล้วยังมีเรื่องที่เป็น talk of the town เกี่ยวกับผู้ป่วย  
จิตเวชที่ญาติมีการฟ้องร้องกัน มีผลกระทบต่อเนื้ออะไรบ้าง ข้อที่ควร  
เก็บมาเป็นบทเรียนมีอย่างไรบ้าง คุณหมอกัมปนาทมาแบ่งปันความ  
คิดเห็นให้ฟัง สุดท้ายเราได้คุณหมอดุษฐ แพทย์ประจำบ้านได้เขียนให้  
เราฟังถึงประสบการณ์ชีวิตที่หาไม่ได้จากภาคใต้ เล่มนี้เนื้อหายภายใน  
เต็มที่ *เชิญอ่านในเล่มได้เลยครับ...*

## บทบาทของจิตเวชทหาร ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

พ.ท.น.พ.อิสรา รักษ์กุล



เมื่อเดือนพฤศจิกายน'49ที่ผ่านมาผมได้ลงไปปฏิบัติหน้าที่ใน 3 จังหวัดชายแดน  
ภาคใต้ ในโครงการแพทย์ทหารบกใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นโครงการ  
ของกรมแพทย์ทหารบกโครงการนี้เกิดจากแนวความคิดที่จะทำให้ทหารเหล่าแพทย์  
มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ **ตามยุทธศาสตร์  
พระราชทานของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่ว่า “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา”** โดยมี  
หลักยึดปฏิบัติ 3 ประการคือ

- 1. อนุรักษ์กำลังรบ** ซึ่งเป็นภารกิจหลักของทหารเหล่าแพทย์ที่จะต้องทำให้กำลัง  
พลของกองทัพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงอันตราย มีสุขภาพดี มีขวัญและกำลังใจ  
และลดการ สูญเสียที่ไม่จำเป็น
- 2. สนับสนุนยุทธศาสตร์แย่งชิงประชาชนของกองทัพบก** โดยการให้บริการ  
ทางการแพทย์ช่วยเหลือประชาชนในที่เสี่ยงภัย และการบริการทางการแพทย์ของ  
ภาครัฐไม่สามารถเข้าไปให้บริการได้ เพื่อเป็นการสร้างศรัทธา ความสัมพันธ์ที่ดี  
การเอื้ออาทรต่อกัน ความเข้าใจและเชื่อใจกัน (*ทั้งหมดนี้ทางทหารถือว่าเป็นส่วนหนึ่ง  
ของการปฏิบัติการทางจิตวิทยาซึ่งเนื้อหาจะแตกต่างจากวิชาจิตเวชที่พวกเราเรียน  
กันมาอย่างสิ้นเชิง*)
- 3. การปฏิบัติงานร่วมกับภาคพลเรือน** เป็นการบูรณาการการให้บริการทางการแพทย์ซึ่งจะก่อประโยชน์และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการปฏิบัติงาน



โดยผมได้เข้าร่วมปฏิบัติงานอยู่ในชุดแพทย์เคลื่อนที่ช่วยเหลือประชาชน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ 4 คน ทันตแพทย์ 2 คน พยาบาล 4 คน ทั้งหมดนี้สังกัด รพ.พระมงกุฎเกล้า โดยเดินทางลงไปสมทบกับทีมที่อยู่ในพื้นที่อยู่แล้ว อันประกอบด้วย นายสิบพยาบาล นายสิบทันตกรรม รวมทั้งหมดประมาณ 30 ชีวิต ส่วนพาหนะในการเคลื่อนย้ายประกอบด้วย รถทันตกรรมเคลื่อนที่ รถเอกซเรย์เคลื่อนที่ รถพยาบาลและรถโดยสาร

ภารกิจโดยสรุปคือ เป็นหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้บริการตรวจรักษาการแพทย์ และทันตกรรมให้กับประชาชนในพื้นที่ที่ห่างไกล และพื้นที่เสี่ยงภัยหรือ ที่เรียกว่า พื้นที่สีแดงในจังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส โดยสถานที่ที่ไป ส่วนใหญ่จะเป็นวัด โรงเรียน และมัสยิด เป็นต้น การปฏิบัติงานจะปฏิบัติงานวันเว้นวัน เป็นเวลา 1 เดือน เมื่อครบกำหนดจะมีทีมใหม่มาล้เปลี่ยนเพื่อทำหน้าที่ต่อไป

การลงพื้นที่ปฏิบัติงานครั้งนี้ นอกจากพบทบทวนในหน้าที่แพทย์ทั่วไปแล้ว ผมยังได้ปฏิบัติหน้าที่เผ่งคือ จิตแพทย์ไปพร้อมกันด้วย ซึ่งแทรกอยู่ในขณะที่ทำการตรวจโรคทั่วไป เช่น ประเมินอาการของโรคทางจิตเวชด้วย ประชาชน ที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นชาวไทย-มุสลิม ประมาณ 95% โดยอาการทางจิตเวชที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ อาการเครียด นอนไม่หลับ จากสถานการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้น แต่ยังไม่พบผู้ป่วยมีอาการรุนแรงถึงขนาดเป็นโรคทางจิตเวช และอาการดังกล่าวพบประมาณ 3% ของประชาชนที่มาตรวจทั้งหมด และในการลงไปภาคใต้ครั้งนี้ ผมได้จัดตั้งทีมจิตเวชทหาร เคลื่อนที่ ซึ่งประกอบด้วย ตัวผมเอง นพ.ทองแดง อาคมยะพันธ์ (จิตแพทย์ที่เพิ่งจบ board ว่าที่ ผอ.รพ.ค่ายอิงคยุทธบริหาร จังหวัดปัตตานี) พร้อมด้วยพยาบาลอีก 2 คน ไปปฏิบัติหน้าที่ที่วัดนิโรธสังฆาราม จังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็นสถานที่ที่ชาวไทย-พุทธในจังหวัดยะลาอพยพหนีจากหมู่บ้าน ที่เคยอยู่มาอาศัยชั่วคราว เนื่องจากมีเหตุการณ์รุนแรงเกิดขึ้นในหมู่บ้านที่ตนเองอยู่ ซึ่งประชาชนที่พบส่วนใหญ่มีอาการตกใจกัน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีอาการเครียดนอนไม่หลับ พบประมาณ 20 คน ในจำนวน 140 คน โดยผมและทีมได้เข้าไปทำหน้าที่ประเมิน (Assessment) คัดแยกประชาชน ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวช (Triage) ซึ่งกลุ่มเสี่ยงนี้ ได้แก่ เด็ก ผู้สูงอายุ และครอบครัวที่มีการสูญเสีย โดยได้แนะนำผู้นำชุมชน เพื่อนบ้าน หรือญาติให้ช่วยเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยกลุ่มนี้



นอกจากนี้ได้ให้การปฐมพยาบาลทางด้านจิตใจเบื้องต้น (Psychological first aid) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจต่อเหตุการณ์รุนแรง (Normal reaction to abnormal situation) และให้การรักษาด้วยยาในบางราย โดยครั้งนี้ได้มีทีมจิตเวชจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดยะลา ของนพ.ดำรง แวอาลี มาทำหน้าที่ด้วย ซึ่งคงเป็นกำลังหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่นี้ต่อไป

สำหรับสุขภาพจิตของทหารที่กำลังปฏิบัติหน้าที่ (Deployed soldiers) อยู่ถือเป็นงานที่สำคัญผมและทีมได้ให้ความช่วยเหลือโดยมีรายละเอียดของงานที่ได้ทำสรุปได้ดังนี้

- **ให้ความรู้และอบรมแก่ทหารที่ปฏิบัติงานในพื้นที่** เรื่องความเครียดกับการปฏิบัติการทางทหาร (Combat stress reaction) เพื่อให้ทหารมีความรู้และสามารถจัดการกับความเครียดของตนเอง (Combat stress control) รวมถึงสามารถดูแลเพื่อนทหารด้วยกันได้
- **ให้ความรู้โรคทางจิตเวชที่เกิดจากความเครียด** (Stress related disorders) เช่น โรค adjustment disorder, acute stress disorder, และ PTSD เป็นต้น รวมถึง Substance use disorders ด้วย
- **ให้คำปรึกษาแนะนำ ทางด้านจิตเวชกับผู้บังคับบัญชา** (Psychiatric consultation to commanders) เพราะภาวะผู้นำที่ดี (Good leaderships) มีความสำคัญอย่างมาก ในการที่จะนำทีมปฏิบัติการกิจให้สำเร็จลุล่วง วิธีการสร้างและคงไว้ซึ่งขวัญและกำลังใจของทหารในหน่วย รวมถึงการทำให้อยู่มีความสามัคคีกลมเกลียว มีความเป็นปึกแผ่นเดียวกัน (Unit cohesion)

ที่กล่าวมาเป็นส่วนหนึ่งของงานจิตเวชทหาร (Military Psychiatry) ยังคงมีงานด้านอื่นอีก เช่น การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจให้กับทหารที่กำลังจะไปปฏิบัติหน้าที่ (Pre-deploy soldiers) การดูแล ด้านจิตใจในทหารที่กลับมาจากการปฏิบัติหน้าที่แล้ว (Post-deployed soldiers) เป็นต้น

การลงไปปฏิบัติหน้าที่ในครั้งนี้ทำให้ผมได้รับประสบการณ์อย่างมาก อีกทั้งทำให้เข้าไปปัญหาของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มากขึ้น รวมถึงได้นำความรู้ของวิชาจิตเวชทหารที่ได้เรียน มาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง ผมได้แต่หวังว่าทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคงสามารถยุติความรุนแรงและนำความสงบกลับมาสู่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้โดยเร็ววัน



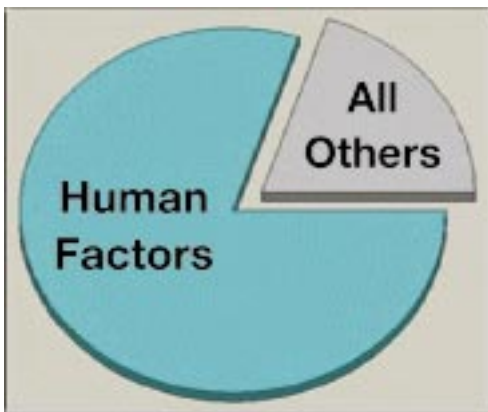
## จิตเวชกับการบิน (Aerospace psychiatry)



น.อ.หญิงบุษกร ภมร

ในภาพรวมงานด้านเวชศาสตร์การบิน (Aerospace or aviation medicine) เกี่ยวข้องกับการคัดเลือก การตรวจสุขภาพประจำปี การสร้างเสริมสุขภาพของผู้ทำการในอากาศ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและเกิดความปลอดภัยในการบิน งานในส่วนจิตเวชด้านการบินก็เช่นกัน เป็นการตรวจที่อาจจะแตกต่างกับงานทางจิตเวชคลินิกทั่วไปซึ่งเน้นไปทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวช งานจิตเวชและจิตวิทยาด้านการบินจะเป็นการตรวจคัดเลือกบุคคลที่สุขภาพจิตดีและยืนยันว่าเป็นผู้ที่มึระบบประมวลผลข้อมูล (Information processing system or cognitive system) อารมณ์มั่นคงและมีทักษะในการแก้ปัญหาดี เพราะคนที่มึสุขภาพจิตดีนั้น ไม่ใช่ทุกคนที่มีคุณลักษณะเหมาะสมกับอาชีพนักบิน นอกจากนี้ในการดูแลสุขภาพนักบินระยะยาวยังจำเป็นต้องค้นหาคนที่เริ่มมีภาวะเครียด (subclinical level) แต่อาจไม่ถึงระดับป่วยเป็นโรคทางจิตเวช (Mental Disorder) เพราะแค่ภาวะเครียดที่มากเกินไปก็อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบินและความปลอดภัยในการบินได้

การคัดเลือกนักบินนั้นเกิดขึ้นเพื่อคัดคนให้เหมาะสมกับงาน (Put the right man on the right job) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและเกิดความปลอดภัยในการบิน เพราะงานด้านการบินเป็นงานที่มีระบบงานค่อนข้างซับซ้อนและเน้นด้านความปลอดภัยสูง ดังนั้นนักบินจำเป็นต้องผ่านการคัดเลือกมาอย่างดีทั้งทางด้าน วิชาการความรู้ ความสามารถ ทักษะด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบิน รวมทั้งสุขภาพกายและจิตดีด้วย ในทางจิตเวชและจิตวิทยาการบินมีการนำเครื่องมือตรวจต่างๆ มาใช้ในการตรวจคัดเลือคนักบิน เหตุผลหลักที่จำเป็นต้องมีการคัดเลือกทางจิตเวชและจิตวิทยาการบินอย่างละเอียดคือ มุ่งเน้นไปที่ความปลอดภัยในการบิน โดยตามสถิติในช่วง 40 ปีที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุของอากาศยานอุบัติเหตุเกิดจากปัจจัยทางด้านบุคคลหรือนักบินและบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Human factor) ประมาณ 80 เปอร์เซ็นต์ ดังแสดงตามแผนภูมิด้านข้าง



ดังนั้นอาจสรุปวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการคัดเลือกทางจิตเวชและจิตวิทยาการบินได้ดังนี้

1. เป็นวิธีที่ช่วยลดต้นทุนและเวลาในการฝึกหัดนักบินใหม่และลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากบุคคลซึ่งฝึกบินไม่สำเร็จ โดยกองทัพอากาศสหรัฐฯได้ประมาณมูลค่าของศิษย์การบินที่ฝึกบินไม่สำเร็จคนละ 50,000 - 80,000 \$ (Siem;1988 และ Hunter;1989)
2. เป็นวิธีที่ช่วยประเมินศักยภาพและโอกาสความสำเร็จในการเรียนบินอย่างมีมาตรฐานและยุติธรรม
3. ช่วยให้ได้คนที่เหมาะสมกับงาน
4. ลดอัตราการเกิดอากาศยานอุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากความผิดพลาดของบุคคล (Human Error) และช่วยลดอัตราการสูญเสียชีวิตจากสาเหตุเครื่องบินตกด้วย
5. เป็นข้อมูลทางด้านนรีภัยการบินในแง่ปัจจัยทางด้านบุคคล (Human Factor)

ประวัติความเป็นมาของการคัดเลือคนักบิน เดิมในประเทศอเมริกา การคัดเลือกคนที่เข้าฝึกบินเริ่มจากการผ่านเกณฑ์ด้านสุขภาพร่างกายเท่านั้น ต่อมาพบว่าอัตราการสูญเสียศิษย์การบินและอัตราการเกิดอากาศยานอุบัติเหตุ ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 มีสูงมาก ซึ่งอาจเกิดจากขบวนการคัดเลือคนักบินที่ยังไม่ดีพอ จึงเริ่มให้ความสนใจในการ ประเมินความสามารถและลักษณะของบุคคลที่จะประสบความสำเร็จในการฝึกบิน ทำการบินได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีผลงานการศึกษามากมาย เช่น ประเทศอิตาลี มีงานวิจัยด้านการคัดเลือคนักบินโดยวัดจากปฏิกิริยาตอบสนอง (Reaction time) ปฏิกิริยาทางอารมณ์ ความสมดุล สมานะ และการรับรู้ของพลังกล้ามเนื้อ (Dockery and Issacs;1921) ประเทศอเมริกาทำงานวิจัยเรื่องการคัดเลือคนักบินทหาร (Pensacola project;1940) ต่อมาในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ความสนใจในการคัดเลือกลักษณะบุคคลเฉพาะที่เหมาะสมกับงานด้านการบินมีมากขึ้นและได้รับอิทธิพลจากงานของเทรสต์ตัน (Thurstone's multiple aptitude theory) ซึ่งเป็นการใช้แบบทดสอบหลายๆ อย่างร่วมกันโดยตรวจด้านความฉลาด ทักษะไซโคมอเตอร์ (Psychomotor skill) ความเข้าใจทางเครื่องกล (Mechanical comprehension) การรับรู้ทิศทาง (Spatial measures)

ปัจจุบันในต่างประเทศได้คัดเลือกผู้ทำการในอากาศ (นักบิน) โดยใช้แบบทดสอบหลายๆ ชนิดในการตรวจความสามารถในหลายด้านซึ่งจำเป็นต้องการบิน โดยสรุปว่านักบินจำเป็นต้องมีความสามารถ 5 ด้านต่อไปนี้

- สมานะ (Attention capacity)
- ทักษะประสาทสัมผัส (Psychomotor)
- อัตราการรับรู้ตำแหน่งทิศทางและอัตราการทำงาน (Spatial and work rate)
- ความว่องไวในการประมวลผล (Mental speed)
- ความมีเหตุผล (Reasoning)



ซึ่งการตรวจความสามารถทั้ง 5 ด้านนี้นำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการตรวจคัดเลือก เรียกว่า pilot aptitude test นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลิกภาพต่างๆ ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการบินด้วย มี 5 ปัจจัยที่อธิบายถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลที่เรียกว่า Big Five Framework อันได้แก่ ความเป็นคนอ่อนน้อมและยอมถกยอม (Agreeableness), ความซื่อตรง (Conscientiousness), ความเป็นคนสนใจต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก (Extroversion), ความเป็นคนช่างกังวล (Neuroticism) และความเป็นคนเปิดเผย (Openness) จากการศึกษาศิษย์การบินในกองทัพอเมริกาเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปพบว่าศิษย์การบินมีคะแนนสูงใน Extroversion (83<sup>rd</sup> percentile), Openness (60<sup>th</sup> percentile) และ Conscientiousness (58<sup>th</sup> percentile) มีคะแนนต่ำใน Neuroticism (42<sup>nd</sup> percentile) และ Agreeableness (20<sup>th</sup> percentile)

การตรวจคัดเลือกรับนักบินทางด้านจิตเวชและจิตวิทยาการบิน ประกอบไปด้วยขั้นตอนต่างๆ คือ

**1. การสัมภาษณ์และตรวจสภาพจิต** เพื่อค้นหาคนที่มีความผิดปกติทางจิตเพื่อคัดออกไปและค้นหาคนที่เหมาะสมกับการบินมากที่สุดมาฝึกบิน ในการสัมภาษณ์จะเป็นไปในลักษณะที่มีโครงสร้างและรูปแบบที่ชัดเจน (Structured Interview) เพื่อถามประวัติต่างๆ เก็บข้อมูล สังเกต และประเมินพฤติกรรม ปฏิกริยาตอบสนองในด้านต่างๆ ต่อไปนี้คือ แรงจูงใจในการบิน ลักษณะบุคลิกภาพ ความมั่นใจในตนเอง ภาวะผู้นำ ความรู้ด้านการบินและความสามารถด้านการบิน รวมทั้งความรู้พื้นฐานต่างๆ (Schmidt and Hunter;1998 และ Walters et al;1999)

- แรงจูงใจในการบินแบ่งเป็น 2 ด้าน ในด้านอารมณ์ (Emotional component) เป็นสมดุลระหว่างความสนุกตื่นเต้นกับการบินและความกลัวต่ออันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นการประเมินจึงต้องเจาะลึกไปในประเด็นสนุกกับการบินและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น (Flying and Dying) คนที่มีแรงจูงใจอยากเป็นนักบินแรงบันดาลใจอาจมาจากความหมายของการบินได้ (meaning of flying) หมายถึงพลัง การควบคุม การเป็นอิสระ ในด้านความมีเหตุผล (Cognitive or Rational component) เช่น ชอบการบินเพราะงานดี เงินดีและมีเกียรติ และได้เดินทางไปในที่ต่างๆ แรงจูงใจในการบินทั้ง 2 ด้านนี้จำเป็นต้องถูกประเมินว่าเหมาะสมและเพียงพอสำหรับบุคคลนั้นเพื่อลดปัญหาการไม่ยอมบิน การกลัวการบินที่จะเกิดขึ้นหากขาดแรงจูงใจในการบิน

- ความสามารถด้านการบิน ได้แก่ การตระหนักรู้ในสถานการณ์ต่างๆ (situation awareness) การรับรู้ตำแหน่งทิศทาง (Spatial perception) ศักยภาพของสมองในการประมวลข้อมูล (Capacity for mental calculation) การควบคุมอารมณ์ได้ดีในสภาวะฉุกเฉิน ทักษะประสาทสัมผัส (Psychomotor skill, “good hand”) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จำเป็นต้องการบินที่ปลอดภัย

- ลักษณะบุคลิกภาพ จากการศึกษาของ Christy พบลักษณะของบุคคลที่จะประสบความสำเร็จในการบินจะมีลักษณะดังต่อไปนี้คือมีความยืดหยุ่น รอบคอบ มีแรงจูงใจในการบินสูงและมีความมั่นใจในตนเอง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในนักบินทหารที่ประสบความสำเร็จ พบลักษณะดังต่อไปนี้

- มีความมั่นใจสูง
- ชอบความท้าทายและความสำเร็จ
- ตัดสินใจในสิ่งต่างๆ ด้วยเหตุผล
- มนุษย์สัมพันธ์ดีแต่หลีกเลี่ยงการต้องพึ่งพิง
- อื่นๆ เช่น เป็นลูกคนแรก สนุกกับพ่อและเรียนแบบอย่างจากพ่อ

ดังนั้นในการประเมินและคัดเลือกนักบิน นอกจากเลือกคนที่สภาพจิตปกติแล้วยังจำเป็นต้องนำ

คุณสมบัติดังกล่าวข้างต้นมาพิจารณาร่วมด้วย



**2. การตรวจทางจิตวิทยาการบิน** ในกองทัพอเมริกาใช้แบบทดสอบหลายๆ ชนิดในการตรวจ

ความสามารถในหลายด้าน (The aviation selection test battery) ซึ่งประกอบไปด้วยแบบทดสอบ 4 แบบ คือ

- The Academic Qualification Test (AQT)
- The Mechanical Comprehension Test (MCT)
- The Spatial Apperception Test (SAT)
- The Biographical Inventory (BI)

ปัจจุบันการคัดเลือกนักบินในกองทัพอเมริกาแบ่งคะแนนเป็น 2 ส่วนคือ

1. The Academic Qualification Test (AQT) score เป็นการตรวจทักษะและความสามารถทั่วไป ซึ่งจะใช้ในการคาดคะเนประสิทธิภาพในการเรียนที่ภาคพื้น
2. The Flight Aptitude Rating (FAR) score เป็นคะแนนรวมของแบบทดสอบ MCT ซึ่งเป็นการวัดความคุ้นเคยกับแนวคิดด้านเครื่องกล, SAT ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างความสูงและพื้นที่บริเวณรอบๆ และ BI ประวัติส่วนบุคคลและความรู้ด้านการบิน ซึ่งจะใช้คะแนน FAR ในการคาดคะเนความสำเร็จและความล้มเหลวในการฝึกบิน

จากค่าคะแนน AQT และ FAR สามารถคาดคะเนความสำเร็จในการฝึกบินได้ ถ้าค่าคะแนนสูง โอกาสประสบความสำเร็จในการฝึกบินก็มีสูง ซึ่งในชุดแบบทดสอบในปัจจุบันสามารถคาดคะเนความสำเร็จในการเรียนบินได้ 50-80%

สำหรับในประเทศไทย สถาบันเวชศาสตร์การบิน กรมแพทยทหารอากาศ กองทัพอากาศรับผิดชอบการคัดเลือกศิษย์การบินของกองทัพต่างๆ โดยผ่านการตรวจคัดเลือทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตเวชและจิตวิทยาการบิน ตามหลักการดังกล่าวข้างต้นเหมือนประเทศอื่นๆ นอกจากนี้ยังตรวจตามมาตรฐานขององค์การการบินพลเรือนสากลระหว่างประเทศ (International Civil Aviation organization; ICAO) ทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตเวชและจิตวิทยาการบินให้แก่ศิษย์การบินพลเรือน นักบินส่วนบุคคล นักบินในสายการบินต่างๆ ที่จำเป็นต้องมีใบสำคัญแพทย์ (Medical License) เพื่อประกอบใบอนุญาตในการบิน (Pilot License) ของกรมขนส่งทางอากาศ กระทรวงคมนาคม

**เอกสารอ้างอิง**

1. David R. Jones; Aerospace psychiatry : Roy L.Dehart M.D.; Fundamental of Aerospace medicine;Third edition;2002.
2. Pamela S.Tsang and Michael A. Vidulich;Principle and Practice of Aviation Psychology;2003.
3. Examiner’s manual and scoring instructions for the United States Navy and Marine Corps Aviation Selection Test (NAMI-5098). Pensacola, FL: Naval Aerospace Medical Institute, 1982.
4. Griffin, G. R. & Mosko, J. A. A review of the naval aviation attrition research 1950-1976: A base for development of future research and evaluation (NAMRL 1237). Pensacola, FL: Naval Aerospace Medical Research Laboratory, 1977.
5. North, R. A. & Griffin, G. R. Aviation selection 1919-1977 (Special Report 77-2). Pensacola, FL: Naval Aerospace Medical Research Laboratory, 1977.



# งานสุขภาพจิต กรมแพทยทหารเรือ

นาวาเอก วศิน บำรุงชีพ



สวัสดิ์ครับผมขอเสริพออาหารจานด่วนให้อาจารย์และพี่ๆ น้องๆ เนื่องจากอาจารย์พงศธร ผากให้ผมช่วยเขียนเรื่องนี้ 1 เดือนมาแล้ว แต่ก็พิมพ์ในวัน Deadline หวังว่าคงพอเอาชีวิตรอดนะครับ

อย่างไรก็ตามขออารัมภบทถึงอาจารย์ผู้มีพระคุณที่เริ่มต้นดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดของกรมแพทยทหารเรือคือ นาวาเอกประมุข สรรก่าเนิด นาวาเอกเชษฐ อิศรางกูร ณ อยุธยา และพลเรือเอกดิเรก ภัคดี ต่อมากกรมแพทยทหารเรือได้ส่งแพทย์อบรมแพทย์ประจำบ้านเฉพาะทาง จิตเวชศาสตร์ซึ่งผู้ที่สำเร็จหลักสูตรนี้เป็นท่านแรกคือ พลเรือตรีเด่นเดชา ประทุมเพ็ชร ปัจจุบันดำรง ตำแหน่งผู้ช่วยเจ้ากรมแพทยทหารเรือ จนปัจจุบันมีจิตแพทย์ 6 ท่าน (น.อ.วิชัย น.อ.ธนรัชช์ น.อ.วศิน น.ต.หญิงอัจฉรี น.ต.พีร์ ร.อ.พรหมพิทักษ์) จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน (น.อ.หญิง จงพัฒนา น.อ.กิตติศักดิ์) สมอกลงให้ศิริราช 1 ท่าน รามาธิบดี 1 ท่าน ด้วยความอาลัยแต่ก็ยินดีและตอบแทนพระคุณที่ทั้ง 2 สถาบันได้ช่วยอบรมฯ ให้เรามีจิตแพทย์หลายๆ คน นอกจากนี้มีนักจิตวิทยาคลินิก 5 คน และพยาบาลสุขภาพจิตซึ่งได้จัดอบรมให้กับพยาบาลเป็นเวลา 8 เดือน รุ่นละ 20 คน จำนวน 4 รุ่น

งานจิตเวชเริ่มต้นดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช ต่อมาเมื่อผู้ป่วยติดสารเสพติด โดยเฉพาะพลทหารประจำการ ซึ่งพลเรือตรีเด่นเดชาได้เริ่มต้นจัดระบบงานหอผู้ป่วยยาเสพติดและอบรมเจ้าหน้าที่พยาบาลเป็นอย่างดีตั้งแต่ปีพ.ศ. 2525 นอกจากงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยทางจิตเวชและยาเสพติดแล้ว ยังมีงานส่งเสริมป้องกันทางสุขภาพจิตซึ่งพวกเราดูแลตั้งแต่การคัดเลือกบุคลากรเข้ากองทัพเรือ (นักเรียนจำ นักเรียนนายเรือ นักเรียนพยาบาล และผู้สมัครเข้ากองทัพเรืออื่นๆ) การให้ความรู้ทางจิตวิทยาและสุขภาพจิตแก่นักเรียนทหารหลักสูตรต่างๆ ของกองทัพเรือ บางหน่วยงานมีกำลังพลพิเศษซึ่งต้องการให้ประเมินสุขภาพจิตโดยเฉพาะ (เช่น นักบิน ประดาน้ำ มนุษย์กบ เป็นต้น) ก็จะมีการประเมินทางสุขภาพจิตและสัมภาษณ์ให้เพิ่มเติม

ในงานบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชนั้น เนื่องจากกองทัพเรือได้ร่วมมือกับกรมคุมประพฤติและกรมราชทัณฑ์เปิดสถานฟื้นฟูโรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง โรงเรียนเกษตรนารี หน่วยงานของเราได้ช่วยเหลือให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ทีมเจ้าหน้าที่เป็นระยะ

ปัจจุบันจิตเวชทหารมีบทบาทสำคัญในกองทัพ เริ่มตั้งแต่การเตรียมบุคลากร การให้ความรู้ส่งเสริมป้องกันให้แก่หน่วยทหารรวมทั้งให้ผู้บังคับบัญชาในหน่วยทหารสามารถดูแลกำลังพลที่เริ่มมีปัญาสุขภาพจิตได้อย่างทันท่วงทีและส่งกลับกำลังพลที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้องตามยุทธวิธีที่พวกเราได้ร่วมกันทำงานด้านนี้อยู่ประจำ รวมทั้งได้มีการซักถามปัญหาข้อขัดข้องกับบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งลงไปปฏิบัติหน้าที่หน่วยเฉพาะกิจค่ายจุฬารัตน์หลังปฏิบัติการกิจ ในบางครั้งจะร่วมกับคณะตรวจเยี่ยมของกรมแพทยทหารเรือไปตรวจเยี่ยมหน่วยต่างๆ ทั้งที่ค่ายจุฬารัตน์ จังหวัดนครราชสีมา หน่วย นลช. จังหวัดนครพนม และอื่นๆ

ในปี 2549-2550 ซึ่งเป็นปีมหามงคลที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวครองสิริราชสมบัติครบ 60 ปีและเฉลิมพระชนมายุ 80 พรรษา กองทัพเรือ ได้จัดโครงการลด ละ เลิกบุหรี่ในกำลังพลทหารเรือเป็นโครงการถวายเป็นพระราชกุศลโครงการหนึ่งซึ่งทีมพวกเราได้ช่วยเป็นหน่วยวิชาการให้ความรู้และฝึกอบรมวิทยากรแก่หน่วยขึ้นตรงกองทัพเรืออีกด้วย



นอกจากนี้ทีมพวกเรายังให้ความร่วมมือกับโรงเรียนแพทย์ต่างๆ หน่วยงานราชการอื่นๆ ในการเป็นอาจารย์พิเศษ จิตแพทย์ร่วมตรวจคัดเลือก และ ช่วยเหลืองานสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยอยู่เสมอ  
.....ขอบคุณที่กรุณาบริโภคาอาหารด่วนของผมด้วยครับ.....

## [อ่านต่อจากหน้า 7] ...การตรวจโรดทางจิตเวชก่อนการเกณฑ์ทหาร...

สติปัญญาในคน IQ 69 กับ 70 ไม่ได้ต่างกัน แต่การออกไปรับรองแพทย์ในกรณีเช่นนี้ เราคงต้องยึดกฎเกณฑ์เอาไว้เนื่องจากทางราชการไม่ได้รับอนุญาตไว้ให้เป็น clinical diagnosis ทำให้ผู้ที่วัด IQ ได้ 70 คงไม่ได้รับการยกเว้น แต่ในกรณีที่สงสัยโรคจิต ตามประกาศไม่ได้รับอนุญาต ดังนั้นถ้าผู้ที่มาให้ตรวจมีอาการป่วยมาก่อน รักษาอยู่ที่อื่นอยู่ ถ้ามีข้อมูลให้จิตแพทย์ทหารที่ชัดเจนเชื่อถือได้มาประกอบ จะทำให้เราพิจารณาประเด็นนี้ง่ายขึ้น เช่น ไปรับรองแพทย์จากจิตแพทย์ที่เคยรักษาพร้อมสำเนารายละเอียดประวัติการรักษาแนบมาให้ จิตแพทย์ทหารจะดูข้อมูลประกอบการสัมภาษณ์ ตรวจสอบสภาพจิต และอาจส่งทำแบบทดสอบทางจิตวิทยา การวินิจฉัยโรคที่อยู่ในเกณฑ์โรคจิตหรือโรคที่ทำให้จิตผิดปกติอย่างรุนแรงและถาวรแน่ๆ คือ Schizophrenia ส่วนกลุ่ม mood disorder อย่าง bipolar disorder และ major depression อาจต้องพิจารณา clinical course เป็นรายๆ ไปรวมถึงคุยให้ญาติรับทราบการพยากรณ์โรคและผลที่ตามมาหลังเกณฑ์ทหารด้วย โรคจิตที่ไม่เข้าข่ายเลยคือ กลุ่ม substance หรือ organic induced psychotic disorder โรคอีกกลุ่มที่มีปัญหาหนักขึ้นเรื่อยๆ คือ Autistic disorder หรือ PDD ยังคงเป็นประเด็นที่พิจารณากันอยู่เพราะไม่มีในคำจำกัดความตามกฎหมายกระทรวง ในรายที่วินิจฉัยแน่ชัดและได้พูดคุยทำความเข้าใจกับพ่อแม่แล้วถึงผลได้ผลเสียที่จะเกิดขึ้น ในการลงใบรับรองแพทย์จะลงเป็นโรคจิตหรือโรคที่ทำให้จิตผิดปกติอย่างรุนแรงและถาวร ส่วนในกรณี severe ADHD ไม่มีข้อยกเว้นให้ ต้องไปเกณฑ์ทหารเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม มีข่าวที่ว่ากำลังมีการเสนอปรับปรุงกฎกระทรวงเรื่องโรคที่ขัดต่อการรับราชการทหาร โดยในส่วนของโรคทางจิตเวชได้มีการเสนอให้ระบุลงไปถึงชื่อโรค และครอบคลุมถึงโรคต่างๆ ที่ทำให้สภาวะทางจิตใจไม่เหมาะสมต่อการเป็นทหารกองประจำการ อาจใช้เวลา 1-2 ปี เมื่อมีประกาศแล้วจะนำมาเล่าสู่กันฟังต่อไป



# การตรวจโรคทางจิตเวช ก่อนการเกณฑ์ทหาร



พ.อ.หญิงนภาพร ทิรัญวิวัฒน์กุล, พ.อ.พงศธร เนตราคม

การตรวจเลือกทหารกองประจำการหรือการเกณฑ์ทหารนั้นเป็นไปตาม พรบ.รับราชการทหาร พ.ศ. 2497 มาตรา 7 บัญญัติว่า “ชายที่มีสัญชาติเป็นไทย ตามกฎหมาย มีหน้าที่รับราชการ ทหารด้วยตนเองทุกคน” ดังนั้นหน้าที่ของชายไทยทุกคนต้องรับราชการทหาร พูด่างๆ ว่า “ต้องไปเกณฑ์ทหาร” ซึ่งการรับใช้ชาติด้วยการเป็นทหารเป็นเรื่องที่มีเกียรติมีศักดิ์ศรี เพราะกองทัพไทยจะฝึกฝนผู้เข้ารับราชการทหารให้มีระเบียบ วินัย ฝึกหัดวิชาชีพเพิ่มพูนความรู้ในด้านต่างๆ อันเป็นประโยชน์และมีคุณค่าอย่างมาก การรับราชการเป็นทหารเกณฑ์มีกำหนดเวลา 2 ปี แต่มีข้อยกเว้นและผ่อนผันสำหรับผู้ที่ยังเรียนวิชาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร.ด.) หรือผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับต่างๆซึ่งสามารถหาอ่านเพิ่มเติมได้ในพระราชบัญญัติรับราชการทหารและกฎกระทรวง หรือที่ [www.mod.go.th/misc/officer1.htm](http://www.mod.go.th/misc/officer1.htm)

ตามปกติการเกณฑ์ทหารจะกระทำกันในช่วงเดือน เม.ย. ของทุกปี ปีละครั้ง ผู้ชายไทยที่อายุครบ 20 ปี จะได้รับหมายเรียกซึ่งจะบอก วัน เวลา สถานที่ที่ต้องไปแสดงตัวเพื่อทำการเกณฑ์ทหาร ในการเกณฑ์ทหารแต่ละปีนั้นทางราชการมีความต้องการจำนวนทหารไม่เท่ากัน ดังนั้นจึงมีการคัดเลือก ผู้ชายไทยบางส่วนมาเป็นทหารกองประจำการ อย่างไรก็ตามมีบางคนที่สมัครใจอยากเป็นทหารกองประจำการเนื่องจากเห็นความสำคัญและเห็นโอกาสที่ตนเองจะได้รับจากการเป็นทหาร ก็สามารถยื่นความจำนงได้ ในบางปีบางหน่วยมีผู้ขอสมัครเป็นทหารกองประจำการจนเกินความต้องการของทางราชการ ที่เหลือก็ไม่จำเป็นจะต้องตรวจเลือกกัน การตรวจเลือกนั้น ทางราชการจะตรวจเลือกผู้ที่มีความแข็งแรงสมบูรณ์ และสุขภาพดีเท่านั้น ขนาดของร่างกายที่สมส่วนทางราชการแบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

- กลุ่มที่ 1** เรียกว่า คนได้ขนาดคือ มีขนาดสูงตั้งแต่ 1 เมตร 60 เซนติเมตร ขึ้นไป และมีขนาดรอบตัวตั้งแต่ 36 เซนติเมตรขึ้นไป
  - กลุ่มที่ 2** เรียกว่า คนขนาดดีตรงคือ มีขนาดสูงตั้งแต่ 1 เมตร 59 เซนติเมตร ลงมาถึง 1 เมตร 46 เซนติเมตร และมีขนาดรอบตัวตั้งแต่ 76 เซนติเมตรขึ้นไป คนขนาดดีตรงนี้ หากมีคนกลุ่มที่ 1 เพียงพอในการคัดเลือก คณะกรรมการตรวจเลือกจะคัดออก
  - กลุ่มที่ 3** เรียกว่า คนไม่ได้ขนาดคือ มีขนาดสูงไม่ถึง 1 เมตร 46 เซนติเมตร หรือขนาดรอบตัวไม่ถึง 76 เซนติเมตรอย่างใดอย่างหนึ่ง คนไม่ได้ขนาดนี้ จะไม่สามารถเป็นทหารได้
- ส่วนเรื่องของสุขภาพ จะมีการตรวจร่างกายและจำแนกสุขภาพออกเป็น 4 จำพวก คือ
- จำพวกที่ 1** ได้แก่ คนซึ่งร่างกายสมบูรณ์ดีไม่มีอวัยวะพิการหรือผิดส่วนแต่อย่างใด
  - จำพวกที่ 2** ได้แก่ คนซึ่งมีร่างกายที่เห็นได้ชัดว่าไม่สมบูรณ์ดีเหมือนคนจำพวกที่ 1 แต่ไม่ถึงกับทุพพลภาพ ตามกฎกระทรวงฉบับที่ 47 (พ.ศ. 2517) ออกตามความในพระราชบัญญัติรับราชการทหาร พ.ศ. 2497 เช่น ตาเหล่ ช่องหูมีหนองเรื้อรังและทั้งแก้วหูทะลุ คอพอก มือหรือแขนลีบหรือบิดเก ไล่เลื่อนลงถุง ฯลฯ
  - จำพวกที่ 3** ได้แก่ คนซึ่งมีร่างกายยังไม่แข็งแรงพอที่จะรับราชการทหารทหารในขณะนั้นได้เพราะป่วย ซึ่งจะบำบัดให้หายไม่ได้ภายในกำหนด 30 วัน กรณีนี้ให้เรียกมาตรวจเลือกในปีต่อไป
  - จำพวกที่ 4** ได้แก่ คนพิการทุพพลภาพ หรือมีโรคซึ่งไม่สามารถรับราชการทหารได้ตามกฎกระทรวงฉบับที่ 74 (พ.ศ. 2540) ออกตามความในพระราชบัญญัติรับราชการทหาร พ.ศ. 2497 เช่น ต้อหิน หูหนวกทั้งสองข้าง ลิ้นหัวใจพิการ หิด เบาหวาน กระเทย โรคจิต ไข้ คนเผลอ ฯลฯ

ปัญหามักจะเกิดขึ้นในขั้นตอนตรวจสุขภาพ เพราะบางโรคแพทย์ในคณะกรรมการตรวจเลือกทหารไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ในเวลาอันสั้น เช่น โรคไต โรคทางจิตเวช การตัดสินใจของแพทย์ในคณะกรรมการตรวจเลือกทหารจึงอาจมีความแตกต่างกันไปได้ เช่น บางคนเห็นชอบตามใบรับรองแพทย์ที่ผู้มาเกณฑ์ทหารถือมา แต่บางคนไม่เชื่อเพราะเห็นว่ามาจากแพทย์ที่ ร.พ. เอกชน หรือมาจากแพทย์ที่เพิ่งจบใหม่ บางคนคิดว่าถ้าป่วยจริงคงยอมมาปลดหลังจากเป็นทหารแล้วก็ได้ ทำให้เกิดการร้องเรียน หรือเกิดอันตรายต่อผู้ที่ป่วยจริงแล้วต้องเข้ามาเป็นทหาร รวมทั้งไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ทางราชการต้องการผู้ที่แข็งแรงสมบูรณ์มารับใช้ชาติเท่านั้น จึงเกิดแนวคิด การตรวจโรคทหารกองเกินเพื่อปลดพิการก่อนการตรวจเลือกทหาร คือตรวจหาโรคที่มีตามประกาศกฎกระทรวงฉบับที่ 74 (พ.ศ. 2540) ในผู้ที่ต้องไปเกณฑ์ทหารก่อนวันเกณฑ์โดยเฉพาะโรคซึ่งไม่สามารถตรวจด้วยตาเปล่าหรือต้องใช้เครื่องมือพิเศษทำการตรวจซึ่งถ้ามีโรคเหล่านี้จะจัดเป็นบุคคลจำพวกที่ 4 คือ คนพิการทุพพลภาพ ไม่สามารถรับราชการทหารได้

การตรวจโรคทหารกองเกินเพื่อปลดพิการก่อนการตรวจเลือกทหาร สามารถดำเนินการก่อนที่จะทำการตรวจเลือกทหารในปีนั้นๆ โดยผู้ที่รู้ว่าป่วยหรือสงสัยว่าป่วยเป็นโรคที่ขัดต่อการรับราชการทหารตามประกาศ (ไม่ใช้ขัดต่อการรับราชการตามความรู้สึกของใคร) สามารถมาตรวจเพื่อยืนยันได้ที่ร.พ. ในสังกัดกองทัพบก 19 แห่ง (ตอนนี้ยังระบุให้เป็น ร.พ. ในสังกัดกลาโหมเท่านั้น เวลาเกิดปัญหาสามารถกลับมาตามเล่นงานง่ายหน่อยมั้ง) ทางร.พ. ของทหารจะตั้งกรรมการแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย ถ้าผู้ที่มีป่วยด้วยโรคที่ขัดต่อการรับราชการตามประกาศ จะออกไปรับรองแพทย์ระบุโรคที่เป็นอย่างชัดเจนและมีกรรมการแพทย์เซ็นครบ (ไม่ใช่มีแพทย์เซ็นคนเดียว) ให้ผู้นั้นถือเอาไปยืนยันกับกรรมการตรวจเลือกทหาร ในขณะที่เดียวกันทางร.พ. จะทำการรวบรวมรายชื่อผู้ที่ทางร.พ. ออกใบรับรองแพทย์ให้ ส่งไปยังหน่วยบัญชาการกำลังสำรอง เพื่อแจ้งชื่อไปให้ยังกรรมการตรวจเลือกทหาร ถ้าข้อมูลกับใบรับรองแพทย์ตรงกันทางกรรมการตรวจเลือก จะจัดให้คนนั้นเป็นบุคคลจำพวกที่ 4 ไป สิ่งที่ต้องคำนึงถึงอยู่ด้วยเสมอคือ ใครที่ถูกจัดเป็นบุคคลจำพวกที่ 4 คือเป็นคนพิการทุพพลภาพ คำนี้จะไปปรากฏในใบรับรองผลการเกณฑ์ทหาร หรือที่เราเรียกว่า ใบ สด.43 ซึ่งมักจะมีผลต่อการสมัครงานถ้าเขาขอดู ที่แน่ๆ เลยคืออนาคตไม่มีโอกาสรับราชการได้แน่

สำหรับโรคทางจิตเวชที่ขัดต่อการรับราชการทหารตามประกาศกฎกระทรวงฉบับที่ 74 (พ.ศ. 2540) ได้แก่ จิตเจริญล่าช้า (Mental Retardation) ที่มีระดับเชาวน์ปัญญา 69 หรือต่ำกว่านั้น และ โรคจิตหรือโรคที่ทำให้จิตผิดปกติอย่างรุนแรงและถาวร ถ้าดูตามประกาศนี้จะเห็นว่าถ้าเป็นกลุ่ม MR มาตรวจยืนยันทางจิตแพทย์ทหารต้องขอส่งตรวจเพื่อดูระดับ IQ ถ้าใครทำแล้วผลตรวจ IQ ได้ 70 อันนี้ยุ่งแน่ๆ ครับ เพราะลักษณะอาการทางคลินิกหรือความสามารถทาง



## VIP syndrome... กลุ่มโรคเก่าที่เอามาเล่าใหม่ (ของคนดัง)

นพ.กัมปนาท ตันลิขิตบุรกุล



แม้ข่าวคราวเกี่ยวกับคนดัง คนมีชื่อเสียงในประเทศไทยมีความเจ็บป่วยทางด้านจิตเวชเกิดขึ้นมีไม่บ่อยนัก แต่ก็สามารถทำให้เกิดเรื่องเกิดราวใหญ่โตขนาดว่ามีการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายเป็นจำนวนเงินที่ค่อนข้างสูงได้ นอกจากนี้มีใช้เรื่องธรรมดาของปัญหาในครอบครัว หากแต่ว่าเป็นเรื่องราวที่เกี่ยวข้องพัวพันมาถึงวงการจิตเวชด้วย และที่แน่นอนก็ย่อมมีส่วนทำให้จิตแพทย์มีโอกาสได้เข้าไปเกี่ยวข้อง ในบทบาทที่แตกต่างๆ กันไป ไม่ว่าจะเป็นผู้รักษา กรรมการตรวจพิสูจน์ความจริง (ว่าป่วยหรือไม่ป่วย) และแม้แต่เป็นผู้ให้ข่าวต่อสื่อมวลชน ซึ่งก็ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อวงการจิตเวชในทางที่ตีบข้างไม่ตีบข้าง (ตามความเห็นหรือข้อมูลที่ได้รับมาจากทั้งในวงการจิตเวชเองและจากบุคคลทั่วไป) เรื่องราวที่เกิดขึ้นนี้อาจจะเรียกได้ว่าเป็นประวัติศาสตร์หน้าใหม่ของวงการจิตเวชเมืองไทย แม้ว่าอาจจะมีการตีความคล้ายคลึงกันมาบ้าง แต่ก็อาจจะไม่เป็นข่าว เพราะไม่ใช่คนดังหรือคนพิเศษที่น่าจับตามองเพราะไม่เข้าข่ายที่จะ “ชายข่าว”

คงเริ่มๆ จะเห็นเค้าโครงเรื่องต่างๆ ว่า เรื่องราวที่เกิดขึ้นในปัจจุบันมิใช่เป็นเพียงข่าวธรรมดา แต่มีคนที่ได้ประโยชน์ และเสียประโยชน์เกิดขึ้น และที่ลึกไปกว่านั้นประโยชน์ที่ได้หรือเสียนั้นอาจจะไม่จำเป็นต้องเป็นตัวเงินเสมอไป หากแต่เป็นเรื่องราวที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วย นอกจากนี้ค่านิยมหรือผลกระทบที่จะตามมาในระยะยาวต่อสังคมและต่อวงการจิตเวช (ที่อาจจะสั้นคลอนได้) ก็คือเรื่องความเป็นบุคคลที่มีความพิเศษในสังคม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องรูปร่างหน้าตา ชื่อเสียง การศึกษา รวมถึงฐานะทางการเงินที่อาจจะทำให้หลายๆ คนคล้อยตามไปตามกระแสความเป็นคนพิเศษเหล่านั้น ซึ่งในต่างประเทศเคยมีบัญญัติชื่อกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการนี้ตั้งแต่ปี ค.ศ.1964 ว่า “VIP Syndrome” ซึ่งคงไม่ยากเกินความเข้าใจ แต่อาจจะยากที่จะรู้ตัวหรือระวังตัว ถ้าทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยตกเป็นเหยื่อทั้งเจ็ดโดยไม่รู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม ก็ย่อมจะส่งผลกระทบอย่างรุนแรงแน่นอน

จากกรณีที่เกิดขึ้นล่าสุดของเมืองไทย ที่ทำให้วงการจิตเวชต้องเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องก็คือเรื่องการวินิจฉัยโรค ซึ่งผมเชื่อว่าเป็นเรื่องไม่ได้ลำบากยากเย็นอะไรสำหรับพวกเราชาวจิตแพทย์ที่จะให้การวินิจฉัย เพราะส่วนใหญ่ที่ได้รับฟังและวิเคราะห์ประวัติคร่าวๆ ก็คงพอวินิจฉัยได้แล้ว และก็น้อยมากที่จะมีความเห็นต่างกันขนาดว่าป่วยหรือไม่ป่วยเลยทีเดียว หากแต่เป็นโรคอะไร มีสาเหตุมาจากอะไร นั่นคือสิ่งที่อาจจะถกเถียงกันมากกว่า เพราะเรื่องการบำบัดรักษานั้นคงไม่ยากเกินความสามารถ เพราะโดยทั่วไปเรารักษาตามอาการที่ได้ตรวจพบอยู่แล้ว เพียงแต่ว่าในระยะยาวเรื่องการรักษาแบบป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำก็อาจจะแตกต่างกันตามวินิจฉัยของโรค ประเด็นเหล่านี้ล้วนแต่เป็นประเด็นที่เข้าใจได้ไม่ยากนัก แต่มีประเด็นหรือมุมมองยากๆ ที่แฝงอยู่มากมายที่เราอาจจะไม่สามารถมองเห็นหรือระวังตั้งแต่แรก นั่นก็คือการเข้าไปเกี่ยวข้องกับ case VIP จะเห็นว่ามิประเด็นที่ทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี ซึ่งก็เป็นเรื่องที่น่าให้เราขบคิดกันว่าเหตุใดการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นความทุกข์จากความเจ็บป่วยซึ่งเป็นเรื่องที่ดีกลับกลายเป็นเรื่องที่เลวร้ายขนาดว่ารพ.จิตเวชบางแห่ง หรือแพทย์บางคนถูกทำให้เสียความน่าเชื่อถือหรือภาษาชาวบ้านเรียกว่า “เสียเครดิต” ไปเลยละครับ และถ้าเราลองวิเคราะห์ย้อนหลังกลับไปจะพบประเด็นที่น่าสนใจมากมายดังนี้

- การรับผู้ป่วย VIP ไว้ในรพ. นั้นมักทำให้การดูแลค่อนข้างจะยุ่งยากอยู่แล้ว (แต่เราก็คงปฏิเสธไม่ได้) เพราะมักมีการเรียกร้องสิทธิพิเศษหลายอย่างตามที่เคสผู้ป่วยและญาติเคยได้รับมาก่อนหรือเปรียบเทียบความสะดวกสบายให้ใกล้เคียงกับบ้านตนเองมากที่สุด สรุปว่าต้องได้บริการที่ตีเทียมตามกำลังทรัพย์ที่ตนเองสามารถจ่ายได้ ดังนั้นปัญหาจะไม่เกิดถ้าผู้ให้บริการสามารถให้ได้ แต่ที่น่าเป็นห่วงคือกรณีที่ไม่สามารถตอบสนองให้ได้หรือกรณีของรายที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชซึ่งรู้ๆ กันว่าเป็น stigma รวมถึงการไม่ยอมรับในความเจ็บป่วยของตนเอง ย่อมทำให้ผู้ให้บริการลำบากใจเพิ่มขึ้นไปอีกระดับหนึ่ง ดังนั้นถ้าไม่สามารถที่จะทำให้เรื่องความเจ็บป่วยเป็นความลับได้หรือป้องกันการรบกวนไม่ยอมรับการรักษาจากผู้ป่วยได้ ปัญหาที่คงไม่มี แต่จากตัวอย่างล่าสุดจะเห็นว่า ปัญหาที่สำคัญเกิดจากการที่สถานพยาบาลไม่สามารถรักษาความลับหรือการไม่ยอมรับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ให้ได้ตามความคาดหวังของญาติหรือผู้เกี่ยวข้อง จึงนำมาซึ่งความเสี่ยงระดับสูงคือ การเสื่อมเสียชื่อเสียงของสถานพยาบาล

- ผู้ป่วย VIP ส่วนใหญ่มักเป็นผู้ป่วยที่มีฐานะทางสังคม การศึกษา หรือทางด้านเศรษฐกิจค่อนข้างดีอยู่แล้ว ก็ย่อมทำให้ถูก จับตามองจากสังคมมากเป็นพิเศษ โอกาสที่จะมีการขูดค้ำยหามบต่างๆ ที่ทำให้เกิดเรื่องราวเสียหาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเงินทอง เรื่องชู้สาวหรือเรื่องใดๆ ก็ตามที่เป็นรูปแบบของการได้หรือเสียผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้องก็ย่อมนำมาซึ่ง “ข่าว” ที่อยากจะขายรวมถึงผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว (ทั้งที่ในความเป็นจริง การมีเงินมีฐานะก็ไม่จำเป็นต้องมีเรื่องความขัดแย้งดังที่กล่าวมาเสมอไป) ซึ่งก็โยนโยนไปถึงคนอื่น ๆ อีกมากมาย รวมถึงแพทย์ผู้ให้การรักษา โดยการเหยียดประเด็นของ “ละครน้ำเน่า” มาเป็นต้นแบบ ยิ่งคนไทยบางกลุ่มก็เป็นกลุ่มคนพวกคลั่งละครน้ำเน่า รวมถึงขาดความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช ย่อมถูกชักจูงจากกลุ่มคนที่อ้างว่าปรารถนาดี (แต่ประสงค์ร้าย) ได้ง่าย จึงไม่แปลกที่จะเกิดผลกระทบต่อวงการจิตเวชอย่างชัดเจนจนต้องมีการจัดประชุมใหญ่กันระดับประเทศ (เพื่ออะไรก็ยังไม่ทราบชัดเจนบ้างก็ว่าเพื่อชี้แจงความเข้าใจ บ้างก็ว่าหามาตรการป้องกันในอนาคต หรือปกป้องใครเป็นพิเศษหรือไม่ ก็แล้วแต่จะคิด)

- นอกจากนี้รูปแบบของการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาที่อาจจะไม่เหมือนตามมาตรฐานที่เราเคยทำกัน บางครั้งก็นำไปสู่การตรวจวินิจฉัยตามความต้องการหรือสมมติฐานที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง (โดยเฉพาะญาติพี่น้อง) ได้ตั้งไว้ ยิ่งถ้ามีเรื่องมีราวหรือความขัดแย้งกับใครอยู่ โอกาสที่จะมีลักษณะเพื่อให้เกิด over investigation หรือ over treatment ได้ง่าย แต่นั่นก็ยังไม่เป็นปัญหาเท่ากับ under investigation หรือ under treatment ด้วยเหตุผลเพราะเป็น case VIP จึงอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่ควรจะเป็นหรือเทียบเท่ามาตรฐานที่เคยปฏิบัติกับคนไข้ธรรมดาอื่นๆ รวมนอกจากนี้การนำเสนอข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บางครั้งก็มีการนำเสนอข้อมูลตามความคาดหวังที่ให้เป็นของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง เพียงแต่ไม่ได้เป็นไป





ตามความคาดหวังที่มาตรฐานวิชาชีพให้นำเสนอ นั่นคือ การกลั่นกรองข้อมูลก่อนการนำเสนอ ด้วยเหตุผลที่แพทย์อาจถูก abuse โดยไม่รู้ตัวก็ได้ ยิ่งไปกว่านั้นการตามแก้ข่าวที่หลังอาจจะไม่เป็นผลดีสักเท่าไร เพราะสังคมได้เข้าใจไปแล้ว



• บางครั้งเรื่องการปรารถนาดีที่แพทย์มีให้ต่อผู้ป่วยอาจกลายเป็นความขัดแย้งกับผู้ป่วย ไม่ปรารถนาดี หรือเสียผลประโยชน์ก็ได้ ซึ่งนำมาซึ่งการฟ้องร้อง หรือต้องให้กระบวนการยุติธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง (ทั้งๆ ที่บางรายก็ยังไม่มีการแจ้งคดีความใดๆ) จนทำให้เกิดความสงสัยว่าวิชาชีพแพทย์มีส่วนได้ส่วนเสียกับผลประโยชน์ของผู้ป่วย จนนำไปสู่การถูกคุกคามจากเงื้อมมือของนักกฎหมายหรือไม่ ประเด็นนี้ก็เป็นประเด็นที่น่าคิดถึง อย่างไรก็ตามผมเชื่อว่าความน้อยอกน้อยใจ (จากการที่ไม่ได้รับการยอมรับทั้งจากสังคม และกระบวนการยุติธรรม) ก็ยังไม่สำคัญเท่ากับการที่ผู้ป่วยอีกจำนวนมาก และญาติ มีทัศนคติต่อวงการจิตเวชในแง่ลบจนไม่กล้าเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาจนปล่อยหรือทิ้งผู้ป่วยไว้จนขาดการรักษาอย่างทันท่วงที เนื่องจากวิชาชีพถูกทำให้เสียความน่าเชื่อถือไป เมื่อนั้นสังคมคงจะแค้นมากกว่านี้อ่างแน่นอน

• การนำเสนอข้อมูลด้านความเจ็บป่วยออกสู่สังคม (ซึ่งผมเคยนำเสนอไปบ้าง ในวารสารจิตแพทย์สัมพันธ์เกือบ 2 ปีที่แล้ว) ยังมีปัญหาอยู่มาก ตรงที่มีแพทย์จำนวนไม่น้อย กังวลเรื่องการให้ข่าวต่อสื่อเพราะเกรงผลกระทบต่อสิทธิของผู้ป่วย (ซึ่งการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ดีครับ) แต่ทว่าที่เจอมิใช้อย่างที่กล่าวมา คือพอมีคนที่น่าสนใจออกสื่อออกไป เราก็ไปวิพากษ์วิจารณ์เขาต่างๆ นานา หว่านอุบายดั่งบ้าง ให้ข้อมูลไม่ถูกต้องบ้าง ผมว่าเรามักจะเป็นอย่างนี้กันอยู่เป็นประจำสำหรับผมเองไม่ได้ชอบสื่อ (บางแขนง) มากนัก แต่ก็ไม่เหมาะรวมว่าสื่อเป็นพวกผู้ร้ายที่คอยฉกฉวยผลประโยชน์จากชาวเสียทั้งหมด เพราะเขาก็เป็นคนทำงานที่ต้องหาข่าวเลี้ยงปากเลี้ยงท้องเหมือนกับเรา เพียงแต่ว่าเราจะสามารถที่จะให้ข่าวแล้วเขานำไป “เสนอข่าว” โดยที่ไม่ “ขายข่าว” ได้หรือไม่ ถ้าเราทำดีที่สุดแล้ว เขายังคงทำไม่ได้อยู่ก็คงต้องถือว่าเป็นความไม่ดีของเขา เราก็ไม่จำเป็นต้องโทษตัวเองหรือไปโกรธเสียมากมาย แต่มีอีกประเด็นที่น่ากลัวกว่านั้น คือถ้าบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ “ขายข่าว” เสียเอง เช่น **มักมีการแถลงข่าวโดยใช้ความคิดเห็นตัวเอง โดยที่ไม่มีข้อมูลชัดเจน หรือไม่เคยทราบข้อมูลอย่างแท้จริง การแถลงข่าวรายวัน เพียงเพื่อให้ตนเองได้เป็นข่าว แต่ครอบครัวและผู้ป่วยเดือดร้อนเพราะความอยากดังของคนบางคน หรือกรณีที่ไม่มีการกลั่นกรองข้อมูลก่อนการนำเสนอต่อสื่อ หรือนำเสนอไปผิดๆ แล้วมาตามแก้ทีหลังก็ ยิ่งแย่ไปกันใหญ่** การมีความเป็นเป็นกลางๆ มีสติในการนำเสนอข่าวในแง่บวกที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมบ้างน่าจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมแทนการตอบสนองความต้องการของสื่อที่อยากได้ข้อมูลชนิดคุเด็ดเปิดเผย ในกรณีที่เกิดขึ้นล่าสุด เราสามารถนำเสนอประเด็น ที่เกิดประโยชน์ต่อสังคมได้ มากกว่าการชดช้อยเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น

1. เมื่อมีการพูดถึงความเจ็บป่วยทางด้านจิตเวช หรือที่ภาษาชาวบ้านเรียกว่า “บ้า” นั้น ความจริงคืออะไร โรคเหล่านี้เกิดขึ้นได้อย่างไร เกิดกับใครได้บ้าง คนที่ดูดีมากๆ มีสิทธิ์เจ็บป่วยได้หรือเปล่า หรือเกิดขึ้นเฉพาะคนจนๆ หรือผู้ด้อยโอกาสทางสังคมเท่านั้น เราจะเปลี่ยนคำว่า “บ้า” มาใช้ว่า “ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต” ได้อย่างไร
2. การหามุมมองที่เกิดประโยชน์ทางด้านกฎหมายน่าจะเป็นสิ่งที่ดีที่เราสามารถนำเสนอได้ เช่น กรณีที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชแล้วทำให้การรับรู้โลกแห่งความเป็นจริง หรือการตัดสินใจบกพร่องไป ถ้ามีการทำนิติกรรมสัญญาลงไปในขณะนั้นจะสามารถฟ้องร้องเอาคืนได้หรือไม่ ดีกว่าการสนใจว่าทรัพย์สินสูญหายไปเท่าไรใครเป็นผู้เข้ามามีส่วนร่วมบ้างซึ่งไม่มีประโยชน์เพราะมีขอบเขตของแพทย์ผู้รักษาที่จะต้องมาปกป้องทรัพย์สินของผู้ป่วยโดยตรง (เป็นหน้าที่ของญาติหรือคนในครอบครัว) ซึ่งจะมีผลต่อสัมพันธภาพในการรักษา (therapeutic relationship) ทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้วย
3. ถ้ามีเรื่องราวแบบนี้หรือคล้ายๆ กันเกิดขึ้นในครอบครัวของเราหรือคนในสังคม เราจะมึวิธีการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร หรือถ้ามีคนป่วยในบ้านที่มีภาวะอันตรายเกิดขึ้นเราจะจัดการอย่างไรตอนนี้ภาครัฐเองมีแนวทางช่วยเหลืออย่างไรบ้างที่พูดถึงถึงกฎหมายสุขภาพจิตนั้นความจริงคืออะไรและจะเกิดประโยชน์ต่อตัวเราและสังคมอย่างไรบ้าง
4. ข้อนี้ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญข้อหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจิตเวช นั่นก็คือ ผลกระทบที่ตามมาจากกระแสความอยากรู้อยากเห็นของคนในสังคม ความอยากได้ของคนบางคน และกิเลส ตัณหาของคนที่หลายๆ คน ส่งผลกระทบต่อผู้เสียหาย (ซึ่งในที่นี้ก็คือผู้ป่วย) ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวเลยทีเดียว นั่นก็คือ ถ้าผู้ป่วยได้รับการเยียวยาให้หายพอที่จะรับรู้โลกแห่งความเป็นจริงได้แล้วนั้น ผู้ป่วยจะรับรู้เรื่องราวหรือข่าวคราวของตนเองอย่างไรที่จะไม่ทำให้ทุกข์ใจ เศร้าใจหรือ เครียดกับสิ่งที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะอยู่อย่างไรในสังคมที่เต็มไปด้วยคนที่จับตามอง คอยจ้องวิพากษ์วิจารณ์ โดยที่เบื้องหน้าคนเหล่านั้นปากอาจจะบอกว่า สงสารและเห็นใจ แต่ลับหลังก็อดที่จะพูดถึงหรือนินทาไม่ได้ ธุรกิจ เครดิตทางวิชาการความรู้ต่างๆ ที่ผู้ป่วยสั่งสมมายาวนาน และเป็นหนทางทำมาหากินมาตลอดชีวิต จะเป็นอย่างไรต่อไป ปัญหาการปรับตัว การยอมรับเรื่องความเจ็บป่วย และอีกมากมาย ล้วนแล้วแต่เป็นภาระหนักอึ้งที่ทางผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องแบกรับไป นานแสนนาน ใครจะยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือบ้าง ถ้าพึ่งครอบครัวคงไม่สามารถจะกระดกกันไปเพียงฝ่ายเดียวได้อย่างแน่นอน



ที่กล่าวมาทั้งหมดนั้นมิได้เป็นการวิพากษ์วิจารณ์หรือให้ร้ายใครนะครับ เพียงอยากนำเสนอด้วยความรัก ความห่วงใยเพื่อนร่วมวิชาชีพเดียวกัน รวมถึงแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในวิชาชีพของเรา ซึ่งผมเองก็อาจจะเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้บ้างและได้สัมผัสกับเรื่องราวที่ค่อนข้างใกล้ชิด (ซึ่งเดิมคิดว่าจะรอดตัวไม่ต้องเกี่ยวข้องแล้ว แต่ไม่รอดคำสั่งศาลไปในที่สุด) ทำให้เกิดมุมมองในฐานะที่เป็นจิตแพทย์คนหนึ่ง ที่น่าจะมาแล้วสู่กันฟังสำหรับพี่ๆ น้องๆ ชาวจิตแพทย์ เพื่อว่าวันหนึ่งท่านอาจจะเจอเหตุการณ์แบบนี้เกิดขึ้นกับตัวของท่านเอง รวมถึงสถานพยาบาลของท่าน ท่านจะได้มีวิธีการรับมือกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไร เพื่อนำไปสู่การรักษาแบบมืออาชีพ (profession) ที่สำคัญคือการมี awareness ในฐานะของการเป็นจิตแพทย์ รวมถึงเรื่อง transference และ countertransference ซึ่งจะมีผลอย่างมากต่อกระบวนการบำบัดรักษาและ “การหายป่วย” ของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็น VIP ซึ่งก็สร้างความลำบากใจให้ไม่น้อย ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วย VIP กลับมาเป็นผู้ป่วยธรรมดา นั้น คงมิได้อยู่ที่การเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย หากแต่เป็นการเตือนสติผู้รักษาหรือผู้ที่เกี่ยวข้องว่า เราจะยอมให้เขาเป็น VIP อย่างที่เขาเป็นไปเรื่อยๆ หรือให้เขาเป็นผู้ป่วยคนหนึ่งที่เราต้องให้การรักษาอย่างเต็มที่ตามมาตรฐานของวิชาชีพของเรากันแน่.

# ฟ้าใหม่สีน่านี

พญ.ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์



ช่วงวันที่ 27-30 พฤศจิกายน 2549 ดิฉันได้มีโอกาสเดินทางไป อ.ตะกั่วป่า จ.พังงา เพื่อปฏิบัติงานฟื้นฟูสภาพจิตใจเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากคลื่นยักษ์สึนามิ ซึ่งเป็นการร่วมมือกันของทีมจิตแพทย์เด็กจากหลายสถาบัน โดยมีอาจารย์ผู้ดูแลคือ อ.วินัดดา (รพ.เด็ก), อ.พนม (รพ.ศิริราช), และ อ.ณัฏฐา (รพ.จุฬา) ช่วงเวลา 4 วันที่ลงพื้นที่ครั้งนี้ เราไม่ได้เพียงแต่ลงไปให้บริการประชาชนเท่านั้น แต่เรายังใช้โอกาสและทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า (และพอเพียง) ด้วยการทำงานวิจัยร่วมไปถึงการเรียนการสอนของแพทย์ประจำบ้านด้วย ดิฉันได้รับประสบการณ์ที่ดีและน่าประทับใจหลายอย่างที่อยากจะนำมาเล่าสู่กันฟังในที่นี้ค่ะ

นี่เป็นครั้งที่ 8 แล้วนะคะที่ทีมลงไปทำงานในพื้นที่นี้เริ่มตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมา ครั้งนี้เป้าหมายหลักของเราคือ เด็กนักเรียนชั้น ป.4-ม.3 ของโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 35 จำนวน 434 คน โรงเรียนเดิมในพื้นที่นี้คือ โรงเรียนบางสักคะ เคยมีนักเรียนประมาณ 100 กว่าคน แต่พอลคลื่นมาโรงเรียนก็ถูกคลื่นซัดทำลายทั้งหมดต้องทำการก่อสร้างใหม่แล้วแปลงร่างเป็นโรงเรียนประจำขนาดใหญ่รับเด็กนักเรียนตั้งแต่ชั้นอนุบาลจนถึงชั้นมัธยมปลายทั้งที่ประสบภัยพิบัติและเด็กที่ฐานะยากจนรวมแล้วประมาณ 800 กว่าคน ในขณะที่จำนวนครูมีเพียง 47 คนเท่านั้น และต้องดูแลเด็กทั้งกลางวันกลางคืน 24 ชั่วโมง ลองนึกสภาพคุณนะคะว่าโรงเรียนจะประสบปัญหาหมากน้อยขนาดไหน

แต่ก่อนที่เราจะเดินทางมาถึง ทีมผู้ช่วยคนสำคัญของเราก็ลงมาประจำการอยู่ก่อนแล้วถึง 2 สัปดาห์คะ ทีมนักจิตวิทยาทั้ง 6 คนได้ลงมาสำรวจและเก็บข้อมูลอาการ PTSD และซึมเศร้าของเด็กๆ ไว้หมดแล้ว เมื่อเรามาถึงเราก็ได้เริ่มลุยงานกันเลยคะ เราทำ Clinical interview เด็กที่มีความเสี่ยงสูงในการเป็น PTSD ซึ่งมีราวๆ 100 กว่าคน และเด็กที่เป็นกลุ่มควบคุมอีก PTSD กว่าคน เพื่อเก็บข้อมูลวิจัย หลังจากนั้นจึงนำเด็กที่เป็น PTSD มาเข้ากลุ่มเพื่อทำ Group CBT ไม่น่าเชื่อคะว่าเวลาผ่านไปเกือบ 2 ปีแล้ว แต่เรายังพบเด็กที่เป็น PTSD อีกถึง 35 คน จากนักเรียนที่เข้าสัมภาษณ์ 200 กว่าคน แล้วคนทั้งจังหวัดที่ยังป่วยอยู่จะยังมีอีกเท่าไร

นอกจากโรงเรียนเป้าหมายแล้ว เรายังได้แบ่งทีมออกไปตรวจติดตามเด็กโรงเรียนอื่นๆ ในเขตพื้นที่ อ.ตะกั่วป่าอีก 3 โรงเรียน คือ โรงเรียนบางม่วง โรงเรียนสุทธินอนสุรณ และโรงเรียนวัดคณณียเขต ซึ่งเป็นโรงเรียนที่ได้รับการสำรวจและให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องแล้ว 6-7 ครั้ง ทำให้ปัญหา PTSD, Depression ที่พบก็ลดลงเข้าสู่ระยะฟื้นฟูที่เราจะได้เริ่มดูแลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างอื่นด้วย เช่น LD, ADHD นับเป็น การทำงาน School Mental Health ที่ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะวิกฤตจนถึงระยะพักฟื้นเลยทีเดียวคะ

แต่การทำงานทุกอย่างก็ย่อมต้องมีอุปสรรคหรือปัญหาบ้างนะคะ เช่นเดียวกันกับงานในครั้งนี้ เพราะทีมได้ริเริ่มการทำงานในรูปแบบใหม่ซึ่งไม่เคยมีในประเทศไทยมาก่อน คือ การประสานงานกันระหว่างทีมสาธารณสุขและทีมการศึกษา เพื่อจัดทำโครงการดูแลสุขภาพจิตนักเรียน โดยจัดหานักจิตวิทยาจำนวน 6 คนเข้ามาทำงานประจำในพื้นที่ เพื่อให้การดูแลและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของเด็กนักเรียนในระยะยาวต่อเนื่อง 3 ปี แต่เนื่องจากเป็นตำแหน่งใหม่ในจังหวัด ทำให้ผู้เกี่ยวข้องอาจไม่เข้าใจรายละเอียดการทำงาน เกือบจะบริหารทรัพยากรบุคคลผิดวัตถุประสงค์ก็จำเป็นต้องเจรจาปรับความเข้าใจกันใหญ่คะ ในที่สุดก็ผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆ ไปได้ด้วยดี



ในฐานะแพทย์ประจำบ้าน การลงพื้นที่ครั้งนี้เป็นครั้งแรกที่ดิฉันได้ทำงานกับเด็กในเขตพื้นที่ภัยพิบัติ และได้เรียนรู้ประสบการณ์หลายอย่าง ได้เรียน case PTSD ซึ่งพบได้ไม่บ่อยนักในโรงเรียนแพทย์ (แต่เราพบได้เหลือเพื่อเลยคะในเขตพื้นที่ทั้ง case PTSD และ subclinical PTSD), เห็นการทำกลุ่มจิตบำบัดเด็กที่เป็น PTSD, ได้เห็นงานจิตวิทยาโรงเรียน ตัวจริงเสียงจริง แถมยังเป็น SMH ในโรงเรียนประจำซึ่งขาดความพร้อมในหลายๆ ด้าน, ได้เห็นนวัตกรรมใหม่ของงานสาธารณสุขเชิงรุกที่เข้าถึงชุมชนนักเรียนและต่อเนื่องยั่งยืน, เห็นการแก้ปัญหาความขัดแย้งจากการทำงาน, และเห็นฟ้าใสๆ หาดทรายขาว คลื่นสวยๆ เป็นของแถมจากการทำงาน ทั้งหมดนี้เป็นประโยชน์อย่างมากต่อการทำงานจิตเวชเด็กในอนาคต เป็นการทำงานที่ได้ประโยชน์และสนุกจนแทบไม่อยากที่จะกลับเลยละคะ

ไปแล้วจะอยากไปอีกคะ

พญ.ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์

แพทย์ประจำบ้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่นชั้นปีที่ 3  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย