



# การศึกษาผลการบำบัดรักษา และฟื้นฟู สภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยไข้หวัดนกในเขต 6

ทวี ตั้งเสรี\* พบ., กนกวรรณ กิตติวัฒนาภูล\* พบ., วันนี หัตถพนม\* พยม.,  
ละอียด ปัญญะใหญ่\* กศบ., สุวดี ศรีวิเศษ\* พยบ., อิราพร มณีนาถ\*  
ป.พยาบาล ผดุงครรภ์ และคณะ

## บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยไข้หวัดนกในเขต 6 วิธีการศึกษา ดำเนินการจัดทีมสุขภาพจิตออกหน่วยให้การช่วยเหลือแก่ผู้ประสบภัยไข้หวัดนก ใน 3 จังหวัด จำนวน 361 คน โดยดำเนินการ 2 ระยะ ระยะที่ 1 ขณะประสบภาวะวิกฤต ระยะที่ 2 หลังจากประสบภาวะวิกฤต ติดตามฟื้นฟูสภาพจิตใจ โดยติดตามตามมาตรฐานทักษะการเฝ้าระวังในกลุ่มที่มีคะแนน แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป และโรคทางจิตเวชที่แพทเทิร์ลดความเห็นว่า ควรเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ติดตามเฝ้าระวังภายหลังประสบภัย 1, 3 เดือน และ 6 เดือน จากนั้นยุติการเฝ้าระวังและส่งต่อให้พื้นที่ดูแล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการมาตัวตาย แบบสอบถามผู้ประสบภัยไข้หวัดนกเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้ ผลกระทบทางจิตวิทยา - กรกฎาคม 2547 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยายผลการศึกษา ผู้ประสบภัยไข้หวัดนกเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.9 ชายร้อยละ 34.1 ได้รับความสูญเสียจากการสูญเสียไก่ ร้อยละ 90.9 ค่าความเสียหายอยู่ในช่วง 1-2,000 บาท ร้อยละ 41.3 (ทำสูตรไม่สูญเสีย สูงสุด 2 ล้านบาท) มีคะแนนภาวะซึมเศร้า 6 คะแนนขึ้นไป ร้อยละ 18.8 เสี่ยงต่อการมาตัวตาย ร้อยละ 9.7 แพทเทิร์ลดจิตย์โรค Anxiety disorder ร้อยละ 41.3 Adjustment disorder ร้อยละ 12.7 แพทเทิร์ให้การรักษาด้วยยาทางกายและทางจิตรวมกัน ร้อยละ 55.7 ได้รับบริการปรึกษาและคลายเครียด ร้อยละ 5.8 หลังประสบภัย 1 เดือนได้จัดทีมสุขภาพจิตดูแลต่อเนื่องในพื้นที่เดิม ตามเกณฑ์การเฝ้าระวัง มีผู้มาตามนัด 209 คน มีคะแนนภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ร้อยละ 14.4 เสี่ยงต่อการมาตัวตาย ร้อยละ 4.3 บริการรักษาด้วยยาทางกายและทางจิตรวมกันร้อยละ 55.0 ให้การปรึกษาและคลายเครียด ร้อยละ 5.3 สงสัยที่ดูแลต่อเนื่อง 11 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อไปรับยาโรงพยายาบาลใกล้บ้าน ด้วยโรค Depression 1 คน ที่เหลืออย่างดำรงชีวิตได้ในชุมชนตามปกติ ติดตามเฝ้าระวัง 6 เดือน พบว่า ผู้ประสบภัยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ สรุป ได้รูปแบบการดำเนินการเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากไข้หวัดนก ซึ่งจะประสบผลสำเร็จได้ด้วยองค์ประกอบความร่วมมือของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชนจึงต้องมีการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตให้แก่เครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การช่วยเหลือกลุ่มคนเหล่านี้ หรือบุคคลอื่นๆ ที่ประสบภัยไข้หวัดนกในชุมชน

คำสำคัญ ผู้ประสบภัยพิบัติ การฟื้นฟูสภาพจิตใจ ไข้หวัดนก

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2550; 52(2): 149-161

\* โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชวิถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000



# The study of effectiveness of community intervention for the persons were impact from Avian Influenza

Tavee Tangsere, M.D., Khanogwan Kittiwattanacul, MD, Watchanee Huttapanom, M.Ns, Laid Punyoyai, B. Edu, Suwadee Sriviset, B.Ns, Teraporn Maneenart, Cert. Ns and et al.

## Abstract

**Objectives:** To study the effectiveness of treatment and rehabilitation of the 6<sup>th</sup> Region for Avian Influenza victims.

**Methodology:** Form psychiatric teams, to help 361 avian influenza victims in 3 provinces. There are two stages of study. The first stage is operated during the critical period and the second stage done after the crisis. The follow-up of mental rehabilitation of those with the Depressive Screening Test (DST) score over 6 and those considered needing for surveillance after 1,3 and 6 months. After the surveillance period, the victims are transferred to the local community. The instruments applied in this study include Depressive Screening Test, Suicidal Risk Screening Test and the questionnaire for the avian influenza victims. Data collection is conducted between January-July 2004. Descriptive statistics is applied for data analysis.

**Result:** 65.9% of the victims are females, 90.9% lose their poultry, 41.3% of the loss range from 1 to 2,000 baht. 18.8% of the victims have the Depressive Screening Test score over 6. 9.7% are high suicidal risk, 41.3% are diagnosed as having anxiety disorder. 55.7% are treated by medications for physical and mental illness, 5.8% received counseling and relaxation. One month after, psychiatric team continually work in the area. 209 victims came to meet the psychiatrist according to appointment and found that, 14.4% have Depressive Screening Test score over 6, 4.3% are high suicidal risk. 55.0% are treated by medications for physical and mental illness. 5.3% received counseling and relaxation. 11 victims are transferred to local health personnel. One with depression is referred to the local hospital while the rest live normal life in the community. The result after 6 months surveillance the victims can live normal life in the community.

**Conclusion:** The success of the operation owes a lot to the mental health network personnel in the community; therefore, it is essential to provide the personnel with knowledge and skills for better continual monitoring of the victims with mental problems.

**Key word:** Victims, mental rehabilitation, Avian Influenza

J Psychiatr Assoc Thailand 2006; 52(2): 149-161

\* Khon Kaen Rajanakarindra Psychiatric Hospital, Muang District, Khon Kaen, Thailand 40000

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชานครินทร์ในฐานะที่เป็นหน่วยงานที่ดูแลทางด้านจิตใจแก่ประชาชน 5 จังหวัด ที่อยู่ในความรับผิดชอบ ได้แก่ ขอนแก่น อุดรธานี หนองคาย กافสินธุ์และหนองบัวลำภู ซึ่งได้รับความสนใจเชิงจากการประสบภัยไข้หวัดนก ซึ่งได้ร้องขอเพื่อให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชานครินทร์จึงได้จัดโครงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจให้แก่ผู้ประสบภัยไข้หวัดนก ในเขต 6 เพื่อให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจอย่างต่อเนื่อง ลงเสริมสนับสนุนให้ผู้ประสบภัยสามารถปรับตัวกับภัยพิบัติที่เกิดขึ้น<sup>1</sup> ภายใต้กรอบแนวคิดที่ว่า โดยทั่วไปบุคคลที่ประสบภัยทางด้านจิตใจอยู่นานไม่ได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต และอาจเป็นปัญหาทางจิตประสาทได้ ภาวะวิกฤตมีส่วนช่วยให้บุคคลได้มีการเรียนรู้และเสริมสร้างศักยภาพในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคคลที่สามารถนำตัวเองผ่านภาวะวิกฤตได้ด้วยดี จะเป็นการแก้ปัญหาด้วยตนเอง หรือการให้ความช่วยเหลือโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง สำหรับบุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว การช่วยเหลือดูแลที่ดีและมีศักยภาพของบุคคลกรในวิชาชีพทางการแพทย์และทีมสุขภาพจิต จะช่วยให้บุคคลเหล่านี้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตและการเจ็บป่วยทางจิตได้ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชานครินทร์ได้ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยไข้หวัดนกในเขตพื้นที่ 3 จังหวัดที่เป็นพื้นที่ในความรับผิดชอบโดยให้ความช่วยเหลือในด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ มีการติดตามประเมินผลและเฝ้าระวังปัญหาทางจิตใจทุก 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อให้ผู้ประสบภัยสามารถกลับมาดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ ในการดำเนินงานครั้งนี้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชานครินทร์ ได้นำรูปแบบการดำเนินงานที่สามารถประยุกต์ใช้กับภัยพิบัติต่างๆ ได้ภายใต้ชื่อ JVKK Disaster Care Model<sup>3</sup> (Jitavet KhonKaen หรือ JVKK)

ซึ่งมีการดำเนินงาน 4 ระยะ คือ 1) ขั้นเตรียมการ 2) การนำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจขณะประสบภัยพิบัติ 3) การนำบัดรักษาหลังประสบภัย 4) การประเมินผล ซึ่งผ่านการดำเนินงานปรับปรุงแก้ไขอย่างเหมาะสมแล้ว ซึ่งให้การดำเนินงานครั้งนี้เกิดประสิทธิผลและสามารถช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้ทันท่วงที

## วัสดุและวิธีการ

การศึกษาระยะที่ 1 ขณะประสบภัยไข้หวัดนก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากไข้หวัดนก โดยการสูญเสียสัตว์ปีกและสูญเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว ในพื้นที่ที่เกิดการระบาดของไข้หวัดนกในเขต 6 ใน 3 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น กافสินธุ์ และ หนองคาย ซึ่งทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชานครินทร์ ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้การช่วยเหลือตามโครงการและ มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยมีผู้มารับบริการทั้งหมด 361 คน

การศึกษาระยะที่ 2 ภายหลังประสบภัยไข้หวัดนก 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 1 โดยมีคุณสมบัติตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดดังนี้คือ 1) เป็นผู้ที่มีคุณภาพทางจิตใจดี 2) ไม่เคยเป็นไข้หวัดนกมาก่อน 3) เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่พื้นที่สังคมกว้างขวาง เช่น ตลาด สถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน ฯลฯ 4) ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคจิตเวช 5) ไม่เคยรับการรักษาทางจิตเวช 6) ไม่เคยรับการรักษาทางจิตเวชในอดีต

เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลได้พัฒนาและสร้างขึ้นเองโดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชานครินทร์ ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามผู้ประสบภัยไข้หวัดนก พัฒนาโดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นจิตแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการประสบภัยไข้หวัดนก 3) ข้อมูลเกี่ยวกับอาการการรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจ

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า จำนวน

15 ข้อ พัฒนาโดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชานครินทร์ มี Cut off point ที่ 6 คะแนนขึ้นไป มีค่า Sensitivity ร้อยละ 86.8 ค่า specificity ร้อยละ 79.8<sup>4</sup>

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการม่าตัวตาย จำนวน 10 ข้อ พัฒนาโดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชานครินทร์ มี Cut off point ที่ 2 คะแนนขึ้นไป มีค่า Sensitivity ร้อยละ 84.2 ค่า specificity ร้อยละ 88.0<sup>5</sup>

ดำเนินการโดยจัดทีมสุขภาพจิตออกหน่วยให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัย แบ่งวิธีการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 ขณะประสบภัย ทำการคัดกรองผู้มารับบริการทุกคน โดยใช้คำถามว่า ท่านคิดว่าท่านรู้สึกทุกข์ใจหรือไม่ สบายใจมากจากสภาวะภัยพิบัติ (火災หัวดอก) ในครั้งนี้หรือไม่ ถ้าตอบว่า “มี” รู้สึกทุกข์ใจหรือไม่สบายใจแล้วทำให้เกิดอาการอะไรบ้างแก่ตนเอง เช่น นอนไม่หลับ วิตกกังวล หายใจไม่อิ่มปอดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีสมาธิในการทำงานใดๆ เป็นต้น จากคำตอบดังกล่าว จะได้อาการสำคัญที่ต้องมารับบริการในครั้งนี้ แล้วทำการสรุปว่า ผู้ประสบภัยมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่หลังจากนั้นคัดกรองผู้มารับบริการทุกคนโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ผู้รับบริการที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป จะคัดกรองความเสี่ยงต่อการม่าตัวตาย - ควบคู่กันไป เสร็จแล้วแปลผลและสรุปรายงานส่งพับแพทย์ เพื่อประกอบการวินิจฉัย ให้การบำบัดรักษาตามความเหมาะสม เช่น การรักษาด้วยยา การให้คำปรึกษาหรือคลายเครียด และส่งรายชื่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่รับทราบ

ระยะที่ 2 ติดตามพื้นฟูสภาพจิตใจภายหลังประสบภัย 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังประสบภัย 1 เดือน และ 6 เดือน ให้บริการเฉพาะกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง

การให้บริการจะดำเนินการโดยสัมภาษณ์ผู้รับบริการทุกคน ด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า สำหรับผู้รับบริการที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้า 6 คะแนนขึ้นไป จะคัดกรองด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการม่าตัวตายร่วมด้วย แล้วส่งต่อผู้รับบริการพับแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและให้การบำบัดรักษาที่เหมาะสมต่อไป ส่วนการติดตาม หลังประสบภัย 3 เดือน ใช้ระบบการประสานงานเครือข่ายฯ เพื่อทราบผลการดำเนินงานและเป็นที่ปรึกษา

การประเมินผล ดำเนินการโดย 1) ประเมินผลผลการบำบัดรักษาและพื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัย ใช้หัวดันก สำหรับข้อมูลทั่วไป ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการม่าตัวตาย การวินิจฉัยโรค และการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแยกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ประเมินผลประสิทธิภาพของรูปแบบการดำเนินงานเพื่อการบำบัดรักษาและพื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยในเขต 6 ภายใต้ชื่อว่า JVKK Disaster Care Model เปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งก่อน และ 3) ประเมินปัญหา อุปสรรค และทางแนวทางแก้ไข ระหว่างการดำเนินงานเป็นระยะ

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไปผู้ประสบภัยใช้หัวดันก

1.1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบภัยจากใช้หัวดันกในเขต 6 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.9 อายุอยู่ในช่วง 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 31.8 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.1 รองลงมาสถานภาพสมรสหน้ายร้อยละ 15.0 จากการศึกษาระดับประณีตศึกษา ร้อยละ 75.6 ประกอบอาชีพทำนา ทำไร ร้อยละ 53.5 รองลงมาอาชีพงานบ้าน ร้อยละ 11.7 आ่เภอที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 61.2 รองลงมาเป็นอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 20.8

1.2 การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการประสบภัยจากใช้หัวดันก พบร่วมกับผู้ประสบภัยส่วนใหญ่ได้รับ

ความสูญเสีย ร้อยละ 90.9 จำนวนໄกที่สูญเสียส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-100 ตัว คิดเป็นร้อยละ 77.6 รองลงมา 101-200 ตัว คิดเป็นร้อยละ 7.5 ประมาณค่าความเสียหายที่ได้รับจากการสูญเสียໄกส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 41.3 รองลงมาประมาณค่าไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 18.8 (ต่ำสุดไม่สูญเสีย สูงสุด 2,000,000 บาท)

1.3 การติดเชื้อไข้หวัดนกของบุคคลในครอบครัว พบร่วมกันในครอบครัวไม่มีการติดเชื้อ ร้อยละ 83.1 มีการติดเชื้อร้อยละ 2.8 และไม่ได้ประเมินร้อยละ 14.1 ความทุกข์ใจหรือไม่สบายจากการประสบภัยจากไข้หวัดนกในครั้งนี้ ผู้ประสบภัยมีความทุกข์หรือไม่สบายใจร้อยละ 66.5 อาการที่เกิดจากความทุกข์ใจหรือไม่สบายใจ ตอบว่ามีมากกว่า 2 อาการ ร้อยละ 58.8 รองลงมาคิดมากเรื่องสูญเสียໄก ร้อยละ 15.8 นอนไม่หลับ ร้อยละ 10.4 ปวดศีรษะ ร้อยละ 6.7

## 2. ผลการนำด้วยรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยไข้หวัดนก

2.1 กลุ่มผู้ประสบภัยที่เข้าร่วมโครงการ มีจำนวนทั้งหมด 361 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.9 หลังจากทำการประเมินขณะประสบภัยพบกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ขณะประสบภัยไข้หวัดนกและภายหลังประสบภัย 1 เดือน 6 เดือน

ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า	ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า		
	คะแนนเกิดเหตุการณ์ จำนวน (ร้อยละ)	ภายในหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน จำนวน (ร้อยละ)	ภายในหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มี (5 คะแนนลงมา)	264 (73.2)	176 (84.2)	207 (88.1)
มี (6 คะแนนขึ้นไป)	68 (18.8)	30 (14.4)	27 (11.5)
ไม่ได้ประเมิน	29 (8.0)	3(1.4)	1 (0.4)
รวม	361 (100.0)	209 (100.0)	235 (100.0)

ที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตตามข้อบ่งชี้ที่กำหนด มีจำนวนทั้งหมด 238 คน

เมื่อทำการติดตามหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน มีผู้มาตามนัด 209 คน (คิดเป็นร้อยละ 87.8) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.9 เมื่อทำการติดตามหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน มีผู้มาตามนัด 235 คน (คิดเป็นร้อยละ 98.7) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.1

2.2 เปรียบเทียบระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าและคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างในขณะประสบภัย พบร่วม มีภาวะซึมเศร้า (6 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 18.8 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อประเมินต่อวันแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบร่วม มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 51.5 (หรือร้อยละ 9.7 ของผู้รับบริการทั้งหมด) จากการติดตามหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน พบร่วม มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14.4 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 30.0 (หรือร้อยละ 4.3 ของผู้รับบริการทั้งหมด) และจากการติดตามหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 11.5 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 51.9 หรือร้อยละ 6.0 ของผู้รับบริการทั้งหมด (ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการม่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างขณะประสบภัยไฟไหม้หัดนกและภัยหลังประสบภัย 1 เดือน 6 เดือน

ระดับคะแนนความเสี่ยง ต่อการม่าตัวตาย	ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการม่าตัวตาย		
	ขณะเกิดเหตุการณ์ จำนวน (ร้อยละ)	ภัยหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน จำนวน (ร้อยละ)	ภัยหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มี (0-1 คะแนน)	28 (41.2)	21 (70.0)	12 (44.4)
มี (2 คะแนนขึ้นไป)	35 (51.5)	9 (30.0)	14 (51.9)
ไม่ได้ประเมิน	5 (7.3)	-	1 (3.7)
รวม	68 (100.0)	30 (100.0)	27 (100.0)

2.3 การวินิจฉัยโรคของแพทย์ขณะเกิดเหตุการณ์ พบร่วมกัน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรค anxiety disorder ร้อยละ 41.3 รองลงมาเป็นโรค adjustment disorder ร้อยละ 12.7 หลังการติดตาม 1 เดือน การวินิจฉัยโรคของแพทย์ส่วนใหญ่ยังคงเป็นโรค Anxiety disorder

ร้อยละ 72.7 รองลงมาเป็น โรค Depressive disorder ร้อยละ 7.2 ภัยหลังการติดตามหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน พบร่วมกัน ได้รับการวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ไม่พบความผิดปกติ ร้อยละ 61.3 รองลงมาเป็นโรค Anxiety disorder ร้อยละ 26.0 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างขณะประสบภัย และภัยหลังประสบภัย 1 เดือน 6 เดือน

การวินิจฉัยโรค	การวินิจฉัยโรคของผู้ประสบภัย		
	ขณะเกิดเหตุการณ์ จำนวน (ร้อยละ)	ภัยหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน จำนวน (ร้อยละ)	ภัยหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน จำนวน (ร้อยละ)
1. Anxiety disorder	149 (41.3)	152 (72.7)	61 (26.0)
2. Acute stress disorder	42 (11.6)	1 (0.5)	-
3. Depressive disorder	21 (5.8)	15 (7.2)	7 (3.0)
4. Post traumatic stress disorder	17 (4.7)	3 (1.4)	-
5. Tension headache	12 (3.3)	4 (1.9)	9 (3.8)
6. Adjustment disorder	46 (12.7)	1 (0.5)	-
7. No abnormality detected	5 (1.4)	3 (1.4)	144 (61.3)
8. URI	14 (3.9)	3 (1.4)	-
9. Healthy	22 (6.1)	7 (3.3)	-
10. โรคทางกายอย่างเดียว	12 (3.3)	2 (1.0)	-
11. ไม่ได้พบแพทย์	6 (1.7)	8 (3.8)	-
12. อื่นๆ ระบุ	15 (4.2)	10 (4.8)	14 (5.9)
รวม	361 (100.0)	209 (100.0)	235 (100.0)

2.4 ในด้านการบำบัดรักษา ขณะเกิดเหตุการณ์ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาทางกาย และทางจิตรวมกันมากที่สุด ร้อยละ 55.7 รองลงมาได้รับยา Diazepam และ Amitriptyline รวมกัน ร้อยละ 16.3 หลังการติดตาม 1 เดือน การรักษาส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับยาทางกายและยาทางจิตรวมกัน ร้อยละ 55.0 รองลงมาได้รับยา Diazepam และ Amitriptyline รวมกัน ร้อยละ 16.7 ภายหลังการติดตาม 6 เดือน การรักษาส่วนใหญ่แพทย์ไม่ให้ยา ร้อยละ 45.6 รองลงมาได้รับการรักษาด้วยยาทางกายและยาทางจิตรวมกัน ร้อยละ 25.1

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง ขณะประสบภัยและภายหลังประสบภัย 1 เดือน 6 เดือน

การบำบัด รักษา	ขณะเกิดเหตุการณ์ จำนวน (ร้อยละ)	ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือนจำนวน (ร้อยละ)	ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือนจำนวน (ร้อยละ)
<b>การรักษาที่ได้</b>			
Diazepam	20 (5.5)	3 (1.4)	2 (0.8)
Amitriptyline	-	-	3 (1.3)
Diazepam และ Amitriptyline	59 (16.3)	35 (16.7)	16 (6.8)
Diazepam และ paracetamol	20 (5.5)	9 (4.3)	3 (1.3)
ยาทางกายอย่างเดียว	44 (12.2)	23 (11.0)	45 (19.1)
ยาทางกาย และยาทางจิต	201 (55.7)	115 (55.0)	59 (25.1)
ไม่ได้รับยา	17 (4.8)	12 (5.8)	107 (45.6)
รวม	<b>361 (100.0)</b>	<b>209 (100.0)</b>	<b>235 (100.0)</b>
<b>การส่งต่อเพื่อรับบริการ</b>			
<b>ปรึกษา หรือคลายเครียด</b>			
ส่งต่อ	21 (5.8)	11 (5.3)	5 (2.1)
ไม่ส่งต่อ	340 (94.2)	198 (94.7)	230 (97.9)
รวม	<b>361 (100.0)</b>	<b>209 (100.0)</b>	<b>235 (100.0)</b>

ในขณะเกิดเหตุการณ์แพทย์ได้ส่งผู้ที่มีปัญหาขับขันเพื่อรับบริการให้การปรึกษาและคลายเครียด 21 คน (ร้อยละ 5.8) หลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน ส่งให้การปรึกษาและคลายเครียด 11 คน (ร้อยละ 5.3) หลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน ส่งเพิ่มอีก 5 คน (ร้อยละ 2.1) ปัญหาที่พบจากการให้การปรึกษา ส่วนใหญ่เป็นปัญหาครอบครัวและปัญหาการสูญเสียไป มีจำนวนเท่าๆ กันร้อยละ 23.8 รองลงมาเป็นปัญหาเศรษฐกิจร้อยละ 19.1 (ตารางที่ 4)

ภายหลังการบำบัดรักษา และพื้นฟูสภาพจิตใจ ได้ส่งต่อพื้นที่เพื่อการดูแลต่อเนื่อง 11 คน ในจำนวนนี้ มีผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อไปรับยาโรงพยายาบาลใกล้บ้านด้วยโรค Depression disorder 1 คน ที่เหลือดำรงชีวิตในชุมชน ได้ตามปกติ

**3. รูปแบบการดำเนินงานเพื่อบำบัดรักษา และพื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยในเขต 6** ใช้รูปแบบการดำเนินงานที่เรียกว่า JVKK Disaster Care Model พัฒนาจากกรอบแนวคิดของ Cohen ซึ่งก่อนดำเนินการวางแผนไว้ 2 ระยะ ภายหลังการดำเนินงาน มีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงาน ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติจริง โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (ดูรูปที่ 1)

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ ภายหลังได้รับแจ้งและร้องขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน สุขภาพจิตแต่ละจังหวัด หรืออาจเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์จากข้อมูลและสื่อมวลชนต่างๆ ที่มีสุขภาพจิต จะประสานไปยังแต่ละจังหวัด เพื่อทราบสถานการณ์ ความรุนแรงของการประสบภัย และ วัน เวลา สถานที่ ออกหน่วย หลังจากนั้นจัดประชุมทีมสุขภาพจิตเพื่อวางแผนการดำเนินงาน รวมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์ ทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์

ระยะที่ 2 การบำบัด รักษา และพื้นฟูสภาพจิตใจในขณะประสบภัย

2.1 ทีมสุขภาพจิตโรงพยายาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

2.2 ใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเบื้องต้นกับผู้รับบริการทุกราย หลังจากนั้นจะทำการคัดกรองผู้ป่วยทุกรายด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และคัดกรองต่อด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้มีค่านิยมแผลงภาวะซึมเศร้า 6 คะแนนขึ้นไป หลังจากนั้นสรุปรายงานค่าแผลงผลการคัดกรอง ส่งต่อพับแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคและรับการรักษา

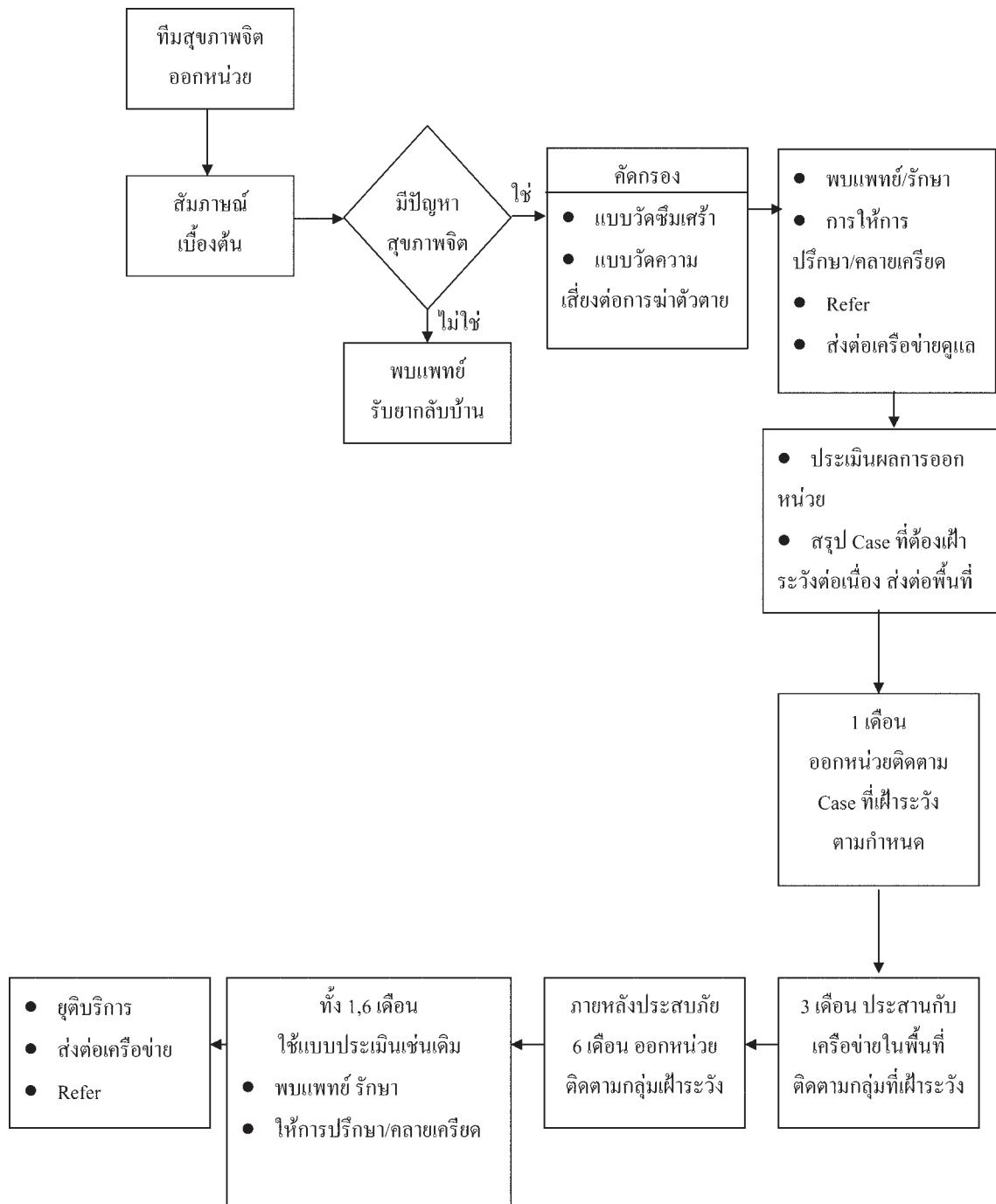
2.3 รับยาและคำแนะนำหาก่อนกลับบ้านในกรณีบางรายที่มีปัญหาซับซ้อนจะส่งต่อรับการปรึกษาหรือคลายเครียด บางรายควรได้รับการดูแลด้านจิตใจต่อเนื่องจะส่งต่อไปยังโรงพยายาบาลใกล้บ้านหรือโรงพยายาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 佳กนั้น สรุปรายชื่อผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังดูแลซ่วยเหลือทางด้านจิตใจอย่างต่อเนื่อง 送ต่อให้เครือข่ายในพื้นที่

ระยะที่ 3 การบำบัด รักษา และพื้นฟูสภาพจิตใจหลังประสบภัย

ติดตามให้บริการผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังต่อเนื่อง ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนด ภายหลังประสบภัย 1 เดือน และ 6 เดือน ส่วนการติดตามหลังประสบภัย 3 เดือน ใช้ระบบการประสานงานเครือข่ายฯ เพื่อทราบผลการดำเนินงาน และเป็นที่ปรึกษาในกรณีที่มีปัญหาในการดูแล

ระยะที่ 4 การประเมินผลและสรุปรายงาน ทำการประเมินผลภายหลังให้บริการในแต่ละครั้ง แต่ละระยะเพื่อเบริยบเทียบผลการดำเนินงาน หากมีปัญหา อุปสรรคจะดำเนินการแก้ไขทันที และประเมินผลในภาพรวม เมื่อสิ้นสุดโครงการ

รูปที่ 1 วุปแบบการดำเนินงานเพื่อบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยไข้หวัดนกในเขต 6



#### 4. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

##### 4.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค

Depressive disorder มีความจำเป็นต้องส่งต่อโรงพยาบาล ใกล้บ้าน ซึ่งต้องรับประทานยาด้านเครวากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) ต่อเนื่อง แต่ยา raksacha โรคกลุ่มนี้บางตัวไม่มีในโรงพยาบาลชุมชน ได้ดำเนินการแก้ไขโดยการจัดส่งยากลุ่ม SSRI ไปให้โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายและประสานให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยรับยาไปให้ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาต่อเนื่อง

4.2 ผู้รับบริการไม่มาตามนัด เมื่อต้อง ติดตามเพื่อระวังปัญหาสุขภาพจิต 1 เดือนภายหลัง ประสบภัย เนื่องจากผู้รับบริการบางส่วนไม่ทำงานต่าง จังหวัดและในตัวเมือง เพื่อหารายได้ทดแทนแก้ไขโดย การประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ ให้แจ้งผู้รับบริการล่วงหน้า 1 เดือน กรณีอยู่ในอำเภอ เมืองจังหวัดของก่อน ทีมสุขภาพจิตออกไปประสาน เครือข่ายสุขภาพจิตด้วยตนเองและสอนวิธีการเก็บ ข้อมูลแก่เครือข่ายฯ เพื่อให้ติดตามประเมินอาการให้ โดยให้ส่งข้อมูลกลับมาภายใน 2 สัปดาห์ ผลจากการ ติดตาม 6 เดือน ผู้รับบริการมาตามนัดเพิ่มขึ้น

4.3 ผู้ป่วยบางรายมีความเสี่ยง ฆ่าตัวตายสูง ไม่พร้อมที่จะเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วย ในของโรงพยาบาล ชุมชน แต่ญาติและเครือข่าย สุขภาพจิตในชุมชนมีความพร้อมในการดูแลได้แก้ไข โดยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนต่อไป โดยแนะนำ ญาติและเครือข่ายสุขภาพจิตทราบ ถึงวิธีการดูแล การสังเกต อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และเป็นกำลังใจ แก่ผู้ป่วยตลอดจน การส่งต่อถ้าเกินความสามารถ

4.4 ผู้รับบริการบางรายอาการเริ่มดีขึ้น ภายหลังประสบเหตุการณ์ 1 เดือนแรก หลังจากนั้น อาการแย่ลงกว่าเดิม เมื่อไปติดตามเยี่ยม 6 เดือน ทั้งนี้ เนื่องจากได้รับค่าชดเชยไก่ตายน้อยกว่าความเป็นจริง จึงทำให้รู้สึกผิดหวัง และสูญเสียเป็นครั้งที่ 2 ได้ช่วย

เหลือโดยการบำบัดรักษาด้วยยาทางจิต ให้การบรึกษา หรือคลายเครียด และส่งต่อเครือข่ายดูแลต่อเนื่อง หาก มีปัญหาสามารถปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

#### วิจารณ์

ภัยพิบัติจากการศึกษาครั้งนี้ ถึงแม้จะเป็นเรื่อง ที่แตกต่างจากภัยพิบัติจากน้ำท่วมหรือภัยพิบัติอื่นๆ แต่ก็เป็นภัยที่ก่อให้เกิดความเสียหายทั้งชีวิตและ ทรัพย์สิน เช่นกัน โดยเฉพาะไข้หวัดนกเป็นโรคที่ไม่เคย มีการระบาดมาก่อนในประเทศไทย ประชาชนส่วนใหญ่ จึงขาดการเฝ้าระวังในเรื่องนี้ ทำให้เกิดการสูญเสียและ ความเสียหายอย่างมากโดยไม่คาดคิดที่ไม่ได้เตรียมการ หรือเตรียมใจมาก่อน ซึ่งนับว่าเป็นสถานการณ์ทั้ง Traumatic situation และ danger situation จึงเกิดเป็นโรค Anxiety disorder มาตรที่สุดในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยในเขต 6 ของ ทวี ตั้งเสรี และคณะ<sup>2</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Rubonic และ Bickman<sup>7</sup> ทั้งนี้อาจเป็นเพราะหาก อธิบายโดยนัยด้วย Psychodynamic theory อธิบายว่า เป็นการตอบสนองของร่างกาย เป็นขบวนการปกติซึ่ง เกิดขึ้นเพื่อกำจัดความวิตกกังวล ซึ่งมีแนวคิดว่า เมื่อมี ความไม่สงบใจเกิดขึ้นจิตมีแนวโน้มที่จะจัดการความ ไม่สงบใจนี้อย่างรวดเร็ว ความไม่สงบใจในรูปของ ความกังวลที่เกิดขึ้น มีสาเหตุมาจากภัยเร้าโดย สถานการณ์ 2 แบบ คือ Traumatic situation หมายถึง สถานการณ์ที่กระทบบุคคลจรุณแรงเกินกว่าที่จะจัดการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มากเป็นการตอบสนองต่อความ กลัวจากสิ่งเร้าที่เกิดเสมอๆ และ danger situation หมายถึง สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดหรือคาดการณ์ล่วง หน้าถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นแล้วไม่สามารถจัดการได้ ส่วนภัยหลังประสบภัย 6 เดือน ส่วนใหญ่ได้รับการ วินิจฉัยว่า ไม่พบความผิดปกติ อาจเป็น เพราะกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปรับตัวจนผ่านพ้นภาวะ

วิกฤตได้ เพราะได้รับการช่วยเหลือจากหลายหน่วยงาน ทั้งการช่วยเหลือด้านการเจ็บป่วยทางร่างกาย จิตใจ และสนับสนุนให้เงินทดแทนที่สูญเสีย สำหรับบุคคลที่ได้รับผลกระทบตัวได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับปฏิกริยาทางจิตใจของผู้ประสบภาวะวิกฤตและการปรับตัว ของกรมสุขภาพจิต<sup>9</sup> กล่าวว่า เมื่อบุคคลเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต บุคคลจะมีปฏิกริยาทางจิตใจเกิดขึ้นทั้งปฏิเสธ ไม่อยอมรับ สับสนทางจิตใจ เกิดการต่อรอง ไม่อยากให้เกิดขึ้น ต่อมารีเมิร์ยอมรับ และรับรู้ต่อการสูญเสียปรับตัวได้ เมื่อพิจารณาผลการศึกษาภายในหลังประสบภัยพิบัติ 6 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยบางกลุ่มที่ยังปรับตัวไม่ได้ และเกิดโรค Anxiety disorder ร้อยละ 26.0 และ Depressive disorder ร้อยละ 3.0 หรือจำนวน 7 ราย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการส่งต่อให้พื้นที่ดูแลต่อเนื่องต่อไป

ผู้ป่วย Depressive disorder ทั้ง 7 รายในจำนวนนี้ มี 1 รายที่ต้องให้การรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี เพราะมีอาการที่เด่นชัด ที่มีความคิดฆ่าตัวตายชัดเจน ทั้งๆ ที่ขณะเกิดเหตุการณ์อาการไม่รุนแรงมาก แต่หลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน มีอาการมากขึ้น เพราะทราบว่าค่าชดเชยการสูญเสียໄกไม่ได้ตามที่วางแผนไว้เนื่องจากเป็นไกชน ราคาตัวละประมาณห้าบาท พันบาทจนถึงห้าหมื่นบาท สูญเสียเงินไปประมาณ 1 ล้านบาท แต่ได้รับเงินชดเชยเพียง 20,000 บาท จึงเกิดการสูญเสียมาก ทำใจยอมรับการสูญเสียไม่ได้ และมีการวางแผนฆ่าตัวตายที่ชัดเจนแต่เนื่องจากที่มีสุขภาพจิตประมีนว่า แหล่งสนับสนุนทั้งในครอบครัว ชุมชน และโรงพยาบาลให้การช่วยเหลือและให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง มีช่องทางต่อวันในการประสานการดูแลได้ตลอดเวลา จึงให้ผู้ป่วยรักษาอยู่ในพื้นที่ที่อยู่อาศัยโดยภรรยาและบุตรช่วยดูแลใกล้ชิด เมื่อประมีนผลครบ 6 เดือนหลังเกิดเหตุการณ์ ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ แต่ยังคงรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สำหรับ 6 รายที่เหลือได้รับการวินิจฉัยโรค Depressive disorder ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่นกัน แต่อาการไม่รุนแรง ซึ่งปัญหา

จากการสูญเสียໄกจากภัยพิบัติ ใช้วัดก้มไม่มาก แต่เนื่องจากมีปัญหาครอบครัวอยู่เดิมจึงเสริมให้มีอาการมากขึ้นเมื่อพบกับภัยพิบัติครั้งนี้ เมื่อยุติบริการ 6 เดือน พบว่าทั้ง 6 รายอาการดีขึ้น ดำรงชีวิตได้ตามปกติ

ในด้านการบำบัดรักษาและพื้นฟูสภาพจิตใจ เมื่อพิจารณาจากการเบรี่ยบเทียบคะแนนภาวะชีมเคร้า ขณะเกิดเหตุการณ์ ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน และ 6 เดือน พบว่า ภาวะชีมเคร้าลดลงจากเดิมตามลำดับ ในขณะที่คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่าขณะเกิดเหตุการณ์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ 6 เดือน หลังเกิดเหตุการณ์ กลุ่มตัวอย่างทุรนถึงผลการช่วยเหลืออย่างชัดเจน ว่าตนเองจะได้รับเงินชดเชยคงเหลือเท่าใด ซึ่งเป็นเงินจำนวนน้อยมาก เมื่อเบรี่ยบเทียบกับการสูญเสียที่ได้รับนอกจากนี้ยังไม่มีใครรู้แน่ชัดว่าจะได้รับเงินเมื่อใด เนื่องจากวัสดุน้ำ จะให้ความช่วยเหลือหลังจากที่ทุกพื้นที่ของประเทศไทยปลดลอกจากการควบคุมของโควิดหรือถูกประกาศให้เป็นพื้นที่สีเขียว ก่อน ซึ่งยังไม่มีใครรู้ว่าจะเป็นเมื่อใด จะอยู่ในกรอบเวลา 3 เดือน ตามที่รัฐบาลกำหนดไว้หรือไม่ และระหว่างที่รัฐออกยันต์กันชนตระกร้ามีชีวิตอยู่ได้อย่างไร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะช่วยเหลือเกษตรกรให้เป็นรูปธรรมได้อย่างไร<sup>10</sup>

สำหรับผลการรักษาเมื่อพิจารณาจากยาทางจิตที่ใช้รักษาผู้ป่วยเบรี่ยบเทียบขณะเกิดเหตุการณ์ และหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน พบว่ายาที่ใช้รักษาส่วนใหญ่คือ Diazepam และ Amitriptyline ซึ่งนอกจากรักษาด้วยยาแล้ว แพทย์ยังได้ส่งกลุ่มผู้รับบริการที่มีปัญชาช้อตนไปรับบริการปรึกษาและคลายเครียดอีกด้วย รวมทั้งส่งต่อผู้ที่อยู่ในข้อบ่งชี้ที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ให้เครือข่ายผู้ป่วยบูติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ช่วยเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง สำหรับแนวทางการให้การบำบัดรักษาและพื้นฟูสภาพจิตใจในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมชาย ตันศิริสิทธิกุล และคณะ<sup>11</sup> ที่ ตั้งเสรี และคณะ<sup>3</sup> ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่

ให้การรักษาด้วยยา Diazepam และ Amitriptyline เช่นกัน เนื่องจากเป็นการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มประสาทภัยพิบิต เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตหากได้รับการบำบัดรักษาและพื้นฟูสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปของการช่วยเหลือโดยการให้การปรึกษา คล้ายเครียด การเยี่ยมเยือนให้กำลังใจ และการช่วยเหลือด้านการรักษา ณ ที่นั่น หรือการช่วยเหลือปัจจัยพื้นฐาน โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้กลุ่มคนเหล่านี้เมื่อสึกได้เดียว ก็จะช่วยให้กลุ่มคนเหล่านี้สามารถปรับตัวได้<sup>12,9,13</sup>

คณะกรรมการสิ้นสุดโครงการนี้ เมื่อ 6 เดือนภายหลังประสบภัยพิบิต ซึ่งอาจแตกต่างจาก Cohen<sup>6</sup> ที่กล่าวว่าการพื้นฟูรูปแบบสภาพจิตใจ อาจใช้เวลานานเป็นปีทั้งนี้เนื่องจากคณะกรรมการผู้วิจัยมีการดำเนินงานในระบบเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ช่วยเหลือการดำเนินงานสุขภาพจิตในทุกระดับตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ซึ่งได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประจำอยู่ณ สถานีอนามัย และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบได้เป็นอย่างดี เนื่องจากได้รับการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องจากแม่ข่ายระดับเขต (โรงพยาบาลจิตเวชของกันและกัน ราชบุรี) มาตลอด 6 ปี ทั้งในรูปแบบการบรรยาย การเผยแพร่คู่มือการปฏิบัติงานเอกสาร ตำรา จดหมายข่าว และการประชุมสัมมนา ตลอดจนการติดตามเยี่ยม เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 จนถึงปัจจุบัน จึงทำให้มั่นใจว่า สามารถบำบัดรักษาพื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างดี จนกระทั่งสามารถปรับตัว恢复正常ชีวิตอยู่ในทุกชนิดตามปกติ

## ข้อเสนอแนะ

1. ความมีการศึกษาและประเมินผลการนำรูปแบบการดำเนินงานเพื่อบำบัดรักษา และพื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบิตไปทดลองใช้ ที่มีการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
2. พัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสบภัย แล้วนำผลการศึกษาที่ได้นำมาพัฒนาเป็นเทคโนโลยีการบำบัดรักษา และพื้นฟูสภาพจิตใจผู้ประสบภัยพิบิตต่อไป
3. ความมีการศึกษาวิจัยโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวชที่ต้องเฝ้าระวัง เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการเชิญปัญหา เมื่อเกิดภาวะวิกฤติในชีวิตในคนกลุ่มนี้ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตกำเริบ
4. ความสำเร็จของการดำเนินงานขึ้นกับหลายปัจจัย โดยเฉพาะความร่วมมือของเครือข่ายทุกระดับ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาเสริมสร้างความรู้ความสามารถทักษะในการประเมิน และการพื้นฟูสภาพจิตใจผู้ประสบภัยในครั้งต่อไป
5. มีการกำหนดช่องทางการติดต่อ กรณีมีปัญหาระริงด่วน ที่ต้องการคำปรึกษาจากแม่ข่ายระดับโรงพยาบาลจิตเวช โดยเปิดให้ติดต่อได้ทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง
6. 在การสั่งยาแก่ผู้ป่วย ในกรณีที่ต้องรับยาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ควรประสานงานกับเครือข่ายโรงพยาบาลทุกแห่งว่ามียาที่ต้องใช้กับผู้ป่วยหรือไม่
7. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยภายหลังการประสบภัย ความมีการนัดหมายผู้รับผิดชอบก่อนล่วงหน้า 1 เดือน เพื่อให้เครือข่ายนัดหมายผู้รับบริการให้มารับบริการให้ได้มากที่สุด
8. มีการประชุมทีมสุขภาพจิตถึงบทบาท แนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรค ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อเกิดการให้บริการที่มีประสิทธิภาพต่อผู้รับบริการมากที่สุด

## เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA. Avian influenza, infection in humans. (Online). Available from: <http://www.cdc.gov/flu/avian/gen-info/avian-flu-humans.htm>. [2004 Aug 30].
2. Rosen A. Crisis management in community. Med J Aust 1997; 167: 633-8.
3. ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนาภูล, วัชnine หัตถพนม, ทัศนีย์ ภุลจนะพงศ์พันธ์. การศึกษาผลการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6. ขอนแก่น : พระธรรมขันต์; 2547.
4. ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนาภูล, ทัศนีย์ ภุลจนะพงศ์พันธ์, วัชnine หัตถพนม, วรากรณ์ รัตนวิศิษฐ์, ไพลิน ปรัชญคุปต์. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. ขอนแก่น : พระธรรมขันต์; 2546.
5. ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนาภูล, ทัศนีย์ ภุลจนะพงศ์พันธ์, วัชnine หัตถพนม, วรากรณ์ รัตนวิศิษฐ์, สุพิน พิมพ์เสน. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น : พระธรรมขันต์; 2546.
6. Cohen RC. Human problem in major disaster : a training curriculum for emergency medical personnel. Washington DC : Government Printing office; 1987:1-23.
7. Rubonic AV, Bickman L. Psychological impairment in the wake of disaster : the disaster psychopathology relationship. Psychol Bull 1991; 109 : 384-99.
8. พุนศ์ร วงศ์สุข, นวัชชัย กฤชณะประภากิจ และ นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. จิตเวชศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา; 2547.
9. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลจิตใจประชาชนในสถานการณ์ระบาดของโรคไข้หวัดนก. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์แห่งประเทศไทย จำกัด; 2547.
10. [http://www.bangkokhealth.com/healthnews\\_htdoc/healthnews\\_H5N1.asp](http://www.bangkokhealth.com/healthnews_htdoc/healthnews_H5N1.asp). [2004 jun25].
11. สมชาย ตันศิริสิทธิกุล, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, ชาวนี มาลัยมาดาตร์. ผลกระทบของอุทกภัยต่อปัญหาสุขภาพจิต. ใน: กรมสุขภาพจิต. การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติดปี 2546. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2546:199.
12. ทศนา บุญทอง. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะวิกฤต. ใน: เบญจพิชญ์ หรือญูนก. การส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2544:145-64.
13. มธุรดา นันทะแสง. Crisis Intervention. (online). Available from : <http://www.md.chula.ac.th/psychi/dent/crisis.htm>. [2004 Aug 13].