



# ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (PTSD) ในเด็กและวัยรุ่นที่ประสบภัยพิบัติทางธรรมชาติ : การเรียนรู้จากโครงการช่วยเหลือนักเรียนที่ประสบภัยสึนามิ 5 ปี ในโรงเรียน อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

พนม เกตุมาน พบ.\*, วิรัตน์ดา ปิยะศิลป์ พบ.\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (post-traumatic stress disorder : PTSD) ในเด็กและวัยรุ่น และรวบรวมประสบการณ์การช่วยเหลือเป็นเวลา 5 ปี ในเด็กและวัยรุ่นที่ประสบภัยพิบัติภัย โดยใช้แนวทางสุขภาพจิตโรงเรียน เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือเด็กที่ประสบภัยพิบัติ **วิธีการศึกษา** รวบรวมและทบทวนรายงานการปฏิบัติงานและผลการวิจัยในเวลา 5 ปี ของโครงการช่วยเหลือนักเรียนที่ประสบภัยพิบัติภัยในโรงเรียน อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา (Psychosocial Intervention Program for Students in Takaupa After Tsunami : PIPSTAT) และทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวกับโรค PTSD ในเด็กและวัยรุ่น

**ผลการศึกษา** จากการทบทวนเอกสารวิจัยเกี่ยวกับโรค PTSD ในเด็กและวัยรุ่นทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่ได้นำมาใช้ในโครงการช่วยเหลือทางจิตใจแก่เด็กและวัยรุ่นที่ประสบภัยสึนามิในโรงเรียน อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 5 ปี พบว่า การช่วยเหลือของโครงการที่ใช้โรงเรียนเป็นศูนย์กลาง (school-based program) ได้ผลดี มีประสิทธิภาพในการเข้าถึงและช่วยเหลือนักเรียนที่ประสบภัยได้รวดเร็ว สะดวก ได้ผลดีในโรงเรียน และเหมาะสมกับสถานการณ์ที่นักเรียนจำนวนมากต้องการความช่วยเหลือในเวลาจำกัด ครูอาจารย์ พ่อแม่ และบุคลากรสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ ทำให้ชุมชนฟื้นตัวได้รวดเร็ว นักเรียนได้รับความรู้และความช่วยเหลือโดยมีการคัดกรองโรค การรักษาฟื้นฟูและส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ผลงานวิจัยที่ทำร่วมด้วยในโครงการสามารถนำมาวางแผนช่วยเหลือและติดตามการรักษา การศึกษาความชุกของโรค PTSD หลังสึนามิ 23 และ 48 เดือน ได้ค่าความชุกของโรคร้อยละ 15.1 และ 18.5 ตามลำดับ โครงการได้สร้างแบบสอบถามคัดกรอง CRIES-8 และ CRIES-13 เป็นฉบับภาษาไทย และใช้การวิจัยทดสอบความเชื่อมั่น และความแม่นยำ พบว่าแบบสอบถามทั้งสองเหมาะสมในการใช้คัดกรองโรค PTSD ในนักเรียน โครงการใช้เทคนิคการช่วยเหลือทางจิตใจสังคมตามแนวทางสุขภาพจิตโรงเรียน (school mental health) ประกอบด้วย การรักษาวិถีกลุ่มบำบัดแบบช่วยเหลือกัน (self help group) การรักษาแบบความคิดและพฤติกรรมบำบัด (cognitive-behavior therapy) การช่วยเหลือครอบครัวนักเรียนและครูอาจารย์ และการฝึกทักษะในการช่วยเหลือเด็ก โครงการเสนอปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ข้อเสนอแนะแนวทางการป้องกันปัญหา การส่งเสริมให้ชุมชนฟื้นตัวและกลับมาช่วยเหลือเด็กโดยเร็วด้วยการให้ความรู้ทางจิตใจสังคมแก่บุคลากรอื่นที่ปฏิบัติงานในชุมชนที่ประสบภัย บทบาทวิธีการปฏิบัติงานที่เหมาะสมของสื่อมวลชนหลังภัยพิบัติ และการสร้างแผนระดับชาติในอนาคตสำหรับป้องกันปัญหาทางจิตใจสังคมแก่เด็กที่ประสบภัยพิบัติต่อไป

**สรุป** การช่วยเหลือทางจิตใจสังคมหลังภัยพิบัติภัยโดยใช้โรงเรียนเป็นศูนย์กลาง มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือนักเรียนที่ป่วยหรือมีอาการของโรค PTSD ความชุกของโรคนี้ในนักเรียนอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา หลังเหตุการณ์ 2 และ 4 ปี สูงถึงร้อยละ 15.1 และ 18.5 ตามลำดับ แบบสอบถาม CRIES-8 และ CRIES-13 ใช้คัดกรองโรคนี้ได้ดี

**คำสำคัญ** ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย ความชุก นักเรียน ภัยพิบัติภัย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552; 54(ฉบับผนวก 1): 81S-106S

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพฯ

\*\* สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรุงเทพฯ



# Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents : Lesson Learned from 5-year Psychosocial Intervention Program for Schools in Takuapa After Tsunami

*Panom Ketumarn M.D\*, Vinadda Piyasilpa M.D.\*\**

## Abstract

**Objectives:** To review the lessons learned from 5 year psychosocial intervention program for children in schools in Takuapa district, Phang Nga after 2004 tsunami in Thailand and to review the literatures of post-traumatic stress disorder in children and adolescents.

**Method:** Extensive reviewing of the previous literatures in post-traumatic stress disorder in children and adolescents was done to establish the psychosocial intervention program for children and adolescents in Takuapa district, Phang Nga province after the 2004 tsunami. The lessons learned from 5-year psychosocial intervention program were reviewed and recommendations to make a national plan for survivors of natural disaster were proposed. This school-based program which was aimed to reintegrate the community and empower the school system, was found efficient and effective in early detection of survivors who need psychiatric services, early intervention and promoting long term rehabilitation and referral system. Prevalence rate of PTSD at 23<sup>th</sup> and 48<sup>th</sup> month after the tsunami were 15.1-18.5% respectively. Two screening questionnaires for PTSD, CRIES-8 and CRIES-13, were developed in Thai version and their psychometric properties and concurrent validities were obtained. Intervention strategies such as school empowering, education, family counseling, group cognitive-behavior therapy for PTSD patients were recommended to use in resource-limited situation.

**Keywords:** PTSD, student, prevalence, tsunami

J Psychiatr Assoc Thailand 2009; 54(Supplement 1): 81S-106S

\* Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

\*\* Queen Sirikit National Institute of Child Health, Bangkok, Thailand

## บทนำ

เหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยสึนามิเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ทำให้เกิดความเสียหายอย่างรุนแรงต่อทั้งร่างกาย จิตใจและทรัพย์สินของประชาชนใน 6 จังหวัดภาคใต้ และมีผลกระทบต่อจิตใจสังคมต่อเด็กและวัยรุ่นจำนวนมาก<sup>1,2,3</sup> ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ได้ร่วมมือกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินโครงการระยะยาวเป็นเวลา 5 ปี เพื่อช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นผู้ประสบภัยพิบัติในอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ซึ่งประสบความสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สินมากที่สุด ใน 6 จังหวัดที่ประสบภัย โดยค้นหาผู้ป่วยให้การรักษาฟื้นฟูโดยเร็วและติดตามต่อเนื่อง เพื่อป้องกันปัญหาการเรียน การดำเนินชีวิตและปัญหาพัฒนาการบุคลิกภาพในระยะยาว นอกจากนี้ยังเฝ้าระวังโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ประสบภัย<sup>4</sup> ได้แก่ โรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (post-traumatic stress disorder: PTSD) โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (major depressive disorder and suicide) และโรคติดสารเสพติด (substance use disorders)

โรค PTSD เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ที่ประสบภัยพิบัติ<sup>5</sup> การศึกษาที่ผ่านมาพบความชุกของโรคนี้ในเด็กและวัยรุ่นที่ประสบภัยร้อยละ 6-25<sup>6,7</sup> ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง<sup>8,9</sup> อาการของโรคมีผลเสียต่อสมาธิ ความจำและผลการเรียน<sup>10,11</sup> การช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นที่ประสบภัยพิบัติในชุมชนควรช่วยในโรงเรียน<sup>12,13</sup> เนื่องจากเด็กสามารถกลับเข้าสู่โรงเรียนได้เร็ว สามารถติดตามเด็กได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ อาการของความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย เช่น ขาดสมาธิ ความจำเสีย ปัญหาพฤติกรรม มักเห็นได้ชัดเจนที่โรงเรียน<sup>14</sup> และการช่วยเหลือแนะนำรวมถึงการติดตามสามารถทำได้ง่ายในโรงเรียน นักเรียนที่มีปัญหาที่ไม่อยากถูกแยกจากกลุ่มเพื่อนมารับการรักษา เพราะอาจรู้สึกเป็นตราบาป<sup>15</sup> อาการเครียดของเด็กลดลงเมื่อรับรู้ว่ามีความช่วยเหลือจากพ่อแม่ เพื่อนและครูในโรงเรียน<sup>16</sup>

ในกรณีที่เพื่อนเสียชีวิตกะทันหันในเหตุการณ์ วัยรุ่นที่ประสบภัยรู้สึกพึงพอใจต่อการช่วยเหลือระดับประคองทางจิตใจ และการได้พูดคุยและร่วมกิจกรรมปกติของโรงเรียน<sup>17</sup> นักเรียนพอใจต่อการช่วยเหลือแบบกลุ่มที่ให้เด็กที่ประสบภัยด้วยกันได้พูดคุยเปิดเผยอาการแก่กัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ว่าอาการหรือผลของภัยพิบัติที่เกิดกับตนเองนั้นไม่ได้เป็นกับตัวเองเพียงคนเดียว ตนเองมิได้แตกต่างจากคนอื่น ๆ อาการที่มีนั้นพบในคนอื่นด้วยเช่นกัน<sup>18</sup> นักเรียนวัยรุ่นมักไม่แสวงหาความช่วยเหลือเนื่องจากอาจรู้สึกขัดแย้งต่อความต้องการเป็นตัวของตัวเอง<sup>19</sup> นอกจากนี้อาการสมาธิและความจำที่เสียไปอาจรบกวนการนัดหมายและการรักษาแบบพูดคุยกัน ควรมีแนวทางใหม่ๆ ที่จะเข้าถึงวัยรุ่นเพื่อป้องกันการขาดการรักษา<sup>19</sup> วัยรุ่นมักเข้าหาบริการทางสุขภาพจิตทางอ้อมผ่านครูและผู้ให้คำปรึกษา<sup>20</sup> การช่วยให้ครูเข้าใจและมีบทบาทช่วยเหลือเบื้องต้นได้ในโรงเรียนจึงเป็นแนวทางที่ดีในการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มักไม่ค่อยไปพบแพทย์

จากการทบทวนการศึกษาระบาดวิทยาหลังภัยพิบัติได้ข้อแนะนำว่า สมควรมีการศึกษาผลกระทบทางสุขภาพจิตระยะยาวทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ควรศึกษาปัจจัยที่ช่วยในการรักษา วัฒนธรรมในชุมชนที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยง และผลที่เกิดตามมา<sup>20</sup> และแนวทางในการช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นควรใช้รูปแบบสุขภาพจิตชุมชน<sup>21</sup> การสำรวจปัญหาเบื้องต้นในชุมชนระยะแรกหลังประสบภัย<sup>22</sup> พบว่าเด็กและวัยรุ่นที่ประสบภัยพิบัติสึนามิครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน และร้อยละ 96.5 กลับเข้าโรงเรียนได้เร็ว โครงการจึงวางแผนการช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นที่ประสบภัยพิบัติดังกล่าว โดยใช้แนวทางของจิตเวชศาสตร์ชุมชน ใช้โรงเรียนเป็นศูนย์กลางและฐานในการทำงาน (school mental health program) เพื่อให้เด็กนักเรียนกลับเข้าสู่ชุมชนโดยเร็ว สามารถช่วยเหลือติดตามได้ง่าย กำหนดพื้นที่เป้าหมายในเขตอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา บทความนี้รวบรวมจากประสบการณ์การทำงานของโครงการช่วยเหลือนักเรียน

ที่ประสบภัยพิบัติภัยในอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 5 ปี<sup>23,24,25</sup> เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นที่ประสบภัยพิบัติทางธรรมชาติที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

## การดำเนินงาน

หลังธรณีพิบัติภัย 2 สัปดาห์ ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และกรมสุขภาพจิต ได้จัดการประชุมระดมสมองจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเพื่อช่วยเหลือเด็กในชุมชน โดยวางแผนปฏิบัติการระดับประเทศ กำหนดวัตถุประสงค์ ยุทธศาสตร์และพื้นที่เป้าหมายให้สอดคล้องกับการดำเนินงานช่วยเหลือและฟื้นฟูทางจิตใจแก่ผู้ประสบภัยของกรมสุขภาพจิต<sup>26</sup> ตั้งเป็นโครงการช่วยเหลือนักเรียนที่ประสบภัยพิบัติภัยในโรงเรียน อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา (Psychosocial Intervention Program for Students in Takaupa After Tsunami : PIPSTAT)<sup>27</sup> ที่มีลักษณะเชิงรุก ใช้แนวทางจิตเวชศาสตร์ชุมชนและสุขภาพจิตโรงเรียน วางแผนปฏิบัติการ จัดอาสาสมัครเป็นคณะผู้ปฏิบัติงานสหวิชาชีพ ประกอบด้วยจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด จำนวนครั้งละ 10-20 คน เดินทางเป็นคณะไปปฏิบัติงานในอำเภอตะกั่วป่า ครั้งละ 5 วัน แบ่งเวลาเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (ดูตารางที่ 1)

### ระยะที่ 1 (6 เดือนแรกหลังภัยพิบัติ)

เนื่องจากโครงการนี้จำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันและความร่วมมือกับหน่วยงานต่างกระทรวงในพื้นที่ก่อนเดินทางคณะทำงานจึงได้ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน ให้เกิดความเข้าใจ ความร่วมมือกัน มีส่วนร่วม และวางแผนร่วมกัน (community participation) ได้แก่ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดพังงา โรงเรียนต่างๆ ในเขตอำเภอตะกั่วป่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา อนามัยอำเภอตะกั่วป่า โรงพยาบาลตะกั่วป่า โรงพยาบาลพังงา และ

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

หลังสึนามิ 6 สัปดาห์ โครงการได้ปฏิบัติงานครั้งแรกเป็นเวลา 5 วันในอำเภอตะกั่วป่า มุ่งเป้าหมายให้เด็กกลับมามีกิจกรรมในโรงเรียนโดยเร็ว<sup>4</sup> พบว่าโรงเรียนที่ไม่ได้รับความเสียหาย หรือเสียหายเล็กน้อยสามารถเปิดเรียนได้ภายใน 2 สัปดาห์หลังภัยพิบัติ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อนักเรียนที่ประสบภัย เนื่องจากเด็กกลับเข้าสู่กิจวัตรประจำวันอย่างรวดเร็ว ได้รับการกระตุ้นประกอบช่วยเหลือที่โรงเรียน มีกิจกรรมเบนความสนใจนักเรียน พ่อแม่รู้สึกปลอดภัยที่เด็กได้กลับโรงเรียน พ่อแม่เองมีเวลาจัดการกับภารกิจของตนเอง เช่น การซ่อมแซมบ้านเรือน การติดต่อขอความช่วยเหลือ การติดตามญาติพี่น้องที่สูญหาย ปัญหาที่พบในบางโรงเรียน คือ ครูอาจารย์บางคนยังไม่พร้อม เนื่องจากตนเองประสบภัยด้วย หรือได้รับบาดเจ็บรักษาตัวในโรงพยาบาล บางคนเกิดอาการกลัว ซึมเศร้า บางคนต้องซ่อมแซมบ้านเรือนตัวเองที่เสียหาย ไม่สามารถกลับมาสอนเด็กได้ตามปกติ ครูอาจารย์เหล่านี้จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือก่อน ในระยะแรกนี้ โครงการจึงเน้นการช่วยเหลือครูอาจารย์ซึ่งได้รับผลกระทบภัยพิบัติกับตนเองให้ฟื้นตัวก่อน เพื่อให้สามารถไปช่วยเหลือนักเรียนต่อไปได้

โครงการใช้กลยุทธ์ให้โรงเรียนเป็นศูนย์กลางในการช่วยเหลือ และส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน<sup>28</sup> โดยการให้ความรู้ครูและนักเรียน คัดกรองและประเมินหานักเรียนกลุ่มเสี่ยง<sup>29</sup> รักษาอาการต่างๆ เช่น อาการช็อคทางจิตใจ ตกใจหวาดกลัว ถดถอยเป็นเด็กกว่าวัย ซึมเศร้าจากการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน หรืออาการของโรค PTSD เทคนิคที่ใช้ช่วยเหลือเด็กที่มีอาการ ได้แก่ การรักษาแบบกลุ่มบำบัดขนาดเล็ก ศิลปะบำบัด การให้คำปรึกษารายบุคคล การสร้างความเข้มแข็งในโรงเรียน (school empowerment) การอบรมให้ความรู้และทักษะแก่ครูอาจารย์เพื่อเป็นหลักในการช่วยเหลือเด็กที่ประสบภัย การจัดกิจกรรมให้เด็กผ่อนคลายและฟื้นตัว การให้คำปรึกษาทั้งแก่นักเรียนและพ่อแม่ การจัด

ระบบส่งต่อ (referral system) รองรับนักเรียนมีปัญหา มากเกินความสามารถของครู โครงการได้ประสานงาน สร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลตะกั่วป่า และศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ประสบภัยสึนามิ ของกรม สุขภาพจิต ที่ตั้งอยู่ในอำเภอตะกั่วป่า นอกจากนี้ยังมี การจัดอบรมความรู้และทักษะบุคลากรสาธารณสุขใน พื้นที่ให้สามารถดูแลเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัย ให้ความรู้ ทางสุขภาพจิตแก่ประชาชน และช่วยคัดกรองผู้ที่มี ปัญหาสุขภาพจิต ให้คำแนะนำและส่งต่อผู้ป่วยไปยัง หน่วยงานของกรมสุขภาพจิตในอำเภอตะกั่วป่า

เดือนที่ 3 หลังสึนามิ โครงการปฏิบัติงานใน พื้นที่ครั้งที่ 2 ได้ติดตามกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยที่ได้รับการ วินิจฉัยโรคในครั้งแรก และคัดกรองเพิ่มเติมใน นักเรียนโรงเรียนต่างๆ เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงที่ต้องการ ความช่วยเหลือ ตรวจสอบเพื่อวินิจฉัยโรคทางจิตเวช และให้การรักษแบบกลุ่มบำบัดแก่นักเรียนที่ป่วยหรือ มีอาการ การช่วยเหลือพบว่ากลุ่มบำบัดขนาดเล็ก (small group therapy) สามารถทำได้ง่าย ประหยัดเวลาและ ค่าใช้จ่าย ช่วยเหลือนักเรียนจำนวนมากได้พร้อมๆ กัน นักเรียนดีขึ้นจากอาการโรค PTSD อย่างรวดเร็ว โครงการ สร้างคู่มือการรักษาแบบกลุ่มขนาดเล็ก โดยใช้แนวทาง ความคิดและพฤติกรรมบำบัด (cognitive-behavior therapy) โดยเน้นที่การเผชิญกับภัยพิบัติ (trauma focused)<sup>30,31</sup> เผยแพร่คู่มือนี้แก่ผู้รักษาที่เกี่ยวข้อง และ ใช้เป็นแนวทางการช่วยเหลือที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

โครงการยังพบว่าพ่อแม่แม่เลี้ยงจำนวนหนึ่ง มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากสึนามิ และต้องการ ความช่วยเหลือทางจิตใจด้วยเช่นกัน การใช้กลุ่มบำบัด แบบช่วยเหลือกัน (self-help group) แก่พ่อแม่ในโรงเรียน สามารถทำได้ง่าย นอกจากนี้เมื่อพ่อแม่อาการดีขึ้นแล้ว สามารถนำความรู้และคำแนะนำไปช่วยเหลือเด็กที่บ้าน ได้สอดคล้องกับการรักษาที่โรงเรียน

เดือนที่ 6 หลังสึนามิ โครงการปฏิบัติงานใน พื้นที่ครั้งที่ 3 พบว่าครูอาจารย์และบุคลากรในพื้นที่ มีความรู้ทักษะในการช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียนได้ดี

พอสมควร จึงได้ประสานงานเพื่อให้กรมสุขภาพจิต จัดการอบรมเพิ่มเติมในอำเภอตะกั่วป่าในระยะต่อมา

### ระยะที่ 2 (6-36 เดือนหลังภัยพิบัติ)

โครงการจัดคณะทำงานเดินทางไปปฏิบัติงาน ทุก 6 เดือน ช่วยเหลือนักเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่า เป็นโรค หรือมีอาการโรค PTSD โดยยังใช้โรงเรียน เป็นหลัก ด้วยการรักษแบบกลุ่มบำบัด บางรายเพิ่มเติม การบำบัดรายบุคคล ร่วมกับการให้คำปรึกษารอบครัว และช่วยเหลือต่อเนื่องในโรงเรียนโดยครูอาจารย์ที่ได้รับการ อบรมเรื่องการช่วยเหลือนักเรียนที่ประสบภัยมาแล้ว ทำให้ครูสามารถจัดสิ่งแวดล้อม จัดการเรียน จัดกิจกรรม พื้นฟูและปรับประคับประคองจิตใจ ให้คำปรึกษาแนะนำ และส่งต่อนักเรียนที่ครูไม่สามารถช่วยเหลือได้ด้วย ตนเอง ไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงที่มีบุคลากรสุขภาพ จิตที่ได้รับการฝึกอบรมเช่นกัน หรือส่งต่อไปยังศูนย์ฟื้นฟู สุขภาพจิตผู้ประสบภัยสึนามิ<sup>26</sup> กรมสุขภาพจิต ที่ตั้งอยู่ที่ อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา

ผลการช่วยเหลือหลังภัยพิบัติผ่านไป 1 ปี<sup>2</sup> พบว่ายังมีนักเรียนป่วยหรือมีอาการของโรค PTSD เช่น อาการหวาดกลัวเวลาได้ยินเสียงดัง ตื่นตระหนกง่ายต่อ ข่าวลือ ก้าวขยาดและสถานที่เกิดเหตุ นอกจากนี้ ยังพบผู้ที่ยังมีอาการหรือผู้ป่วยใหม่ดังตารางที่ 2

โครงการได้จัดทำหนังสือคู่มือปฏิบัติงานสำหรับ บุคลากรสุขภาพจิต ในการช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่น เพื่อ ให้เป็นมาตรฐานในการช่วยเหลือ และยังได้ร่วมมือกับ กรมสุขภาพจิต ผลิตรายชื่อในการช่วยเหลือผู้ประสบภัย<sup>4,32</sup> และได้แนะนำแนวทางช่วยเหลือไปเผยแพร่และปรับเปลี่ยน วิธีการช่วยเหลือ<sup>25,27</sup>

หลังจากภัยพิบัติผ่านไป 23 เดือน โครงการทำ การวิจัยเชิงระบาดวิทยาสำรวจ<sup>24,25</sup> ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ที่นักเรียนจำนวนมากประสบภัย เพื่อหาความชุก ของโรค PTSD พบว่าความชุกของโรค PTSD ยังสูงถึง ร้อยละ 15.1 ในการปฏิบัติงานปีแรกพบว่า โครงการ ขาดเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง PTSD การวิจัยครั้งนี้ จึงได้สร้างและศึกษาเครื่องมือคัดกรอง PTSD ใหม่ โดย

การแปลแบบสอบถาม IES-R เป็นภาษาไทย เพื่อใช้  
 ในเด็กและวัยรุ่นในชุมชนที่ภัยพิบัติต่อไป

นอกจากนี้โครงการได้สร้างทีมงานสุขภาพจิต  
 ในชุมชนเพิ่มเติม เพื่อช่วยเหลือโรงเรียนที่มีนักเรียน  
 จำเป็นต้องติดตาม 6 โรงเรียน ประกอบด้วยนักจิตวิทยา  
 โรงเรียนจำนวน 6 คน ปฏิบัติงานเป็นเวลา 3 ปี (ตุลาคม  
 พ.ศ. 2549 - กันยายน พ.ศ. 2552) ภายใต้การดูแลของ  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา และผู้อำนวยการ  
 โรงเรียนทั้ง 6 โรงเรียนดังกล่าว โดยได้รับเงินบริจาค  
 จำนวน 3 ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบุคลากร  
 ดังกล่าว

### ระยะที่ 3 (36-60 เดือนหลังภัยพิบัติ)

จากการติดตามค้นหาและช่วยเหลือผู้ป่วย 3 ปี  
 หลังสึนามิพบว่า มีนักเรียนจำนวนหนึ่งที่ยังป่วยเป็น  
 โรค PTSD<sup>25</sup> และนักเรียนจำนวนไม่น้อยย้ายโรงเรียน

หรือย้ายบ้าน หลังสึนามิ 48 เดือนโครงการจึงได้ค้นหา  
 ผู้ป่วยใหม่อีกครั้งหนึ่ง โดยดำเนินการไปพร้อมกับภารกิจ  
 ทางระบาดวิทยาหาความชุกของโรค PTSD ใช้วิธีการ  
 ศึกษาเดียวกับการศึกษานำร่องเพื่อหาความชุกของ  
 โรค PTSD หลังสึนามิ 23 เดือน<sup>23</sup> พบว่านักเรียนชั้น  
 ประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียน  
 6 โรงเรียนที่นักเรียนประสบภัยพิบัติมากที่สุด ในอำเภอ  
 ตะกั่วป่า มีความชุกของโรค PTSD ร้อยละ 18.5 ตาม  
 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV และร้อยละ 30.1  
 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10

การศึกษาความชุกของโรคครั้งนี้ทำให้ค้นพบ  
 นักเรียนที่เป็นโรค PTSD และที่ยังมีอาการของโรค PTSD  
 เหลืออยู่ คณะผู้วิจัยจึงให้ความช่วยเหลือนักเรียน  
 เหล่านั้น ร่วมกับการให้ความรู้ ฝึกอบรมทักษะครู และ  
 จัดกิจกรรมฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียน

## สรุปการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 การปฏิบัติงาน 5 ปี (พ.ศ. 2548-2552) ทีมปฏิบัติการในพื้นที่ จำนวน 17 ครั้ง

ช่วงเวลา	จำนวนครั้ง	กิจกรรม	บุคลากร
ระยะที่ 1 0-6 เดือน	3 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 6, 12 และ 24)	1. สำรวจปัญหาสุขภาพจิต 2. จัดกิจกรรมให้ความรู้ในโรงเรียน 3. จัดกิจกรรมให้ความรู้บุคลากรสาธารณสุข 4. คัดกรองนักเรียนหานักเรียนกลุ่มเสี่ยง หรือผู้ป่วย 5. ช่วยเหลือเบื้องต้น 6. สร้างระบบส่งต่อ	ทีมสหวิชาชีพ 10-20 คน (จิตแพทย์ 10 คน)
ระยะที่ 2 6-36 เดือน	3 ครั้งต่อปี (ทุก 4 เดือน)	1. ติดตามผู้ป่วยเก่า รักษาฟื้นฟู 2. สร้างคู่มือการช่วยเหลือ 3. วิจัยนำร่อง หาความชุกของโรคหลัง 23 เดือน 4. สร้างเครื่องมือคัดกรองโรค PTSD (CRIES-8 and CRIES-13)	ทีมสหวิชาชีพ 10-20 คน (จิตแพทย์ 10 คน)
ระยะที่ 3 36-60 เดือน	2 ครั้งต่อปี (ทุก 6 เดือน)	1. ติดตามผู้ป่วยเก่า รักษาฟื้นฟู 2. วิจัยทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือคัดกรอง โรค PTSD (CRIES-8 and CRIES-13) 3. วิจัยทางระบาดวิทยา หาความชุกของโรค PTSD 48 เดือน 4. ค้นหาผู้ป่วยใหม่ รักษาฟื้นฟู 5. อบรมนักจิตวิทยาโรงเรียน 6. สร้างระบบการดูแลทางจิตใจในโรงเรียน	จิตแพทย์ 10 คน



ตารางที่ 2 อัตราร้อยละการพบโรค PTSD (DSM-IV) 6 สัปดาห์-48 เดือน ในโรงเรียน 7 โรงเรียน (จำนวนที่เป็นโรค/จำนวนนักเรียนทั้งหมดในโรงเรียน)

โรงเรียน	6 สัปดาห์	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	18 เดือน	23 เดือน	26 เดือน	48 เดือน
บ้านน้ำเค็ม				27.7 (74/267)		13.4 (35/262)	5 (13/262)	5 (5/101)
บ้านบางม่วง		4.2 (26/622)		14.1 (40/284)	8.9 (51/574)	2.4 (15/627)	1.6	12.8 (12/94)
ราชประชานุเคราะห์ 35	11.6 (5/43)			-		9.2 (40/436)	8.5 (37/436)	11.4 (83/730)
ตะกั่วป่าเสนาอนุกุล				-	-	-	-	3.1 (7/225)
บ้านปากวีป			10 (7/70)	-	18.9 (10/53)	-	-	-
วัดคมนีย์เขต								0 (0/107)
สุทินอนุสรณ์		2.7 (26/959)			0.5 (4/800)			4.6 (3/66)

### บทเรียนจากการปฏิบัติงานโครงการ

โครงการได้สรุปการเรียนรู้ที่ได้จากโครงการ เพื่อเป็นแนวทางแก่ผู้ปฏิบัติงานกับเด็กและวัยรุ่นที่ประสบภัยพิบัติ ดังนี้

#### 1. อุบัติการณ์และการดำเนินของโรคในโรงเรียนต่างๆ หลังภัยพิบัติ 6 สัปดาห์ ถึง 48 เดือน

จากการติดตามผู้ป่วยหลังเหตุการณ์สึนามิ<sup>2</sup> ในโรงเรียนต่างๆ ในเวลาต่างๆ พบว่า พบอัตราการตรวจพบโรคดังกล่าว แตกต่างกัน และขึ้นลง ดังตารางที่ 2 ซึ่งอาจเกิดจากการย้ายโรงเรียนของนักเรียนใน ระยะเวลา 4 ปีที่ผ่านมา สรุปการช่วยเหลือหลังภัยพิบัติ 48 เดือน พบว่ายังพบว่านักเรียนที่ยังป่วยโรค PTSD รวมจำนวน 110 คน จาก 7 โรงเรียน มีข้อสังเกตว่า โรงเรียนที่ได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและต่อเนื่องหลังสึนามิ เช่น โรงเรียนบ้านบางม่วง มีอัตราการพบโรคที่เวลา 4 ปี น้อยกว่าโรงเรียนอื่นที่ไม่ได้รับ

ความช่วยเหลือ ทั้งนี้ น่าจะเป็นผลจากการช่วยเหลือนักเรียนในระยะแรก ช่วยให้เด็กจำนวนหนึ่งอาการดีขึ้น โรงเรียนบางแห่งยังมีจำนวนนักเรียนเป็นโรคมาก ไม่ลดลงตามเวลา เช่น โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 35 อาจเกิดจากการย้ายโรงเรียนของเด็กที่ประสบภัยมาเรียนที่โรงเรียนนี้มาก เนื่องจากโรงเรียนได้เปลี่ยนสภาพเป็นโรงเรียนประจำ ที่รองรับเด็กกำพร้าและเด็กประสบภัยทุกคน มีสวัสดิการแก่เด็กมากกว่าโรงเรียนอื่น จึงอาจทำให้เด็กที่ประสบภัยย้ายเข้ามามาก ทำให้พบความชุกของโรคสูง

#### 2. ความชุกของโรค PTSD

โดยทั่วไปโรค PTSD เป็นโรคที่มีรายงานอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 4 ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด ความชุกชั่วชีวิตในผู้ชายพบร้อยละ 10.3 ผู้หญิงพบร้อยละ 18.3 คนทั่วไปมีโอกาสพบภัยพิบัติอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต และร้อยละ 25 ของผู้ประสบภัยจะเกิดโรค PTSD<sup>33</sup>

การศึกษาความชุกของโรค PTSD ในเด็ก 8 สัปดาห์หลังสึนามิ ในศูนย์พักพิง จังหวัดพังงา<sup>34</sup> พบว่าความชุกของโรค PTSD ร้อยละ 13 การศึกษาต่อมาหลังสึนามิ 9 เดือนพบว่า ความชุกลดลงเป็นร้อยละ 10 ความแตกต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.43)

หลังสึนามิ 23 เดือน โครงการได้ศึกษานำร่องทางระบาดวิทยา<sup>23</sup> หาความชุกของโรค PTSD ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึง มัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนแห่งหนึ่งที่เด็กประสบภัยมากที่สุด และเพื่อศึกษาแบบสอบถามคัดกรองโรค PTSD (CRIES-8) ผลการศึกษาพบความชุกของโรค PTSD ร้อยละ 15.1 ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV และร้อยละ 38.8 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 พบว่านักเรียนที่ป่วยเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาตอนปลายมากกว่าชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นด้วยอัตราส่วน 5 ต่อ 3 เพศหญิงมากกว่าชายด้วยอัตราส่วน 3 ต่อ 1

ต่อมาหลังเหตุการณ์ภัยพิบัติ 48 เดือน โครงการได้ศึกษาทางระบาดวิทยาหาความชุกของโรคอีกครั้ง โดยใช้วิธีการศึกษาเดียวกัน ในโรงเรียน 6 โรงเรียน

ที่ประสบภัยพิบัติ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 ทุกคน พบว่าความชุกของโรค ร้อยละ 18.5% ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) และร้อยละ 30.1 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)

เมื่อเปรียบเทียบความชุกของโรคที่ได้ระหว่างการศึกษา 2 ครั้ง (หลังสึนามิ 23 เดือนและ 48 เดือน) พบว่าตาม DSM-IV เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 15.1 เป็น 18.5 แต่ตาม ICD-10 ลดลงจาก ร้อยละ 38.8 เป็น 30.1 ดังตาราง 4

การเพิ่มขึ้นของความชุกนี้อาจอธิบายได้ดังนี้

1. เวลาที่ศึกษาที่แตกต่างกัน จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นในการศึกษาคั้งที่ 2 นั้นน่าจะสังเกตว่าอยู่ในกลุ่มชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ซึ่งในขณะที่การศึกษาคั้งแรกเด็กกลุ่มนี้จะอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3 ซึ่งไม่ได้อยู่ในกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากแบบสอบถามนั้นใช้ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ขึ้นไป เมื่อเวลาผ่านไป 2 ปี เด็กกลุ่มนั้นเติบโตขึ้นเข้ากลุ่มเป้าหมายของการวิจัยที่ 48 เดือน แสดงว่าหลังสึนามิ เด็กเล็กกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 หลายคนอาจเริ่มป่วยแล้ว แต่ไม่

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความชุกของโรค PTSD หลังสึนามิ 23 เดือนและ 48 เดือน

เวลาที่การศึกษาหลังภัยพิบัติ (เดือน)	ความชุกของโรค PTSD (%)	
	DSM-IV	ICD-10
23	15.1	38.8
48	18.5	30.1

ตารางที่ 4 ความชุกของโรค PTSD (DSM-IV) หลังสึนามิ

สถานที่	8 สัปดาห์	9 เดือน	23 เดือน	48 เดือน
ค่ายพักพิงชั่วคราว	13	10		
ในอำเภอตะกั่วป่า	(22/167)	(12/119)		
ร.ราชประชานุเคราะห์			15.1	
ร.6 โรงเรียนในอำเภอตะกั่วป่า				18.5



ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคในระยะแรกเนื่องจากขาดแบบสอบถามคัดกรองสำหรับนักเรียนต่ำกว่า ประถมศึกษาปีที่ 4 ผลการวิจัยนี้สนับสนุนว่าหลังภัยพิบัติควรสำรวจค้นหาโรค PTSD ในเด็กที่อายุน้อย หรือเรียนต่ำกว่า ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ด้วยเช่นกัน และในการค้นหาเด็กป่วยในโรงเรียน น่าจะมีเครื่องมือที่ใช้คัดกรองที่เหมาะสมสำหรับนักเรียนชั้นอนุบาลถึงประถมศึกษาปีที่ 3 ด้วย เพื่อค้นหาผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือได้ครบถ้วน<sup>24,35</sup>

2. นักเรียนที่ประสบภัยได้ย้ายจากโรงเรียนเดิมมาสู่โรงเรียนที่ทำการวิจัยมากขึ้น เนื่องจากเหตุผลทางเศรษฐกิจและนโยบายของโรงเรียนและเขตพื้นที่การศึกษา ได้กำหนดให้โรงเรียนที่ใหญ่ที่สุดของการวิจัยนี้เป็นโรงเรียนรองรับเด็กประสบภัยและเด็กกำพร้าจากภัยพิบัติ สามารถเข้าเรียนแบบประจำได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทำให้เด็กที่ประสบภัยซึ่งมีโอกาสเกิดโรคสูงอยู่แล้วเข้ามาเรียนในโรงเรียนนี้มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความชุกตามเกณฑ์ ICD-10 พบว่าความชุกของ PTSD ลดลงจากร้อยละ 38.8 เป็น 30.1 ขณะที่ความชุกของโรคตาม DSM-IV กลับเพิ่มขึ้น ความแตกต่างนี้อธิบายได้ว่า นอกจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรค 2 ระบบที่แตกต่างกัน ทำให้ได้ค่าความชุกแตกต่างกันมากแล้ว เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 จะวินิจฉัยได้โดยผู้ป่วยมีอาการน้อยกว่าการใช้เกณฑ์ DSM-IV ทำให้ค่าตัวเลขความชุกของโรคตาม ICD-10 สูงกว่า DSM-IV อย่างมาก ผู้ป่วยที่วินิจฉัยตาม ICD-10 จึงอาจมีความรุนแรงของโรคน้อยกว่า และผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงหรืออาการน้อย (ตาม ICD-10) จะหายเร็วกว่าผู้ป่วยที่มีอาการมาก (ตาม DSM-IV)

ความชุกของโรค PTSD หลังจากเหตุการณ์ผ่านไปแล้วถึง 23 เดือน หรือ 48 เดือนในโรงเรียนยังมีสูงถึงร้อยละ 15.1 และ 18.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เกิดอาการหลังจากเหตุการณ์ 1 เดือน กำลังเรียนชั้นประถมศึกษาอาการเป็นต่อเนื่องยาวนานเกิน 3 เดือน นักเรียนที่เป็น

PTSD กลุ่มนี้จึงเป็นโรค PTSD แบบเรื้อรัง (chronic PTSD) สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของ PTSD ในเด็กที่ประสบภัย โดย Nugent NR และคณะ<sup>36</sup> พบว่าหลังอุบัติเหตุ เด็กอายุ 8-18 ปี เป็นโรค PTSD ร้อยละ 7 เป็น partial PTSD ร้อยละ 17<sup>6</sup> พบว่า เด็กอายุ 8-17 ปีที่ประสบอุบัติเหตุจากรถ ติดตามต่อมา 6 เดือนพบมี PTSD ร้อยละ 6 และ partial PTSD ร้อยละ 11 Broberg และคณะ<sup>7</sup> ศึกษาวัยรุ่นที่ประสบภัยไฟไหม้หมู่หลังเหตุการณ์ 18 เดือนที่ประเทศสวีเดน พบโรค PTSD ร้อยละ 25 Yule และคณะ<sup>37</sup> พบว่าเด็กที่ประสบภัยพิบัติเมื่อติดตาม 5-8 ปี เกิดโรค PTSD ถึงร้อยละ 50

ในเด็กที่เผชิญภัยพิบัติธรรมชาติ (natural disaster) Lonigan และคณะ<sup>38</sup> ศึกษาในเด็กอายุ 9-19 ปีที่ประสบภัยพายุเฮอริเคน ฮูโก เมื่อปี ค.ศ. 1991 พบว่าอัตราเกิดโรค PTSD สูงสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเผชิญพายุ (อัตราเกิดโรคร้อยละ 29, 15 และ 10 ในกลุ่ม high exposure, moderate exposure, และ mild exposure group ตามลำดับ)

ในโครงการนี้การศึกษาที่ 23 เดือน พบว่านักเรียนที่เป็นโรค PTSD ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (เพศหญิงร้อยละ 12.1 เพศชายร้อยละ 4.5) อัตราส่วนผู้ป่วยหญิงต่อชายเท่ากับ 3 ต่อ 1 สอดคล้องกับการวิจัยของ Curle และคณะ<sup>8</sup> Giaconia และคณะ<sup>9</sup> Yule และคณะ<sup>37</sup> และ Pynoos และคณะ<sup>39</sup> ที่พบว่าเพศหญิงเป็น PTSD มากกว่าเพศชาย นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ประถมศึกษาปีที่ 4-6) มีอัตราการเกิดโรคสูงกว่าชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (มัธยมศึกษาปีที่ 1-3) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yule และคณะ<sup>37</sup> ที่พบว่าเด็กก่อนวัยรุ่นจะเกิดผลกระทบต่อจิตใจมากกว่าวัยรุ่น

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่ต่างกันอาจทำให้ได้ตัวเลขความชุกแตกต่างกันมาก การศึกษาที่ 23 เดือน พบด้วยว่ามีนักเรียนเป็นโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตรายบางส่วน (partial PTSD) จำนวน 51 คน เป็นชาย 14 คน (ร้อยละ 27.5) หญิง 37 คน (ร้อยละ

72.5) อาการของ partial PTSD<sup>40</sup> มีอย่างน้อยหนึ่งข้อในกลุ่ม re-experiencing symptom อย่างน้อยหนึ่งข้อใน avoidance symptom และอีกอย่างน้อยหนึ่งข้อใน arousal symptom โรค partial PTSD นี้ บางการศึกษาใช้ชื่อว่า subsyndromal PTSD โดยใช้เกณฑ์อาการอย่างน้อยหนึ่งอาการใน 3 กลุ่มอาการ re-experiencing, avoidance และ arousal symptoms เกณฑ์การวินิจฉัยโรค partial PTSD นี้ตรงกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD ของ ICD-10 ดังนั้นถ้าใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก<sup>41</sup> (ICD-10) กลุ่มที่เป็น partial PTSD ในการศึกษานี้จะเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD ของ ICD-10 ด้วยทุกคน ดังนั้นความชุกของ PTSD โดยเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ในการศึกษาจึงเท่ากับผลรวมของความชุกของ PTSD ตามเกณฑ์ของ DSM-IV รวมกับความชุกของ partial PTSD ซึ่งได้เท่ากับร้อยละ 38.8 ค่าความชุกที่สูงกว่าเมื่อใช้เกณฑ์ตาม DSM-IV (ร้อยละ 15.1) ความแตกต่างของค่าความชุกนี้เกิดจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่แตกต่างกัน การวินิจฉัย PTSD (ICD-10) โดยองค์การอนามัยโลก กำหนดเกณฑ์อาการน้อยกว่า คือ มีอาการหลักในกลุ่ม reexperiencing เพียงข้อเดียวเท่านั้น ส่วนอาการในกลุ่ม avoidance และ hyperarousal ไม่ใช่อาการหลักและต้องการเพียงอย่างละหนึ่งข้อเท่านั้น ในขณะที่การวินิจฉัยตาม DSM-IV กำหนดอาการสองกลุ่มหลัง ต้องมีอย่างน้อย 3 และ 2 ข้อตามลำดับ

ในการวินิจฉัยโรค PTSD ในเด็กอาจมีความแตกต่างจากผู้ใหญ่ Scheeringa และคณะ<sup>42</sup> ศึกษาในเด็กที่เผชิญภัยพิบัติโดยใช้เกณฑ์ DSM-IV พบว่าอาการในเด็กแตกต่างจากผู้ใหญ่หลายประการ โดยเฉพาะในเด็กที่อายุน้อย จึงเสนอให้พิจารณาเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในเด็กและผู้ใหญ่ที่แตกต่างกัน<sup>43</sup>

การศึกษารุ่นนี้เมื่อใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 คำนวณความชุกของ PTSD ได้สูงถึงร้อยละ 38.8 Peters และคณะ<sup>44</sup> เคยศึกษาถึงความแตกต่างกันระหว่าง ICD-10 และ DSM-IV และสรุปว่าปัจจัยเรื่องเกณฑ์

การวินิจฉัยโรคที่ต่างกันนี้ อาจทำให้ได้ค่าความชุกของโรคแตกต่างกันได้ในแต่ละการศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาความชุกของโรค PTSD (ร้อยละ) ในการศึกษา 2 ครั้งที่ 23 และ 48 เดือนหลังสึนามิ กับการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>34</sup> พบว่าความชุกเพิ่มขึ้นตามเวลาที่ผ่านไป ดังตาราง 4

ความชุกที่เพิ่มขึ้นในการศึกษา 2 ครั้งหลังนี้อาจเกิดจากการเคลื่อนย้ายของประชากร หรือในระยะแรก (8 สัปดาห์และ 9 เดือน) เด็กที่ประสบภัยจำนวนหนึ่งอาจยังมีได้ย้ายเข้าไปในค่ายพักพิง จึงไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรค หรือเด็กอาจเกิดอาการของโรคในภายหลัง (delayed onset)

### การศึกษาการเกิด PTSD ในเด็กและวัยรุ่นที่ประสบภัยพิบัติ หรืออุบัติเหตุ

จากการทบทวนเอกสารวิจัยเกี่ยวกับการเกิดโรค PTSD ในเด็กและวัยรุ่นหลังการประสบภัย พบว่าอัตราการเกิดโรคแตกต่างกัน ดังตารางที่ 5

การศึกษาที่ทำในที่ต่างๆ แสดงว่า อัตราการเกิด PTSD แตกต่างกัน อาจเกิดจากความรุนแรงของเหตุการณ์ ผลกระทบต่อชุมชน ความสูญเสียต่อครอบครัวและชุมชน

### 3. อาการและการดำเนินของโรค

จากรายงานการดูแลสุขภาพจิตโดยกรมสุขภาพจิต 1 เดือนหลังสึนามิ<sup>45</sup> พบว่าในเด็กและวัยรุ่นมีอาการแตกต่างกันตามวัย เด็กอายุ 1-5 ปีมักเกาะติดผู้ใหญ่และกลัวความมืด มีปัญหาการกินการนอน เด็กอายุ 6-11 ปี ต้องการความสนใจจากพ่อแม่มากขึ้น ไม่มีสมาธิและการเรียนลดลง เด็กอายุ 12-14 ปี ต้องการความสนใจจากพ่อแม่หรือครูมากขึ้น มีปัญหาการเรียน และอาการทางร่างกาย เด็กวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีปัญหาเรื่องการนอน หงุดหงิดคับข้องใจง่ายกว่าปกติ และสมาธิไม่ดี ซึมเศร้า

ตารางที่ 5 การเกิด PTSD ในเด็กและวัยรุ่นที่ประสบภัยพิบัติ หรืออุบัติเหตุ ในการศึกษาต่างๆ

Study	Stressor	Measure	Sample size	Age range	PTSD %
Hanford 1986	Residents of Three Mile Island area	Author devised questionnaire and parent interview	35	6-19	0
Earls 1988	Area exposed to flood and digoxin contamination	DICA	32	6-17	0
Milgram 1988	School bus accident	Reaction Index	410	7 <sup>th</sup> grade	57.1 mild
Milgram 1988	9-month follow up	Reaction Index	288	7 <sup>th</sup> grade	41.5 Mod.-severe
Korol 1990	Area exposed to nuclear contamination	Modified Reaction Index	120	7-15	5.0
Bradburn 1991	Earthquake	Reaction Index	22	10-12	63.0
Green 1991	Dam collapse	Clinical interview	179	2-15	37.0
Lonigan 1991	Hurricane	Modified Reaction Index	5687	9-19	10.0 Mild exposure 15.0 Mod. Exposure 29.0 High exposure
Pynoos 1993	Earthquake	Clinical interview	111	8-16	70.0
Green 1994	Dam collapse	SCID	99	19-32	7.0
Ketumarn 2008	Tsunami 23 Month	Clinical interview	436	8-16	15.1
Ketumarn 2009	Tsunami 48 Month	Clinical interview	1300	8-18	18.5

จากรายงานเบื้องต้นความชุกปัญหาสุขภาพจิตเด็ก 8 สัปดาห์หลังสึนามิ<sup>22</sup> ในศูนย์พักพิงจังหวัดพังงาพบว่า เด็กมีอาการของโรค PTSD อย่างรุนแรง ถึงร้อยละ 13.3 และอาการซึมเศร้า ร้อยละ 10.4 ในชุมชนจังหวัดพังงาระยะปีและเกิด พบอาการของโรค PTSD อย่างรุนแรง ถึงร้อยละ 8.1 และโรคซึมเศร้า ร้อยละ 6.6 อาการของโรค PTSD ที่พบบ่อย ได้แก่ รู้สึกว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นอีก (ร้อยละ 57.7) เห็นภาพประสบการณ์ซ้ำๆ (ร้อยละ 50.4) หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้คิดถึงสิ่งไม่ดี (ร้อยละ 50.4) จากการศึกษาความชุกของโรคในเด็ก 8 สัปดาห์หลังสึนามิในจังหวัดพังงา<sup>34</sup> พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเป็นโรค PTSD ได้แก่ การที่เด็กได้เห็นคลื่นยักษ์ด้วยตัวเอง เห็นคนอื่นเสียชีวิตหรือบาดเจ็บ ได้ยินเสียงร้องตะโกน ได้รับช่วยเหลือจากจุดเกิดเหตุซ้ำ รู้สึกว่า

ตนเองหรือสมาชิกครอบครัวกำลังอยู่ในอันตราย รู้สึกว่าไม่สามารถหลบหนีได้ รู้สึกตกใจสุดขีด สูญเสียสมาชิกครอบครัวที่ใกล้ชิด สูญเสียบ้านหรือทรัพย์สินที่สำคัญ และการเผชิญกับการบาดเจ็บยาวนาน การศึกษาตามมาหลังสึนามิ 9 เดือนพบว่า ความชุกที่ลดลงจากร้อยละ 13 เป็นร้อยละ 10 นั้น ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.43)

การช่วยเหลือนักเรียนในระยะแรก พบว่าพ่อแม่หรือครูอาจารย์เองก็มีอาการของ PTSD ด้วยเช่นกัน<sup>46</sup> และพบว่าพ่อแม่ที่ยังมีอาการมักขัดขวางการช่วยเหลือเด็กตามปกติ เช่น ไม่ยอมให้เด็กเข้าร่วมการรักษา แนะนำเด็กหรือสั่งให้เด็กทำในทางตรงกันข้ามกับการรักษา

ในการศึกษา 23 เดือนพบว่า นักเรียนที่เป็น PTSD เริ่มเกิดอาการเร็วตั้งแต่เดือนแรกๆ หลังภัยพิบัติ และเป็นยาวนานต่อเนื่องจนถึงเวลาที่ทำศึกษา แสดงถึงความเรื้อรังของโรคนี้ และสนับสนุนว่าหลังภัยพิบัติรุนแรงเช่นนี้การวินิจฉัยเป็นโรค PTSD มักเป็นประเภทเรื้อรัง (chronic PTSD)

ผลการศึกษาค้างนี้ยังพบด้วยว่าเด็กบางคนที่ไม่ได้เผชิญคลื่นโดยตรง หรือไม่ได้เผชิญกับเหตุการณ์คลื่นยักษ์จนเกือบเสียชีวิต แต่อยู่ในชุมชนขณะเกิดเหตุ ก็มีอาการหรือป่วยเป็นโรค PTSD ได้เช่นกัน ทั้งนี้อาจเกิดผลกระทบทางจิตใจจากชุมชนที่มีความหวาดกลัวรุนแรง เช่น เหตุการณ์ในชุมชนหลังภัยพิบัติที่คุกคามน่ากลัว การนำเสนอนักข่าวที่น่ากลัวซ้ำๆ เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ประสบภัย หรือใกล้ชิดคนที่มีอาการ และอยู่ในชุมชนที่วุ่นวายสับสน น่าจะมีผลต่อจิตใจเด็กอย่างสูงเช่นกัน การศึกษาของ Lonigan และคณะ<sup>47</sup> ในเด็กประสบภัยพายุเฮอริเคน ฮูโก พบเด็กร้อยละ 5 เกิดโรค PTSD โดยไม่ได้เผชิญกับภัยพิบัติ (no exposure) การศึกษาของ Saigh และคณะ<sup>48</sup> ก็ได้ผลเช่นเดียวกันว่าในเด็ก 231 คนที่ประสบภัยสงครามในเลบานอน พบเด็กร้อยละ 5.6 เกิดโรค PTSD จากการรับฟังการบอกเล่า (verbal transmission) ร้อยละ 55.6 เกิดจากการสังเกตการณ์ (observation) ร้อยละ 13.5 เกิดจากหลายทาง (combined pathway) มีเพียงร้อยละ 25.2 เกิด PTSD จากการประสบภัยด้วยตัวเอง (direct exposure) Saigh สรุปว่าโรค PTSD ในเด็กนั้น ไม่จำเป็นต้องเผชิญกับภัยพิบัติโดยตรง แต่ถ้าได้เห็นหรือได้รับฟังเหตุการณ์ อาจกระตุ้นให้เด็กเกิดโรค PTSD ได้ ผลการศึกษาที่ 23 เดือนนี้ สนับสนุนว่า การอยู่ในชุมชนที่คุกคามจิตใจรุนแรงหลังเหตุการณ์ภัยพิบัตินั้น นับเป็นการเผชิญภัยพิบัติ (exposed to traumatic event) แบบหนึ่ง แม้จะเป็นการเผชิญภัยพิบัติทางอ้อม สภาพแวดล้อมในชุมชนที่น่ากลัว สับสนวุ่นวาย ไร้ความเครียดนั้น มีความรุนแรงทางจิตใจจนเป็นสาเหตุของโรค PTSD

ได้ในเด็ก ข้อเท็จจริงนี้นอกจากช่วยในการวินิจฉัยโรคนี้ในชุมชนที่ประสบภัยแล้ว ยังเป็นประโยชน์ในการป้องกันให้ความสำคัญต่อสิ่งแวดล้อมเด็กหลังภัยพิบัติ และระวังเด็กที่ไม่ได้เผชิญภัยพิบัติด้วยตัวเองด้วย เพราะอาจเกิดโรค PTSD ได้ถ้าอยู่ในชุมชนสิ่งแวดล้อมที่ปั่นป่วนวุ่นวายหรือผลที่ตามมา เช่น ข่าวลือน่ากลัวที่เกิดซ้ำๆ หรือการแตกตื่นตกใจของชุมชนที่มีต่อข่าวลือว่าจะเกิดภัยพิบัติอีก

การช่วยเหลือฟื้นฟูชุมชนในระยะแรกจึงควรให้ความรู้เรื่องโรคนี้ แก่ผู้เกี่ยวข้องในการป้องกันผู้ที่ไม่ได้ประสบภัยพิบัติโดยตรงด้วย เพื่อเฝ้าระวังเด็กที่แม้มิได้เผชิญภัยพิบัติโดยตรง

ตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าอาการของโรค PTSD ในเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อย จากการวิจัย 23 เดือนหลังสึนามิ<sup>23</sup> พบว่าอาการที่พบบ่อย ได้แก่ กลุ่มอาการหลบเลี่ยง (avoidance behaviors) เช่น ไม่กล้าไปชายหาด ไม่กล้าลงทะเล ไม่กล้ากลับเข้าบ้านที่เกิดเหตุ อาการนี้พ่อแม่และครูอาจารย์อาจไม่ได้สังเกตเห็นเนื่องจากเด็กไม่ได้แสดงออก เด็กอาจปิดบังหรือหลบเลี่ยง จนดูภายนอกเหมือนเด็กปกติ อาการที่พบบ่อยรองลงมาคือ อาการกลัว วิตกกังวล สมาธิความจำเสีย และมีสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทุกข์ทรมานผุดขึ้นมาในความคิดซ้ำๆ อาจรบกวนสมาธิ ความจำ และเด็กไม่เข้าใจตนเอง อาจทำให้สูญเสียความมั่นใจตนเอง อาการเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Yule W และคณะ ผลเสียข้อนี้อาจกระทบต่อการเรียนและการปรับตัวระยะยาว<sup>49</sup>

#### 4. เครื่องมือคัดกรอง PTSD

การปฏิบัติงานในปีแรก โครงการสำรวจเพื่อแยกเด็กกลุ่มเสี่ยง<sup>29</sup> โดยใช้ประวัติความรุนแรงของความสูญเสีย (มีบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนเสียชีวิต ได้รับบาดเจ็บ ทรัพย์สินสมบัติหรือบ้านเสียหาย) และแบบสอบถามหลายฉบับ ได้แก่ Pediatric Symptom Checklist (PSC-P), General Health Questionnaire

ตารางที่ 6 ความถี่ของอาการโรค PTSD ในนักเรียนที่เป็นโรค 107 คน

อาการของโรค PTSD	% ที่มีอาการ
1 เผลอใจเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิตหรือการบาดเจ็บสาหัส ที่มีต่อร่างกายตนเองหรือผู้อื่น	79.4
2 เกิดรู้สึกหวาดกลัวอย่างรุนแรง หดหนทาง หวาดผวา จากเหตุการณ์นั้น	93.0
3 มีสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทุกข์ทรมาน ผุดขึ้นมาซ้ำๆ (มโนภาพ ความคิด การรับรู้ ในเด็กอาจเป็นการเล่น วาดภาพ หรือเล่าเรื่องซ้ำๆ)	73.0
4 ผื่นที่ทำให้ทุกข์ทรมานซ้ำๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น (ในเด็ก อาจเป็นผื่นร้ายที่จำเนื้อหาไม่ได้)	52.3
5 มีการกระทำหรือความรู้สึกเหมือนหนึ่งเหตุการณ์นั้น เกิดขึ้นมาอีก	77.6
6 ทุกข์ทรมานใจอย่างมากเมื่อเผชิญกับสิ่งที่ทำให้นึกถึง	87.9
7 มีปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกาย เมื่อเผชิญกับสิ่งที่ทำให้นึกถึง	71.7
8 พยายามหลีกเลี่ยง ความคิด ความรู้สึก หรือพูดถึงเหตุการณ์ หรือสิ่งที่ทำให้นึกถึง	86.8
9 พยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรม สถานที่ หรือบุคคล ที่กระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์	73.8
10 ไม่สามารถระลึกถึงส่วนสำคัญของเหตุการณ์	32.7
11 ความสนใจหรือการเข้าร่วมกิจกรรมที่สำคัญลดลงมาก	63.8
12 รู้สึกแปลกแยก ห่างเหิน ไม่สนิทสนมกับผู้อื่น	64.5
13 ขอบเขตของอารมณ์ลดลง	76.6
14 มองอนาคตไม่ยาวไกล	35.0
15 หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ	76.4
16 หงุดหงิด หรือแสดงความโกรธรุนแรง	79.0
17 ตั้งสมาธิลำบาก	73.8
18 มีความระวังระไวมากกว่าปกติ	86.0
19 สะดุ้งตกใจมากเกินไป	82.2
20 อาการเหล่านี้ทำให้ทุกข์ทรมาน และมีผลต่อการทำงาน(การเรียน) สังคม หรือด้านอื่นๆ	98.0

(GHQ), Childhood Depression Inventory (CDI) สำหรับการคัดกรองโรค PTSD นั้นเนื่องจากไม่มีเครื่องมือคัดกรอง PTSD ภาษาไทยมาก่อน จึงใช้ แบบสอบถามอาการ PTSD จำนวน 10 ข้อใน Pediatric Symptom Checklist หลังจากนั้นพบว่าแบบสอบถามเหล่านี้อาจเหมาะสมในการค้นหากลุ่มเสี่ยง แต่ไม่เหมาะสมในการค้นหาโรค PTSD ในชุมชน<sup>50</sup> เนื่องจากมีผู้ประสพภัยพิบัติจำนวนมาก เครื่องมือคัดกรอง PTSD ในชุมชนหลังภัยพิบัติควรมีขนาดสั้น ใช้งานง่าย ในประเทศไทยยังไม่มีการสร้างแบบคัดกรองโรคนี้มาก่อน การทบทวนเอกสารวิจัยพบว่า แบบสอบถาม IES-8 ของ Children

and War Foundation<sup>51</sup> น่าจะเหมาะสมที่จะใช้คัดกรองโรค PTSD ในนักเรียน เนื่องจากมีขนาดสั้น มีผู้ศึกษาวิจัยมาก่อน มีความเชื่อมั่นและความแม่นยำเป็นที่ยอมรับได้ และไม่มีลิขสิทธิ์ แบบสอบถามนี้สร้างโดย Horowitz และคณะ<sup>52,53</sup> ในปี 1979 เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการติดตามอาการ re-experiencing (intrusion) และ avoidance ของโรค PTSD เดิมเรียกว่า The Impact of Events Scale (IES) มีจำนวน 15 ข้อ (IES-15) ต่อมามีการศึกษาเพิ่มเติมแล้วพบว่า แบบสอบถามที่เหมาะสมควรมีเพียง 8 ข้อ จึงได้ปรับเปลี่ยนเป็น IES-8 (หรือ CRIES-8) สำหรับเด็ก การศึกษาของ Yule<sup>54</sup> พบว่า

ในเด็กอายุ 8 ปีขึ้นไป IES-8 มีความสัมพันธ์กับ IES-15 มาก และแนะนำให้ใช้ที่คะแนนจุดตัด (cutoff point) ที่เท่ากับหรือมากกว่า 17 คะแนนสำหรับ IES-8 การศึกษาของ Stallard และคณะ<sup>55</sup> เปรียบเทียบ IES-8 และ IES-15 ในการคัดกรอง PTSD พบว่าอัตราการเกิด false positives เป็น 44.9% และ 37.0% ตามลำดับ อัตรา false negatives เป็น 30.8% และ 25.6% ตามลำดับ ทำให้ IES-8 น่าจะดีกว่าในการใช้คัดกรอง PTSD แต่ positive predictive value ของ IES-15 ดีกว่า IES-8 เล็กน้อย (0.630 และ 0.551 ตามลำดับ) การศึกษาในเด็กต่อมาจึงเลือกใช้เครื่องมือ IES-8 เป็นส่วนใหญ่ ในการคัดกรองเด็กที่รอดตายจากเรือจูปิเตอร์จม โดย Yule และคณะ<sup>56</sup> ใช้ IES-8 ที่คะแนนจุดตัดเท่ากับหรือมากกว่า 17 ก็ได้ผลสนับสนุนความสามารถในการคัดกรองโรค PTSD ได้ดี อย่างไรก็ตามในเวลาต่อมา IES-8 ได้มีการพัฒนาขึ้นโดยเพิ่มข้อคำถามอีก 5 ข้อลงไปเป็น Revised Child Impact of Events Scale (CRIES-13)<sup>57</sup> และเผยแพร่โดย Children and War Foundation แต่ยังไม่มีการศึกษาค่าจุดตัดใหม่ของ CRIES-13

เนื่องจากในประเทศไทยยังไม่เคยมีการศึกษา CRIES-8 มาก่อน แบบสอบถามคัดกรอง CRIES-8 ที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นฉบับภาษาไทย สร้างโดยแปล Revised Child Impact of Events Scale (CRIES-13) อย่างเป็นระบบ (systematic translation) เป็นภาษาไทย โดยได้รับอนุญาตจาก Children and War Foundation คำถามมีทั้งหมด 13 ข้อ โดยคิดคะแนน 2 แบบ

1. คิดคะแนนเฉพาะ 8 ข้อตาม CRIES-8 ชุดเดิม และทดลองใช้เพื่อทดสอบความไวและความจำเพาะของแบบสอบถามนี้ โดยใช้ค่าจุดตัด (cutoff) ที่เท่ากับหรือมากกว่า 17 คะแนน เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศได้

2. คิดคะแนน 13 ข้อ เพื่อศึกษาเครื่องมือใหม่ (CRIES-13) ไปด้วยพร้อมกัน

ผลการศึกษา CRIES-8 ในการศึกษา นำร่อง 23 เดือนหลังสึนามิในนักเรียน จำนวน 436 คน<sup>24</sup> พบว่า Reliability Coefficients ของ CRIES-8 ครั้งนี้ ได้ค่า Alpha = 0.71 ที่จุดตัด 17 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ เมื่อเปรียบเทียบการการศึกษาในต่างประเทศพบว่าอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ความแม่นยำตรงกับเกณฑ์ (criterion validity) ของแบบสอบถามคัดกรอง CRIES-8 ฉบับภาษาไทย เมื่อใช้การวินิจฉัยโรค PTSD ของจิตแพทย์ เป็น gold standard พบว่า CRIES-8 มีความไวร้อยละ 75 ความจำเพาะ ร้อยละ 54 อยู่ในระดับพอใช้ ค่าความไวและความจำเพาะ CRIES-8 ไม่สูงมากนัก อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ที่ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ซึ่งเพิ่มอาการในกลุ่ม hyperarousal symptoms เข้าไปในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคด้วย (CRIES-8 สร้างขึ้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค PTSD เก่า ที่มีเฉพาะอาการ intrusion และ avoidance symptoms เท่านั้น)

แบบสอบถามนี้พบอุปสรรคในการใช้บ้าง เช่น นักเรียนบางคนอ่านแล้วไม่เข้าใจ หรืออ่านช้า เนื่องจากการใช้ภาษาในแบบสอบถามอาจไม่สอดคล้องกับภาษาท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม CRIES-8 มีข้อดี คือ ขนาดสั้น ทำได้ง่าย สามารถทำเสร็จในเวลาประมาณ 15 นาที เหมาะจะเป็นแบบสอบถามคัดกรอง PTSD ในชุมชน ซึ่งควรจะมีลักษณะสำคัญ 6 ประการ ดังที่ Cochrane และ Holland<sup>58</sup> เสนอไว้ คือ ง่าย (simple) ทำได้รวดเร็ว (quick) แม่นยำ (accurate) ทำซ้ำได้ (repeatable) มีความไว (sensitivity) และมีความจำเพาะ (specificity) เด็กที่อ่านไม่ออกหรือไม่เข้าใจ ผู้แจกแบบสอบถามสามารถอ่านให้ฟังและอธิบายได้

นอกจากนี้ CRIES-8 ที่คะแนนจุดตัดเท่ากับหรือมากกว่า 17 คะแนน พบว่า criterion validity ของ CRIES-8 จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการวินิจฉัย PTSD (โดยจิตแพทย์ด้วยเกณฑ์ของ DSM-IV) และการคัดกรองด้วย CRIES-8 โดยใช้การทดสอบ



Chi-square test ได้ค่า Likelihood Ratio = 11.853 ซึ่งพบว่ามีความสำคัญที่ระดับ  $P > 0.005$  แสดงว่าการวินิจฉัยด้วยเกณฑ์ของ DSM-IV และผลการคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง CRIES-8 ที่จุดตัด 17 คะแนน มีความสัมพันธ์กันค่าทำนายเมื่อผลทดสอบเป็นลบ (negative predictive value) เท่ากับร้อยละ 92 แสดงว่าเครื่องมือนี้สามารถใช้คัดกรองได้ดีในชุมชนหลังภัยพิบัติ ในกลุ่มเด็กจำนวนมาก เพื่อค้นหาโรคและให้ความช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากผู้ที่คัดกรองได้ผลลบมีโอกาสน้อยมากที่จะเป็นโรค

นอกจากนี้เมื่อศึกษาเปรียบเทียบ Reliability Coefficients ระหว่าง CRIES-8 และ CRIES-13 พบว่าได้ค่า Alpha ของ CRIES-8 = 0.71 และของ CRIES-13 = 0.78 และคะแนนจุดตัดที่เหมาะสมสำหรับ CRIES-13 ในการใช้คัดกรองโรค PTSD คือ เท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน

การศึกษาต่อมาหลังภัยพิบัติ 48 เดือน โดยใช้ CRIES-8 แต่ได้ปรับภาษาในแบบสอบถามเพื่อให้เด็กเข้าใจง่ายขึ้นพบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาเดิมที่ 23 เดือน ได้ดังตารางที่ 7 นี้

ในการศึกษา ที่ 48 เดือน เปรียบเทียบระหว่าง CRIES-8 และ CRIES-13 พบว่าค่า sensitivity และ

specificity ต่ำกว่าครั้งแรกเมื่อ 23 เดือน ดังตารางที่ 8 จากตารางเปรียบเทียบ พบว่าค่า specificity ของ CRIES-8 ดีกว่า CRIES-13 เล็กน้อย แต่ sensitivity ของ CRIES-13 ดีกว่า CRIES-8 มาก ในขณะที่ NPV ของ CRIES-13 ดีกว่า CRIES-8 เล็กน้อย ดังนั้นในการใช้เครื่องมือเพื่อคัดกรองในชุมชนน่าจะใช้ CRIES-13 มากกว่า CRIES-8 แต่ถ้ามีเด็กต้องการคัดกรองจำนวนมาก เครื่องมือที่มีขนาดสั้นกว่า คือ CRIES-8 อาจจะเหมาะสมกว่าในการใช้งาน

อย่างไรก็ตาม CRIES-13 อาจมีประโยชน์ในการใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการเมื่อมีการติดตามผู้ป่วย ระยะยาว เนื่องจากมีจำนวนข้อที่แสดงอาการที่ครอบคลุมมากกว่า (13 ข้อ) จะวัดได้ละเอียดกว่า CRIES-8 ในการศึกษาที่จะใช้แบบสอบถามชุดเดียวที่เป็นทั้งคัดกรองและติดตาม น่าจะใช้ CRIES-13 แต่ถ้าจะใช้ CRIES-8 ในการคัดกรองขั้นที่ 1 เมื่อวินิจฉัยโรค PTSD ในขั้นที่ 2 ได้แล้ว ควรใช้เครื่องมืออื่นเพื่อวัดอาการและติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการของโรค เช่น UCLA PTSD Reaction Index - Child Version<sup>59-62</sup> ร่วมด้วย

การคัดกรองในชุมชน ช่วยให้โครงการค้นพบนักเรียนจำนวนไม่น้อยที่ยังมีอาการของโรค PTSD หรือโรค partial PTSD ทำให้สามารถให้ความช่วยเหลือ

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบ CRIES-8 ในการศึกษา 23 เดือน และ 48 เดือน

เวลาที่ทำการศึกษาหลังภัยพิบัติ (เดือน)	Sensitivity %	Specificity %	NPV%
23	75	54	92
48	49.5	67.5	83.1

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบระหว่าง CRIES-8 และ CRIES-13 ในการศึกษาที่ 48 เดือน

	Sensitivity %	Specificity %	PPV %	NPV %
CRIES-8	49.5	67.5	29.3	83.1
CRIES-13	63.6	64	32.5	86.6

ได้ทันที จากการศึกษา 23 เดือนหลังสึนามิ พบนักเรียนป่วยโรคนี้จำนวน 91 คนจาก 470 คน คิดเป็นร้อยละ 19.4 หรือประมาณหนึ่งในห้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่ศึกษา

อย่างไรก็ตาม หลังจากการคัดกรองโรค การช่วยเหลือควรให้แก่เด็กนักเรียนที่แม้จะมีอาการน้อยหรือไม่แสดงอาการรุนแรง เนื่องจากอาการของโรคนี้อาจไม่แสดงออกชัดเจนในเด็กบางคน อาจแฝงอยู่หรือเด็กปิดบังพ่อแม่และครู แต่อาการนั้นจะมีผลต่อการเรียนและการดำเนินชีวิตในระยะยาว ความรุนแรงของโรคนอกจากการวัดที่อาการทางคลินิกแล้ว ควรวัดที่ผลการเรียนที่อาจลดลงเนื่องจากเด็กขาดสมาธิหรือเด็กมีปัญหาอารมณ์ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการเรียนระยะยาวด้วย

การคัดกรองด้วยแบบสอบถาม CRIES-8 พบว่านักเรียนตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ขึ้นไป อ่านแล้วเข้าใจและตอบได้ มีนักเรียนส่วนน้อยที่อ่านไม่เข้าใจสามารถแก้ไขโดยให้ผู้ช่วยวิจัยช่วยอธิบาย การทดลองใช้แบบสอบถามนี้ก่อนการศึกษานำร่องพบว่านักเรียนต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 หลายคนมีปัญหาในการอ่านและความเข้าใจ ในการศึกษานำร่องนี้จึงกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นนักเรียนตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ขึ้นไป

### 5. การช่วยเหลือสำหรับเด็กที่เผชิญภัยพิบัติในชุมชน

Wolmer และคณะ<sup>12</sup> ได้แนะนำว่าสำหรับ เด็กที่เผชิญภัยธรรมชาติ (natural disaster) การช่วยเหลือโดยใช้โรงเรียนเป็นศูนย์กลาง (school-based intervention) มีความเหมาะสมมาก เนื่องจากสามารถใช้กลไกการฟื้นฟูในโรงเรียน ให้เป็นประโยชน์ต่อนักเรียนได้ ยิ่งเด็กกลับเข้าสู่สิ่งแวดล้อมที่สงบ กลับคืนสู่การดำเนินชีวิตเดิมโดยเร็ว ก็จะช่วยฟื้นตัวได้เร็ว การช่วยเหลือในโรงเรียนช่วยลดอาการและทำให้ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตดีกว่า และเร็วกว่าเด็กที่ไม่ได้รับ

การช่วยเหลือ การช่วยเหลือที่ Wolmer และคณะใช้ในการฟื้นฟูนักเรียนหลังแผ่นดินไหวในประเทศอิสราเอล ประกอบด้วย การช่วยเหลือในระยะแรกทั้งต่อตัวเอง ซึ่งอาจถูกกระทบทางจิตใจจากภัยพิบัติด้วย การส่งเสริมให้ครูและระบบในโรงเรียนในการช่วยเหลือนักเรียน สร้างระบบการช่วยเหลือร่วมกันกับวิชาชีพอื่นให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและท้องถิ่น

การช่วยเหลือเด็กที่มีอาการของโรค PTSD นั้น American Academy of Child and Adolescent Psychiatry<sup>63</sup> ให้แนวทางว่าควรให้การช่วยเหลือถ้ามีอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต แม้ว่าเด็กจะมีอาการยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Bolton และคณะ<sup>64</sup> เสนอว่าหลังเหตุการณ์ควรมีการติดตามเด็กที่ประสบภัยพิบัติต่อไปหลายปี เนื่องจากพบว่าอาการของโรคอาจไม่แสดงชัดเจนและมีผลกระทบบ่อย

ผลการศึกษาของโครงการ<sup>23,4</sup> แสดงให้เห็นว่าแม้เวลาผ่านไปเกือบ 2 ปี แต่ยังมีเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยโรคนี้หรือมีอาการจำนวนไม่น้อย ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาติดตามและช่วยเหลือต่อเนื่องระยะยาวต่อไป ส่วนการช่วยเหลือนักเรียนที่ป่วยโรคนี้ในการศึกษาทั้งสองครั้งนั้น คณะผู้วิจัยดำเนินการโดยการขออนุญาตโรงเรียนและผู้ปกครองให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ประกอบด้วย การให้ความรู้ (psychoeducation) การรักษาแบบกลุ่มความคิดและพฤติกรรมบำบัด (group cognitive-behavior therapy) ให้คำแนะนำครูและพ่อแม่ และประสานงานให้นักเรียนผู้นั้นเข้าสู่ระบบการส่งต่อติดตามช่วยเหลือต่อเนื่องทางระบบสาธารณสุขที่ได้ดำเนินการไว้แล้วในชุมชน<sup>4</sup>

การติดตามนักเรียนที่ป่วยและมีอาการ ควรมีการประเมินผลการเรียนควบคู่ไปด้วย เนื่องจากโรคนี้อาจมีอาการขาดสมาธิ ขาดแรงจูงใจ วิตกกังวลหลงเหลืออยู่ คนใกล้ชิดอาจไม่ทราบว่าเด็กมีอาการและมีผลกระทบต่อการเรียนและการดำเนินชีวิตระยะยาว การศึกษาที่ 48 เดือนพบว่ามึนักเรียนที่เริ่มป่วยตั้งแต่

ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 หรืออนุบาล 3 แสดงว่าในเด็กเล็กที่ประสบภัย ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยเช่นกัน<sup>65</sup> การช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นจำนวนมากที่ประสบภัยพิบัติธรรมชาติ สามารถทำได้รวดเร็วโดยใช้โรงเรียนเป็นหลัก<sup>11-15</sup> (school-based intervention) ส่งเสริมให้ครูเป็นผู้ช่วยเหลือเด็ก (mental health mediator) การช่วยเหลือนักเรียนที่มีอาการมากควรช่วยทุกด้านทั้งตัวเด็ก ครอบครัว และชุมชนสังคม จึงจะได้ผลดี ควรเร่งการฟื้นตัวของชุมชนโดยเร็ว ผู้ปฏิบัติงานกับผู้ประสบภัยควรมีความรู้ในการช่วยเหลือ ไม่กระดุนให้เกิดอาการ สื่อต่างๆ ไม่ควรนำเสนอในรูปแบบที่กระตุ้นเร้าใจหรือน่ากลัวซ้ำๆ หลังเหตุการณ์ ซึ่งจะเป็นการซ้ำเติมทางจิตใจ (retraumatization) เป็นผลเสียต่อทั้งผู้ที่ยังมีอาการอยู่ และผู้ที่ยังไม่มีอาการอาจเกิดอาการได้

ควรกำหนดแนวทางระดับชาติในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ สำหรับภัยพิบัติหมู่ในชุมชน เพื่อให้ช่วยเหลือชุมชนฟื้นตัวกลับเข้าสู่ภาวะปกติโดยเร็ว การทำงานเชิงรุกทางสุขภาพจิตควรประสานกับวิชาชีพอื่นโดยใช้ชุมชนเป็นหลัก

### การช่วยเหลือเบื้องต้นโดยใช้กลุ่ม

โครงการจึงใช้เทคนิคกลุ่มบำบัดแบบช่วยเหลือกัน (self-help group)<sup>31</sup> ในนักเรียนที่มีอาการหรือเป็นโรค PTSD ตามคำแนะนำของกรมสุขภาพจิตที่กำหนดว่าหลังการช่วยเหลือในระยะ 1 เดือนแรก ให้เปลี่ยนวิธีการช่วยเหลือจากการช่วยเหลือรายบุคคลมาเป็นรายกลุ่มครอบครัวและชุมชน<sup>45</sup>

กิจกรรมในกลุ่มประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องสึนามิ เพื่อให้นักเรียน ครูอาจารย์พ่อแม่ ครอบครัว และชุมชนเข้าใจการเกิดเหตุการณ์สึนามิ และโอกาสที่จะเกิดขึ้นอีก เพื่อให้ไม่ตกใจเกินไป เฝ้าระวังอย่างเหมาะสม แก้ไขความเชื่อหรือข่าวลือในชุมชนที่ทำให้เกิดความตื่นตระหนก รวมถึงมาตรการที่ชุมชนและหน่วยงานต่างๆ ของรัฐและเอกชนที่ป้องกัน และเตรียม

พร้อมถ้าจะเกิดขึ้นอีก การสร้างแผนอพยพ หนีภัย การเตรียมการและซักซ้อมในชุมชนเป็นระยะ จะช่วยให้ชุมชนเกิดความมั่นใจ เตรียมพร้อม และลดความหวาดกลัว ช่วยให้ชุมชนฟื้นตัวได้เร็ว<sup>66,67</sup> การให้ความรู้ในกลุ่ม ช่วยให้นักเรียนได้เปิดเผยประสบการณ์ การเอาตัวรอด และความคิดและอารมณ์ที่ยังมี เรียบเรียงเหตุการณ์ใหม่ จนเกิดความเข้าใจและรู้สึกผ่อนคลาย ไม่โกรธหรือโทษตนเองที่มีอาการหรือควบคุมอาการไม่ได้ การเปิดเผยอาการของตน ทำให้เรียนรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่เรื่องน่าอาย เด็กอื่นก็มีเช่นกัน การรักษาอาการโดยใช้ความคิดและพฤติกรรมบำบัด (cognitive-behavioral therapy)<sup>68</sup> โดยอิงตามภัยพิบัติและความสูญเสีย (trauma/grief focused group psychotherapy)<sup>69</sup> บำบัดอาการกลัวสถานที่เกิดเหตุและชายหาดโดยเทคนิคการเผชิญสถานที่นั้น<sup>70</sup> (prolonged exposure)

การรักษาในกลุ่มยังช่วยให้เด็กทุกคนให้กำลังใจกัน เรียนรู้ร่วมกัน แก้ไขความคิดที่ไม่ถูกต้อง ช่วยเหลือแนะนำกัน ได้รับความรู้ว่าโรคนี้รักษาได้ ช่วยให้เกิดความหวังและกำลังใจ และพบว่าการใช้ศาสนาช่วยให้ยอมรับเหตุการณ์หรือการเสียชีวิตของญาติพี่น้องและความสูญเสียทรัพย์สิน<sup>71</sup> พฤติกรรมหลังจากเข้ากลุ่มแล้วพบว่าเด็กช่วยเหลือกันเองนอกกลุ่มเพิ่มขึ้น เช่น ซักชวนกันทำกิจกรรมเบนความสนใจ เอาใจใส่ดูแลเพื่อนมากขึ้น

### 6. ข้อจำกัดของการปฏิบัติงาน

โครงการนี้มีข้อจำกัดและอุปสรรคหลายประการ เช่น สภาวะการณ์ในระยะเวลา 1-2 ปีหลังภัยพิบัติ ชุมชนยังมีความสับสนวุ่นวาย มีการเคลื่อนย้ายของทั้งเด็กผู้ใหญ่ การย้ายโรงเรียน การเปลี่ยนแปลงภายในโรงเรียน ความไม่พร้อมของนักเรียนและครู การดำเนินการช่วยเหลือจากหลายหน่วยงานที่ขาดการประสานกัน ทำให้เกิดความขัดแย้งและไม่เข้าใจกันของทั้งผู้ช่วยเหลือและประชาชนผู้ประสบภัย ทำให้มีอุปสรรคในการช่วยเหลือตามมา การจัดกิจกรรมช่วยเหลือหรือการวิจัยต้องวางแผนและปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับกิจกรรมในโรงเรียน และสถานการณ์ในชุมชน

การวิจัยเพื่อหาความชุกของโรค ทำได้ยากเนื่องจากมีจิตแพทย์จำกัดและเวลาไม่มาก การคัดกรองโรคในขั้นตอนแรกต้องใช้ผู้ช่วยวิจัยจำนวนมาก การประเมินในขั้นตอนที่สองใช้จิตแพทย์ประเมินเพียงคนเดียว ทำให้ไม่ได้สามารถศึกษาความเห็นพ้องต้องกันของจิตแพทย์ในการวินิจฉัยโรค (inter-rater reliability) การวินิจฉัยโรคทำโดยอาศัยข้อมูลจากการสัมภาษณ์เด็กและครูเท่านั้น มิได้สัมภาษณ์พ่อแม่เนื่องจากข้อจำกัดของเวลาและความไม่สะดวกของครอบครัว ทำให้อาจขาดข้อมูลสำคัญบางส่วนในการวินิจฉัยโรค การสัมภาษณ์นักเรียนเป็นการสัมภาษณ์ถึงอาการย้อนหลังหลายเดือน เด็กบางคนลืมเวลาเริ่มต้นของการเกิดอาการ การวิจัยในบางเวลาไม่ได้รับความร่วมมือจากทั้งเด็กและครอบครัวเนื่องจากความไม่พร้อม และผู้เข้าร่วมวิจัยบางคนรู้สึกเป็นการรบกวน บางคนเกิดความสงสัยว่าการวิจัยนั้นจะเป็นประโยชน์อย่างไรแก่ตนเองและชุมชนอย่างไร

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยหลังภัยพิบัติ ควรทำในจังหวะเวลาที่เหมาะสม ชุมชนมีความพร้อม ควรให้ความรู้แก่ประชาชนถึงประโยชน์ที่ชุมชนจะได้รับก่อน รวมถึงประโยชน์ของผลการวิจัยต่อการวางแผนการช่วยเหลือระดับประเทศ ผู้สัมภาษณ์ควรได้รับการฝึกอบรมทางจิตเวชศาสตร์ ไม่กระตุ้นให้เกิดภาวะซ้ำเติมทางจิตใจ ควรได้รับการฝึกให้ช่วยเหลือทางจิตใจได้ในผู้ที่มีอาการ หรือเกิดอาการระหว่างการถูกสัมภาษณ์ ในกรณีที่มีการวิจัยจากหลายหน่วยงานในพื้นที่พร้อมกัน ทางจังหวัดควรจัดหน่วยงานที่ประสานงานเรื่องการวิจัยเพื่ออำนวยความสะดวก ตรวจสอบ ป้องกันปัญหา และประสานงานให้รบกวนประชาชนน้อยที่สุด และรวบรวมข้อมูลพื้นฐานต่างๆ เพื่อเผยแพร่ให้หน่วยงานหรือผู้วิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยควรมีเป้าหมายเพื่อตอบปัญหาในการช่วยเหลือ ค้นหาสิ่งที่ยังขาดอยู่ เช่น ความชุกของโรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประสิทธิภาพของเครื่องมือและ

รูปแบบการช่วยเหลือต่างๆ ที่สร้างขึ้น และการติดตามอาการของโรค PTSD ระยะยาว เพื่อเข้าใจการดำเนินของโรค และวางแผนหรือกำหนดนโยบายระดับประเทศ

## 7. บทบาทของสื่อมวลชน ในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ

สื่อมวลชนต่างๆ มีบทบาทอย่างมากต่อการฟื้นตัวของชุมชนและผู้ประสบภัย<sup>72</sup> สื่อโทรทัศน์ที่นำเสนอภาพข่าวเหตุการณ์ที่รุนแรง น่ากลัวซ้ำๆ เช่น ภาพของคลื่นยักษ์ทำลายชีวิตและทรัพย์สิน ปฏิบัติการของคนแตกตื่นตกใจ ระวังภัย ภาพการบาดเจ็บ การเสียชีวิต การค้นหาและค้นพบศพผู้เสียชีวิต และการสัมภาษณ์อย่างไม่ถูกวิธีอาจกระตุ้นให้คนที่ไม่ได้เผชิญภัยพิบัติเกิดอาการของโรค PTSD ได้ หรือในผู้ที่เผชิญเหตุการณ์มาแล้วอาจเกิดภาวะซ้ำเติมทางจิตใจ (retraumatization) ทำให้อาการมากขึ้นหรือเป็นเรื้อรัง

อย่างไรก็ตามหลังเหตุภัยพิบัติ สื่ออาจเป็นประโยชน์ได้เช่นกัน<sup>73</sup> ถ้าสามารถให้ความรู้แก่ประชาชนเรียบเรียงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยวิธีที่สงบ ไม่ตื่นเต้นเร้าใจเกินไป มีการวิเคราะห์หาสาเหตุ ไม่หาแพะรับบาป เน้นการป้องกันและช่วยเหลือ ให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์ และส่งเสริมการปรับตัว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภัยพิบัติ ความรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ประสบภัย แนวทางการช่วยเหลือในชุมชน การเตรียมพร้อม การให้กำลังใจแก่ผู้ประสบภัยในเรื่องการช่วยเหลือและความหวังด้านบวกที่จะเกิดขึ้น ให้ความหวังที่ดี สร้างความรู้สึที่ดีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผู้ประสบภัยบางคนมองว่าอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้น เกิดจากการไม่สามารถควบคุมตนเอง ทำให้มองลบลต่อตนเอง และมองลบลต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกด้วย เช่น ไม่มั่นใจความปลอดภัย ไม่ไว้วางใจกัน มองคนอื่นในด้านลบ หวาดระแวงกันเอง สื่อมวลชนควรให้ความรู้ว่า อาการต่างๆ ทางจิตใจที่เกิดขึ้นในระยะแรกนั้น เกิดขึ้นได้กับทุกคนที่ประสบภัย ไม่ใช่อาการของโรคทางจิตเวชที่น่ากลัว ไม่ใช่โรคจิตโรคประสาท

และรักษาให้หายได้ และควรนำเสนอความหวังด้านบวก เช่น ทางแก้ไข ป้องกันหรือการรักษา โดยมีคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิต เพื่อให้ความรู้และวิธีการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ประสบภัยที่เชื่อถือได้

นอกจากนี้สื่อมวลชนยังสามารถสำรวจและถ่ายทอดความต้องการของชุมชน เช่น ความต้องการเครื่องมือในการรับข้อมูลข่าวสาร และการระงับภัยส่งเสริมการรวมตัวกัน สร้างขวัญและกำลังใจแก่กัน ระดมความช่วยเหลือให้ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของชุมชน ช่วยให้ผู้ประสบภัยเห็นความช่วยเหลือ ความหวัง และเห็นอกเห็นใจกันร่วมทุกข์ร่วมสุขกันของชุมชน และความหวังช่วยเหลือจากภายนอก ตัวอย่างชุมชนที่มีการรวมตัวช่วยเหลือกัน และประสานความร่วมมือกับความช่วยเหลือภายนอก ส่งเสริมให้ทุกคนในชุมชนมีกิจกรรม โดยเฉพาะการช่วยเหลือกัน การค้นหาผู้รอดชีวิต การค้นหาศพ การซ่อมแซมบ้านเรือน การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว สิ่งที่ต้องทำ และข้อควรระวังต่างๆ

สื่อมวลชนควรระวังวิธีการเข้าไปในชุมชนที่อาจรบกวนการฟื้นตัวของชุมชน ควรหลีกเลี่ยงการให้ผู้ประสบภัยพิบัติภัยทบทวนเหตุการณ์โดยไม่จำเป็น เช่น ผู้สัมภาษณ์อาจสอบถามเด็กในเรื่องเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ โดยไม่ได้เจตนา แต่กระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์นั้นจนเกิดอาการ ตกใจ หวาดกลัว หดหู่ขึ้นมาได้อีก เมื่อเกิดอาการขึ้นแล้วมิได้มีการช่วยเหลือระดับประคองทางจิตใจ อารมณ์ให้กลับมาสงบเหมือนเดิม ทำให้อาการมากขึ้น และยาวขึ้น การใช้คำถามที่กระตุ้นอารมณ์เพื่อให้ได้ภาพข่าวตื่นเต้นเร้าใจ จะเป็นผลเสียต่อผู้ถูกสัมภาษณ์อย่างมาก เป็นการรบกวนการฟื้นตัวทางจิตใจ อาจทำให้อาการของโรคเป็นเรื้อรัง โดยเฉพาะเมื่อมีการสัมภาษณ์ซ้ำๆ ผู้สัมภาษณ์จึงควรผ่านการฝึกอบรมการสัมภาษณ์ผู้ประสบภัย ให้เข้าใจจิตใจผู้ประสบภัย มีเทคนิควิธีการตั้งคำถามที่ดี ไม่กระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยามากเกินไป ถ้าเด็กเกิดอาการต้องมีวิธีช่วยเหลือระดับประคองจิตใจ

ให้กลับมาสงบเหมือนเดิมได้ ควรเลือกสัมภาษณ์บุคคลไม่ให้ซ้ำกัน หรือให้บุคลากรสุขภาพจิตที่มีประสบการณ์เป็นผู้สัมภาษณ์

การนำเสนอข้อมูล ควรให้เกิดการเรียนรู้แบบเป็นวิทยาศาสตร์ มีเหตุผล สื่อมวลชนเองควรทบทวนความเหมาะสมในการนำเสนอข่าว ผลเสียที่อาจเกิดต่อผู้ชม โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการซ้ำเติมทางจิตใจ และน่าจะนำเสนอเรื่องผ่อนคลายสติ เพื่อเปลี่ยนบรรยากาศลดข่าวด้านลบและการให้สัญญาหรือความช่วยเหลือที่ไม่ตรงความเป็นจริง ช่วยสร้างความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยให้ชุมชนมั่นใจมีจิตใจมั่นคงไม่สับสนและอารมณ์สงบลดความกลัวจากอาการทางจิตใจและลดข่าวลือต่างๆ สร้างความมั่นใจในศูนย์เตือนภัยและระบบเตือนภัย การป้องกันการเกิดภัยพิบัติซ้ำ และระบบช่วยเหลือในชุมชนหลังภัยพิบัติ ควรให้คำแนะนำในการชมและติดตามข่าว ไม่ควรให้ประชาชนโดยเฉพาะผู้ประสบภัยชมข่าวนานเกินไป ควรเบนความสนใจไปในเรื่องอื่นๆ บ้าง มีกิจกรรมคลายเครียดและสนุกสนานสลับด้วย

นอกจากนี้ควรเพิ่มการเตรียมความพร้อมของสื่อมวลชนก่อนไปปฏิบัติงานในชุมชนหลังภัยพิบัติ โดยให้ความรู้และทักษะแก่สื่อมวลชนในเรื่องปฏิบัติการทางจิตใจของผู้ประสบภัย การเข้าถึงชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาทางจิตใจที่ควรระวัง และส่งเสริมบทบาทสื่อมวลชนที่ช่วยฟื้นฟูจิตใจผู้ประสบภัยและชุมชน<sup>74</sup>

## 8. บทเรียนและ ข้อเสนอแนะแก่หน่วยงานที่มีส่วนช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ประสบภัย

ข้อเสนอแนะต่อไปนี้ รวบรวมจากประสบการณ์การทำงานของทีมสุขภาพจิต เพื่อกำหนดแนวทางในการดำเนินงานระดับชาติ ต่อปัญหาภัยพิบัติที่มีความรุนแรงในอนาคต

ในระยะสัปดาห์แรกๆ หลังภัยพิบัติ การค้นหาผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้การคัดกรอง เนื่องจากไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ ชุมชนยังไม่มีความพร้อม ไม่ร่วมมือ



ไม่สามารถแยกกลุ่มเสี่ยงได้ แต่การช่วยเหลือสามารถทำได้โดยการให้ความรู้แก่ชุมชน และจัดระบบช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ที่มีอาการ ในระยะนี้หน่วยงานต่างๆ ของรัฐ และเอกชนควรประสานงานกันอย่างดี โดยใช้แนวทางเดียวกัน เช่น การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รอดชีวิต การค้นหาศพ การฟื้นฟูชุมชน การสร้างแกนนำชุมชน การจัดการเพื่อให้ครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างปลอดภัย การจัดที่อยู่อาศัยชั่วคราว และวางแผนระยะยาวที่ถาวร แต่ให้ความหวังที่เป็นจริง

การสำรวจความต้องการชุมชนควรทำโดยหน่วยงานเดียว และเผยแพร่ข้อมูลให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรมีการควบคุมและอบรมให้ความรู้ และทักษะเบื้องต้นโดยกรมสุขภาพจิตแก่ผู้ที่จะเข้าไปช่วยเหลือชุมชนทุกคน โดยเฉพาะผู้ที่จะมีสัมภาระผู้ประสบภัยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะจิตใจซ้ำซ้อนหลังภัยพิบัติ ควรมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน การช่วยเหลือประชาชนด้านการเงิน ควรให้เป็นระบบเดียวกัน ไม่เกิดความแตกต่างที่จะเปรียบเทียบกัน ในเด็กและนักเรียน ควรมีระบบที่ป้องกันการได้รับเงินหรือการใช้จ่ายเงินไม่ถูกวัตถุประสงค์ การจ่ายเงินควรมีระบบที่ไม่เป็นภาระกับครู ควรระวังว่าความช่วยเหลือด้านการเงินแก่เด็กและครอบครัว อาจทำให้เกิดผลเสียแทรกซ้อน เช่น พ่อแม่หลายคนไม่让孩子ไปโรงเรียน เพราะต้องตัวเด็กไว้เพื่อรอรับเงินช่วยเหลือ ทำให้เด็กขาดเรียน เด็กหรือพ่อแม่เด็กบางคนนำเงินช่วยเหลือไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ เช่น ซื้อของฟุ่มเฟือย เป็นภาระแก่ครูที่ต้องร่วมควบคุมบัญชีเงินช่วยเหลือนี้ หรือทำให้ครูเกิดความขัดแย้งกับพ่อแม่หรือเด็ก การช่วยเหลือมากเกินไปอาจทำให้เด็กติดนิสัยรอรับความช่วยเหลือไม่สนใจการเรียน ไม่ช่วยตนเอง การช่วยเหลืออาจทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างเด็กประสบภัยและสูญเสียพ่อแม่ กับเด็กที่ไม่ได้ประสบภัยแต่เสียพ่อแม่ วิธีการช่วยเหลือบางครั้งทำโดยไม่ได้คำนึงถึงจิตใจเด็ก เช่น การประกาศเรียกเด็กที่ประสบภัยมารับเงินหรือของบริจาค การให้เด็กเสียเวลาเรียนนานเพื่อเข้าแถวรอรับ

ของบริจาค การช่วยเหลือที่แฝงมากับผลประโยชน์ เช่น การขอสัมภาระเด็กไปออกอากาศรายการข่าว หรือสารคดีและรายการโทรทัศน์ต่างๆ

ความช่วยเหลือจากภายนอกส่วนมากมักมอบให้เด็ก ควรมีการช่วยเหลือครูด้วยเนื่องจากครูเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ต้องใช้เวลาช่วยเหลือเด็กมาก ขาดเวลาพักผ่อน เหนื่อยและขาดขวัญกำลังใจ การช่วยเหลือครูอาจเป็นเงินเพิ่มพิเศษตามสัดส่วนของปัญหา หรือมีระบบที่เหมาะสมในชุมชน

การบริหารงานเชิงระบบ ควรมีการแลกเปลี่ยนส่งต่อข้อมูล วางแผนและประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ระบบการศึกษา ได้แก่ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา โรงเรียน เป็นต้น

มหาวิทยาลัยต่างๆ ควรมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือตามความสามารถและทรัพยากร สร้างองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัย และสร้างการวิจัยที่สามารถใช้ในการช่วยเหลือ วางแผน สร้างและเผยแพร่ความรู้ต่อไป<sup>75</sup>

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงเรียน คณะผู้บริหารและครูอาจารย์โรงเรียน นักจิตวิทยาโรงเรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดพังงา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตะกั่วป่า โรงพยาบาลพังงา และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต ผู้ประสบภัยสึนามิ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการประสานงานและการช่วยเหลือรักษานักเรียน ขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาของคณะปฏิบัติงานที่อนุญาตให้ข้าราชการไปปฏิบัติงานโครงการนี้ ได้แก่ คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี

โครงการขอขอบพระคุณ คุณอาทิตย์ วังวสุ  
และครอบครัว และ Mr. S. Wenger ที่ได้บริจาคเงิน  
เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับนักจิตวิทยา 6 คน ที่ปฏิบัติงาน  
ในโรงเรียนเป็นเวลา 3 ปี ทำให้การช่วยเหลือต่อเนื่อง  
ในโรงเรียนประสบผลสำเร็จ

### เอกสารอ้างอิง

1. Piyasilpa V, Ketumarn P, Dumrongphol H, Tanprasert S, Chatchawalitsakul W, Thaeeromanophap S. Psychosocial problems in students at 18 months after tsunami and intervention model. Thai Pediatr J 2006; 13(2):89-97.
2. Piyasil V, Ketumarn P, Plubrukarn R, Jotipanut V, Tanprasert S, Aowjinda S, et al. Psychiatric disorders in children at two years after the tsunami disaster in Thailand. ASEAN J Psychiatry 2008; 9(1):20-4.
3. ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ประสบภัยสึนามิ. ความเสียหายจากกรณีพิบัติคลื่นยักษ์สึนามิ. ใน : ก้าวสู่...ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ประสบภัยสึนามิ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เบญจพร ปัญญาสงค์ บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด, 2548:45-51.
4. พนม เกตุมาน. การช่วยเหลือเด็กหลังภัยคลื่นยักษ์. ใน : ก้าวสู่...ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ประสบภัยสึนามิ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เบญจพร ปัญญาสงค์ บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด, 2548:129-34.
5. อัมพล สุอำพัน. ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยธรรมชาติ. ใน : ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2 เกษม ตันติผลลาชีวะ บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536:506-13.
6. Kassam-Adams N, Winston FP. The relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004; 43(4): 403-11.
7. Broberg AG, Dyregrov A, Lilled L. The Goteborg discotheque fire: posttraumatic stress, and school adjustment as reported by the primary victims 18 months later. J Child Psychol Psychiatry 2005; 46(12):1279-86.
8. Curle CE, Williams C. Post-traumatic stress reactions in children: Gender differences in the incidence of trauma reactions at two years and examination of factors influencing adjustment. Br J Clin Psychol 1996; 35:297-309.
9. Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB, Pakiz B, Frost AK, Cohen E. Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34:1369-80.
10. Pynoos RS, Nader K. Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications. J Trauma Stress 1988; 1:445-73.
11. Yule W, Gold A. Wise before the event. Coping with crises in schools. London: Calouste Gulbenkian Foundation;1993.
12. Wolmer L, Laor N, Dedeoglu C, Siev J, Yazgan Y. Teacher-mediated intervention after disaster: a controlled three-year follow-up of children's functioning. J Child Psychol Psychiatry 2005; 46(11):1161-8.
13. Lindy JD, Grace MC, Green BL. Survivors: Outreach to a reluctant population. Am J Orthopsychiatry 1981; 51:468-78.

14. Pfefferbaum B. Posttraumatic stress disorder in children: Review of the past 10 years 1977 J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36:1503-9.
15. Klingman A. School-base intervention following a disaster. In: Saylor CF, ed. Children and Disaster. New York: Plenum Press; 1993; 187-210.
16. Hardin SB, Weinrich M, Weinrich S, Harding TL, Garrison C. Psychological distress of adolescents exposed to hurricane Hugo. J Trauma Stress 1994; 7:427-40.
17. Dyregrov A, Bie Wikander AM, Vigerust S. Sudden death of a classmate and friend. Adolescents' perception of support from their school. Sch Psychol Int 1999; 20:191-208.
18. Yule W, Williams RM. Post-traumatic stress reactions in children. J Trauma Stress 1990; 3:279-95.
19. Bromet E, Dew MA. Review of psychiatric epidemiologic research on disasters. Epidemiol Rev 1995; 17:113-9.
20. Wu P, Hoven CW, Bird HR, Moore RE, Cohen P, Alegria M, et al. Depressive and disruptive disorders and mental health service utilization in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38:1081-90.
21. Pynoos RS, Goenjian AK, Steinberg AM. A public mental health approach to the postdisaster treatment of children and adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin North Am 1998; 7:195-210.
22. กรมสุขภาพจิต. ความทุกข์ปัญหาสุขภาพจิตเด็ก ภายหลังภัยพิบัติคลื่นยักษ์ (รายงานเบื้องต้น). ใน : ก้าวสู่...ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ประสบภัยสึนามิ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เบญจพร ปัญญาสงค์ บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ปิยะอนต์ พับลิชชิ่ง จำกัด, 2548:95-8.
23. Ketumarn P, Sitdhiraksa N, Pithayratsathien N, Piyasilpa V, Plubrukan R, Dumrongphol H, et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder in students : twenty-three months after tsunami. J Psychiatr Assoc Thailand 2008; 53(1): 8-20.
24. Ketumarn P, Piyasilpa V, Sitdhiraksa N, Pithayratsathien N, Plubrukan R, Dumrongphol H, et al. Concurrent validity testing of CRIES-8 screening questionnaire for PTSD from the study of post-traumatic stress disorder in students, 23 months after tsunami. J Psychiatr Assoc Thailand 2008; 53(2): 177-86.
25. Piyasil V, Ketumarn P, Ularntinon S, Sidthiraksa N, Pityaratstian N, Lerthattasilp T, et al. Post-traumatic stress disorder in Thai children living in area affected by tsunami disaster: a 3 years follow-up study. ASEAN J Psychiatry 2008; 9(2): 99-103.
26. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน. การดำเนินงานช่วยเหลือและฟื้นฟูทางจิตใจแก่ผู้ประสบภัย กรณีธรณีพิบัติ 6 จังหวัดภาคใต้. ใน : ก้าวสู่...ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ประสบภัยสึนามิ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เบญจพร ปัญญาสงค์ บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ปิยะอนต์ พับลิชชิ่ง จำกัด, 2548:53-64.
27. Piyasilpa V, Ketumarn P, Pojanakaew S, Prubrukarn R. Proactive psychosocial interventions for students after tsunami. Thai Pediatr J 2006; 13(2): 82-8.
28. Piyasilpa V, Ketumarn P, Prubrukarn R. Psychosocial problems in students at 6 weeks after the tsunami disaster. Thai Pediatr J 2005; 45:191-9.
29. Piyasilpa V. Rapid epidemiological assessment in children and adolescents after tsunami. Thai Pediatr J 2005; 44(2): 136-42.

30. พนม เกตุมาน. คู่มือแพทย์ ความผิดปกติทางจิตใจ ภายหลังภัยอันตราย (PTSD: Post-traumatic Stress disorder). สมุทรปราการ: บริษัท พีรทีเอ็มมาร์เก็ตติ้ง จำกัด; 2548.
31. Ketumarn P. Group counseling for students affected by tsunami disaster. Thai Pediatr J 2005; 12:123-30.
32. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. คู่มือสำหรับบุคลากรสุขภาพจิต ในการดูแลช่วยเหลือเด็กที่ประสบภัยพิบัติ. กรุงเทพมหานคร : เอ็กซ์พอร์ต อิมพอร์ต แอนด์ โอที; 2548.
33. Galente R, Foa D. An epidemiological study of psychic trauma and treatment effectiveness for children after a natural disaster. J Am Acad Child Psychiatry 1996; 25:357-63.
34. Thienkrua W, Cardozo BL, Chakkraband S, Guadamuz TE, Pengjuntr W, Tantipiwatanaskul, et al. Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among children in tsunami-affected areas in southern Thailand. JAMA 2006; 296:549-59.
35. Shaw JA, Applegate B, Tanner S. Psychological effects of Hurricane Andrew on an elementary school population. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995, 34:1185-92.
36. Nugent NR, Christopher NC, Delahanty DL. Emergency medical service and in-hospital vital signs as predictors of subsequent PTSD symptom severity in pediatric injury patients. J Child Psychol Psychiatry 2006; 47(9): 919-26.
37. Yule W, Bolton D, Udwin O, Boyle S, O’Ryan D, Nurrish J. The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: I: The incidence and course of PTSD. J Child Psychol Psychiatry 2000; 41:503-11.
38. Longin C, Shannon M, Finch A, Daughtery T, Taylor C. Children’s reactions to a natural disaster: Symptom severity and degree of exposure. Advances in Behavior Research and Therapy 1991; 13:135-54.
39. Pynoos R, Goenjian A, Tashjian M. Posttraumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. Br J Psychiatry 1993; 163:239-47.
40. Stein M, Walker J, Hazen A, Forde D. Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. Am J Psychiatry 1997; 154:1114-9.
41. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical description and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
42. Scheeringa MS, Zeanah CH, Drell MJ, Larrieu JA. Two approaches to diagnosing post-traumatic stress disorder in infancy and early childhood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34:191-200
43. Carrion VG, Weems CF, Ray R, Reiss AI: Toward and empirical definition of pediatric PTSD: the phenomenology of PTSD symptoms in youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002; 41:166-73.
44. Peters L, Slade T, Andrews G. A comparison of ICD-10 and DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress 1999; 12:335-43.
45. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. การประเมินผล การดำเนินงานช่วยเหลือและฟื้นฟูจิตใจผู้ประสบภัยสึนามิ. ใน : ก้าวสู่...ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต ผู้ประสบภัยสึนามิ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เบญจพร ปัญญาสงค์ บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ปิเยอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด, 2548:65-75.

46. van Griensven F, Chakkraband MLS, Thienkrua W. Mental health problems among adults in tsunami-affected areas in southern Thailand. *JAMA* 2006; 296:537-48.
47. Longin C, Shannon M, Finch A, Daughtery T, Taylor C. Children's reactions to a natural disaster: Symptom severity and degree of exposure. *Adv Behav Res Ther* 1991; 13:135-54.
48. Saigh PA. The development of posttraumatic stress disorder following four different types of traumatization. *Behav Res Ther* 1991; 29:213-6.
49. Shannon MP, Lonigan CJ, Finch AJ, Taylor CM: Children exposed to disaster, I: epidemiology of posttraumatic symptoms and symptom profiles. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33:80-93.
50. Tangseree T, Punyoyai L. From Makhong to Andaman : Legends of tsunami: Epidemiological study of 359 tsunami victims by their section to disaster within 2 months. The 4<sup>th</sup> International Conference on Mental Health and Disaster, Bangkok, Thailand, 2005.
51. Children and War Foundation. Revised Child Impact of Events Scale. Available at: <http://www.childrenandwar.org>. Accessed Sep 20, 2005.
52. Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W. Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosom. Med* 1979; 41:209-18.
53. Dyregrov A, Kuterovac G, Barath A. Factor analysis of the Impact of Event Scale with children in war. *Scand J Psychol* 1996; 36:339-50.
54. Yule W, Ten Bruggencate S, Joseph S. Principal components analysis of the Impact of Events Scale in children who survived a shipping disaster. *Pers Individual Differences* 1994; 16:685-91.
55. Stallard P, Velleman R, Baldwin S. Psychological screening of children for post-traumatic stress disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40(7): 1075-82.
56. Yule W. Post-traumatic stress disorders in child survivors of shipping disasters : The sinking of the "Jupiter". *Psychother and Psychosom* 1992; 57: 200-5.
57. Weiss DS, Marmar CR. The impact of event scale-revised. In: Wilson JP, Keane TM, eds. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press: 1997.
58. Cochrane A, Holland W. Validation of screening procedures. *British Medical Bulletin* 1969; 27:3-8.
59. Nader K, Pynoos RS, Fairbanks LA, Frederick C. Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1526-30.
60. Pynoos RS, Rodriguez N, Steinberg AS. The UCLA PTSD Reaction Index for DSM IV (Revision 1). Los Angeles: UCLA Trauma Psychiatry Program: 1998.
61. Rodriguez N, Steinberg AS, Saltzman WS, Pynoos RS. PTSD Index: preliminary psychometric analyses of child and parent versions. Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, New Orleans, LA, December 2001.
62. Steinberg AM, Brymer MJ, Decker KB. The University of California at Los Angeles. Post-traumatic Stress Dizonbra Reacher Index. *Curr Psychiatry Rep* 2004; 6:96-100.
63. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 1998; 37(10 suppl).

64. Bolton D, O’Ryan D, Udwin O, Boyle S, Nurrish J, Yule W. The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: II: General psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41:513-23.
65. Chemtob CM, Nakashima JP, Hamada RS: Psychosocial intervention for post-disaster trauma symptoms in elementary school children: a controlled community field study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156:211-6.
66. เทวินทร์ ขอเหนี่ยวกลาง, จีรัตน์ ภคส์ตวงศา. สึนามิ (Tsunami) : มหันตภัยที่ต้องรู้ทัน. ใน : ก้าวสู่...ศูนยฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ประสบภัยสึนามิ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เบญจพร ปัญญาสงค์ บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง จำกัด, 2548:37-40.
67. เสรี ศุภราทิตย์. ผลการสำรวจคลื่นยักษ์สึนามิในประเทศไทย. ใน : ก้าวสู่...ศูนยฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ประสบภัยสึนามิ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เบญจพร ปัญญาสงค์ บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง จำกัด, 2548:41-3.
68. Foa EB. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(suppl 5)
69. Layne CM, Saltzman WR, Arslanagic B. Trauma/grief focused group psychotherapy: school-based postwar intervention with traumatized Bosnian adolescents. *Group Dynamics Theory Res Pract* 2001; 5:277-90.
70. Saltzman WR, Pynoos RS, Layne CM. Trauma- and grief focused intervention for adolescents exposed to community violence: results of a school-based screening and group treatment protocol. *Group Dynamics Theory Res Pract* 2001; 5:291-303.
71. พระไพศาล วิศาโล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. แนวทางในการฟื้นฟูจิตใจประชาชน-ชุมชน 6 จังหวัดภาคใต้. ใน : ก้าวสู่...ศูนยฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ประสบภัยสึนามิ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เบญจพร ปัญญาสงค์ บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง จำกัด, 2548:135-40.
72. พนม เกตุมาน. คู่มือช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ประสบภัย และโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (Post-traumatic Stress disorder). สงขลา: หสม. นีโอ พ้อยท์; 2552.
73. The Role of the Media in Disaster Mitigation: Roundtable on the Media, Scientific Information and Disasters. Available at :<http://www.annenberg.northwestern.edu/pubs/disas/disas32.htm>. Accessed Oct 12, 2009.
74. Nasser M, Fouad R, Ghany HA, Ghanem Y, Eltayeb MT. Role of the Media in Disaster Management and Suitable Development : Summary of Session XIV of Regional Joint Conference on “Disaster: Relief and Management - International Cooperation and Role of Information and Communication Technology ICT”. Alexandria, Egypt, April 2007.
75. Ahmad R. Roles of the university in disaster management. *Malaysian J Med Sc* 2007; 14(2):1-3.

## ภาคผนวก

### แบบสอบถามผลกระทบจากเหตุการณ์ (CRIES-13)

อาการต่อไปนี้รวบรวมจากสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ประสบเหตุการณ์ โปรดอ่านและเลือกว่าอาการในแต่ละข้อนั้นตรงกับของตัวหนู ในช่วง 7 วันนี้ ขนาดไหน ถ้าไม่มีอาการเหล่านั้น ในช่วง 7 วันนี้ ให้เลือกช่อง “ไม่เลย”

รหัส .....

วันที่ .....

	ไม่เลย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยๆ	I	A	H
1. นึกถึงเหตุการณ์ขึ้นมาโดยไม่ได้ตั้งใจ							
2. พยายามลืมเหตุการณ์							
3. ไม่มีสมาธิในการเรียน							
4. ยังรู้สึกกลัวเหตุการณ์							
5. สะดุ้งตกใจง่ายกว่าเดิมหลังเหตุการณ์							
6. พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์							
7. พยายามไม่พูดถึงเหตุการณ์							
8. มีภาพเหตุการณ์ผุดขึ้นในใจ							
9. มีสิ่งที่ยังคิดถึงเหตุการณ์							
10. พยายามที่จะไม่คิดถึงเหตุการณ์							
11. รู้สึกหงุดหงิดง่าย							
12. ตื่นตัวและระวังตัวเกินเหตุ							
13. มีปัญหาการนอน (เช่น นอนไม่หลับ ตื่นบ่อย)							

Revised Child Impact of Events Scale -Thai version

© Children and War Foundation, 1998 : by permission

#### หมายเหตุ

- เหตุการณ์ คือ สถานการณ์ที่เผชิญ ที่ทำให้เกิดความกลัว ตกใจ ขวัญเสีย และฝังใจ เช่น อุบัติภัย อุบัติเหตุ การถูกทำร้าย หรือละเมิดทางเพศ
- การให้คะแนน ไม่เลย = 0 นานๆ ครั้ง = 1 บางครั้ง = 3 บ่อยๆ = 5  
 \* CRIES-8 คิดคะแนน เฉพาะข้อ 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10 รวม 8 ข้อ cutoff point  $\geq 17$   
 \* CRIES-13 คิดคะแนน 13 ข้อ cutoff point  $\geq 25$
- ผู้ที่ต้องการใช้แบบสอบถามนี้ หรือต้องการสอบถามการใช้แบบสอบถาม กรุณาติดต่อ  
 นพ. พนม เกตุมาน email : sipkm@mahidol.ac.th  
 นพ. ภัทรกร พิทยรัตน์เสถียร email : drnuttorn@yahoo.com