



ความชุกของโรคเครียดเฉียบพลันและผลกระทบทางจิตใจหลังเหตุการณ์วิกฤตในกำลังพลทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรง

Prevalence of Acute Stress Disorder and Psychological Impact after Crisis Event Among Injured Military Personnel in Mass Violence.

อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์ พ.บ.*, อิศรา รักษ์กุล พ.บ.*, เจษฎา ยິงวิวัฒน์พงษ์ พ.บ.*
Apichat Ranuwattananon M.D.*, Isra Rukskul M.D.*, Jatsada Yingviwattanapong M.D.*

* กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

* Department of Psychiatry and Neurology, Phramongkutklao Hospital, Bangkok Thailand

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของโรคเครียดเฉียบพลันและผลกระทบทางจิตใจหลังเหตุการณ์วิกฤตในกำลังพลทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรงเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2553

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบ retrospective descriptive study โดยรวบรวมเวชระเบียนในกำลังพลทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์วิกฤต เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2553 และได้รับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 100 นาย ซึ่งได้รับบาดเจ็บได้รับการช่วยเหลือด้านจิตใจ และปฐมพยาบาลทางจิตใจเบื้องต้น พร้อมทำการประเมินโรคเครียดเฉียบพลันหลังเหตุการณ์วิกฤต โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM IV-TR และใช้แบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต-18 เพื่อประเมินผลทางจิตใจ วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาใช้ร้อยละ

ผลการศึกษา กำลังพลทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรงเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2553 ที่ได้รับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 100 นาย พบว่ามีทหารที่ได้รับความทุกข์ทรมานทางจิตใจมาก ร้อยละ 2 ทหารที่ได้รับความทุกข์ทรมานทางจิตใจเล็กน้อย ร้อยละ 8 ไม่พบอุบัติการณ์ของโรคเครียดเฉียบพลัน แต่พบผู้มีอาการที่ไม่ครบเกณฑ์วินิจฉัยโรคเครียดเฉียบพลันจำนวน 5 นาย ซึ่งเป็นผู้มีกลุ่มอาการ 3 อย่างคือ re-experiencing, avoidance และ arousal ขาดกลุ่มอาการ dissociation และยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบทางจิตใจหลังเหตุการณ์วิกฤตในทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรง

สรุป ถึงแม้ในการศึกษานี้จะไม่พบโรคเครียดเฉียบพลันและพบผู้มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจมาก ร้อยละ 2 แต่ควรมีการประเมินโรคเครียดเฉียบพลันและความทุกข์ทรมานทางจิตใจภายหลังเหตุการณ์รุนแรง เพื่อค้นหาผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตเพื่อให้การรักษาในระยะแรก พร้อมทั้งติดตามและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตต่อไป

คำสำคัญ เหตุการณ์ความรุนแรง โรคเครียดเฉียบพลัน ผลกระทบทางจิตใจ

corresponding author: อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2558; 60(4): 307-316

ABSTRACT

Objective : To study the prevalence of acute stress disorder (ASD) and psychological effect toward the injured military personnel of the mass violence on 10 April 2010.

Method : Retrospective descriptive study was conducted. One hundred medical records of military personnel who were injured on 10 April 2010 and were admitted in Phramongkutklao hospital to receive the psychological first aid as well as the assessment of acute stress disorder using DSM-IV criteria and Psychological Impact Scale for Crisis Events -18 was performed.

Results : It was found that 2% of 100 cases having severe psychological impact and 8% had mild degree. Although the occurrence of ASD was not found. There were 5 cases who had three of ASD symptom clustered such as re-experiencing, avoidance, and arousal (except the dissociation criterion). Moreover, there was no significant factors associated with the psychological impact due to mass violence for serious political conflict occurring at April 10, 2010.

Conclusions : Although ASD was not found and severe psychological impact was found only 2 % of all the injured in this study, there still need assessment of ASD and psychological distress for detecting people who have a risk of mental disorder and effective early treatment for prevention of further serious mental health problem.

Keywords : mass violence, acute stress disorder, psychological impact.

corresponding author: Apichart Ranuwattananon

J Psychiatr Assoc Thailand 2015; 60(4): 307-316

บทนำ

วิกฤตการณ์การเมืองในประเทศไทย เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 มาจนถึงปัจจุบัน เกิดจากความขัดแย้งทางความคิดเห็นทางการเมือง และนำไปสู่การเรียกร้องทางการเมือง ซึ่งเพิ่มลำดับความรุนแรงในการเรียกร้องมากขึ้น จนรัฐบาลได้หาทางในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง และเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2553 ได้เกิดเหตุการณ์รุนแรงขึ้น จากเหตุการณ์นี้ทำให้มีผู้เสียชีวิตและผู้ได้รับบาดเจ็บจำนวนมาก

หลังเหตุการณ์ความรุนแรงดังกล่าวผ่านไป ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นยังไม่ยุติและยังไม่ได้จบลงที่ความเสียหายทางชีวิตและทรัพย์สินเท่านั้น แต่ยังคงผลกระทบต่อเบื้องไปยังผู้เข้าร่วมเหตุการณ์ทั้งสองฝ่าย ทั้งฝ่ายผู้ร่วมชุมนุมและทหาร ความเสียหายด้านทรัพย์สินเทียบไม่ได้กับความสูญเสียทางจิตใจของผู้เข้าร่วมเหตุการณ์ทุกคน แม้เวลาจะผ่านไปแล้ว แต่สิ่งที่ตามมาและทิ้งไว้ในจิตใจ คือ อาการเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล ที่เกิดขึ้นในทุกคนรวมถึงทหารที่ปฏิบัติหน้าที่ซึ่งอยู่ในเหตุการณ์ความรุนแรง จากการศึกษาพบทหารที่มีความเครียดเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม คือมีอาการหงุดหงิดง่ายอ่อนเพลีย ปวดตึงกล้ามเนื้อ¹ สอดคล้องกับการศึกษาในสงครามเวียดนามพบว่าทหารผ่านศึกเวียดนามชาวเวียดนามที่ร้อยละ 10 เป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post traumatic stress disorder, PTSD) และในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่ามีภาวะเครียดร้อยละ 6 มีภาวะวิตกกังวลร่วมกับภาวะเครียดร้อยละ 73 ส่วนทหารผ่านศึกเวียดนามที่ไม่พบภาวะเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้น มีภาวะเครียดน้อยกว่าคือพบร้อยละ 1 มีภาวะวิตกกังวลร่วมกับภาวะเครียดร้อยละ 12²

นอกจากนี้ยังพบว่าทหารผ่านศึกที่ผ่านการรบในสงครามประเทศอิรักและอัฟกานิสถาน เมื่อกลับจากการรบมาอยู่ที่บ้านในระยะเวลาหลังจาก 1 ปี พบว่ามีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปมาก โดยจะมีอาการกลัวหวาดระแวงอยู่ตลอดเวลา บางครั้งในขณะขับรถอยู่จะเกิดความระแวงว่าจะเหยียบกับระเบิดจึงทำให้เกิดอุบัติเหตุจากความระแวงนั้น พร้อมยังพบว่าทหารที่กลับจากสงครามในประเทศอิรักและอัฟกานิสถานได้รับผลกระทบจากการอยู่ในสนามรบ มีความเครียดที่เกิดจากการเผชิญกับเหตุการณ์ที่รุนแรงทำให้มีผลกระทบต่อครอบครัวเกิดการทำร้ายภรรยาและบุตรเนื่องจากอาการหวาดระแวง³ และพบรายงานทางการแพทย์ที่ดูแลทหารอเมริกันในกองทัพซึ่งได้ทบทวนข้อมูลด้านการรักษาในกลุ่มทหารอเมริกันที่ไปร่วมรบในสงครามในประเทศอิรักและอัฟกานิสถานทั้งหมด 20,000 ราย ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการรบในประเทศอิรักมีปัญหา นอนไม่หลับและมีภาวะซึมเศร้าจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยานอนหลับ และยาแก้ซึมเศร้าถึงร้อยละ 12 เช่นเดียวกับทหารอเมริกันที่ไปร่วมรบในอัฟกานิสถานก็มีอาการนอนไม่หลับ และมีภาวะซึมเศร้า จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาดังกล่าว ถึงร้อยละ 17 ของทหารอเมริกันทั้งหมด นอกจากนั้นยังพบว่ามีการใช้ยานอนหลับ และยาแก้ซึมเศร้าในปริมาณเท่าๆ กัน⁴

ดังนั้นผู้วิจัยจึงน่าจะสนใจว่าทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรงเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2553 มีความชุกของโรคเครียดเฉียบพลัน (acute stress disorder, ASD) และผลกระทบทางจิตใจเป็นอย่างไร และปัจจัยส่วนบุคคลใดบ้างที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคเครียดเฉียบพลันในทหารได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือภาวะทางจิตใจต่อไปในอนาคต

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นแบบเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์วิกฤตเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2553 และได้รับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าทั้งหมดจำนวน 100 นาย

เกณฑ์การเลือกคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรงเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2553 และได้รับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. เป็นทหารที่ได้รับการเข้าช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้นของแผนกจิตเวชและได้ทำแบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเหตุการณ์วิกฤต

เกณฑ์การคัดออก

1. ทหารที่ได้รับบาดเจ็บสาหัสจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ภายใน 1 เดือนหลังเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงจำนวน 8 ราย
2. ทหารที่ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้ภายใน 1 เดือนหลังเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

1. เกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามระบบ DSM-IV-TR
2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประสบการณ์การร่วมสถานการณ์ที่รุนแรง ปัญหาสุขภาพกาย/สุขภาพจิต การใส่สารเสพติด
3. แบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต-18⁵ ซึ่งพัฒนาโดย ดร.นพ.พิทักษ์พล บุญยามาลิกและคณะ เมื่อปี พ.ศ. 2552 มีค่าความเที่ยง

ของแบบประเมินทั้งฉบับ เท่ากับ 0.93 แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 ด้านความคิดเท่ากับ 0.81 ด้านพฤติกรรมเท่ากับ 0.86 และด้านอาการทางกายเท่ากับ 0.77

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

1. ข้อมูลบันทึกทางการแพทย์จากการเข้าช่วยเหลือด้านจิตใจในทหารที่ได้รับบาดเจ็บตามแผนกต่างๆ เช่น ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นต้น และได้ให้ปฐมพยาบาลทางจิตใจเบื้องต้นพร้อมทำการประเมินโรคเครียดเฉียบพลันหลังเหตุการณ์วิกฤตโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัย DSM IV-TR โดยทีมจิตแพทย์และใช้แบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤต-18 ร่วมประเมินผลกระทบทางจิตใจ ซึ่งได้ทำตามมาตรฐานของกองจิตเวชและประสาทวิทยา รพ.พระมงกุฎเกล้า
2. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยนี้ได้แก่ การรักษาความลับของผู้ป่วยและทางราชการ วินัยทหาร การถูกลงโทษ หรือเสียสิทธิประโยชน์ที่พึงได้ จากการประเมินผลกระทบทางจิตใจและโรคเครียดเฉียบพลันโดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเก็บข้อมูลโดยไม่ได้ระบุชื่อทำลายเอกสารเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่าส่วนใหญ่ชั้นยศพลทหาร ร้อยละ 58 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 62 จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า ร้อยละ 50 มีประสบการณ์ในการทำงานด้านทหารไม่เกินสองปี ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ไม่เคยทำงานในพื้นที่เสี่ยงอันตราย ร้อยละ 63 และมีการใช้สุรา/บุหรี่ ร้อยละ 73 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส ระดับชั้นยศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ทำงานในพื้นที่เสี่ยงอันตราย และการใช้สารเสพติด

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	62	62
คู่อยู่ด้วยกัน	36	36
คู่แยกกันอยู่ /หย่า/ร้าง	2	2
ชั้นยศ		
พลทหาร	58	58
ชั้นประทวน	36	36
ชั้นสัญญาบัตร	6	6
การศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6	33	33
มัธยมศึกษาปีที่ 6หรือเทียบเท่า	50	50
สูงกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6	17	17
ประสบการณ์ในการทำงาน (ปี)		
น้อยกว่า 1	19	19
1-2	41	41
3-5	13	13
6-10	7	7
มากกว่า 10	20	20
ประสบการณ์ทำงานในพื้นที่เสี่ยงอันตราย		
เคย 1 ครั้ง	23	23
เคย 2 ครั้ง	5	5
เคยมากกว่า 2 ครั้ง	9	9
การใช้สารเสพติด		
ดื่มสุร่าอย่างเดียว	28	28
สูบบุหรี่อย่างเดียว	31	31
ใช้ทั้งสุร่าและบุหรี่	24	24

ความชุกของโรคเครียดเฉียบพลันและผลกระทบทางจิตใจหลังเหตุการณ์วิกฤต

จากรายงานการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์ เพื่อประเมินโรคเครียดเฉียบพลัน ซึ่งใช้ Clinical interview ตาม DSM IV criteria ไม่พบผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์วินิจฉัย แบบ full criteria ASD แต่พบผู้ที่มีกลุ่มอาการ 3 อย่างคือ

re-experiencng, avoidance และ arousal โดยขาดกลุ่มอาการ dissociation จำนวน 5 ราย

ทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรง ส่วนใหญ่ไม่มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ร้อยละ 90 ส่วนทหารที่ได้รับบาดเจ็บความทุกข์ทรมานทางจิตใจระดับมาก พบร้อยละ 2 และระดับเล็กน้อยพบร้อยละ 8 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละในทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรงแบ่งตามระดับความทุกข์
ทรมานทางจิตใจ

PISCES 18	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	90	90
ทุกข์ทรมานทางจิตใจเล็กน้อย	8	8
ทุกข์ทรมานทางจิตใจมาก	2	2
ทุกข์ทรมานทางจิตใจรุนแรง	0	0

เมื่อแบ่งตามอาการที่เกิดขึ้นตามองค์ ประกอบ
ด้านต่างๆ พบว่า ความทุกข์ทรมานทางจิตใจตาม
องค์ประกอบด้านต่างๆ เฉพาะกลุ่มที่มีความทุกข์
ทรมานทางจิตใจ อาการที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก
ได้แก่อาการคิดถึงเหตุการณ์หรือภาพเหตุการณ์ผุดขึ้น
มาซ้ำๆ ทั้งตื่นและหลับ และอาการเมื่อยล้า ปวดเมื่อย
ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งพบร้อยละ 100 รองลง
มาได้แก่อาการกังวล/หวาดเสียว/เกรงว่าเหตุการณ์
รุนแรงจะเกิดขึ้นอีก ร้อยละ 90 อาการเซ็ง เบื่อหน่าย
ไม่ยอมทำอะไร อาการวิตกกังวลคิดวนเวียนซ้ำๆ
เรื่องเดิม อาการหวาดกลัว หลีกเลี้ยงสถานที่เสี่ยงที่จะ
เกิดเหตุร้าย และมีปัญหาด้านการนอน เช่นหลับยาก
นอนไม่หลับหรือหลับๆ ตื่นๆ พบร้อยละ 80

สำหรับในกลุ่มที่ไม่มีมีความทุกข์ทรมานทาง
จิตใจ อาการที่พบมากที่สุดได้แก่อาการเมื่อยล้า
ปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ร้อยละ 46.67

รองลงมาได้แก่ อาการคิดถึงเหตุการณ์หรือภาพ
เหตุการณ์ผุดขึ้นมาซ้ำๆ ทั้งตื่นและหลับ ร้อยละ 37.78
มีปัญหาด้านการนอน เช่นหลับยาก นอนไม่หลับ
หรือหลับๆ ตื่นๆ ร้อยละ 34.44 อาการเซ็ง เบื่อหน่าย
ไม่ยอมทำอะไร ร้อยละ 32.22 และอาการโศกเศร้าต่อ
การสูญเสีย ร้อยละ 31.11

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย
ส่วนบุคคลด้านสถานภาพการสมรส ระดับชั้นยศ
ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในพื้นที่เสี่ยง
อันตราย ปัญหาด้านสุขภาพ และการใช้ยาเสพติดกับ
ผลกระทบทางจิตใจหลังเหตุการณ์วิกฤตในทหารที่ได้
รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรงกับผลกระทบทาง
จิตใจหลังเหตุการณ์วิกฤตในทหารที่ได้รับบาดเจ็บจาก
เหตุการณ์ความรุนแรง ไม่พบความสัมพันธ์กันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับผลกระทบทางจิตใจหลังเหตุการณ์วิกฤตในทหารที่ได้รับ
บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรง

ปัจจัยส่วนบุคคล	ผลกระทบทางจิตใจหลังเหตุการณ์วิกฤต	
	Odd ratio	95%Confidence Interval
สถานภาพการสมรส	1.727	0.465-6.412
ระดับชั้นยศ	2.250	0.593-8.538
ระดับการศึกษา	1.325	0.315-5.565
ประสบการณ์การทำงานในพื้นที่เสี่ยงอันตราย	7.020	0.853-57.785
ปัญหาด้านสุขภาพ	3.222	0.303-34.295
การใช้ยาเสพติด	1.159	0.058-1.270

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบ ASD แบบ full criteria แต่พบผู้มีกลุ่มอาการ 3 อย่างคือ re-experience, avoidance และ arousal ขาดกลุ่มอาการ dissociation จำนวน 5 ราย โดยอาจเป็นกลุ่มที่เรียกว่า subsyndromal ASD ซึ่งได้กล่าวถึงและพบในการศึกษาของ Bryant เกี่ยวกับ ASD ว่าความชุกของ ASD ที่ตรงตามเกณฑ์วินิจฉัยมีตั้งแต่ร้อยละ 7-28 มีค่าเฉลี่ยที่ร้อยละ 13 และสังเกตว่ามี subsyndromal ASD เมื่อรวม subsyndromal case พบว่าความชุกของ ASD สูงขึ้นคือร้อยละ 10-32 และค่าเฉลี่ยที่ร้อยละ 23

สำหรับการศึกษา ASD ในประเทศไทยนั้น ในปัจจุบันยังมีข้อมูลน้อย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่เคยมีการศึกษาเรื่อง ASD ในประเทศไทยเลย ทั้งจากภัยธรรมชาติและจากฝีมือมนุษย์ ทั้งนี้การวิจัยนี้จึงเป็นครั้งแรกที่ศึกษา ASD และยังทำในทหารซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเฉพาะ เหตุที่เป็นไปได้ที่ทำให้ไม่พบ ASD ในการศึกษาครั้งนี้คือ

1. ข้อจำกัดของแบบสอบถาม ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่ายังไม่มีการศึกษา ASD ในประเทศไทย ซึ่งยังได้รวมถึง เครื่องมือในการประเมิน ASD ยังไม่มีที่แปลเป็นภาษาไทย นอกจากนี้ Acute Stress Disorder Scale (ASDS)⁶ ซึ่งใช้วัดการเกิดโรคเครียดเฉียบพลันก็ยังมีข้อจำกัดโดยเฉพาะในกลุ่มอาการ dissociation ไม่ได้มีรายละเอียดถึงระดับความรุนแรงระยะเวลาที่เกิดชัดเจนเหมือนในแบบประเมิน PTSD นอกจากนี้บางการศึกษาพบว่าความแตกต่างทางวัฒนธรรมมีผลต่อ ASD ทำให้เปรียบเทียบความชุกของ ASD ได้ยาก เช่น ASD ใน ออสเตรเลีย (ร้อยละ 1⁷, 6⁸, 13⁹ และ 14¹⁰) สหราชอาณาจักร (ร้อยละ 21¹¹ และ 10¹²) สวิตเซอร์แลนด์ (ร้อยละ 4)¹³ เยอรมัน (ร้อยละ 6)¹⁴ ญี่ปุ่น (ร้อยละ 9)¹⁵ เวียดนาม (ร้อยละ 19)¹⁶

2. ประชากรที่ศึกษาเป็นทหารซึ่งมีความเฉพาะเนื่องจากทหารมักจะได้รับ การฝึกปฏิบัติในการเผชิญกับเหตุการณ์ความรุนแรง มีความเตรียมพร้อมและ

รับรู้ว่าต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Frappell-Cooke พบว่าทหารที่ได้รับการอบรม traumatic risk management (TRiM) ได้รับความทุกข์ทรมานทางจิตใจน้อยกว่า¹⁷

3. ภายหลังเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง ทหารที่ได้รับบาดเจ็บถูกนำออกจากสถานที่เกิดเหตุและได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีทีมแพทย์และพยาบาลดูแล พร้อมทั้งมีหน่วยงานต่างๆ เข้าให้ความช่วยเหลือและได้รับปัจจัยสนับสนุนอื่น ทหารที่ได้รับบาดเจ็บไม่ได้กลับไปเข้าไปในสถานที่ที่มีเหตุการณ์ความรุนแรงอีก อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความทุกข์ทรมานทางจิตใจลดลง ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Elkillit ที่พบว่าการขาดความช่วยเหลือทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเกิด ASD¹⁸ และในการศึกษาของ Brewin ยังพบว่าการขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด PTSD นอกจากนี้ National Center for PTSD ยังกล่าวว่าการทำ psychological first aid (PFA) ช่วยลดระยะเวลาและปัญหาทางสุขภาพจิตทำได้ทันทีหลังเกิดเหตุการณ์ อาจเป็นที่มชนย้ายผู้บาดเจ็บ ทีมแพทย์ฉุกเฉินก็ได้¹⁹

4. ความเฉพาะของเหตุการณ์ในการศึกษาความชุกของ ASD นั้น พบว่าขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ ระดับการได้รับความรุนแรง ความจำเพาะของเหตุการณ์ แต่ละเหตุการณ์จะพบความชุกของการเกิด ASD ต่างกัน เช่น เหตุการณ์ก่อการร้าย 911 (ร้อยละ 9)²⁰ อุบัติเหตุทางจราจร (ร้อยละ 13²¹-21²²) ผู้รอดชีวิตจากไต้ฝุ่น (ร้อยละ 7)²³ อุบัติเหตุจากอุตสาหกรรม (ร้อยละ 6)²⁴ เหตุทหารุณกรรม (ร้อยละ 19)²⁵ ผู้รอดชีวิตจากเหตุการณ์รวมทั้ง การถูกทำร้ายถูกเผา และ อุบัติเหตุอุตสาหกรรม (ร้อยละ 13)²⁶ เหตุที่รอดจากการถูกโจรปล้น (ร้อยละ 25)¹⁸ จากการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากเหตุการณ์วันที่ 10 เมษายน 2553 ซึ่งเป็นเหตุการณ์เฉพาะอันเกิดจากความขัดแย้งทางการเมืองมีการปะทะกันระหว่างทหารและผู้ชุมนุมในครั้งนั้นมีผู้เสียชีวิตรวม 26 ราย

5. ปัจจัยการเกิด ASD พบว่า เพศเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเพิ่มความถี่ของการเกิด ASD โดยพบว่าเพศหญิงมีอัตราการเกิดมากกว่าเพศชาย ซึ่งในการศึกษานี้เป็นการศึกษาในทหารจำนวน 100 นายและเป็นเพศชายทั้งหมด ก็อาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ไม่พบอุบัติการณ์การเกิด ASD

6. จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคจิตเวชเดิมเป็นปัจจัยของการเกิด ASD แต่ในกลุ่มประชากรที่ศึกษานี้เป็นทหารที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ ได้ตั้งนั้นส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ที่ไม่มีโรคจิตเวชเดิม ทำให้โอกาสการเกิด ASD ในการศึกษานี้พบได้น้อยลง

เมื่อศึกษาผลกระทบทางจิตใจหลังเหตุการณ์วิกฤตในทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรงพบว่าทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรงส่วนใหญ่ไม่มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ร้อยละ 90 และพิจารณาความทุกข์ทรมานทางจิตใจตามองค์ประกอบด้านต่างๆ พบว่าในกลุ่มที่ไม่มีมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจมีอาการที่แสดงออกทางกายมากที่สุด และยังพบกลุ่มอาการ re-experiencing รองลงมา จะเห็นว่าพบปัญหาด้านการนอนทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งการช่วยเหลือด้านทางกายสามารถให้การรักษาได้ และน่าจะลดความเสี่ยงในการเกิด PTSD ในระยะต่อมา ส่วนอาการเชิง เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไรเป็นในเรื่องอารมณ์ ที่ต้องติดตามต่อว่ามีเรื่อง depression เกี่ยวข้องหรือไม่

ผลเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในด้านต่างๆ ได้แก่ สถานภาพการสมรส ระดับชั้นยศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในพื้นที่เสี่ยงอันตราย ปัญหาด้านสุขภาพ และการใช้ยาเสพติดกับผลกระทบทางจิตใจหลังเหตุการณ์วิกฤตในทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรงครั้งนี้ ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากจำนวนประชากรที่ศึกษาครั้งมีน้อยเกินไป และไม่ใช้กำลังพลทหารทั้งหมด ยังขาดกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ดังนั้นหากจำนวนประชากรมากขึ้นอาจพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้

สรุป

ไม่พบผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์วินิจฉัย ASD แต่พบผู้ที่มีกลุ่มอาการของ subsyndromal ASD จำนวน 5 นาย และพบว่าทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรงส่วนใหญ่ไม่มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจ 90 นาย (ร้อยละ 90) ส่วนทหารที่ได้รับความทุกข์ทรมานทางจิตใจ 10 นาย (ร้อยละ 10)

ข้อจำกัดการศึกษา

1. การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลภายใต้ความขัดแย้งทางความคิดเห็นทางการเมือง และประชากรที่ใช้ศึกษาเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ทางราชการทหาร ดังนั้นการให้ข้อมูลอาจมีการระแวดระวังในเรื่องความลับทางราชการทหาร และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมาทำให้อาจมีการปกปิดข้อมูลบางส่วนได้

2. จำนวนประชากรที่เก็บได้จากการศึกษาค้างครั้งนี้ค่อนข้างน้อยเกินไป และเป็นการศึกษาเฉพาะกำลังพลทหารที่รักษาแบบผู้ป่วยใน ดังนั้นอาจไม่แสดงถึงกำลังพลทหารทั้งหมดซึ่งคนที่เกิดโรคอาจเป็นบุคคลที่ไม่ได้มารักษาแบบผู้ป่วยในก็อาจเป็นไปได้ และถ้าจำนวนประชากรมีมากกว่านี้อาจพบอุบัติการณ์การเกิดโรคได้

3. แบบสอบถามที่นำมาใช้อาจไม่ได้ออกแบบมาเฉพาะสถานการณ์แบบนี้โดยตรงแต่นำมาประยุกต์ใช้เท่านั้น และแบบประเมิน ASD ที่เป็นมาตรฐานในประเทศไทยยังไม่มี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเตรียมความพร้อมของเครื่องมือแบบสอบถามในการประเมิน ASD และควรมีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อรองรับกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ASD ใหม่ใน DSM V โดยเฉพาะ criteria ในข้อ B กลุ่มอาการ dissociative ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าไม่เคยมีเครื่องมือใดที่เป็นมาตรฐานในการวัด ASD ในประเทศไทย

2. ควรสนับสนุนโครงการอบรมเตรียมความพร้อมด้านจิตใจในทหารก่อนไปปฏิบัติภารกิจต่างๆ เพื่อ

ให้ทหารมีความสามารถในการดูแลด้านจิตใจเบื้องต้น และสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่เพื่อนทหารด้วยกันได้

3. เมื่อทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษา ASD ในประเทศไทยยังไม่มี ส่วนใหญ่เป็นการศึกษา PTSD ดังนั้นจึงเป็นเรื่องเร่งด่วนที่สมควรจะได้รับการสนับสนุนให้มีการศึกษาอย่างมาก โดย ASD พบในความรุนแรงหลายสถานการณ์ และมีผลกระทบต่อประชาชนโดยตรงเช่นอุบัติเหตุทางจราจร ไฟไหม้ การถูกทำร้ายร่างกาย การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ASD จึงไม่ใช่เป็นโรคที่จิตแพทย์เท่านั้นที่ควรรู้จัก แต่เป็นโรคที่แพทย์ทั่วไปและแพทย์ทุกสาขาที่ต้องพบผู้ป่วยที่เผชิญเหตุการณ์ความรุนแรง จะได้ตระหนักไว้ตั้งแต่ต้นว่า ผู้ป่วยรายนั้นมีความเสี่ยงที่จะเป็น PTSD ในอนาคตหรือไม่ การได้ค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเสียแต่เนิ่นๆ จะช่วยป้องกันหรือให้การจัดการได้

4. การศึกษาในอนาคตควรสนับสนุนการศึกษาในทุกด้านของ ASD ตั้งแต่ระดับชาติของ ASD ซึ่งพบได้ในชุมชนที่ประสบเหตุการณ์ความรุนแรงจากภัยธรรมชาติ เช่น ภัยพิบัติ อุทกภัย และจากน้ำมือมนุษย์ เช่น การก่อการร้าย การลอบวางระเบิด สงคราม ชายแดน อันเกิดได้ทั้งในประชาชนที่ประสบเหตุการณ์โดยตรง ทหาร ตำรวจ ผู้ช่วยเหลือต่างๆ แม้กระทั่งนักข่าวและผู้ติดตามข่าว รวมถึงระดับชาติของ ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความรุนแรงที่มาที่มาจากถูกฉ้อโกง หรืออนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ไฟไหม้ ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ว่ามีอุบัติการณ์เท่าไร และลักษณะทางคลินิกของ ผู้ป่วย ASD ในประเทศไทยเป็นอย่างไร รวมทั้ง ศึกษาในเรื่องปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกันการเกิด ASD ความสัมพันธ์ของ ASD กับ PTSD การป้องกันการเกิด PTSD ในระยะเวลาต่อมา และการศึกษาแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากเหตุการณ์ความรุนแรง ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. United States Marine Corps. Combat Stress. Marine Corps Reference Publication (MCRP); 2000.
2. Long N, MacDonald C, Chamberlian K. Prevalence of posttraumatic stress disorder, depression and anxiety in a community sample of New Zealand Vietnam War veterans. Aust N Z J Psychiatry 1996; 30:25-6.
3. Friedman MJ. Posttraumatic Stress Disorder Among Military Returnees From Afghanistan and Iraq. Am J Psychiatry 2006; 163:586-93.
4. Thompson W, Gottesman I. Challenging the Conclusion That Lower Pre induction Cognitive Ability Increases Risk for Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder in 2,375 Combat-Exposed, Vietnam War Veterans. Military Medicine Bethesda 2008; 173:576-83.
5. Boonymalik P, Suksawang S, Swangwongsin S, Chaichanachimplee C, Narakornpijit K. Development of the Psychological Impact Scale for Crisis Events-18(PISCES-18). Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2009; 54:317-26.
6. Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM. Acute Stress Disorder Scale: a self-report measure of acute stress disorder. Psychol Assess 2000; 12:61-8.
7. Creamer M, O'Donnell ML, Pattison P. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in severely injured trauma survivors. Behav Res Ther 2004; 42:315-28.
8. Bryant RA, Creamer M, O'Donnell ML, Silove D, McFarlane AC. A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 2008; 69:1-7.

9. Harvey AG, Bryant RA. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66:507-12.
10. Bryant RA, Harvey AG. Relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *Am J Psychiatry* 1998; 155:625-29.
11. Holeva V, Tarrier N, Wells A. Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents :thought control strategies and social support. *Behav Ther* 2001; 32:65-83.
12. Schnyder U, Wittmann L, Friedrich-Perez J, Hepp U, Moergeli H. Posttraumatic stress disorder following accidental injury: rule or exception in Switzerland? *Psychother Psychosom* 2008; 77:111-8.
13. Kuhn M, Ehlert U, Rumpf HJ, Backhaus J, Hohagen F, Brooks A. Onset and maintenance of psychiatric disorders after serious accidents. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256:497-503.
14. Hamanaka S, Asukai N, Kamijo Y, Hatta K, Kishimoto J, Miyaoka H. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms among patients severely injured in motor vehicle accidents in Japan. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28:234-41.
15. Spiegel D, Koopman C, Classen C. Acute stress disorder and dissociation. *Aust J Clin Exp Hypn* 1994; 22:11-23.
16. Elklit A, Christiansen D. ASD and PTSD in rape victims. *J Interpers Violence* 2010;25:1470-88.
17. Frappell-Cooke W, Gulina M, Green K, Hacker HJ, Greenberg N. Dose trauma risk management reduce psychological distress in deployed troops? *Occupational Medicine* 2010; 60:645-50.
18. Elklit A. Acute Stress Disorder in victims of robbery and victims of assault. *J Interpers Violence* 2002; 17:872-87.
19. Young B, Ford D, Ruzek J, Friedman M, Gusman F. Disaster Mental Health Services: A guidebook for clinicians and administrations. National Center for PTSD 2006. p.125-30.
20. Galea S, Resnick H, Ahern J. Posttraumatic stress disorder in Manhattan, New York City, after the September 11th terrorist attacks. *J Urban Health* 2002; 79:340-53.
21. Harvey AG, Bryant RA. Acute Stress Disorder following mild traumatic brain injury. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1998; 186: 333-7.
22. Holeva V, Tarrier N, Well A. Prevalence and predictors of Acute Stress Disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy* 2001; 32:65-83.
23. Stabb JP, Grieger TA, Fullerton CS, Ursano RJ. Acute Stress Disorder, subsequent Posttraumatic Stress Disorder and depression after a series of typhoons. *Anxiety* 1996; 2:219-25.
24. Creamer M, Manning C. Acute Stress Disorder following an industrial accident. *Australian Psychologist* 1998; 33:125-9.
25. Brewin CR, Andrews B, Rose S, Kirk M. Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in victims of violent crime. *Am J of Psychiatry* 1999;156:360-6.
26. Harvey AG, Bryant RA. Acute stress disorder across trauma populations. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187:443-6.