

## การช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติ

อัจฉราพร สี่หริญวงศ์\* พย.ด

ประภา ยุทธไตร\* พย.ด

**บทคัดย่อ:** ภัยพิบัติเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันถือเป็นภาวะวิกฤติที่ก่อให้เกิดผลกระทบที่มีอันตรายรุนแรงต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน จนถึงระดับประเทศ หากผู้ประสบภัยได้รับการช่วยเหลือด้านร่างกายและจิตใจในระยะแรกจะสามารถฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตได้อย่างรวดเร็วและป้องกันผลกระทบต่างๆ ที่จะตามมาได้มาก ทั้งที่เป็นอาการทางจิต โรคทางจิตเวชต่างๆ และปัญหาสุขภาพชุมชน บทความนี้นำเสนอการช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติ ซึ่งจำแนกออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะฉุกเฉิน-วิกฤติ ระยะหลังได้รับผลกระทบ และระยะฟื้นฟู นอกจากนี้แล้วได้ให้แนวทางในการบริหารจัดการช่วยเหลือในบริบทการให้บริการสุขภาพในระบบสาธารณสุขไทย การประเมิน คัดกรอง และจำแนกกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

วารสารสภาการพยาบาล 2550; 22(4) 10-23

**คำสำคัญ:** ภัยพิบัติ การช่วยเหลือด้านจิตใจ

---

\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภัยพิบัติ เป็นเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันและรุนแรง ซึ่งอาจเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เช่น แผ่นดินไหว คลื่นยักษ์สึนามิ พายุไต้ฝุ่น น้ำท่วม หรือเหตุการณ์ที่มนุษย์กระทำขึ้น เช่น การแพร่กระจายของสารเคมี ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดการสูญเสียชีวิต ทรัพย์สิน และความเสียหายอย่างใหญ่หลวง มีผลกระทบต่อคนจำนวนมาก ก่อให้เกิดความเดือนร้อนต่อมวลมนุษย์ และจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานจำนวนมากเพื่อให้อีกกลับคืนสู่สภาพปกติ<sup>1,2</sup>

จากห้วงเวลาที่ผ่านมาสวมถึงสี่ปี ประเทศไทยและทั่วโลกประสบภัยพิบัติในระดับรุนแรงหลายครั้ง นำมาซึ่งความสูญเสียอย่างมหาศาลทั้งชีวิต ทรัพย์สิน วัฒนธรรม วิถีการดำเนินชีวิต และโครงสร้างชุมชน และสังคม เช่น เหตุการณ์ธรณีพิบัติคลื่นยักษ์สึนามิ เหตุการณ์น้ำท่วมโคลนถล่มที่จังหวัดอุตรดิตถ์ และเหตุการณ์น้ำท่วมใหญ่ซึ่งกินบริเวณกว้างเป็นเวลาหลายเดือนในภาคกลางของประเทศไทยในปีที่ผ่านมา เหตุการณ์ภัยพิบัติต่างๆ เหล่านี้คาดว่าจะเป็นยังคงเกิดขึ้นอยู่อีกเนื่องมาจากภาวะโลกร้อน และการทำลายธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อเกิดภัยพิบัติขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อมากมายทั้งในระดับมหภาค และระดับจุลภาค ในระดับมหภาคนั้นส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต วัฒนธรรมชุมชนและเศรษฐกิจของประเทศชาติ ในระดับจุลภาคนั้นยังความสูญเสียทางด้านร่างกาย ชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักและญาติพี่น้อง ที่อยู่อาศัย เครือข่ายทางสังคม และทรัพย์สินเงินทอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจทั้งในระยะสั้นและยาว การช่วยเหลือฟื้นฟูสุขภาพจิตแก่ผู้ประสบภัยพิบัติจึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้ประสบภัยสามารถจัดการดูแลทางจิตใจที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกเริ่มที่ประสบภัย

และเพื่อป้องกันผลกระทบในระยะยาวที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้ผู้ได้รับผลกระทบมิได้ตั้งแต่ผู้ประสบภัยโดยตรงจนกระทั่งถึงบุคคลที่อยู่ห่างออกไปที่ติดตามข่าวสาร ดังจะกล่าวถึงต่อไป

ผู้ได้รับผลกระทบด้านจิตใจหลังภัยพิบัติสามารถจำแนกเป็น 3 กลุ่ม<sup>3</sup> คือ

1. กลุ่มผู้รับผลกระทบโดยตรง ซึ่งอาจเป็นผู้รอดชีวิตที่บาดเจ็บญาติของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต ผู้สูญเสียทรัพย์สินและอาชีพการงาน และญาติผู้สูญเสีย สำหรับผู้รอดชีวิตที่ได้รับบาดเจ็บทางร่างกายถ้าสัมผัสมากก็จะมีโอกาสเกิดความเครียดภายหลังภัยพิบัติหรือเกิดอาการซึมเศร้ามากขึ้น<sup>3</sup> บุคคลและครอบครัวกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านสุขภาพกายและจิตอย่างต่อเนื่อง จากการประเมินสุขภาพจิตผู้ประสบภัยสึนามิที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์พักพิงต่างๆ จังหวัดพังงา ในระหว่างสัปดาห์ที่ 7-8 หลังเหตุการณ์สึนามิ 26 ธันวาคม 2547 พบว่ากลุ่มคนวัยผู้ใหญ่มีความชุกของ PTSD, Distress, Depression และ Anxiety ร้อยละ 12, 34, 30 และ 37 ตามลำดับ<sup>4</sup> และเด็กมีความชุกของ PTSD, Depression ร้อยละ 12 และ 10 ตามลำดับ<sup>4</sup>

2. กลุ่มผู้ปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือในระยะวิกฤติ เป็นกลุ่มที่มักจะไม่ได้รับบาดเจ็บทางกาย แต่มักจะประสบกับความเครียดทางจิตใจ ผู้ปฏิบัติการช่วยเหลือมีทั้งกลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มวิชาชีพได้แก่ พนักงานดับเพลิง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ชันสูตรศพ เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือทางสุขภาพจิต กลุ่มเหล่านี้จะมีทักษะในการจัดการกับความเครียดได้ดีกว่ากลุ่มอาสาสมัคร เนื่องจากกลุ่มอาสาสมัครอาจไม่เคยได้รับการเตรียมตัวในการรับมือกับปัญหาทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดจากภัยพิบัติ

การช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติ

3. กลุ่มบุคคลทั่วไป และผู้ติดตามข่าวสารอย่างเกาะติด ผลกระทบทางจิตใจสามารถเกิดขึ้นได้เป็นวงกว้างเป็นจำนวนล้านๆ คน ไม่เฉพาะแต่ผู้ที่เป็นเหยื่อของภัยพิบัติโดยตรง หลังจากเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ประชาชนส่วนใหญ่จะมีความเครียดทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกปลอดภัยเปลี่ยนไป มีความระแวงระวังมากขึ้น ความเศร้าโกรธ กลัว ไม่ค่อยมีสมาธิ และนอนไม่ค่อยหลับ และอาจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น เดินทางไปไหนๆ น้อยลง อยู่แต่ในบ้าน หลีกเลี่ยงการไปในที่สาธารณะ ให้ลูกหยุดเรียน สูบบุหรี่มากขึ้น

ดื่มสุรามากขึ้นในการสัมภาษณ์บุคคลทั่วไปวัยผู้ใหญ่ หลังเหตุการณ์ 11 กันยายน 2544 จำนวน 560 คน พบว่าคนที่มีอาการเครียดตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไปมีร้อยละ 90 และมีอาการเครียดหลายอาการร้อยละ 44<sup>5</sup> ในมลรัฐนิวยอร์กซึ่งเป็นรัฐที่เกิดเหตุคนเกือบครึ่งล้านคนมีอาการเข้ากันได้กับเกณฑ์วินิจฉัย Acute Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) ในเมืองแมนฮัตตัน ซึ่งเป็นเมืองที่เกิดเหตุพบว่ามี ความชุกของ acute PTSD ร้อยละ 11 และสำหรับประชาชน ที่อยู่ใกล้ๆ World Trade Center ความชุกของ acute PTSD เพิ่มสูงถึงร้อยละ 20<sup>6-7</sup>

ปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ประสบภัยพิบัติ

ปฏิกิริยาทางด้านจิตใจที่อาจเกิดในช่วงแรก 1-2 วันจนถึง 2-3 เดือนแรกหลังเหตุการณ์ภัยพิบัติมีดังนี้<sup>8</sup>

ปฏิกิริยาทางอารมณ์	ปฏิกิริยาทางความคิด
ซ็อก โกรธ หมดหวัง ลั่นหวัง เฉยชา เศร้า หวาดกลัว หงุดหงิด ไม่อยากทำอะไร คล้ายฝัน ไม่รู้เนื้อรู้ตัว  อ่อนเพลีย รู้สึกหมดเรี่ยวแรง นอนไม่หลับ มีปัญหาการนอน ระแวงระวัง สะดุ้งผวา กระสับกระส่าย อาการทางกาย (ปวดหัว ปวดท้อง) เบื่ออาหาร ความรู้สึกทางเพศลดลง	สมาธิลดลง การตัดสินใจไม่ดี ความจำไม่ดี สับสน ไม่เชื่อ ความสามารถถดถอย คุณค่าในตนเองลดลง ต่ำหน้ตนเอง คิดถึงเหตุการณ์ซ้ำๆ คิดฆ่าตัวตาย ทำตัวแปลกๆ ถอยห่างจากผู้คน เก็บตัวไม่ต้องการติดต่อกับใคร มีความขัดแย้งกับผู้อื่น การทำงานบกพร่อง การเรียนบกพร่อง

จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภัยพิบัติ ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต จะก่อให้เกิดการตอบสนองทางด้านความคิด อารมณ์ ร่างกาย และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งถ้าบุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองที่รุนแรงก็อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ปฏิกิริยาตอบสนองที่รุนแรงที่พยาบาลควรส่งต่อแพทย์เพื่อให้การวินิจฉัยและให้การบำบัดรักษาต่อไป ได้แก่<sup>8-9</sup>

**อาการสับสน (Dissociation)** สูญเสียการรับรู้บุคคล (Depersonalization) สูญเสียการรับรู้ความจริง (Derealization)

จำภาพสยดสยองติดตา คิดซ้ำ ๆ ถึงเหตุการณ์น่ากลัวที่เกิดขึ้น ภาพเหตุการณ์ย้อนกลับมาเหมือนตกอยู่ในภavnันนั้นอีกครั้งหนึ่ง

หลีกเลี่ยงการเข้าสังคมอย่างที่สุด ไม่ต้องการติดต่อกับใคร เก็บตัวอยู่แต่ในที่พึก ไม่อยากพบปะเจอเจอผู้คน

อาการตื่นกลัวอย่างมาก กระสับกระส่ายนอนไม่หลับ หงุดหงิด ระวังระวังมาก สะดุ้งผวา มากกว่าปกติแม้แต่เรื่องเล็กน้อย สมาธิลดลง

วิตกกังวลกระสับกระส่ายรู้สึกไม่มีเรี่ยวแรง ซึมเศร้า รู้สึกไม่มีความสุข เฉยชา รู้สึกไร้ค่า รู้สึกไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ ตกใจง่าย อ่อนเพลียขาดแรงจูงใจ

ใช้เหล้าหรือยาเสพติดข่มใจ หรือหายา นอนหลับมารับประทานเอง

อาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน มีความคิดหรือเห็นภาพแปลก ๆ อยู่หนึ่ง ๆ ไม่เคลื่อนไหว

## การปรับตัวของผู้ประสบภัย

แบบแผนการปรับตัวของผู้ประสบภัยที่ผู้ให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจสังเกตจากผู้รอดชีวิต ในหลายเหตุการณ์แบ่งเป็น 4 ระยะ ตั้งแต่เกิดเหตุการณ์จนถึง 18-36 เดือน<sup>๑</sup>

**1. ระยะการเป็นวีรบุรุษ/วีรสตรี (Heroic phase)** ระยะนี้บุคคลและชุมชนต่างทุ่มเทพลังอย่างมากมาย ช่วยชีวิตผู้คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน และคนแปลกหน้า รวมทั้งช่วยกันจัดหาที่พักอาศัย ซ่อมแซมและทำความสะอาดบ้านเรือน ผู้ประสบภัยจะมีพฤติกรรมตื่นตัวจากการกระตุ้นทางสรีระซึ่งกินเวลาประมาณ 2-3 ชั่วโมง ถึง 2-3 วัน<sup>๑</sup> บางคนอาจรู้สึกช็อก มึนชา เอะอะโวยวาย หรือสับสน วุ่นวายทำอะไรไม่ถูก<sup>๑</sup>

**2. ระยะอิมใจ (Honeymoon phase)** แม้จะพบว่ามีการสูญเสียเกิดขึ้นจากภัยพิบัติ ระยะนี้ชุมชนและผู้ประสบภัยจะมองโลกในแง่ดี การช่วยเหลือต่าง ๆ หลั่งไหลเข้ามา สื่อสารมวลชนต่าง ๆ ให้ความสนใจ ผู้บริหารระดับสูง เช่น นายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีเข้ามาเยี่ยมและให้ความมั่นใจว่าจะฟื้นฟูบูรณะชุมชน จะให้ความเป็นธรรมต่างๆ หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นจะได้รับการสืบสวนหาความจริง ผู้รอดชีวิตจะมีความหวังว่าชีวิตความเป็นอยู่จะดีขึ้นในไม่ช้าโดยไม่มีอุปสรรคใดๆ ผู้ให้ความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตมือใหม่อาจคิดว่าทุกอย่างปกติดีแล้ว และออกจากชุมชนหรือยุติการให้บริการโดยไม่ได้เตรียมข้อมูลที่จะเกิดขึ้นในภายภาคหน้าให้แก่ผู้รอดชีวิตระยะนี้อาจเริ่มตั้งแต่สัปดาห์แรกและนานถึง 2-3 เดือน โดยทั่วไปแล้วประมาณสัปดาห์ที่ 3 ความช่วยเหลือจะค่อย ๆ ลดลง ในขณะเดียวกัน

เร็วแรงของผู้ประสบภัยและชุมชนที่เพิ่มขึ้นกลับ ถดถอยลดลง และเริ่มเข้าสู่ระยะถัดไป<sup>8</sup>

**3. ระยะเผชิญความจริง (Disillusionment)**  
ระยะนี้อาจกินเวลาตั้งแต่ 2 เดือนไปจนถึง 2 ปี พลละกำลังเร็วแรงของผู้ประสบภัยเริ่มถดถอย อ่อนล้า หงุดหงิดง่าย และมองเห็นว่าหน่วยงาน ต่าง ๆ ที่สัญญาว่าจะให้ความช่วยเหลือมักไม่ได้ ทำตามที่พูดไว้ เงินที่บอกไว้ว่าจะช่วยเหลือไม่มาก อย่างที่แจ้งไว้ หรือให้เป็นเงินกุดอกเบี้ยต่ำแทนที่จะเป็นเงินช่วยเหลือแบบให้เปล่า ผู้ประสบภัยจะมีความรู้สึกว่าการช่วยเหลือที่ได้รับนั้นไม่ทั่วถึง ไม่เท่าเทียมและไม่เป็นธรรม บางคนได้บ้านหลังใหญ่กว่า หรือคนสูญเสียน้อยกลับได้รับความช่วยเหลือมากกว่าตนเองซึ่งสูญเสียมากกว่า อาการของ PTSD มีความรุนแรงมากขึ้นในผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวได้ และความหวังของผู้ประสบภัยเริ่มลดลง<sup>9</sup>

**4. ระยะสร้างตัวใหม่ (Restabilization)**  
ระยะนี้อาจกินเวลาตั้งแต่ 2-3 ปีหลังเหตุการณ์ ไปจนถึงตลอดชีวิต การฟื้นฟูบูรณะต่างๆ เริ่มมองเห็นการเปลี่ยนแปลง เงินที่กัวยืมมาลงทุน เริ่มเห็นผล มีโปรแกรมการช่วยเหลือผู้ประสบภัย ระยะยาว ผู้ประสบภัยส่วนใหญ่เริ่มช่วยเหลือตัวเอง ได้มากขึ้น บางคนกลับสู่สมดุลงภายใน 6 เดือน บางคนอาจต้องใช้เวลาระหว่าง 18-36 เดือน บางคนอาจมีอาการ PTSD กำเริบขึ้นในงานรำลึก 1 ปีภัยพิบัติ ผู้ประสบภัยส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพ กับผู้อื่นและดำเนินชีวิตได้ดีขึ้น และมีความมั่นใจ ในการแก้ไขปัญหาโดยใช้บทเรียนจากการเผชิญ ภัยพิบัติ<sup>8</sup>

## ปัญหาสุขภาพจิตหลังภัยพิบัติ

ในแต่ละระยะของการปรับตัวอาจพบปัญหา สุขภาพจิตเกิดขึ้น ซึ่งพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญ ในการคัดกรอง ช่วยเหลือ หรือส่งต่อ ปัญหา สุขภาพจิตที่พบบ่อยได้แก่

### 1. Acute Stress Disorder (ASD)

ASD เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด ที่เกิดขึ้นภายใน 1 เดือนที่เผชิญกับภัยพิบัติ รูปแบบ การตอบสนองมีอาการหลักๆ อยู่ 5 อย่าง คือ 1) รู้สึกสับสนหรือมึนงงเฉยชา 2) คิดวนเวียน ถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ 3) มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงหนีจาก สถานการณ์และสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้อง 4) สะดุ้งผวา ตกใจง่าย และ 5) มีปัญหาในการทำหน้าที่การงาน ปกติ เกณฑ์ในการวินิจฉัยตาม DSM IV TR<sup>10</sup> บุคคล จะต้องแสดงอาการในกลุ่มอาการสับสนต่อไปนี้ อย่างน้อย 3 อาการขึ้นไป คือ 1) มึนงงเฉยชา ไร้ความรู้สึก 2) ความตระหนักรู้ลดลง 3) สูญเสีย การรับรู้บุคคล 4) สูญเสียการรับรู้ความจริง 5) ลืมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (dissociation amnesia) นอกจากนั้นแล้วจะต้องมีอาการคิดวนเวียนซ้ำๆ กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง เช่น การฝันร้าย รู้สึกเหมือนกับอยู่ในเหตุการณ์ นั้นอีก เห็นภาพหลอน รู้สึกอึดอัดไม่สบายใจเมื่อ พบกับสิ่งที่เตือนให้นึกถึงเหตุการณ์ มีพฤติกรรม หลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้อง มีอาการวิตกกังวลมาก หรือตื่นเต้นตกใจง่าย และมีความบกพร่องในหน้าที่ การงานและสังคม อาการจะต้องหายไปอย่างรวดเร็ว ที่สุดภายใน 2 วัน และอย่างช้าภายใน 4 สัปดาห์ หลังประสบเหตุ<sup>8</sup>

## 2. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

PTSD เป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดจากภัยพิบัติที่คงอยู่นานมากกว่า 1 เดือน และอาจมีความบกพร่องในเรื่องบุคลิกภาพและสังคมมากกว่าปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจตามปกติมาก ประเภทของ PTSD มีแบบเฉียบพลันซึ่งมีอาการน้อยกว่า 3 เดือน แบบเรื้อรังอาการมากกว่า 3 เดือน และแบบอาการเริ่มช้า ผู้ประสบภัยจะมีอาการหลังประสบภัยพิบัติมากกว่า 6 เดือน อาการที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย PTSD ตาม DSM IV TR<sup>10</sup> ได้แก่ มีอาการคิดวนเวียนเกี่ยวกับเหตุการณ์ซ้ำๆ ฝันร้าย ความจำแทรกเข้ามาอยู่ในห้วงความคิด (intrusion) รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งอย่างน้อย 1 อาการ มีอาการในกลุ่มของการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์อย่างน้อย 3 อาการ เช่น เลี่ยงการพูดคุย การคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์ หลีกเสี่ยงเข้าร่วมกิจกรรมที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์ อารมณ์เฉยชา ไม่สนใจอนาคตว่าจะต้องทำอะไรต่อไป และมีอาการของความตื่นตัว (hyperarousal) อย่างน้อย 2 อาการ เช่น หลับยากหรือตื่นง่าย หงุดหงิดง่าย ขาดสมาธิ ระวังภัยมาก สะดุ้งผวาตกใจง่าย และอาการของโรคระบบการดำเนินชีวิต การเข้าสังคม การเรียน และการทำงาน<sup>8,11</sup>

## 3. ความโศกเศร้าเสียใจจากการสูญเสีย

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียทรัพย์สินในช่วงพิบัติ การว่างงาน พิกัด สูญเสียโอกาสทางสังคม ย่อมทำให้เกิดอาการช็อก มึนชา ไม่เชื่อว่าเกิดเหตุการณ์ขึ้นจริง ส่งผลให้เกิดความเศร้าโศกตามมา ผู้สูญเสียส่วนมากจะปรับตัวได้ใน 2-3 เดือน<sup>12</sup> อย่างไรก็ตามความเข้มข้นรุนแรงของความโศกเศร้า อาจนำไปสู่ความเสี่ยงต่อโรค

หลอดเลือดหัวใจและโรคทางอายุรศาสตร์อื่น ๆ<sup>12</sup>

## 4. ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยหลังภัยพิบัติ หรือภัยรุนแรงทุกชนิดประมาณร้อยละ 17-45 พบร่วมกับโรค PTSD ได้บ่อยถึงร้อยละ 35-68<sup>12</sup> ภาวะซึมเศร้ามีการแสดงออกทางพฤติกรรมได้หลายอย่าง เช่น การหมดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ การคิดฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตาย การขาดพลังกำลัง การเฉยเมย ความเชื่องช้า การมีปัญหาการนอนหลับ การขาดสมาธิ การมีคุณค่าในตนเองต่ำลง และการพึ่งพา โดยปกติแล้วอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่จะไม่เกิดขึ้นเพียงอาการเดียว มักจะเกิดร่วมกับอาการทางกายและความบกพร่องทางสังคมและจิตใจร่วมด้วยเสมอ<sup>13</sup> อาการซึมเศร้าอาจเกิดโดยเป็นการตอบสนองต่อความเครียดและความสูญเสียที่เกิดจากภัยพิบัติ เช่น การย้ายที่อยู่อาศัย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือเกิดขึ้นหลังจากภัยพิบัติผ่านไปหลายเดือน ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าเหล่านี้ควรที่จะได้รับการดูแลทางคลินิกหรือควรได้รับความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ถึงแม้ว่าจะไม่มีพยาธิสภาพพอที่จะเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (depressive disorder) ก็ตาม การบำบัดทางจิตจะเป็นประโยชน์มากกับผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในบริบทดังกล่าว

การช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติด้านการบริหารจัดการ

ภัยพิบัติมักเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ซึ่งถ้าไม่มีการเตรียมการเรื่องการบริหารจัดการที่ดี จะทำให้การทำงานไม่มีระบบ ไม่มีเป้าหมายที่ชัดเจนไร้ทิศทาง ทำให้การประเมินและการแก้ไขปัญหา

สุขภาพจิตมีความซับซ้อนและไม่ทั่วถึงครอบคลุมจากเหตุการณ์ภัยพิบัติสึนามิมีบางพื้นที่ได้เรียนรู้ปัญหาจากท้องที่อื่นๆ และปัญหาในท้องที่ของตนเองในระยะแรก และได้ปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการ ซึ่งสามารถนำไปเป็นตัวอย่างในการบริหารจัดการในการให้การดูแลจิตใจผู้ประสบภัยในอนาคตได้ ซึ่งนางปรีดีหทัย ถนิมพาสต์ และนางชนิษฐา พุ่มประดับ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 ได้บันทึกไว้ใน KM กรมสุขภาพจิต<sup>14</sup> ดังนี้

ผู้ให้ความช่วยเหลือทางจิตใจจากนอกพื้นที่หรือจากส่วนกลางควรประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย เพื่อประชุมรับทราบข้อมูลความเสียหายเบื้องต้น เช่น จำนวนผู้เสียชีวิต ความเสียหายต่างๆ จากพื้นที่ และการวางแผนการทำงานร่วมกัน โดย 1) กำหนดวัตถุประสงค์ในการทำงาน 2) จัดแบ่งพื้นที่ตามแผนที่หมู่บ้าน และวันเวลาในการดำเนินการ 3) แบ่งหน้าที่รับผิดชอบให้ชัดเจนว่าในทีมประกอบด้วยใครบ้าง ทำหน้าที่อะไร 4) นำคนในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขแกนนำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรจากศูนย์สุขภาพจิตเข้ามามีส่วนร่วมในทีมเพื่อให้เข้าถึงชาวบ้านได้อย่างแท้จริง คนในชุมชนเกิดความไว้วางใจซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลถูกต้องชัดเจนสามารถนำไปวางแผนการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมต่อไป 5) สรุปรูปแบบการช่วยเหลือร่วมกันทุกวัน โดยสรุปภาพความเสียหาย การดำเนินการให้ความช่วยเหลือ ผู้ที่ต้องติดตามหรือจำเป็นต้องดำเนินการอื่น ๆ เช่น ให้ยาส่งต่อ ประสานหน่วยงานอื่นเพื่อฝึกอาชีพสร้างรายได้ ฯลฯ

ข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้จากการทำงานระหว่างทีมสุขภาพจิตเคลื่อนที่และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชนควรเก็บรวบรวมไว้ในแฟ้มครอบครัว (family folder) ในพื้นที่ เพื่อเป็นประโยชน์ในการติดตามให้การช่วยเหลือและเฝ้าระวังของพื้นที่ต่อไป

### การประเมิน คัดกรอง และจำแนกกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

การประเมินและเวลาในการประเมินขึ้นอยู่กับชนิดของภัยพิบัติ ความรุนแรงและขนาดของพื้นที่ที่ได้รับ สำหรับภัยพิบัติใหญ่ๆ การประเมินในระยะแรกอาจคัดแยกบุคคลออกเป็นกลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บทางกาย หรือกลุ่มที่มีปฏิกิริยาทางจิตใจ โดยระบุว่าคนไหนที่เสี่ยงมากที่สุดต่อการเกิด ASD PTSD เพื่อติดตามให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง<sup>15</sup> เนื่องจากผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด PTSD หรือปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ หลังเผชิญภัยพิบัติพบว่าบุคคลยิ่งมีการสูญเสียมากยิ่งมีโอกาสเกิด PTSD มากขึ้นตามไปด้วย<sup>3</sup> ดังนั้นการจำแนกผู้สูญเสียออกเป็นกลุ่มเสี่ยงระดับต่างๆ จะสามารถช่วยให้การติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องจำกัดวงแคบเข้า เช่น กลุ่มที่สูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต โดยเฉพาะกลุ่มเด็กที่สูญเสียบิดามารดา กลุ่มผู้สูงอายุที่สูญเสียบุตรหลาน กลุ่มที่สูญเสียบ้านเรือนทรัพย์สินเงินทอง และกลุ่มที่สูญเสียทั้งคนและทรัพย์สิน กลุ่มที่สูญเสียมากทั้งคนและทรัพย์สินจนไม่เหลือทรัพย์สินใดๆเลยจะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และกลุ่มที่สูญเสียบ้านทรัพย์สินตามลำดับ และควรติดตามดูแลให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงอื่นๆ

ได้แก่ กลุ่มที่เคยมีปัญหาสุขภาพจิตในอดีต ผู้รอดชีวิตที่ไม่สามารถระงับความโศกเศร้าเสียใจได้ ผู้รอดชีวิตที่มีประวัติเคยเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญมาก่อน ผู้รอดชีวิตที่มีประสบการณ์ความเครียดรุนแรงในชีวิต เช่น การหย่า ตกงาน สูญเสียเงินทอง ซึ่งผลการศึกษาพบว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาภายหลังได้ นอกจากนี้ในกลุ่มที่ไม่แสดงอาการ acute stress disorder ในช่วงแรกๆ ที่เกิดเหตุการณ์ อาจเกิดปฏิกิริยาทางจิตใจในภายหลังได้เนื่องจากมีปัญหาอื่นๆ เกิดขึ้นตามมาจากความเสียหาย เช่น การค้นหาคนใกล้ชิดไม่พบ การไม่มีที่อยู่อาศัย หรือการไม่ได้รับการช่วยเหลือระดับประคับประคองจิตใจ กลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มที่มีอาการมากเหล่านี้ควรได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง 6-12 เดือน<sup>11</sup> ส่งต่อและแนะนำผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น มีอาการ PTSD หรืออาการซึมเศร้ารุนแรงไปรับบริการที่เหมาะสม สะดวก และไม่เกิดความอาย เพื่อการบำบัดรักษาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

วิธีการประเมินอาจใช้การสัมภาษณ์เป็นกลุ่มหรือใช้เครื่องมือในการเฝ้าระวัง ถ้าเจ้าหน้าที่มีน้อยคนที่มีความเสี่ยงมากที่สุดควรได้รับการประเมินทางจิตเวชก่อน แบบวัดที่ใช้มีทั้งแบบประเมินตนเอง เช่น The Self-rated Davidson Trauma Scale (DTS) หรือแบบประเมินที่เจ้าหน้าที่เป็นผู้สัมภาษณ์ เช่น Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)<sup>16</sup> ที่ได้พัฒนาขึ้นมาและตรวจสอบความตรงแล้ว นำมาช่วยคัดกรอง PTSD อย่างไรก็ตาม แบบวัด PTSD ที่จะนำไปใช้กับประชากรที่หลากหลายยังมีความจำกัดอยู่ แบบประเมินควรใช้เมื่อพ้นระยะวิกฤติฉุกเฉินไปแล้วจึงจะเกิดประโยชน์มากที่สุดเพราะ

ร่างกายและการทำหน้าที่รู้คิดของผู้ประสบภัยเข้าสู่ภาวะปกติแล้ว

ภัยพิบัติแต่ละชนิดมีลักษณะเฉพาะตัว เวลาที่จะเข้าไปให้การช่วยเหลือทางจิตใจก็ต่างกัน การประเมินที่ทําอย่างเร็วในระยะฉุกเฉิน คือ ทําร่วมไปกับการช่วยเหลือทางคลินิกระยะแรกคือ การทําให้เกิดความสงบและปลอดภัยทางจิตใจ (stabilizing) การประคับประคองดูแลทางการแพทย์และทางจิตใจ การประเมินเร่งด่วนในระยะแรกคือ การประเมินถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น ความต้องการการรักษาทางการแพทย์ การพักผ่อน อาหาร และการควบคุมความเจ็บปวดจากการบาดเจ็บ การประเมินระยะนี้จะเพิ่มความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้แก่ผู้ประสบภัย และเป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา การที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ประสบภัยจะทำให้มีความไวต่อความต้องการ การเปลี่ยนแปลงอาการ และความกลัวของผู้ประสบภัย

ในระหว่าง 48-72 ชม.แรกหลังเหตุการณ์ บางคนอาจจะตื่นตระหนกอย่างมาก มีความวิตกกังวลหรือโกรธ ขณะที่บางคนอาจมีอาการเฉยชาหรือมีมึนงงซึ่งเป็นผลจากการบาดเจ็บ การปวด หรือการสับสน การสำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและประสบการณ์ของผู้ป่วยในเชิงลึกอาจเพิ่มความทุกข์ทางใจ แต่อาจจำเป็นเพื่อความปลอดภัยและเพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือทางการแพทย์ เช่น ผู้ประสบภัยที่สูญเสียคนที่รัก พยาบาลอาจจำเป็นต้องถามถึงความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ ผู้ช่วยเหลือที่ไม่มีความไวต่อเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เกิดขึ้น หรือความรู้สึกสูญเสียจะทำให้ผู้ประสบภัยหลุดรอดการบำบัดรักษาไปได้ บางคนอาจต้องสำรวจ

แหล่งประโยชน์ที่เขามีอยู่เพื่อประเมินศักยภาพของผู้ประสบภัย ดังนั้นผู้ประเมินจะต้องประเมินทั้งความต้องการและศักยภาพของผู้ประสบภัยพิบัติใหญ่ๆ การทำการประเมินโดยคัดแยกกลุ่มบุคคลและทำการประเมินเพื่อดูว่าคนไหนที่จะต้องได้รับการบำบัดจะมีประสิทธิผลมากกว่า

### การให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ

แนวทางการช่วยเหลือด้านจิตใจนี้สังเคราะห์จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ และจากประสบการณ์วิจัยเรื่องสถานการณ์การให้บริการสุขภาพจิตแก่ผู้ประสบภัยพิบัติคลื่นยักษ์สึนามิจังหวัดพังงา การช่วยเหลือแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามแนวปฏิบัติระดับชาติเรื่องการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤติ<sup>1</sup>

**ระยะฉุกเฉินและวิกฤติ (2 สัปดาห์แรก หลังเกิดเหตุ)**

1. บูรณาการการดูแลจิตใจเข้ากับการดูแลทางกาย<sup>17</sup> ในระยะวิกฤติฉุกเฉินผู้ประสบภัยบางคนอาจได้รับบาดเจ็บทางกาย เช่น มีบาดแผลตามร่างกาย กระดูกหัก มีน้ำหรือทรายเข้าไปในปอด หรือมีอาการทางกายอื่นๆ พยาบาลควรให้การช่วยเหลือทางกายไปพร้อมๆ กับการประเมินปฏิกิริยาทางจิตและให้การช่วยเหลือตามความจำเป็น เช่น ให้ยาช่วยให้อ่อนหลับ การให้ยาด้านเศร้าเพื่อลดอาการตื่นตระหนก เป็นต้น

2. ดูแลให้ผู้ประสบภัยได้รับน้ำอาหารและมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย ผู้ประสบภัยบางคนอยู่ในระหว่างสับสน มึนงง เจ็บช้ำ หรือโศกเศร้า อาจไม่ได้นึกถึงความต้องการน้ำและอาหารของร่างกาย พยาบาลควรสังเกต พูดคุยและจัดหา น้ำ อาหาร และที่พักพิงให้แก่ผู้ประสบภัย

3. แก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่ทำให้เครียด ในระยะแรกผู้ประสบภัยจะมีความเครียดจากสาเหตุที่แตกต่างกัน ต้องค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด ในช่วงแรกและให้ความช่วยเหลือตามสาเหตุ เช่น กลัวว่าจะเกิดภัยพิบัติซ้ำอีกครั้งตามหาลูก หาสามีภรรยา พ่อแม่ พี่น้องไม่พบ พยาบาลต้องมีข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นจริงที่จะตอบคำถามผู้ประสบภัยได้ หรือชี้แจงให้ผู้ประสบภัยคลายความกังวล เกิดความมั่นคงปลอดภัยทางใจ นอกจากนั้นในรายที่พยาบาลไม่สามารถที่จะดำเนินการให้ได้ เช่น การตามหาญาติพี่น้องที่สูญหาย พยาบาลอาจประสานให้นักสังคมสงเคราะห์ หรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องช่วยดำเนินการต่อไป

4. ติดตามเฝ้าระวังปฏิกิริยาทางจิตใจ และความคิดและพฤติกรรมที่ฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายบุคคลอื่นในกลุ่มเสี่ยง ถ้าพบว่ามีการรุนแรงขึ้นให้ปรึกษาแพทย์หรือส่งต่อเพื่อรับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม

5. ให้ข้อมูลแหล่งทรัพยากรและแหล่งให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ประสบภัยว่าสามารถจะไปขอความช่วยเหลือได้ที่ใดบ้าง และต้องใช้เอกสารหลักฐานอะไรบ้าง

**ระยะหลังได้รับผลกระทบ (2 สัปดาห์-3 เดือน)**

1. จัดระบบดูแลให้มีความมั่นคง ปลอดภัยทางจิตใจ สื่อสารให้ชุมชนมั่นใจเรื่องระบบความปลอดภัย ป้องกันการเกิดผลต่อจิตใจซ้ำซ้อนโดยหลีกเลี่ยงการสัมภาษณ์ที่ไม่จำเป็นต่อการช่วยเหลือ การให้สัมภาษณ์เพื่อการนำเสนอข่าว การชมข่าวที่เสมือนจริงเหมือนเผชิญเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ

2. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ประสบภัยในศูนย์พักพิงหรือที่อยู่ในชุมชนโดยการ ทักทายถามทุกข์สุขอย่างจริงใจ เพื่อให้ผู้ประสบภัย เกิดความไว้วางใจ ซึ่งเป็นวิธีการช่วยเหลือที่ ผู้ประสบภัยพึงพอใจมากกว่าที่จะไปสอบถามให้ ผู้ประสบภัยเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันที โดยที่ ผู้ประสบภัยยังไม่พร้อมที่จะพูด<sup>17</sup>

3. ช่วยให้ผู้ประสบภัยตระหนักรู้และยอมรับ ความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยเปิดโอกาสให้ ผู้ประสบภัยได้เล่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และผู้อื่น ระบายความรู้สึกเศร้าโศก สูญเสีย ความรู้สึกผิด ความรู้สึกเจ็บปวด โดยรับฟังอย่าง ตั้งใจ สงบ และเป็นมิตร

4. ให้สุขภาพจิตศึกษาโดยอธิบายให้ ผู้ประสบภัยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปฏิกิริยา ทางจิตใจภายหลังประสบภัยพิบัติ และอธิบายว่า อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นจะดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ไม่ได้ เป็นความผิดปกติทางจิตเวชแต่อย่างใด บางคน อาการอาจหายไป ใน 1-3 เดือน ในขณะที่มีอาการ มากอาการอาจอยู่นานถึง 1-2 ปี แต่ความรุนแรงของ อาการจะน้อยลง ซึ่งจะทำให้ผู้ประสบภัยสบายใจขึ้น

5. ให้ความรู้กับครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ว่าการเป็นผู้รับฟังมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูจิตใจ และอารมณ์ผู้ประสบภัย ให้ผู้ประสบภัยและ ครอบครัวเข้าใจว่าการพูดถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ จะช่วยลดความไม่สบายใจของผู้ประสบภัยได้<sup>16</sup>

6. ช่วยให้ผู้ประสบภัยได้ยอมรับความจริง ที่เกิดขึ้น โดยการปรับเปลี่ยนวิธีคิด เพื่อให้เขา ยอมรับว่าเราได้สูญเสียคนรัก อวัยวะ ทรัพย์สิน เงินทอง และวิถีชีวิตที่คุ้นเคยไปแล้ว ทั้งหมดนี้แม้ เราจะรักและหวงแหนเพียงใด บัดนี้ได้กลายเป็น

อดีตไปแล้ว วันนี้เราจะต้องมีชีวิตอยู่โดยไม่มีเขา หรือไร้สิ่งเหล่านั้น การยอมรับความจริงจะทำให้ ง่ายกว่าในคนที่เข้าถึงพระธรรมคำสอนในศาสนา ของตน เช่น พุทธศาสนิกชน ก็จะมองว่าการสูญเสีย เป็นเรื่อง “อนิจจัง” ไม่เที่ยงแท้แน่นอน หรือเป็น เรื่องของบุญกรรม ส่วนชาวมุสลิมหรือชาวคริสต์ก็ มองว่าเป็นความประสงค์ของพระเจ้า หรือพระเจ้า ได้ทดสอบเราและให้บทเรียนแก่เรา<sup>18</sup>

7. ช่วยให้ผู้ประสบภัยสามารถอดทนและ จัดการกับความไม่สบายใจที่เกิดจากความทรงจำ เหตุการณ์สะเทือนขวัญ โดยช่วยให้ผู้ประสบภัย สามารถแยกแยะระหว่างสัญญาณบอกเหตุภัยพิบัติ และความกลัวฝังใจจากเหตุสะเทือนขวัญครั้งก่อน โดยส่งเสริมการแก้ปัญหาที่เหมาะสม เช่น เมื่อ ผู้ประสบภัยจากเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิเมื่อได้ ฟังข่าวว่าวันนี้มีคลื่นแรง ก็จะมีสติกลัวจนตัวสั่น แทบช็อก ซึ่งเขาจะแก้ปัญหาโดยการตั้งสติและ พิจารณาว่าตอนนี้เราอยู่ที่ไหน และจุดเกิดเหตุอยู่ที่ ไหน และสำรวจข้อมูลโดยการฟังข่าววิทยุและทีวี

8. ดูแลให้ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย PTSD ได้ รับยาต้านความเศร้าอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผล การศึกษาเชื่อว่ายาต้านความเศร้ากลุ่ม SSRI สามารถลดอาการมึนงงสับสน การคิดวนเวียนซ้ำๆ และหลีกเลี่ยงสิ่งเราได้ สำหรับยาต้านความเศร้า กลุ่มอื่นๆ เช่นกลุ่ม TCA และ MAOI ก็ได้ผลเช่น กันแต่อาจมีผลข้างเคียงมากกว่า<sup>15</sup>

9. ติดตามดูแลให้ผู้ประสบภัยที่นอนไม่หลับ และมีความวิตกกังวลมากได้รับยาคลายกังวล (benzodiazepines) ซึ่งจะช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น แต่ไม่พบว่าประสิทธิภาพพอที่จะลดอาการ PTSD ได้ ซึ่งควรใช้ร่วมกับการบำบัดอื่นๆ<sup>15</sup>

10. สอนเทคนิคการคลายเครียด เช่น breathing exercise และการบำบัดอาการเครียด และกลัว เช่น systemic desensitization, exposure therapy<sup>15</sup>

11. ส่งเสริมให้ผู้ประสบภัยได้กลับไปทำหน้าที่โดยเร็วที่สุด และพยายามดึงศักยภาพที่มีอยู่ ออกมาแก้ปัญหาตนเอง ช่วยเหลือครอบครัวและชุมชน โดยการเปลี่ยนวิกฤติให้เป็นโอกาส หรือ ความทุกข์ทำให้เกิดปัญหา กล่าวคือเป็นโอกาสในการพัฒนาและยกระดับจิตใจของตนไปสู่ความเห็นใจในเพื่อนผู้ร่วมทุกข์ภัยเดียวกันจนสามารถมองข้ามความแตกต่างทางฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา การเห็นชัดในความไม่เที่ยงทำให้ลดความยึดติดในสิ่งที่เป็นตัวเราของเราและหันไปใส่ใจในการทำประโยชน์ให้กับชุมชนและสังคมมากขึ้น และเป็นโอกาสให้มีการศึกษาและปฏิบัติธรรมเพื่อสร้างกุศลให้ตนเองและผู้ล่วงลับไปแล้ว<sup>18</sup>

### ระยะฟื้นฟู (3 เดือนขึ้นไป)

หลังเกิดเหตุไปแล้วมากกว่า 3 เดือน เป็นช่วงเวลาของการสร้างชุมชนให้เข้มแข็งโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและฟื้นฟูชุมชนตนเอง

1. ค้นหาผู้ประสบภัยบางคนที่ไม่แสดงอาการทางจิตใจช่วงแรกแต่อาจเกิดอาการในช่วงนี้ได้ เช่น คนที่เกิดความเครียดซ้ำซ้อน ไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้ เกิดความล้มเหลวครั้งแล้วครั้งเล่า นอกจากนั้นยังอาจเกิดปัญหาใหม่ในชุมชนได้ เช่น การใช้ยาเสพติด ความรุนแรงในครอบครัว และการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น พยาบาลจะต้องตระหนักถึงผลกระทบเหล่านี้และหาแนวทางป้องกันปัญหาและนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

2. สำหรับบางคนที่ยังมีอาการหวาดกลัว หลงเหลืออยู่ เช่น ไม่กล้าไปเผชิญกับสถานที่ที่เกิดเหตุ พยาบาลต้องค่อยๆ ฝึกให้ผู้ประสบภัยค่อยๆ เผชิญกับสถานที่ที่ยังกลัวอยู่ที่ละน้อยๆ และฝึกให้มีทักษะการผ่อนคลายตนเอง เมื่อเข้าไปเผชิญกับสิ่งที่กลัว และเมื่อความกลัวลดลงให้พยายามเข้าไปใกล้สิ่งที่กลัวให้มากขึ้น พยายามทำไปเรื่อยๆ จนสามารถเผชิญกับสิ่งที่กลัวได้สำเร็จ

3. ส่งเสริมให้ชุมชนมีการช่วยเหลือกันเอง รวมกลุ่มกันเพื่อสร้างและฟื้นฟูชุมชนให้มีความเจริญขึ้นใหม่โดยค้นหาศักยภาพของชุมชนและจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ให้คุ้มค่าภายใต้ความเชื่อและวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งจะเป็นเครื่องมือในการเยียวยาผู้ประสบภัยในชุมชน

สรุป ปฏิบัติทางจิตใจภายหลังภัยพิบัติ เป็นการตอบสนองทางสรีระและทางจิตใจต่อเหตุการณ์ความเครียดภัยพิบัติ ซึ่งโดยปกติแล้วจะค่อยๆ หายไปได้เอง หรือพยาบาลสามารถดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจให้อาการเหล่านั้นไม่คงอยู่นานเกินไป และคืนศักยภาพผู้ประสบภัยโดยเร็ว ก็จะทำให้ผู้ประสบภัยสามารถหันกลับมาทำหน้าที่และฟื้นฟูตนเอง ครอบครัว และชุมชนต่อไป แต่ในบางรายปฏิบัติการทางจิตอาจรุนแรงจนถึงเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Acute Stress Disorder ถ้าหากมีอาการภายใน 1 เดือนหลังภัยพิบัติ บางรายหากเริ่มมีอาการหลังจาก 1 เดือนหรือมีอาการนานมากกว่า 1 เดือนไปแล้วจะเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรค PTSD ซึ่งบางครั้งอาจมีอาการทางจิตอื่นร่วมด้วย เช่น ความคิดอยากฆ่าตัวตาย ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความโศกเศร้ารุนแรง อาการต่างๆ เหล่านี้หากได้รับการคัดกรองและส่งต่อให้ได้รับการบำบัดที่เหมาะสม

เช่น การให้ยาร่วมกับการทำจิตบำบัดชนิดต่างๆ จะช่วยลดอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลที่ให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจจะต้องเข้าใจถึงปฏิกิริยาทางด้านจิตใจ กระบวนการปรับตัว และการช่วยเหลือที่เหมาะสมในแต่ละระยะของการปรับตัวเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดตามมาจากภัยพิบัติต่างๆ

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติระดับชาติ เรื่องการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤติ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2548. หน้า 1.
2. Boyd M. **Psychiatric nursing: contemporary practice** 3<sup>rd</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia; 2005: pp.796-9.
3. Green B. Psychological responses to disasters: Conceptualization and identification of high-risk survivors. **Psychiatry Clin Neurosci** 1998;52:67-73.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นการประเมินภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในจังหวัดพังงาครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ภายหลังเกิดธรณีพิบัติ. นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข, 2548.
5. Schuster MA, Stein BD, Jaycox L, Collins RL, Marshall GN, Elliotett MN, et al. A national survey of stress reactions after September 11, 2001, terrorist attacks. **N Engl J of Med.** 2001; 345:1507-12.
6. Galea S, Ahern J, Resnick H, Kilpatrick D, Bucuvalas M, Gold J, et al. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York. **N Engl J of Med** 2002;346:982-7.
7. Schlenger, WE, Caddell JM, Ebert L, Jordan BK, Rourke KM, Wilson D, et al. Psychological reactions to terrorist attacks: Findings from the national study of Americans' reactions to September 11. **JAMA** 2002;288:58-8.
8. Young BH, Ford JD, Ruzek JD, Friedman MJ, & Gusman FD. **Disaster mental health services: A guidebook for clinicians and administrators; 1998** [cited 2007 sept 5]. Available from: URI: [http://ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/nc\\_manual\\_dmhm.html](http://ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/nc_manual_dmhm.html).
9. สมบัติ ตาปัญญา. ผลกระทบจากภาวะวิกฤติต่อสุขภาพจิต. เอกสารประกอบการอบรมผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
10. American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> Edition, Text Revision.** Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
11. พนม เกตุมาน. คู่มือแพทย์ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล; 2548. [อ้างอิงวันที่ 15 สิงหาคม 2550] ที่มา <http://www.Psyclin.co.th>.
12. เบญจพร ปัญญาจ. ข้อนรอยสีนามิ. พังงา: ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต; 2549.
13. Marsella AJ, Hirschfeld RMA., & Katz KM. **The measurement of depression.** New York: The Guilford Press; 1987.
14. ปรีดีหทัย ถนิมพาสถ์และชนิษฐา พุ่มประดับ. การจัด การความรู้: สุขภาพจิตกับภัยพิบัติ กรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต] 2548 [อ้างอิง 10 กันยายน 2550]. ที่มา:203.157.56.11/km1/index.php?option=com\_simpleboard&Itemid=26&func=view&catid=14&id=157.

- 15 Ursano RJ, Bell C, Pfefferbaum B, Eth S, Pynoos RS, Friedman M, et al. **Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder.** Available from: [http://www.psych.org/psych\\_pract/treatg/pg/ASD\\_PTSD\\_05-15-06.pdf](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/ASD_PTSD_05-15-06.pdf)
- 16 รณชัย คงสกนธ์. ภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์วินาศภัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สหประชาพานิชย์; 2548.
- 17 อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, อติรัตน์ วัฒนไพลิน, อทิตยา พรชัยเกตุ, อัจฉรา จรัสสิงห์ และ บารมี จรัสสิงห์. รายงานการวิจัยเรื่องสถานการณ์และเงื่อนไขการให้บริการสุขภาพจิตในพื้นที่ประสบภัย สีนามิ: กรณีศึกษาจังหวัดพังงา; 2550.
- 18 พระไพศาล วิสาโลและยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ. แนวทางในการฟื้นฟูจิตใจประชาชนชุมชน 6 จังหวัดภาคใต้. 2548. [อ้างอิง 10 กันยายน 2550], ที่มา: [www.suanprung.go.th/suanprung%20MCC/mccpdf/mix.pdf](http://www.suanprung.go.th/suanprung%20MCC/mccpdf/mix.pdf)

## Psychological care for disaster survivors

Acharaporn Seeherunwong\**D.N.S*

Prapa Yuttatri\* *D.N.S*

**Abstract:** A disaster is considered a crisis situation which greatly affects individuals, families, communities, and the whole country. If the survivors receive physically and psychologically help since in the beginning of the disaster, they can rapidly recover from the traumatic reactions and prevent them from developing further psychological and other health problems. In this paper, methods of helping individuals who encounter disasters are presented in 3 stages: emergency and crisis phase, post impact phase, and recovery phase. In addition, disaster management in the context of Thai health care system including screening and identifying risk group for mental health problems are proposed.

*Thai Journal of Nursing Council 2007; 22(4) 10-23*

**Key word:** disaster, psychological care

---

\*Assistant Professor, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University