



รายงานการวิจัย

เรื่อง

การศึกษาผลการบำบัดรักษา
และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยไข้หวัดนกในเขต 6

โดย

น.พ.ทวี	ตั้งเสรี
พ.ญ.กนกวรรณ	กิตติวัฒนากุล
นางวัชณี	หัตถพนม
นางละอียด	ปัญญาใหญ่
นางสุวดี	ศรีวิเศษ
นางธีราพร	มณีนาถ
นายไพรวลัย	ร่วมชัย
นางไพลิน	ปรัชญคุปต์
นางกาญจน์กนก	สุรินทร์ชมภู

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

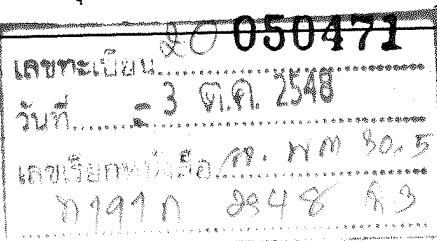
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พฤษภาคม 2548

ได้รับรางวัลที่ 1

ด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต

ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3 ปี 2547



การศึกษาผลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยไข้หวัดนกในเขต 6

โดย	น.พ.ทวี	ตั้งเสรี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
	พ.ญ.กนกวรรณ	กิตติวัฒนากุล	นายแพทย์ 7
	นางวัชณี	หัตถพนม	พยาบาลวิชาชีพ 7
	นางละเอียด	ปัญญาใหญ่	พยาบาลวิชาชีพ 8
	นางสุวดี	ศรีวิเศษ	พยาบาลวิชาชีพ 7
	นางธีราพร	มณีนารถ	พยาบาลวิชาชีพ 7
	นายไพรวลัย	ร่มชัย	พยาบาลวิชาชีพ 7
	นางไพลิน	ปรัชญคุปต์	นักสังคมสงเคราะห์ 6
	นางกาญจน์กนก	สุรินทร์ขมภู	พยาบาลวิชาชีพ 7

เจ้าของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

การศึกษาผลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัย
ไข้หวัดนกในเขต 6. - - ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชนครินทร์, 2548. 99 หน้า.

1. สุขภาพจิต. I. ทวี ตั้งเสรี. II. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชนครินทร์. III. ชื่อเรื่อง.

362.2

ISBN 974-296-357-6

พิมพ์ครั้งที่ 1 30 พฤษภาคม 2548

จำนวน 250 เล่ม

พิมพ์ที่ หจก.โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) การศึกษาผลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัย
ใช้หวัดนกในเขต 6

(ภาษาอังกฤษ) THE STUDY OF EFFECTIVENESS OF COMMUNITY INTERVEN-
TION FOR THE PERSONS WERE IMPACT FROM AVIAN INFLUENZA.

คณะผู้วิจัย น.พ.ทวี ตั้งเสรี นางวชิณี หัตถพนม นางละเอียด ปัญญาใหญ่ และคณะ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บทนำ : จากสถานการณ์การระบาดของไข้หวัดนกที่เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทย และมีการแพร่ระบาดไปยังจังหวัดต่างๆ อย่างรวดเร็ว ภาคตะวันออกเฉียงเหนือก็ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดดังกล่าวเช่นกัน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จึงมีหน้าที่ในการช่วยบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยจากไข้หวัดนก เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตที่อาจเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยไข้หวัดนกในเขต 6

วิธีการศึกษา : ดำเนินการจัดทีมสุขภาพจิตออกหน่วยให้การช่วยเหลือแก่ผู้ประสบภัยไข้หวัดนกใน 3 จังหวัด จำนวน 361 คน โดยดำเนินการ 2 ระยะ ระยะที่ 1 ขณะประสบภาวะวิกฤต ระยะที่ 2 หลังจากประสบภาวะวิกฤต ติดตามฟื้นฟูสภาพจิตใจ โดยติดตามตามเกณฑ์การเฝ้าระวังในกลุ่มที่มีคะแนนแบบวัดภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป และโรคทางจิตเวชที่แพทย์ลงความเห็น ว่า ควรเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ติดตามเฝ้าระวังภายหลังประสปภัย 1, 3 เดือน และ 6 เดือน จากนั้นยุติการเฝ้าระวังและส่งต่อให้พื้นที่ดูแล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบบสอบถามผู้ประสบภัยไข้หวัดนก เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม - กรกฎาคม 2547 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการศึกษา : ผู้ประสบภัยไข้หวัดนกเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.9 ชายร้อยละ 34.1 ได้รับความสูญเสียจากการสูญเสียไก่ ร้อยละ 90.9 ค่าความเสียหายอยู่ในช่วง 1 - 2,000 บาท ร้อยละ 41.3 (ต่ำสุดไม่สูญเสีย สูงสุด 2 ล้านบาท) มีคะแนนภาวะซึมเศร้า 6 คะแนนขึ้นไป ร้อยละ 18.8 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 9.7 แพทย์วินิจฉัยโรค Anxiety disorder ร้อยละ 41.3 Adjustment disorder ร้อยละ 12.7 แพทย์ให้การรักษาด้วยยาทางกายและทางจิตรวมกัน ร้อยละ 55.7 ได้รับการปรึกษาและคลายเครียด ร้อยละ 5.8 หลังประสปภัย 1 เดือน

ได้จัดทีมสุขภาพจิตดูแลต่อเนื่องในพื้นที่เดิม ตามเกณฑ์การเฝ้าระวัง มีผู้มาตามนัด 209 คน มีคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ร้อยละ 14.4 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 4.3 บริการรักษาด้วยยาทางกายและทางจิตรวมกันร้อยละ 55.0 ให้การปรึกษาและคลายเครียด ร้อยละ 5.3 ส่งพื้นที่ดูแลต่อเนื่อง 11 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อไปรับยาโรงพยาบาล ใกล้บ้าน ด้วยโรค Depression 1 คน ที่เหลือยังดำรงชีวิตได้ในชุมชนตามปกติ ติดตามเฝ้าระวัง 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

สรุป : ได้รูปแบบการดำเนินการเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจากใช้วัดนก ซึ่งจะประสบผลสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชน จึงต้องมีการพัฒนาความรู้ และทักษะในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตให้แก่เครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การช่วยเหลือกลุ่มคนเหล่านี้ หรือบุคคลอื่นๆ ที่ประสบกับภาวะวิกฤตในชุมชน

Abstract

Introduction: After the first avian influenza has recently found and quickly spread to various provinces, the northeastern region of Thailand has also been affected. Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital is responsible for treating and rehabilitating the victims to prevent any possible mental illness.

Objectives: To study the effectiveness of treatment and rehabilitation of the Region 6 for Avian Influenza victims.

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

Result: 65.9% of the victims are females while 34.1% are males. 90.9% lose their poultry. 41.3% of the loss range from 1 to 2,000 baht (minimum o bath and maximum 2,000,000 baht). 18.8% of the victims have the DST score over 6, 9.7% are risky of committing suicide. 41.3% are diagnosed as having anxiety disorder, 12.7% as adjustment disorder. 55.7% are treated by both physical medication and mental treatment. 5.8% received counselling and relaxation. One month after, psychiatric teams continually work in the area. 209 victims came to met the psychiatrist according to appointment and found that, 14.4% have DST score over 6, 4.3% are risky of committing suicide. 55.0% are treated by both physical medication. and mental treatment. 5.3% received counselling and relaxation. 11 victims are transferred to local health personnel. One with depression is refered to the local hospital while the rest live normal life in the community. The result after 6 months surveillance the victims can live normal life in the community.

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

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษามูลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยจากไข้หวัดนก ในเขต 6 ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานหลายท่าน ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ หนองคาย ตลอดจนเครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน สภาพจิตใจในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ในพื้นที่ที่ทีมสุขภาพจิตออกหน่วยเคลื่อนที่ ให้บริการ ที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และเอื้ออำนวยการดำเนินงานเป็นอย่างดี .

จิตแพทย์ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด และบุคลากรจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ร่วมออกหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการทุกครั้ง จนทำให้ผู้ประสบภัยไข้หวัดนกสามารถปรับตัวดำรงชีวิตได้ตามปกติ ภายหลังติดตามเฝ้าระวัง 6 เดือน ภายหลังประสบภัยพิบัติ

คณะผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้กล่าวนามดังกล่าวมา ณ โอกาสนี้

ทวี ตั้งเสรี และคณะ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
ขอบเขตของการศึกษา	4
นิยามศัพท์	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
ความรู้เรื่องไข้หวัดนก	7
อาการ	11
การติดต่อ	13
ผลกระทบของโรคไข้หวัดนก	17
การช่วยเหลือด้านจิตใจ	22
ภาวะวิกฤต	23
แนวคิดในการดำเนินงานบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัย	28
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	42
การดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูล	43
การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล	45

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	47
ส่วนที่ 1 การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัย ในขณะประสบเหตุการณ์	47
ส่วนที่ 2 การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัย ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน	57
ส่วนที่ 3 การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัย ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน	60
ส่วนที่ 4 การศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจ แก่ผู้ประสบภัยขณะประสบเหตุการณ์และภายหลังประสบเหตุการณ์	63
ส่วนที่ 5 รูปแบบการดำเนินงานเพื่อบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจ แก่ผู้ประสบภัยในเขต 6	67
ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขในการดำเนินงาน	72
บทที่ 5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	75
สรุปผลการศึกษา	77
อภิปรายผล	82
ข้อเสนอแนะ	86
บรรณานุกรม	89
ภาคผนวก	93

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ประสพภัยจากไข้หวัดนก ในเขต 6 (n = 361)	48
2. จำนวน ร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการประสพภัยของผู้ประสพภัย จากไข้หวัดนก (n = 361)	50
3. จำนวน ร้อยละของคะแนนภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ประสพภัย จากไข้หวัดนก (n = 361)	53
4. จำนวน ร้อยละของปัญหาสุขภาพ ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ ของผู้ประสพภัยจากไข้หวัดนก (n = 361)	56
5. จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ประสพภัยไข้หวัดนกในเขต 6 ที่มาใช้บริการภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน (n = 209)	57
6. จำนวน ร้อยละของคะแนนภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสพภัย จากไข้หวัดนก ที่ทำการศึกษากายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน (n = 209)	58
7. จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ประสพภัยไข้หวัดนกในเขต 6 ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน (n = 235)	60
8. จำนวน ร้อยละของคะแนนภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสพภัย ไข้หวัดนก ที่ทำการศึกษากายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน (n = 235)	61
9. การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ขณะประสพภัย ไข้หวัดนก และภายหลังประสพภัย 1 เดือน 6 เดือน	63
10. การเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง ขณะประสพภัยไข้หวัดนก และภายหลังประสพภัย 1 เดือน 6 เดือน	64
11. การเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างขณะประสพภัย และภายหลังประสพภัย 1 เดือน 6 เดือน	65
12. การเปรียบเทียบการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจของกลุ่ม ตัวอย่างขณะประสพภัย และภายหลังประสพภัย 1 เดือน 6 เดือน	66

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. กรอบแนวคิดการดำเนินงานการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจ แก่ผู้ประสบภัย	29
2. รูปแบบการดำเนินงานเพื่อบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจ แก่ผู้ประสบภัยใช้วัดนกในเขต 6	70
3. ขั้นตอนการปฏิบัติงานการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ	71

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้หวัดนก (Avian Influenza or Bird Flu) เป็นโรคติดต่อของสัตว์ประเภทนก เกิดจากการติดเชื้อไวรัส Avian Influenza Virus type A ในตระกูล Orthomyxoviridae มีแหล่งโรคตามธรรมชาติ คือ นกเป็ดน้ำ และนกที่อพยพย้ายถิ่นหนีความหนาวเย็นจากซีกโลกเหนือ โดยนกเป็ดน้ำหรือนกป่าที่มีเชื้อไวรัสจะไม่แสดงอาการป่วยหรือตาย แต่สามารถแพร่เชื้อทำให้สัตว์ปีกที่เป็นสัตว์เลี้ยงเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิตได้ มีอัตราการตายสูงถึง 90-100 เปอร์เซ็นต์ ตามปกติแล้วเชื้อไวรัสไข้หวัดนกจะไม่แพร่ติดต่อสู่มนุษย์โดยตรง เนื่องจากมนุษย์ไม่มีตัวรับ (receptor) ให้ไวรัสกลุ่มนี้เกาะ อุบัติการณ์การแพร่ระบาดติดต่อโดยตรงจากสัตว์ปีกมาสู่มนุษย์เช่นในปัจจุบัน ยังไม่มีหลักฐานหรือข้อมูลสนับสนุนได้อย่างแน่นอนว่าเกิดจากสาเหตุใด แต่มีข้อสันนิษฐานที่อาจอธิบายได้ คือ ประการแรกอาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของตัวไวรัสที่มีผลทำให้ไวรัสสามารถจับตัวรับไวรัสในมนุษย์ได้ หรือใช้วิธีทางกลไกอื่นในการเข้าเซลล์และเพิ่มจำนวนในมนุษย์ ประการที่สองอาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์มนุษย์เอง ที่มีการพัฒนาโมเลกุลบนผิวเซลล์ขึ้นใหม่เป็นตัวรับหรือวิธีทางใหม่ให้กับไวรัส (สมศักดิ์ โสฬสเลขา, 2547)

ไข้หวัดใหญ่ในมนุษย์ (Influenza A) และไข้หวัดนก (Avian Influenza A) เป็นเชื้อไวรัสในกลุ่มเดียวกัน และสามารถทำให้เกิดการระบาดไปทั่วโลก (pandemic) ได้เช่นเดียวกัน การระบาดของเชื้อไข้หวัดใหญ่จะเกิดเมื่อไวรัสมีการกลายพันธุ์ และมนุษย์ยังไม่มีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสสายพันธุ์ใหม่นี้ การกลายพันธุ์ของไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่ก่อให้เกิดโรคในคนและสัตว์ปีกโดยผ่านไปสู่สัตว์ประเภทที่ 3 เช่นหมู ทำให้เกิดการระบาดในคนไปทั่วโลก มีหลักฐานว่ากรณีนี้เคยเกิดขึ้นแล้ว ในศตวรรษที่ 20 พบมีการระบาดครั้งใหญ่ 3 ครั้ง คือ ในปี พ.ศ. 2461 พบการระบาดของไข้หวัดใหญ่สเปน [Spanish Flu (H1N1)] มีผู้เสียชีวิต 20-50 ล้านคนทั่วโลก ปี พ.ศ. 2500 เกิดการระบาดของไข้หวัดใหญ่เอเซีย [Asian Flu (H2N2)] ในประเทศจีนและสหรัฐอเมริกาพบว่ามียุเสียชีวิต 70,000 คนในสหรัฐอเมริกา และในปี พ.ศ. 2511 พบการระบาดของเชื้อไข้หวัดใหญ่ฮ่องกง [Hong Kong Flu (H3N2)] พบการระบาดครั้งแรกในประเทศฮ่องกงเมื่อต้นปี 2511 และระบาดลุกลามเข้าไปในประเทศสหรัฐอเมริกาในปลายปีเดียวกัน ทำให้มีผู้เสียชีวิต 34,000 คนในสหรัฐอเมริกา (CDC, 2004)

ไวรัสไข้หวัดนกมีความสามารถที่จะพัฒนาตัวของตัวเอง เพื่อให้เกิดการติดต่อไปสู่มนุษย์ได้ โดยการเปลี่ยนแปลงตัวเองจนเกิดการกลายพันธุ์ หรือเกิดจากการแลกเปลี่ยนหรือผสมกันระหว่างยีนของไข้หวัดใหญ่ในมนุษย์และไข้หวัดใหญ่ในสัตว์ปีก เกิดไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่สามารถติดต่อมาสู่มนุษย์ได้ รายงานการติดต่อของไข้หวัดนกโดยตรงจากสัตว์ปีก ในมนุษย์ พบครั้งแรกในประเทศฮ่องกง ในปี พ.ศ. 2540 เชื้อที่เป็นสาเหตุ คือ Avian Influenza Virus A (H5N1) การระบาดครั้งนี้ พบการติดเชื้อทั้งในไก่และในมนุษย์ และช่วงระหว่างมีการแพร่กระจายของเชื้อ พบผู้ติดเชื้อจำนวน 18 คนที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 6 คน และหลังจากสืบทราบว่าแหล่งของเชื้อโรค ติดต่อกันได้โดยตรงมาจากไก่ จึงได้ทำลายไก่ประมาณ 1.5 ล้านตัว เพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรค และในปีต่อๆ มา ยังพบการระบาดของเชื้อไข้หวัดนกอีกหลายครั้ง เรียงโดยลำดับ ดังนี้

ปี พ.ศ. 2542 ในประเทศฮ่องกง ได้มีการยืนยันการติดเชื้อไข้หวัดนก (H9N2) ในเด็กจำนวน 2 คน ซึ่งทั้งสองคนได้รับการรักษาและมีอาการหายปกติ แต่จากหลักฐานที่มีทำให้ทราบว่าแหล่งของเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของการติดต่อเกิดจากเป็ด ไก่ แล้วติดต่อมาสู่คน อย่างไรก็ตามอาจมีความเป็นไปได้ว่า เชื้อนี้สามารถติดต่อจากมนุษย์สู่มนุษย์ได้ และในช่วงระยะเวลาเดียวกันในปี พ.ศ. 2541 - 2542 มีรายงานผู้ติดเชื้อ H9N2 อีกหลายรายในประเทศจีนแผ่นดินใหญ่

ปี พ.ศ. 2546 พบผู้ติดเชื้อไข้หวัดนก (H5N1) จำนวน 2 ราย ในสมาชิกของครอบครัวชาวฮ่องกง ที่ได้เดินทางไปในประเทศจีน มีอาการหายกลับเป็นปกติ 1 คน และอีก 1 คนเสียชีวิต แต่ทั้งนี้ยังไม่ได้รับการยืนยันแน่ชัดว่า ผู้ป่วยทั้งสองคนได้ติดเชื้อจากที่ไหนและอย่างไร แต่ในช่วงระยะเวลาเดียวกันพบว่าเกิดมีการเสียชีวิตของสมาชิกครอบครัวชาวจีนด้วยอาการของระบบทางเดินหายใจ แต่ก็ไม่ได้มีการตรวจสอบหาสาเหตุการเสียชีวิตเช่นเดียวกัน

ปี พ.ศ. 2546 ได้รับการยืนยันจากประเทศเนเธอร์แลนด์ว่า มีการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนกในหมู่นักงานที่ทำงานในฟาร์มเป็ดไก่และสมาชิกในครอบครัวของเขา ในระหว่างที่มีการแพร่ระบาดของไข้หวัดนกในหมู่นกสัตว์ปีก มีรายงานผู้ติดเชื้อกว่า 80 ราย (มีอาการติดเชื้อที่ตาและอาการของระบบทางเดินหายใจ) พบผู้เสียชีวิต 1 ราย เป็นสัตว์แพทย์ที่เข้าไปสัมผัสกับฟาร์มที่มีการแพร่กระจายของไวรัส นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยบางราย เชื้อไวรัสสามารถติดต่อจากมนุษย์ไปสู่มนุษย์ได้

ปี พ.ศ. 2546 มีรายงานยืนยันการติดเชื้อ H9N2 ของเด็กในประเทศฮ่องกง ซึ่งได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและทุกคนหายป่วยอาการเป็นปกติ (CDC, 2004 ; Medindia, 2004 ; Nation Multimedia Group, 2004)

การระบาดของไข้หวัดนกในแต่ละครั้ง ได้นำมาซึ่งความเจ็บป่วยและความตาย ส่งผลกระทบทางด้านสังคมและสูญเสียทางเศรษฐกิจในระดับสูง จากสถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดนกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ตั้งแต่กลางเดือนธันวาคม 2546 - กุมภาพันธ์ 2547 รายงานโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) พบเชื้อที่เป็นสาเหตุคือ เชื้อไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ย่อย เอช 5 เอ็น 1 [A (H5N1)] ทำให้เกิดการระบาดที่รุนแรงใน 8 ประเทศ คือ ไทย กัมพูชา จีน อินโดนีเซีย ญีปุ่น ลาว เกาหลีใต้ และเวียดนาม พบผู้ป่วยจำนวน 34 ราย ในประเทศไทย และเวียดนาม และในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 23 ราย คิดเป็นอัตราการตายร้อยละ 68 เป็ด ไก่ หรือสัตว์ปีก มากกว่า 100 ล้านตัว เสียชีวิตจากการติดเชื้อและถูกทำลาย ส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะประเทศไทย ซึ่งเป็นผู้ส่งออกรายใหญ่ของผลิตภัณฑ์จากเป็ดและไก่เป็นอันดับ 4 ของโลก มีการส่งออกเนื้อเป็ดประมาณ 12% และส่งออกเนื้อไก่ประมาณ 4.3% ของทั่วโลกในปี พ.ศ. 2545 คิดเป็นมูลค่าประมาณ 1.2 พันล้านเหรียญสหรัฐ ประเทศที่ส่งออกหลัก คือ ประเทศญี่ปุ่น (56%) และสหภาพยุโรป (28%) ที่เหลือส่งออกตามประเทศทั่วไปในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแอฟริกาใต้ แต่หลังเกิดการระบาดของไวรัสไข้หวัดนก ทั้งประเทศญี่ปุ่นและสหภาพยุโรปได้ระงับการส่งออกผลิตภัณฑ์จากเป็ดและไก่ โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ประเภทเนื้อสดจากประเทศไทย ส่งผลกระทบทำให้เกิดภาวะสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก (Office of Travel & Tourism Industries, US Department of Commerce, USDA APHIS - PPC, Agricultural Quarantine Inspection database, 2004)

การแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก ตั้งแต่เกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย จนเริ่มมีการเฝ้าระวังในเดือนมกราคม 2547 ที่ผ่านมา จนถึงการระบาดครั้งที่ 2 ที่เริ่มต้นพบการระบาดในเดือนกรกฎาคม พบผู้ต้องสงสัยที่ต้องสอบสวนว่าติดเชื้อไข้หวัดนกหรือไม่ ทั้งสิ้นจำนวน 661 ราย แบ่งการระบาดเป็น 2 รอบ รอบแรกเริ่มตั้งแต่เดือนมกราคม 2547 มีกรณีผู้สงสัยต้องสอบสวนทั้งสิ้น 610 ราย ยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยไข้หวัดนกทั้งสิ้น 12 ราย เสียชีวิต 8 ราย รอบที่ 2 มีกรณีสงสัยต้องสอบสวนทั้งสิ้น 51 ราย ยืนยัน 1 ราย ซึ่งรายที่ยืนยันว่ามีเชื้อ H5N1 ได้เสียชีวิตในวันที่ 8 กันยายน 2547 ที่ผ่านมา รวมเสียชีวิตด้วยโรคไข้หวัดนก ทั้งสิ้น 9 คน ล่าสุด ข้อมูลการระบาดไข้หวัดนก จนถึงวันที่ 10 กันยายน 2547 มีผู้ต้องสงสัยทั้งสิ้น 51 ราย จากการทดสอบห้องปฏิบัติการพบว่า ไม่ติดเชื้อไข้หวัดนก 48 ราย อีก 3 ราย ยังอยู่ในข่ายต้องสงสัย

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในฐานะที่เป็นหน่วยงานที่ดูแลทางด้านจิตใจแก่ประชาชน 5 จังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบ ได้แก่ ขอนแก่น อุดรธานี หนองคาย กาฬสินธุ์ และหนองบัวลำภู ซึ่งได้รับความสูญเสียจากการประสพภัยไข้หวัดนก และได้ร้องขอเพื่อให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จึงได้จัดโครงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจให้แก่ผู้ประสพภัยไข้หวัดนกในเขต 6 ขึ้น เพื่อให้การช่วยเหลือ

ทางด้านจิตใจอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ประสบภัยสามารถปรับตัวกับภัยพิบัติที่เกิดขึ้น ภายใต้กรอบแนวคิดที่ว่า โดยทั่วไปบุคคลที่ประสบกับภาวะวิกฤต หากเป็นอยู่นานไม่ได้รับการช่วยเหลือ จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต และอาจเป็นปัญหาทางจิตประสาทได้ ภาวะวิกฤตมีส่วนช่วยให้บุคคลได้มีการเรียนรู้ และเสริมศักยภาพในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคคลที่สามารถนำตัวเองผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้ด้วยดี จะเป็นการแก้ปัญหาด้วยตนเอง หรือการให้ความช่วยเหลือโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง สำหรับบุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว การช่วยเหลือดูแลที่ดีและมีศักยภาพของบุคลากรในวิชาชีพทางการแพทย์และทีมงานสุขภาพจิต จะช่วยให้บุคคลเหล่านี้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตและการเจ็บป่วยทางจิตได้ (Rosen A. 1997) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยใช้หวัดนกในเขตพื้นที่ 3 จังหวัดที่เป็นพื้นที่ในความรับผิดชอบโดยให้ความช่วยเหลือในด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ มีการติดตามประเมินผลและเฝ้าระวังปัญหาทางจิตใจ ทุก 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อให้ผู้ประสบภัยสามารถกลับมาดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ ในการดำเนินงานครั้งนี้ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้นำรูปแบบการดำเนินงานที่สามารถประยุกต์ใช้กับภัยพิบัติต่างๆ ได้ ภายใต้ชื่อว่า JVKK Disaster Care Model ซึ่งผ่านการดำเนินงานปรับปรุงแก้ไขอย่างเหมาะสมแล้ว ช่วยให้การดำเนินงานครั้งนี้เกิดประสิทธิผล และสามารถช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้ทันทั่วถึง

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 2.1 เพื่อศึกษาผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยใช้หวัดนกในเขต 6
- 2.2 ศึกษารูปแบบการดำเนินงานในการช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤตใช้หวัดนก
- 2.3 ศึกษาปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขในการดำเนินงาน

3. ขอบเขตของการศึกษา

ทำการศึกษาในผู้ที่ได้รับผลกระทบจากใช้หวัดนก โดยการสูญเสียสัตว์เลี้ยง และสูญเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว ในพื้นที่ที่เกิดการระบาดของใช้หวัดนกในเขต 6 เป็นผู้รับบริการที่พื้นที่ร้องขอใน 3 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ และหนองคาย ซึ่งทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้การช่วยเหลือตามโครงการ

4. นิยามศัพท์

4.1 การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจ หมายถึง การรักษาด้วยยา การให้การปรึกษา การคลายเครียด การดูแลและบำบัดรักษา เฝาระวังปัญหาสุขภาพจิตทั้งในระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบลอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากวิกฤตใช้หวัดนก ซึ่งทีมสหวิชาชีพ (เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับเขต) ลงไปให้ความช่วยเหลือ

4.2 เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตหมายถึง ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในแต่ละระดับ ดังนี้

4.2.1 เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในระดับเขต หมายถึง ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และศูนย์สุขภาพจิตที่ 6 ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร และผู้ช่วยทันตแพทย์ เป็นต้น

4.2.2 เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในระดับจังหวัด หมายถึง ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงาน ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

4.2.3 เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในระดับอำเภอ หมายถึง ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงาน ณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน

4.2.4 เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับตำบล หมายถึง ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานที่ PCU และสถานีอนามัย

4.3 ภาวะวิกฤต หมายถึง ผู้รับบริการซึ่งได้รับผลกระทบจากวิกฤตใช้หวัดนก มีการรับรู้ตนเองว่า เกิดการสูญเสียหรือสิ้นหวัง อันอาจนำมาซึ่งอาการต่างๆ ทางจิตเวช เช่น ซึมเศร้า ถดถอย หรือเกิดอาการทางด้านร่างกายและจิตใจทำให้มีผลกระทบต่อการทำหน้าที่เชิงสังคม

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

5.1 ผู้ประสบภาวะวิกฤตใช้หวัดนกในเขต 6 ที่เข้าร่วมโครงการได้รับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจ ตลอดจนได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

5.2 ผู้ประสบภาวะวิกฤตใช้หวัดนกในเขต 6 ที่เข้าร่วมโครงการสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ ไม่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช หรือฆ่าตัวตาย

5.3 ผู้ประสบภาวะวิกฤตใช้หวัดนกในเขต 6 ที่เข้าร่วมโครงการเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคใช้หวัดนก และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้เพื่อเฝาระวัง และป้องกันปัญหาสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

5.4 มีรูปแบบการดำเนินงานที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ ในการช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตอื่น ๆ ต่อไป

5.5 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานโครงการ หรือวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิกฤตการณ์ไข้หวัดนกที่กำลังแพร่ระบาดในภูมิภาคเอเชียขณะนี้ นักวิทยาศาสตร์และผู้เชี่ยวชาญด้านปักษีวิทยาเชื่อว่า นกที่อพยพหนีอากาศหนาวเย็นจากขั้วโลกเหนือ โดยเฉพาะไซบีเรีย ประเทศรัสเซีย อาจเป็นตัวพาหะนำเชื้อไวรัสเอช 5 เอ็น 1 (H5N1) แพร่เข้าสู่พื้นที่ต่างๆ ที่นกเหล่านี้อพยพลงมาหาอาหารกินและลี้ภัยในพื้นที่ยอดเขามาก่อน จากนั้นเชื้อจากสัตว์ปีกระบาดมาสู่คน ซึ่งเวลานี้ นักวิทยาศาสตร์แสดงความกังวลถึงแนวโน้มเชื้อไวรัสปรับตัวตามสภาวะแวดล้อม ทำให้เชื้อกลายพันธุ์ มีฤทธิ์ทำลายเนื้อเยื่อของสิ่งมีชีวิตรุนแรงขึ้น และอาจกลายพันธุ์แพร่เชื้อจากคนสู่คนโดยที่ยังไม่มีวัคซีนป้องกันรักษา (มติชน, 2547)

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำเสนอแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีหัวข้อดังนี้ คือ

1. ความรู้เรื่องไข้หวัดนก
2. อาการ
3. การติดต่อ
4. ผลกระทบของโรคไข้หวัดนก
5. การช่วยเหลือด้านจิตใจ
6. ภาวะวิกฤต
7. แนวคิดในการดำเนินงานบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัย
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เรื่องไข้หวัดนก

1.1 ความหมายของโรคไข้หวัดนก

โรคไข้หวัดนก (Avian influenza, Bird Flu) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ type A ในตระกูล Orthomyxoviridae ซึ่งเดิมเชื้อไข้หวัดใหญ่จัดเป็นพวก myxoviruses ซึ่งหมายถึงไวรัสที่มีการติดเชื้อมีในเซลล์ของเยื่อเมือก myxo เป็นภาษากรีก แปลว่าเมือก (mucin) ในปัจจุบัน myxoviruses จำแนกออกเป็น Orthomyxoviruses และ paramyxoviruses เชื้อไข้หวัดใหญ่จัดอยู่ในพวก Orthomyxoviruses หรือตระกูล Orthomyxoviridae ซึ่งเป็น RNA ไวรัสชนิดมีเปลือกหุ้ม และมีส่วนที่ยื่นออกมาของ Glycoprotein ซึ่งเป็น Surface Antigen เรียกว่า Hemagglutinin (H) และ Neuraminidase (N) (มติชน, 2547 ; สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, 2547)

ไขหวัดนก มีชื่อเรียกเป็นทางการว่า Avian influenza เพราะ Avian นั้นแปลว่าสัตว์ปีก แต่ภาษาชาวบ้านเรียกว่า “Bird Flu” คนไทยเรียกว่าไขหวัดไก่ หรือไขหวัดนก

ไวรัสไขหวัดนก เป็นไวรัสซึ่งสามารถที่จะทำให้สัตว์หลายชนิดป่วยได้ ได้แก่ สัตว์ปีก นานาชนิด (นก ไก่ เป็ด ฯลฯ) หมู ม้า และปลาวาฬ เฉพาะไวรัสชนิดที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยในสัตว์ปีกเท่านั้นที่เรียกว่า Avian Influenza โดยเฉพาะในนกป่าที่มักจะมีการติดเชื้อไวรัสชนิดนี้อยู่เสมอ นกป่าที่ติดเชื้อจะไม่แสดงอาการป่วยหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย แต่นกเหล่านี้จะสามารถแพร่เชื้อไวรัสไขหวัดนกให้แก่เป็ด ไก่ และสัตว์ปีกอื่นที่เลี้ยงในฟาร์มทั่วไปและมีความรุนแรงทำให้สัตว์ปีกเหล่านี้เจ็บป่วยและตายได้ในเวลาอันสั้น ในอดีตเชื้อไวรัสไขหวัดนกเหล่านี้จะไม่ทำให้เกิดโรคในมนุษย์หรือติดต่อจากมนุษย์สู่มนุษย์ แต่ในระยะหลังตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา เริ่มมีรายงานการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในคนที่เกิดจากเชื้อไวรัสไขหวัดนกมากขึ้น (ประสงค์ พุทธษานานนท์, 2547)

ปัจจุบันที่พบการระบาดมักเกิดจากเชื้อไวรัส Influenza A ชนิดย่อย (subtypes) H5 และ H7 เชื้อไวรัส Influenza A ที่มีความรุนแรงปานกลางหรือที่ไม่รุนแรงอาจพบได้ทั่วโลก ไวรัส H5 และ H7 ที่รุนแรง บางครั้งพบได้ในนกที่หากินอิสระอยู่ในทวีปยุโรปและแหล่งอื่นๆ มีหลักฐานว่าไวรัส H5 ที่มีความรุนแรงปานกลางอาจกลายเป็นสายพันธุ์ที่มีความรุนแรงสูงได้ โรคเอเวียนอิน ฟลูเอนซา ที่มีความรุนแรงพบได้ไม่บ่อยนักจึงไม่ควรสับสนกับไวรัส H5 และ H7 ชนิดที่มีความรุนแรงต่ำ (<http://www.did.go.th/dcontrol/avianflu.html>, 2004)

1.2 ประเภทของไวรัสไขหวัดใหญ่

ไวรัสไขหวัดใหญ่ในตระกูล Orthomyxoviridae แบ่งออกเป็น 3 type ขึ้นอยู่กับ Matrix (M) Protien บนเปลือกหุ้มไวรัส และ Neucleoprotien ดังนี้ (วีระชัย ศักดาจิระเจริญ, 2547; สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, 2547)

1.2.1 Type A ก่อการติดเชื้อในมนุษย์และสัตว์หลายชนิด เช่น ม้า สุกร นก ไก่ เป็นต้น โรคไขหวัดใหญ่ที่พบในมนุษย์มีสาเหตุเกิดจาก type A ประมาณร้อยละ 80 นอกจากนี้ ยังเป็นสาเหตุของการระบาดใหญ่ทั่วโลกด้วย เป็น type ที่มีการเปลี่ยนแปลงแอนติเจนของฮีแมกกลูตินินและนิวรามิनिเดสไปจากเดิมมากจนกระทั่งเกิดเป็น subtype ใหม่ขึ้นอยู่เรื่อยๆ

1.2.2 Type B เป็นสาเหตุของโรคไขหวัดใหญ่ที่พบรองลงมาจาก type A ก่อการติดเชื้อเฉพาะในมนุษย์เท่านั้น มักพบในเด็กมากกว่าในผู้ใหญ่ ไวรัสไขหวัดใหญ่ type B มีการเปลี่ยนแปลงแอนติเจนของฮีแมกกลูตินินเช่นกันแต่ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากพอที่จะจัดเป็น subtype ใหม่

1.2.3 Type C มีรายงานการติดเชื้อในมนุษย์และสุกร ไม่ค่อยมีความสำคัญทางคลินิก มนุษย์ติดเชื้อโดยไม่แสดงอาการ หรือแสดงอาการอย่างอ่อน คุณสมบัติของไวรัส type นี้ ค่อนข้างแตกต่างไปจาก type A และ B

1.3 แอนติเจน (Antigen) ไวรัสไข้หวัดใหญ่มีแอนติเจนที่สำคัญ 2 ชนิด คือ (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, 2547)

1.3.1 ฮีแมกกลูตินิน (hemagglutinin, H) ทำหน้าที่ในการจับกับที่รับไวรัส (receptor site) บนผิวเซลล์ ทำให้ไวรัสสามารถเข้าสู่เซลล์ได้ receptor site นี้พบได้ในเมือกที่ปกคลุมทางเดินหายใจ และพบบนผิวเม็ดเลือดแดงด้วย ฮีแมกกลูตินินมีคุณสมบัติในการทำให้เม็ดเลือดแดงของมนุษย์หมู่เลือดโอและสัตว์บางชนิด เช่น ไก่และหนูตะเภา เกิดปฏิกิริยาเกาะกลุ่ม (agglutination) คุณสมบัตินี้นำมาใช้ตรวจหาไวรัสได้ แอนติบอดีต่อฮีแมกกลูตินินจัดเป็น neutralizing antibody และมีผลในการคุ้มกันโรค คือเป็น protective antibody ด้วย

ฮีแมกกลูตินินของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ type A แบ่งออกเป็น 15 subtypes คือ H1, H2, H3...H15 ทั้ง 15 subtypes พบได้ในนก แต่เชื้อที่พบในมนุษย์ในปัจจุบันมีอยู่ 3 subtypes คือ H1, H2 และ H3 ส่วน subtypes อื่นๆ มีการติดเชื้อในสัตว์ต่างๆ กัน เช่น สุกร ม้า แมว น้ำ และปลาวาฬ เชื้อไข้หวัดใหญ่ types B และ C ยังไม่มีการแบ่งฮีแมกกลูตินินออกเป็น subtype

1.3.2 นิวรามินิเดส (Neuraminidase, N) เป็น receptor destroying enzyme (RDE) คือเป็นเอนไซม์ที่ทำหน้าที่ย่อยไกลโคโปรตีนซึ่งเป็น receptor site บนผิวเซลล์ ทำให้ไวรัสหลุดเป็นอิสระจากเซลล์ เนื่องจากโมเลกุลของไกลโคโปรตีนนี้พบได้ในเมือกที่ปกคลุมทางเดินหายใจด้วย ทำให้ไวรัสถูกดักจับติดกับเมือกได้ เมื่อเมือกจับไวรัสไว้ ไวรัสจะใช้เอนไซม์นี้ย่อยทำให้เมือกใสขึ้น ไวรัสจึงหลุดออกไปบุกรุกเซลล์เยื่อทางเดินหายใจที่อยู่ลึกลงไป แอนติบอดีต่อนิวรามินิเดสไม่ใช่ neutralizing antibody มีผลในการคุ้มกันโรคเพียงบางส่วน (partial immunity) โดยแอนติบอดีต่อนิวรามินิเดสยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัส ในขั้นตอนการปลดปล่อยไวรัสออกจากเซลล์

ในปัจจุบันนี้ นิวรามินิเดสของเชื้อไข้หวัดใหญ่ type A แบ่งออกเป็น 9 subtypes ด้วยกัน คือจาก N1, N2, N3...N9 โดยเชื้อที่พบในมนุษย์เป็น N1 และ N2 ส่วนเชื้อไข้หวัดใหญ่ B และ C ยังไม่มีการแบ่งนิวรามินิเดสออกเป็น subtype ในปฏิกิริยาเกาะกลุ่มเม็ดเลือดแดงของไวรัสไข้หวัดใหญ่เมื่อผสมไวรัสกับเม็ดเลือดแดงแล้วทิ้งไว้ที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส จะพบการเกาะกลุ่ม ถ้านำหลอดเม็ดเลือดแดงที่เกาะกลุ่มนี้มาไว้ที่ 37 องศาเซลเซียส จะพบว่าเม็ดเลือดหลุดจากกัน (elution) เนื่องจากเอนไซม์นิวรามินิเดสทำงานได้ดีที่อุณหภูมินี้ จึงไปย่อยทำลาย receptor และปล่อยไวรัสออกเป็นอิสระ

การแบ่งชนิดย่อย (subtype) ของไวรัสไข้หวัดใหญ่ โดยทั่วไปใช้ลักษณะพิเศษของโปรตีนที่ผิวของแอนติเจนทั้ง 2 ชนิดนี้เป็นเกณฑ์ในการแบ่ง โดยเรียกเป็นรหัสและมีหมายเลขกำกับ เช่น H3N2, H1N1 ซึ่งพบได้บ่อยในมนุษย์ และ H5N1 ซึ่งพบได้บ่อยในสัตว์ปีก ([http://www/did.go.th/dcontrol/avianflu.html](http://www.did.go.th/dcontrol/avianflu.html), 2004)

1.4 คุณสมบัติของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, 2547)

1.4.1 มีรูปร่างหลายแบบ เช่น กลม (spherical form) หรือเป็นสายยาว (filamentous form) ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 100 นาโนเมตร แต่พวกที่เป็นสายยาวอาจมีความยาวหลายไมโครเมตร

1.4.2 มีสายพันธุกรรมเป็น RNA สายเดียวมี polarity เป็นลบ และแยกเป็นชิ้น (segmented genome) โดย types A และ B มี 8 ชิ้น ส่วน type C มี 7 ชิ้น

1.4.3 ชั้นนอกของไวรัสเป็นเปลือกหุ้ม ซึ่งเป็นส่วนประกอบของไขมันและไกลโคโปรตีนบนเปลือกหุ้ม มี spikes สองชนิดคือฮีแมกกลูตินิน ซึ่งมีรูปร่างเป็นแท่ง และนิวรามินิเดส ซึ่งมีรูปร่างเหมือนดอกเห็ด spikes 2 ชนิด รวมกันมีจำนวนประมาณ 500 ก้าน จำนวนของ H : N มีอัตราส่วนประมาณ 4 - 5 : 1

1.4.4 ไวรัสไข้หวัดใหญ่มี transcription และ genome replication เกิดขึ้นในนิวเคลียส ซึ่งแตกต่างจาก RNA viruses ทั่วไป ที่มีการเพิ่มจำนวนในไซโตพลาสซึมเท่านั้น

1.4.5 เป็นไวรัสที่ถูกทำลายได้ง่ายด้วยความร้อน เช่น ที่อุณหภูมิ 56 องศาเซลเซียส นาน 3 ชั่วโมง หรือที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส นาน 30 นาที และไม่ทนต่อความแห้ง สารเคมีต่างๆ เช่น สารที่มีคุณสมบัติในการละลายไขมัน (lipid solvents), formalin, betapropiolactone, oxidizing agents, sodium doidecylsulfate, hydroxylamine, ammonium ions และ iodine compounds อย่างไรก็ตามเชื้อไวรัสสามารถคงอยู่ได้นานในสิ่งขับถ่ายและสิ่งคัดหลั่ง เช่น อุจจาระ น้ำมูก น้ำตา น้ำลาย และเสมหะ

1.4.6 ไวรัสสามารถเปลี่ยนแปลงแอนติเจนได้ง่าย โดยการเปลี่ยนแปลงแอนติเจนเพียงเล็กน้อย (Antigenic drift) หรือมีการเปลี่ยนแปลงในกรณีที่เซลล์มีการติดเชื้อ 2 subtypes ที่แตกต่างกัน กลายเป็น subtype ใหม่ (Antigenic shift) ซึ่งทำให้เกิดไวรัสสายพันธุ์ใหม่ขึ้นมาได้ และเป็นสาเหตุที่ก่อระบาดวิทยาใหญ่ทั่วโลกบ่อยกว่าไวรัสอื่น

1.5 การเปลี่ยนแปลงแอนติเจน (antigenic variation)

เนื่องจากไวรัสมีจีโนมเป็น RNA และเป็นท่อน และมีการติดเชื้อในสัตว์หลายชนิด เช่น สัตว์ปีก ม้า และสุกร เป็นต้น จึงทำให้จีโนมของไวรัสไข้หวัดใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงพันธุกรรมได้ค่อนข้างบ่อย เรียกว่าเกิด genetic variation การเปลี่ยนแปลงจีโนมทำให้แอนติเจนซึ่งเป็นผลผลิตของยีนเปลี่ยนแปลงไปด้วยคือมี antigenic variation เกิดขึ้น ซึ่งมี 2 แบบ คือ

1.5.1 Antigenic shift พบเฉพาะในไวรัสไข้หวัดใหญ่ type A เท่านั้น (ในห้องปฏิบัติการทำให้เกิดขึ้นได้กับ type B แต่ไม่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา) เชื่อว่าเกิดขึ้นจากขบวนการ gene reassortment คือ การที่ไวรัสไข้หวัดใหญ่ 2 ชนิด ซึ่งเป็น type A เหมือนกัน มีการติดเชื้อในเซลล์เดียวกัน ในขั้นตอน self assembly เพื่อประกอบขึ้นเป็นอนุภาค อาจมีการนำชิ้นจีโนมบางชิ้นของไวรัสชนิดหนึ่งใส่เข้าไปในอนุภาคของไวรัสอีกชนิดหนึ่ง จึงได้อนุภาคของไวรัสชนิดใหม่ ซึ่งมีแอนติเจนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีการเปลี่ยน subtype ของ H และหรือ N ก็ได้ และเนื่องจากประชาชนไม่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสชนิดใหม่ เชื้อจึงทำให้เกิดการระบาดใหญ่ขึ้น การระบาดใหญ่ทั่วโลกของไวรัสไข้หวัดใหญ่ผ่านมาแล้วหลายครั้ง เชื่อว่าการระบาดเกิดขึ้นเนื่องจากมี antigenic shift ดังกล่าว ไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่พบใน species ต่างๆ ในปัจจุบันเชื่อว่ามีวิวัฒนาการมาจากไวรัสไข้หวัดใหญ่ของนกน้ำ

1.5.2 Antigenic drift เป็นการเปลี่ยนแปลงแอนติเจนเพียงเล็กน้อย พบได้ในไวรัสไข้หวัดใหญ่ทุก type แต่ไม่มากพอที่จะเป็น H และ N subtypes ใหม่ และพันธุกรรมของ type C ค่อนข้างคงตัว antigenic drift อาจทำให้เกิดการระบาด (epidemic) ได้ในวงไม่กว้างนัก กลไกในการเกิด antigenic drift เชื่อว่าเกิดจากขบวนการ point mutation ได้แก่ substitution, deletion และ insertion ภายในจีโนมเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่มีเอนไซม์ RNA polymerase ซึ่งไม่มี proof reading activity ความผิดพลาดในการ replicate จีโนมพบได้ในอัตรา $1/10^4$ bases ในแต่ละ replication cycle จากอัตราส่วนนี้จะพบว่าไวรัสชนิดใหม่เกิดขึ้นมากมาย เพียงแต่บางอนุภาคเท่านั้นที่จะเพิ่มจำนวนได้ต่อไป

2. อาการ

2.1 อาการในมนุษย์ (กรมควบคุมโรค, 2547; มติชน, 2547 ; ยง ภู่วรวรรณ, ภัทรธิดา สงวนหมู่, 2547; สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, 2547 ; CDC, 2004 ; Medindia, 2004)

อาการของไข้หวัดนกมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ธรรมดา แต่จะมีอาการรุนแรงกว่า คือ มีไข้สูง หนาวสั่น ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ปวดกล้ามเนื้อทั้งตัว อ่อนเพลียมาก ไอมากจนเจ็บหน้าอก เจ็บคอ น้ำมูกไหล คัดจมูก หายใจลำบาก อาจมีอาการของระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง บางครั้งอาจพบว่ามีตาแดง ซึ่งอาจหายได้เองภายใน 2 - 7 วัน หากมีอาการแทรกซ้อนจะมีอาการรุนแรงถึงปอดบวม ทำให้มีอาการแน่นหน้าอก หายใจหอบ และเกิดระบบหายใจล้มเหลว (Respiratory Distress Syndrome) ได้โดยเฉพาะในเด็กและผู้สูงอายุ

การติดเชื้อขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบ และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ดังนั้นจึงมี อาการพบได้ตั้งแต่ไม่มีอาการของโรค (subclinical) มีอาการน้อยเช่น เป็นเพียงหวัด หรือมีอาการมาก อย่างเช่น หลอดลมอักเสบ และปอดอักเสบ

ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย เจ็บคอ ระคายคอ หวัด น้ำมูกไหล ไอ จาม และตาแดง (injected) บางรายพบมีต่อมน้ำเหลืองที่คอโต อาการโดยทั่วไปจะเป็นประมาณ 3 - 5 วัน

ในรายที่เป็นรุนแรง (fulminant influenza) ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในการระบาดใหญ่ชนิด pandemic โดยสามารถเกิดกับใครก็ได้ ซึ่งจะมีอาการทางปอดอย่างรุนแรง เป็นปอดอักเสบ มีอาการไข้สูง ไอ เหนื่อย Cyanosis และเสียชีวิต

อาการแทรกซ้อน

ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สามารถมีอาการแทรกซ้อนจากการติดเชื้อแบคทีเรียได้ โดยเกิดอาการ ปอดบวม หูชั้นกลางอักเสบ และมีความผิดปกติทางระบบการหายใจ อาการดังกล่าวจะมีปัญหามากขึ้นถ้าผู้ป่วยมีโรคเรื้อรังอยู่ก่อน

คำจำกัดความไข้หวัดนก (ในคน) (ยง ภู่วรรณ, ภัทรธิดา สงวนหมู่, 2547)

เพื่อให้เป็นแนวทางในการวินิจฉัย ควบคุมโรค และรายงานได้ถูกต้อง องค์การอนามัยโลกได้กำหนดคำจำกัดความของโรคไข้หวัดนก Influenza A (H5N1) ไว้ดังนี้

ผู้ต้องสงสัยไข้หวัดนก (H5N1) (suspected)

ผู้ที่มีอาการป่วยทางเดินหายใจ ไข้ 38 องศาเซลเซียส ไอ และ/หรือเจ็บคอ ร่วมกับมีประวัติสัมผัส ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นไข้หวัดนก (H5N1) ในช่วงระหว่างการติดเชื้อของผู้ป่วยหรือได้ไปสัมผัสใกล้ชิดหรือเข้าไปในบริเวณฟาร์มสัตว์ปีกที่มีการระบาด โดยเฉพาะ Highly pathogenic avian influenza (HPAI) และมีการล้มตายของสัตว์ปีกภายใน 1 สัปดาห์ หรือได้ทำงานในห้องปฏิบัติการที่ได้ทำการเกี่ยวข้องกับสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วยหรือสัตว์ปีกที่ต้องสงสัยการติดเชื้อในสัตว์ปีก HPAI

ผู้ป่วยน่าจะเป็นไข้หวัดนก (Probable)

ผู้ป่วยที่ต้องสงสัยร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นของ H5N1 ได้แก่ การตรวจ IFA (immunofluorescence assay) และการใช้การตรวจหาโดยใช้ H5 mono clonal - antibody หรือไม่มีหลักฐานของสาเหตุอื่น

ผู้ป่วยเป็นไข้หวัดนก (confirmed influenza A H5N1)

ผู้ป่วยที่ตรวจพบ influenza A H5N1 โดยการเพาะเชื้อและหรือตรวจพบ H5 virus โดยวิธี RT PCR หรือมีการเพิ่มขึ้น 4 fold ของ H5 - specific antibody titer

2.2 อาการในสัตว์ปีก

อาการที่แสดงออกมีความผันแปรตั้งแต่ระดับที่ไม่รุนแรง ไปจนถึงขั้นเสียชีวิต ขึ้นอยู่กับชนิดของไวรัส และสัตว์ที่ได้รับเชื้อ สัตว์อาจมีอาการแสดงดังนี้คือ ไข่จะหุบผอม ชี้นมาก ไม่กินอาหาร ขนยุ่ง ไข่ลด ไอ จาม หายใจลำบาก น้ำตาไหลมาก น้ำบวม หงอนและ

เหนียงบวมมีสีคล้ำ ตาปิดเนื่องจากหนังตาบวม อาจมีอาการของระบบประสาทและท้องเสีย ส่วนที่มีอาการรุนแรงจะตายกะทันหันโดยไม่แสดงอาการ (อัตราการตายสูงถึง 100%) หากเกิดในนกป่ามักไม่แสดงอาการของโรค แต่จะมีระดับภูมิคุ้มกันสูงขึ้น (Seroconversion) ภายใน 10 - 14 วัน เป็นพาหะของโรคที่สำคัญและทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคได้ไกล

2.3 อาการในสุกร

สุกรเมื่อได้รับเชื้อแล้วจะแสดงอาการป่วยเพียงเล็กน้อยหรือไม่แสดงอาการเจ็บป่วย แต่จะเป็นพาหะนำโรค

3. การติดต่อ

3.1 การติดต่อ (วีระชัย ศักดาจิระเจริญ ; 2547 ; สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, 2547 ; CDC, 2004)

ส่วนมากนกเป็ดน้ำจะเป็นพาหะนำโรค โดยที่เชื้อจะอยู่ในส่วนของลำไส้ และแพร่กระจายออกมาพร้อมกับอุจจาระ น้ำมูก สิ่งคัดหลั่งอื่นๆ ปนเปื้อนในแหล่งน้ำ ดิน พืช สัตว์ปีกทุกชนิด สามารถได้รับเชื้อผ่านทางเดินหายใจ ทางปาก ทางเยื่อต่างๆ หรือทางบาดแผล เชื้อมักปนเปื้อนมากับน้ำ อาหาร หรือฟุ้งกระจายในอากาศ

เชื้อโรคใช้หวัดนกที่ติดต่อมาสู่คน มักจะเป็นไวรัสชนิด H5N1 สามารถติดเชื้อจากไก่ไปสู่คน แต่ไม่พบว่ามี การติดต่อจากคนไปยังคน ซึ่งสามารถติดโรคนี้ผ่านทางเดินหายใจ ทางปาก บาดแผล ผิวหนัง และเยื่อต่างๆ โดยเชื้อมีการปนเปื้อนมากับอุจจาระ น้ำมูก น้ำตา น้ำลายของสัตว์ป่วย ผู้ที่มีโอกาสติดเชื้อมากที่สุด คือ คนงานในฟาร์มที่ต้องคลุกคลีกับไก่ พ่อครัว แม่ครัวผู้ปรุงอาหาร คนเลี้ยงสัตว์ปีก คนเชือดไก่ คนที่เดินผ่านตลาดซื้อขายสัตว์ปีก คนที่สัมผัสเนื้อสัตว์ปีก โรคใช้หวัดนกมีการระบาดในนกป่าและเป็ด นกน้ำเป็นแหล่งของเชื้อไวรัสใช้หวัดนกที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง นอกจากนี้ไก่อังคงยังเป็นแหล่งกักโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาโรคใช้หวัดนกได้ ความเสี่ยงของไก่ที่ไม่มีภูมิคุ้มกันที่มีโอกาสสัมผัสกับนกน้ำเป็นความเสี่ยงสูง แต่ยังไม่ทราบว่าปัจจัยใดที่ส่งผลให้การระบาดไม่แน่นอนในแต่ละพื้นที่นั้น

3.2 วิธีติดต่อของโรค

3.2.1 การติดต่อของโรคจากการสัมผัสกับอุจจาระ เป็นวิธีติดต่อที่สำคัญระหว่างนกด้วยกัน นกป่าจะเป็นตัวนำเชื้อไวรัสใช้หวัดนกไปยังนกในโรงเรือนที่เปิดได้ โดยผ่านทาง การปนเปื้อนของอุจจาระ

3.2.2 การติดเชื้อโดยทางการสัมผัสกับสิ่งปนเปื้อนเชื้อโรค (Mechanical Transmission) มูลของนกเป็นแหล่งของเชื้อไวรัสที่สำคัญ การขับเชื้อไวรัสทางมูลเป็นเวลา 7 - 14 วัน หลังการติดเชื้อ แต่ไม่พบเชื้อไวรัสในสิ่งปฏุนองได้ในระยะเวลานานถึง 4 สัปดาห์ หลังการติดเชื้อ ไวรัสสามารถจะอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้นานถึง 105 วัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน

พื้นที่ซึ่งมีอุณหภูมิต่ำและความชื้นสูง ดังนั้น วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ คน และสัตว์ เช่น นกป่า หนู แมลง นกกระจอก จึงเป็นปัจจัยในการกระจายของโรคได้

3.2.3 การติดเชื้อจากการหายใจเอาสิ่งคัดหลั่งของสัตว์ป่วย

3.2.4 ไวรัสไข้หวัดนกสามารถพบในเปลือกไข่ชั้นในและชั้นนอก อย่างไรก็ตาม การติดต่อจากแม่ไก่ผ่านมายังลูกไก่ทางไข่ (Vertical transmission) ยังไม่มีการรายงาน ส่วนการติดโรคผ่านไข่ไปยังฟาร์มอื่นนั้น มักเกิดจากการปนเปื้อนเชื้อที่เปลือกไข่หรือถาดไข่ และจัดเป็นการติดต่อที่สำคัญวิธีหนึ่ง

การติดโรคนี้จากสัตว์ปีกมาสู่คนเป็นไปได้ยาก จากข้อมูลการเกิดโรคในคนที่ประเทศฮ่องกง และประเทศอื่นๆ พบว่าเป็นการติดต่อโดยตรงจากตัวสัตว์ปีกมีชีวิต ไม่มีรายงานการติดต่อมายังคน โดยการบริโภคเนื้อไก่ และไข่

3.3 ระยะฟักตัว

ในสัตว์ปีก ตั้งแต่ 2 - 3 ชั่วโมง จนถึง 3 วัน หรืออาจถึง 14 วันในฝูงสัตว์ขนาดใหญ่

ในคนมีระยะฟักตัว 1 - 3 วัน

3.4 วงจรการติดต่อข้ามชนิดสัตว์

ตามปกติในสัตว์ปีกจะพบ H1-H15 และ N1-9 ซึ่ง H และ N สามารถจับคู่ผสมกัน แต่ชนิดที่ก่อให้เกิดโรคค่อนข้างจะจำกัดอยู่ในกลุ่มของ H5 และ H7 ในสุกรพบอยู่ในกลุ่มของ H1N1, H1N2 และ H3N2 ในมนุษย์ส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในกลุ่ม H1N1, H2N2 และ H3N2 แต่ไวรัสไข้หวัดใหญ่มีการติดต่อแลกเปลี่ยนข้ามไปมาระหว่างสัตว์ชนิดต่างๆ ได้ โดยปรากฏสมมติฐานการติดต่อกันกนกน้ำชนิดต่างๆ มายังเป็ดหรือไก่ผ่านสุกรที่เป็นตัวกลางผสมผสานไวรัสก่อนที่มาติดต่อกับมนุษย์ โดยปกติในเซลล์ของมนุษย์จะไม่ปรากฏโมเลกุลตัวรับไวรัสที่มาจากสัตว์ปีก ส่วนในสุกรจะมีตัวรับไวรัสทั้งมนุษย์และสัตว์ปีก ตามธรรมชาติของไวรัสไข้หวัดใหญ่นี้ ซึ่งมีองค์ประกอบของสารพันธุกรรมซึ่งเป็น 8 ชิ้นส่วน แต่ละชิ้นส่วนเป็นรหัสควบคุมการสร้างโครงสร้างต่างๆ ของไวรัส รวมทั้ง H และ N ซึ่งมีความหลากหลาย สุกรจึงมีโอกาสรับเชื้อไวรัสจาก 2 แหล่ง คือ จากสัตว์ปีกและมนุษย์ ซึ่งจะเพิ่มจำนวนอยู่ในเซลล์เดียวกัน จึงเปิดโอกาสให้มีการจับคู่ชิ้นส่วนของ RNA เกิดเป็นไวรัสย่อยชนิดใหม่ ตามกระบวนการที่เรียกว่า Genetic reassortment ซึ่งกระบวนการดังกล่าวอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแอนติเจนของไวรัส ปรากฏเป็นคู่หมายเลขใหม่ของ H และ N (Antigenic shift) หากทำให้เกิดการติดเชื้อขึ้นในมนุษย์จะเป็นไวรัสใหม่ ซึ่งมนุษย์ไม่เคยสัมผัส และไม่เคยมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อใหม่นั้น อาจทำให้เกิดโรครุนแรงและหากสามารถติดต่อกับมนุษย์หนึ่งไปสู่อีกมนุษย์หนึ่งได้ก็อาจทำให้เกิดการระบาดได้ในพื้นที่กว้างออกไป

ข้อสันนิษฐานของการติดต่อของไวรัสจากสัตว์ปีกมาสู่มนุษย์ ดังกรณีการเกิดไข้หวัดใหญ่ของมนุษย์โดยไวรัส H5N1 ในฮ่องกงในช่วงปี พ.ศ. 2540 ถือเป็นปรากฏการณ์ใหม่ที่มีการติดต่อของไวรัสดังกล่าวโดยตรงจากสัตว์ปีกถึงมนุษย์ โดยไม่ผ่านตัวกลางสุกร ซึ่งมีข้อสันนิษฐานที่อาจอธิบายได้ คือ ประการแรก อาจเป็นผลการเปลี่ยนแปลงของตัวไวรัสเอง เช่นมีการเปลี่ยนแปลงของฮีแมกกลูตินิน มีผลให้ไวรัสสามารถจับกับตัวรับไวรัสในมนุษย์ได้ หรือใช้วิถีทางหรือกลไกอื่นในการเข้าเซลล์และเพิ่มจำนวนในมนุษย์ ประการที่สอง อาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์มนุษย์เองที่มีการพัฒนาโมเลกุลบนผิวเซลล์ขึ้นใหม่เป็นตัวรับหรือวิถีทางใหม่ให้กับไวรัส (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, 2547)

เดิมมีความเชื่อกันว่าหมูเป็น host ที่สามารถติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ได้ดี โดยที่หมูอาจมีอาการน้อยหรือไม่มีอาการเลย และยังพบว่าเชื้อไข้หวัดใหญ่ในคนหลายสายพันธุ์ ในอดีตมีต้นเหตุมาจากหมู จึงมีเหตุผลน่าเชื่อถือว่า การแลกเปลี่ยนของพันธุกรรมไวรัสสามารถเกิดขึ้นได้ในหมู โดยที่หมูสามารถรับไวรัสไข้หวัดใหญ่และคนเข้าไป เกิดการติดเชื้อในเวลาเดียวกัน และเป็นเหตุปัจจัยที่ทำให้ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์นกข้ามมายังมนุษย์ได้ การข้ามสายพันธุ์จากนกมายังมนุษย์ ในระยะแรกมนุษย์จะยังไม่สามารถติดจากมนุษย์สู่มนุษย์ แต่ถ้าไวรัสได้มีการปรับตัวโดยเฉพาะในส่วน receptor binding site ของ hemagglutinin ให้เข้ากับมนุษย์ได้ จะทำให้ไวรัสดังกล่าว ข้ามจากมนุษย์สู่มนุษย์ และอาจเกิดการระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic) ได้อย่างรวดเร็ว การศึกษาในรายละเอียดของ gene จึงมีความสำคัญ โดยเป็นการเตรียมการป้องกัน รวมทั้งนำไปพัฒนาวัคซีน (ยง ภู่วรวรรณ, ภัทรธิดา สงวนหนู, 2547)

เชื้อไข้หวัดนกที่พบในประเทศไทยเป็นเชื้อชนิดที่มีความรุนแรงสูงสามารถติดต่อสู่คนได้ ถ้าปล่อยให้มีโอกาสให้เชื้อจากไก่เข้าสู่คนมากขึ้นเท่าใด จะเป็นการเพิ่มโอกาสให้เชื้อสามารถปรับตัวในมนุษย์ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยสัตว์ชนิดอื่นเป็นกลาง

3.5 การระบาดของเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่สัตว์ปีก

ลักษณะการระบาดของเชื้อไข้หวัดใหญ่ สาเหตุเกิดจาก Influenza A virus มีชนิดการระบาด 2 วิธี คือ (วีระชัย ศักดาจิระเจริญ, 2547)

3.5.1 Low-pathogenic avian influenza (LPAI) เป็นชนิดที่ไม่แสดงอาการ หรือมีอาการป่วยเพียงเล็กน้อย พบได้ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก อาจมีสาเหตุมาจากเชื้อชนิด H1-15

3.5.2 Highly pathogenic avian influenza (HPAI) หรือเดิมเรียกว่า fowl plague เป็นชนิดที่ทำให้เกิดอาการรุนแรงมาก มีอัตราการตายสูง มีรายงานการระบาดในบางประเทศเท่านั้น เช่น สหรัฐอเมริกา เม็กซิโก ออสเตรเลีย ฮ่องกง และปากีสถาน เชื้อที่เป็นสาเหตุเป็นเชื้อชนิด H5 และ H7 บางตัวเช่น H5N1, H7N7

จากการศึกษาในปัจจุบัน พบว่า เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดอาการเพียงเล็กน้อย (LPAI) สามารถที่จะกลายพันธุ์เป็นเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดอาการรุนแรง (HPAI) ได้ เช่น พบมีการระบาดของเชื้อ H5N2 ในสหรัฐอเมริกากระหว่างปี ค.ศ. 1983 - 1984 ในระยะแรกของการระบาดของโรคทำให้เกิดอัตราการตายเพียงเล็กน้อยเท่านั้น แต่ 6 เดือนต่อมา เชื้อตัวนี้ทำให้เกิดอาการป่วยที่รุนแรง และมีอัตราการตายสูงถึง 90% ในการควบคุมโรคได้มีการทำลายนกมากกว่า 17 ล้านตัว สูญเสียค่าใช้จ่าย 65 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และระหว่างปี 1999 - 2001 เกิดการระบาดของเชื้อไวรัส H7N1 ในประเทศอิตาลี ซึ่งทำให้เกิดอาการป่วยเพียงเล็กน้อยเช่นกัน แต่มีการกลายพันธุ์ใน 9 เดือนต่อมา เป็นเชื้อที่มีความรุนแรงสูง ทำให้นกจำนวน 13 ล้านตัว ต้องตายลงหรือถูกทำลาย (WHO, 2004)

การระบาดของ H5N2 ซึ่งเป็นไข้หวัดนกที่วินิจฉัยได้ครั้งแรกในนกน้ำที่อำเภอ Delaware ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2534 หลังจากพบไวรัสสายพันธุ์ดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2537 ได้พบการระบาดในไก่ที่เม็กซิโก (H5N2) แต่ไม่มีความรุนแรงของโรค ต่อมาเพียงปีเดียว (พ.ศ. 2538) สายพันธุ์ดังกล่าวเกิดความรุนแรงของโรคทำให้เกิดการตายของไก่ในเม็กซิโก การศึกษาในแนวลึกพบว่าสายพันธุ์ที่เกิดอาการรุนแรงเกิดจากการกลายพันธุ์ส่วนของ HA โดยมีการสอดแทรกกรดอะมิโน 2 ตัว และเปลี่ยนแปลงกรดอะมิโน 1 ตัวที่บริเวณตัดแบ่งของ HA 1 และ HA2 โดยกฎเกณฑ์ตามธรรมชาติแล้ว ไวรัสที่ทำให้เกิดโรครุนแรงและทำให้ host เสียชีวิตจะไม่แพร่ระบาดอยู่นาน ไม่เหมือนกับไวรัสที่ทำให้เกิดอาการน้อย หรือไม่มีอาการจะอยู่ได้เป็นระยะเวลานานกว่า สิ่งที่สำคัญคือการระบาดเกิดเป็นโรคอุบัติใหม่ จำเป็นต้องควบคุมให้หมดไปอย่างรวดเร็วก่อนที่ไวรัสจะปรับตัวเองและกลายเป็นโรคประจำถิ่น และคงอยู่ตลอดไปซึ่งจะสร้างปัญหาอย่างใหญ่หลวงในระยะยาว

เป็นที่ทราบกันดีและเป็นที่ยอมรับทั่วโลกว่า ไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่อยู่ในนกโดยเฉพาะนกน้ำที่มีการอพยพย้ายถิ่นเป็นประจำทุกปี จะนำเอาเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่นำเข้ามาด้วย จึงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบสำรวจทุกปีถึงสายพันธุ์ดังกล่าว การทราบสายพันธุ์จะทำให้สามารถพยากรณ์การเปลี่ยนแปลงของสายพันธุ์ว่าจะทำให้เกิดความรุนแรงของโรคหรือจะข้ามสายพันธุ์มาอยู่ในสัตว์อื่นได้หรือไม่ นกอพยพที่อพยพเข้ามาในหน้าหนาว จะอพยพจากเหนือลงใต้ไปยังอากาศที่อบอุ่นกว่า เมื่อมาพบแหล่งน้ำทางใต้ก็จะลงมากิน (โดยเฉพาะนกเป็ดน้ำ) ซึ่งในกรณีนี้จะเป็นการนำไวรัสต่างถิ่นเข้ามาให้กับนกและไก่ที่อยู่ประจำถิ่นดังกล่าว การตัดวงจรเมื่อทราบการระบาดจึงมีความสำคัญมาก

4. ผลกระทบของโรคไข้หวัดนก

4.1 ผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์

ในรอบหนึ่งร้อยปีที่ผ่านมา โรคไข้หวัดนกเคยแพร่ระบาดมาแล้วหลายครั้ง ทำให้ผู้คนสูญเสียชีวิตมาแล้วเป็นจำนวนมาก (CDC, 2004 ; Health Canada, 2004)

ปี ค.ศ. 1918 - 19 : Spanish flu [A (H1N1)] เป็นสาเหตุทำให้คนเสียชีวิตจำนวนมาก ประชากรมากกว่า 500,000 คนในสหรัฐอเมริกา หรือประมาณ 20 - 50 ล้านคนทั่วโลกต้องเสียชีวิต เนื่องจากการระบาดของเชื้อตัวนี้ ลักษณะของการระบาดในครั้งนั้น เป็นการระบาดจากคนสู่คน

ปี ค.ศ. 1957 - 58 : Asian flu [A(H2N2)] เป็นสาเหตุที่ทำให้ประชากรในสหรัฐอเมริกา จำนวน 70,000 คน เสียชีวิต ซึ่งเชื้อนี้พบการระบาดครั้งแรกในประเทศจีน เดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 1957 แล้วแพร่กระจายเข้าสู่สหรัฐอเมริกา ในเดือนมิถุนายนปีเดียวกัน

ปี ค.ศ. 1968 - 69 : Hong Kong flu [A(H3N2)] มีการประมาณว่ามีคนจำนวน 34,000 คน เสียชีวิตในสหรัฐอเมริกา โดยเชื้อเริ่มระบาดที่ฮ่องกงในต้นปี ค.ศ. 1968 และระบาดลามเข้าสู่สหรัฐอเมริกาในปลายปีเดียวกัน ซึ่งเชื้อตัวนี้ ยังพบว่ามี การกระจายอยู่ทั่วไป

การระบาดของเชื้อโรคไข้หวัดนก H5N1 ในปัจจุบัน นักวิชาการหลายท่านกังวลใจว่า โรคระบาดในสัตว์ที่อาจกลายพันธุ์เป็นอันตรายต่อมนุษย์ เนื่องจากยังไม่มีใครมีข้อมูลมากพอที่จะอธิบายได้ว่า โรคเหล่านี้แพร่ระบาดจากสัตว์สู่คนได้อย่างไร ซึ่งไข้หวัดนกที่ระบาดอยู่ในต่างประเทศหากสามารถรวมตัวกับไข้หวัดในคนได้แล้ว อาจจะก่อวิกฤตการณ์โรคระบาดครั้งใหญ่ขึ้นทั่วโลกก็เป็นได้ ดูเหมือนว่าไวรัสพยายามวิวัฒนาการตนเองไปสู่การกลายพันธุ์รูปแบบใหม่ ซึ่งอาจทำให้เกิดการแพร่จากสัตว์สู่คนและคนสู่คนได้ในอนาคต จึงพอสรุปสถานการณ์ของโรคไข้หวัดนกที่คุกคามชีวิตมนุษย์ได้ ดังนี้

- | | |
|-----------------|--|
| ธันวาคม 2540 | พบผู้ป่วยที่ติดเชื้อไข้หวัดเป็นครั้งแรกในฮ่องกง 18 ราย
ตาย 6 ราย |
| เมษายน 2542 | มีรายงานว่าพบผู้ติดเชื้อไข้หวัดนกที่ไม่รุนแรง 2 ราย
ขณะที่จีนยอมรับว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคไข้หวัดนก 6 ราย |
| กุมภาพันธ์ 2546 | ฮ่องกงรายงานว่าผู้ติดเชื้อไข้หวัดนก 2 ราย และเสียชีวิต |
| เมษายน 2546 | โรคไข้หวัดนกระบาดในเนเธอร์แลนด์มีผู้เสียชีวิต 1 ราย
และล้มป่วย จำนวน 83 ราย |
| ธันวาคม 2546 | มีเด็กชายวัย 6 ขวบในฮ่องกงติดเชื้อไข้หวัดนก |

สรุปสถานการณ์โรคไข้หวัดนกในคน ณ วันที่ 19 มีนาคม 2547 โดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2546 จนถึงวันที่ 18 มีนาคม 2547 เวลา 17.00 น. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานการป่วยและการสอบสวนโรค จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต สรุปผลได้ ดังนี้

ประเภทผู้ป่วย	จำนวนรวมสะสม	สถานภาพ		
		ตาย	หาย	ยังรักษาอยู่
จำนวนที่ได้รับรายงาน	605	-	-	-
ผู้ป่วยยืนยัน	12	8	4	-
ผู้ป่วยสงสัย	21	8	12	1
อยู่ระหว่างการสอบสวน	114	-	-	-
ผู้ที่ไม่เข้าข่ายเป็นโรค	458	-	-	-

จากรายงานข้างต้นพบว่าโรคไข้หวัดนกทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ค่อนข้างสูง

4.2 ผลกระทบของโรคระบาดในไก่ต่อเศรษฐกิจของประเทศ

ปัจจุบันการส่งออกไก่ไทยจัดว่าเป็นอุตสาหกรรมเกษตรที่ทำรายได้เข้าประเทศถึงปีละ 5 หมื่นล้านบาท ซึ่งในปีที่ผ่านมามีมูลค่าการส่งออกอยู่ที่ 60,000 ล้านบาทต่อปี คาดว่าจะเป็น 100,000 ล้านบาทภายในปี 2549 แต่สถานการณ์โรคระบาดในปัจจุบันอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ทั้งระดับมหภาคและระดับจุลภาค ผู้เลี้ยงไก่รายใหญ่ อาจมีผลกระทบบ้าง แต่สำหรับผู้เลี้ยงไก่อาย่อยส่งผลกระทบอย่างรุนแรง จากโรคระบาดที่กรมปศุสัตว์ยืนยันว่าเป็นโรคอหิวาต์ไก่และหลอดลมอักเสบติดต่อกัน ที่ผ่านมามีพบว่ามีไก่ติดโรคตายเป็นจำนวน 29,000 - 30,000 ตัว และกรมปศุสัตว์ได้สั่งทำลายไก่ไปแล้วประมาณ 800,000 - 900,000 ตัว และคาดว่าจะถึง 1,500,000 ตัว ตามมาตรการป้องกันโรคระบาดจากผลกระทบดังกล่าว ทำให้กลุ่มเกษตรกรรวมเคลื่อนไหวร้องเรียนเพื่อขอความช่วยเหลือจากภาครัฐ ซึ่งมีข่าวว่าทางภาครัฐจะชดเชยเงินให้แก่เกษตรกรสำหรับไก่ตัวละ 40 บาท ซึ่งต้องติดตามสถานการณ์ว่าสถานการณ์การระบาดของโรคจะสงบลงเมื่อไร นอกจากนี้ รัฐบาลยังออกมาตรการช่วยเหลือด้านเงินกู้แก่เกษตรกร โดยจัดงบประมาณสนับสนุนไปชดเชยดอกเบี้ยเงินกู้ให้แก่เกษตรกรเมื่อไปกู้เงินจากธนาคารพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) เพื่อนำไปปรับปรุงสภาพโรงเรือนเลี้ยงไก่ระบบเปิดให้เป็นระบบปิด หรือที่เรียกว่าระบบอีแวป ซึ่งจะสามารถควบคุมสภาพอากาศภายในโรงเรือน และเพิ่มประสิทธิภาพการเลี้ยงไก่ให้ดีขึ้นในระยะยาวได้

ล่าสุดมาตรการที่ออกมาจากกรมปศุสัตว์คือจะมีการควบคุมพื้นที่ห้ามมีการเคลื่อนย้ายจนกว่าจะมีการตรวจสอบว่ามีความปลอดภัยเพียงพอ เพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อ การแปรรูป โดยจะมีการกำหนดเส้นทางการขนส่งที่ชัดเจน เพื่อความปลอดภัยในการ เคลื่อนย้ายไปสู่โรงงานแปรรูปจำนวน 25 โรงงาน เพื่อความปลอดภัยโดยได้กำหนด เส้นทางการเคลื่อนย้ายไปสู่โรงงานแปรรูป ให้มีด่านตรวจทั้งหมด 3 ด่าน คือ ด่านหน้า โรงงาน 1 แห่ง ด่านตรวจบริเวณ 25 กม. และด่านตรวจบริเวณ 50 กม. ทุกด่านจะต้อง ตรวจเชื้อโรคก่อนว่ามีการติดเชื้อหรือไม่ จากนั้นเจ้าหน้าที่จะเซ็นรับรองใบขนส่งกำกับ ทุกครั้งที่เรียกว่า ใบกำกับการเคลื่อนย้ายสัตว์ปีก (Movement Document) จากกรม ปศุสัตว์ทุกครั้ง (วีระชัย ศักดาจิระเจริญ, 2547)

การตายของไก่และสัตว์ปีกอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ช่วงเดือนพฤศจิกายน 2546 ที่ผ่านมา พิสูจน์อย่างแน่ชัดแล้วว่า สาเหตุที่ทำให้ไก่และสัตว์ปีกตายเป็นจำนวนมากมายมหาศาล เกิดจากโรค “ไขหวัดนก” หรือ Bird Flu โรคที่กำลังระบาดอย่างรุนแรงในประเทศเพื่อนบ้าน ของไทย การระบาดของโรคส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ปีกในประเทศ โดยเฉพาะเกษตรกรผู้เลี้ยงไก่ไข่และไก่เนื้อ จากการสำรวจของกรมปศุสัตว์รายงานว่าในปี 2546 ที่ผ่านมามีไก่ไข่ที่เกษตรกรผลิตได้ในประเทศ 24,312,523 ตัว ไก่เนื้อ 165,314,786 ตัว ไก่พื้นเมือง 63,091,577 ตัว เป็ดไข่ 8,878,593 ตัว เป็ดเนื้อ 877,348 ตัว เป็ดเทศ 6,150,151 ตัว นกกระเจือกเทศ 15,947 ตัว ห่าน 308,667 ตัว รวมทั้งสิ้น 280,536,392 ตัว เกษตรกรที่เลี้ยง ไก่ไข่จำนวน 361,476 ครัวเรือน ไก่เนื้อ 45,777 ครัวเรือน ไก่พื้นเมือง 2,136,664 ครัวเรือน เป็ดไข่ 94,102 ครัวเรือน เป็ดเนื้อ 107,984 ครัวเรือน เป็ดเทศ 481,743 ครัวเรือน นกกระเจือกเทศ 500 ครัวเรือน นกกระทา 14,685 ครัวเรือน และห่าน 2,920,524 ครัวเรือน รวม 2,920,524 ครัวเรือน ข้อมูลจากกรมศุลกากร ระบุว่า การส่งออกไข่ไก่ในปีที่ผ่านมามีประมาณ 110 ตู้ คอนเทนเนอร์ หรือ ประมาณ 35.76 ล้านฟอง ส่งไปยังประเทศในกลุ่มตะวันออกกลาง จำนวน 40 ตู้คอนเทนเนอร์ หรือประมาณ 13 ล้านฟอง ที่เหลือส่งออกไปยังตลาดประเทศฮ่องกง ประมาณ 22.76 ล้านฟอง ส่วนการส่งออกไก่เนื้อ รวบรวมโดยกรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์ แบ่งเป็นไก่สดแช่เย็นและแช่แข็ง ไปยัง 10 ประเทศคือ ญี่ปุ่น เยอรมนี เกาหลีใต้ เนเธอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร มาเลเซีย สิงคโปร์ จีน ฮ่องกง เกาหลีเหนือ ประเทศอื่นๆ รวม 597.84 ล้านเหรียญสหรัฐ ไก่แปรรูป ส่งออกไปยังประเทศต่างๆ คือ ญี่ปุ่น สหราชอาณาจักร เนเธอร์แลนด์ เยอรมนี ฮ่องกง ฝรั่งเศส ไอร์แลนด์ สิงคโปร์ แคนาดา เกาหลีใต้ ประเทศอื่นๆ รวม 382.52 ล้านเหรียญสหรัฐ เมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ขึ้นในปี 2547 ปีที่ภาครัฐประกาศให้เป็นปีแห่งความปลอดภัยด้านอาหาร (ฟู้ดเซฟตี้) หากเป็นรายใหญ่อาจ ไม่ส่งผลกระทบมากนัก เนื่องจากการเลี้ยงในระบบปิดที่ได้มาตรฐานการเกษตรที่เหมาะสม แต่ในส่วนของการเกษตรรายย่อยโดยเฉพาะเกษตรกรผู้เลี้ยงไก่ไข่ ที่มีการเลี้ยงในระบบเปิด

หลังจากการถูกปฏิเสธการนำเข้าจากประเทศที่เคยนำเข้าเหล่านี้ เนื่องจากหวาดวิตกว่า จะมีการแพร่ระบาดไปสู่สัตว์ปีกในประเทศ และจะเป็นอันตรายต่อประชาชนในประเทศได้รับผลกระทบโดยตรง หรือแม้แต่เกษตรกรที่เลี้ยงไว้เพื่อจำหน่ายในประเทศ รายได้ที่เคยมีอยู่หายไปในช่วงพริบตา เพราะไก่ที่มีอยู่ตายหมด

แม้ว่าหน่วยงานภาครัฐโดยเฉพาะกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จะเป็นหน่วยงานหลักที่ยื่นมือเข้ามาให้การช่วยเหลือเกษตรกรที่ได้รับผลกระทบรวมถึงหน่วยงานอื่นๆ ทั้งธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ธนาคารพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (เอสเอ็มอีแบงก์) โดยเมื่อวันที่ 27 มกราคม 2547 ที่ผ่านมา ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี (ครม.) มีมติอนุมัติงบประมาณรายจ่ายกลางปี จำนวน 2,999.20 ล้านบาท เพื่อชดเชยให้เกษตรกรที่ได้รับผลกระทบ แบ่งเป็นไก่เนื้อ ชดเชยตัวละ 40 บาท ไก่ไข่ 20 บาท เป็ดไข่ 40 บาท เป็ดเนื้อ 20 บาท ไก่วง 40 บาท ห่าน 40 บาท นกกระทา 5 บาท ขณะที่เอสเอ็มอีแบงก์ พร้อมให้การช่วยเหลือเกษตรกรในการยืดระยะเวลาการชำระหนี้ออกไปอีก 6 เดือน นอกจากนี้ ยังพร้อมให้อนุมัติสินเชื่อใหม่ดอกเบี้ยต่ำให้กับเกษตรกรที่ต้องการกู้เงินเพื่อฟื้นฟูอาชีพหรือปรับปรุงฟาร์มให้เป็นฟาร์มที่ถูกสุขอนามัย เพื่อป้องกันการติดโรคระบาดเหมือนกับที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ส่วน ธ.ก.ส. ให้ความร่วมมือกับกระทรวงเกษตรฯ ด้วยการยืดระยะเวลาการชำระหนี้ออกไป 6 เดือน ถึง 1 ปี ส่วนธนาคารพาณิชย์ก็จะให้อินทินสินของเกษตรกรไปที่ ธ.ก.ส. เพื่อให้สะดวกในการบริหารจัดการหนี้สินต่อไป ทั้งนี้ เกษตรกรจะได้รับความช่วยเหลือหลังจากที่ทุกพื้นที่ของประเทศปลอดจากการระบาดของโรคหรือถูกประกาศให้เป็นพื้นที่สีเขียวก่อน ซึ่งยังไม่มีใครรู้ได้แน่ชัดว่าจะเป็นเมื่อใด จะอยู่ในกรอบเวลา 3 เดือนตามที่รัฐบาลกำหนดไว้หรือไม่ และถามว่าระหว่างที่รอคอยนั้น เกษตรกรจะมีชีวิตอยู่ได้อย่างไร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะช่วยเหลือเกษตรกรเหล่านี้ได้อย่างไร ให้เป็นรูปธรรม (http://www.bangkokhealth.com/healthnews_htdoc/healthnews_H5N1.asp, 2004)

4.3 ผลกระทบด้านจิตใจ (กรมสุขภาพจิต, 2547)

4.3.1 ผลกระทบด้านจิตใจ

ผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงจากสถานการณ์ระบาดของโรคไข้หวัดนก ได้แก่ เกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ปีก ผู้ค้า ผู้ประกอบอาหารที่เกี่ยวข้องกับสัตว์ปีก เป็นกลุ่มที่สูญเสียทั้งรายได้ อาชีพ จนกระทั่งคนในครอบครัวเสียชีวิต

โดยปกติเมื่อเกิดภาวะวิกฤตในชีวิตบุคคลจะมีปฏิกิริยาทางจิตใจ ดังนี้

ระยะแรก ปฏิเสธหรือไม่ยอมรับความสูญเสียที่เกิดขึ้น เนื่องจากยังทำใจยอมรับเหตุการณ์ไม่ได้

ระยะที่ 2 เนื่องจากภาวะสับสนทางจิตใจ ทำให้รู้สึกโกรธหรือโทษว่าบุคคลอื่นเป็นต้นเหตุของความสูญเสียนั้น “ถ้ามีการจัดการหรือมีการป้องกันที่ดีกว่านี้ เหตุการณ์นี้ก็จะไม่เกิดขึ้น”

ระยะที่ 3 จากการทำใจยอมรับไม่ได้ จึงเกิดการต่อรองว่าการสูญเสียนั้นไม่ได้เกิดขึ้นจริง หรือต่อรองเพื่อให้เกิดผลกระทบต่อนตนเองน้อยที่สุด “อย่าฆ่าไก่ของเราเลย เราป้องกันไว้ดีแล้ว”

ระยะที่ 4 รับรู้ถึงการสูญเสียทรัพย์สินหรือการมีหนี้สิน ส่งผลให้รู้สึกเศร้าเสียใจ ท้อแท้ หดหู่กำลังใจ

ระยะสุดท้าย เริ่มยอมรับและสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ แต่ละบุคคลอาจผ่านระยะดังกล่าวไม่ครบถ้วน รวมทั้งอาจใช้เวลาแตกต่างกันในการปรับตัวต่อการสูญเสีย ทั้งนี้ขึ้นกับบุคลิกภาพ ทักษะในการปรับตัว การแก้ปัญหาของแต่ละบุคคล ความรุนแรงของความสูญเสีย ความช่วยเหลือที่ได้รับจากทางราชการ ครอบครัวและชุมชน

4.3.2 ปัญหาทางสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่

1.) **ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment Disorder)** ผู้ที่ได้รับผลกระทบจะเกิดความเครียดจนไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า ในบางรายอาจมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น หงุดหงิดง่าย อาจมีความขัดแย้งกับคนรอบข้างโดยไม่มีเหตุผล

2.) **โรควิตกกังวลภายหลังเผชิญเหตุการณ์ที่รุนแรง (Acute Stress Disorder and Post-Traumatic Stress Disorder)** เช่น ผู้ที่ได้รับผลกระทบจะคิดวนเวียนถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ ทำให้มีอาการหวาดกลัวรุนแรง หรือเศร้ามาก จนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

3.) **โรคในกลุ่มวิตกกังวล (Anxiety Disorder)** ผู้ที่เป็นโรคนี้ จะมีอาการวิตกกังวล ตึงเครียด และอาจตื่นตระหนกกับเรื่องต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นเร็ว ตัวสั่น หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน โดยอาการดังกล่าวรุนแรงจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน หรือกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกอย่างมาก

4.) **โรคในกลุ่มอาการซึมเศร้า (Depressive Disorder)** ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า หดหู่ ท้อแท้หมดหวัง ติดต่อกันเป็นระยะเวลาหนึ่ง และมีผลต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ การกิน การนอน การตัดสินใจ

5.) **โรคในกลุ่มอาการทางจิต (Psychotic Disorder)** ผู้ป่วยจะเกิดอาการทางจิต เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด การรับรู้และการตัดสินใจผิดปกติไป

6.) **การฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior)** ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ารุนแรง หรือมีอาการทางจิตรุนแรง อาจมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์สูญเสียชีวิตหรือทรัพย์สิน เป้าหมายสำคัญในการให้การช่วยเหลือ คือ ช่วยให้ผู้ได้รับผลกระทบสามารถปรับตัวเข้าสู่สภาวะปกติได้ ก่อนที่จะให้การช่วยเหลือ บุคลากรสาธารณสุขควรประเมินสภาวะจิตใจของผู้ได้รับผลกระทบว่ามีวิธีปรับตัวอย่างไรและอยู่ในระยะใดของการเผชิญกับวิกฤตการดูแลจิตใจเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา ความต่อเนื่องและสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ดังนั้น นอกจากบุคลากรสาธารณสุขแล้ว ควรมีเครือข่ายช่วยเหลือดูแลทางจิตใจของผู้ได้รับผลกระทบเพิ่มเติมด้วย เช่น อสม. ผู้นำทางศาสนา จะช่วยให้เกิดผลสำเร็จมากขึ้น

5. การช่วยเหลือด้านจิตใจ (กรมสุขภาพจิต, 2547)

เนื่องจากการออกหน่วยเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เป็นการช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติใช้ห้วงนกิจทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง เฉพาะการช่วยเหลือด้านจิตใจเท่านั้น

5.1 วิธีการช่วยเหลือด้านจิตใจ

5.1.1 ระยะแรก ทามไถ่ความเป็นอยู่ในปัจจุบัน เปิดโอกาสให้ผู้ได้รับผลกระทบระบายความทุกข์ใจที่ประสบ ในทางกลับกันผู้ปฏิบัติงานได้มีโอกาสแสดงความเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจ ให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบเกิดความอบอุ่นใจ ไม่โดดเดี่ยว และเข้าใจปัญหามากยิ่งขึ้น

ช่วยให้ผู้รับผลกระทบเข้าใจอารมณ์ของตนเอง และตระหนักว่าปัญหาที่ประสบเป็นช่วงวิกฤตของชีวิตแต่ก็จะมีวันหมดไป โดยไม่ควรหลีกเลี่ยงปัญหา หากแต่ควรตั้งสติ และลุกขึ้นคิดแก้ไขปัญหา ก็จะทำให้ปัญหาต่างๆ บรรเทาลง

ดูแลเรื่องความปลอดภัย และการหาทางออก หรือการระบายอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุราจนเมามาย ทำลายข้าวของ หงุดหงิดทะเลาะกับคนในครอบครัว ร้องไห้ เศร้าโศกเสียใจไม่เป็นอันกินอันนอน โดยพูดชักจูงให้เห็นผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว

พูดคุยให้กำลังใจกับญาติหรือคนในครอบครัวที่พอจะมีสติหรือรับฟังการพูดคุยของผู้อื่น

ช่วยให้ผู้ได้รับผลกระทบ ได้เตรียมการแก้ไขปัญหาและวางแผนชีวิตในอนาคต ทั้งระยะสั้น และระยะยาว รวมทั้งระดมแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถช่วยเหลือ

แนะนำหรือชักชวนให้ร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ตามความสนใจ เพื่อให้ได้มีการผ่อนคลายและแลกเปลี่ยนความรู้สึกของผู้ได้รับผลกระทบ

ติดตามหรือเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพจิต และการปรับตัวของผู้ได้รับผลกระทบ

5.1.2 **ระยะฟื้นฟู** เป็นการดูแลจิตใจหลังจากสถานการณ์ของโรคระบาดผ่านพ้นไประยะหนึ่งแล้ว ซึ่งเป็นช่วงเดียวกันกับหน่วยงานต่างๆ ที่เคยให้การช่วยเหลือหรือแก้ไขวิกฤตในระยะแรก จะเริ่มลดความช่วยเหลือลง ในระยะนี้ ผู้ได้รับผลกระทบต้องยืนหยัดมาเผชิญความจริง และช่วยเหลือตนเองมากขึ้น บางรายอาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงขึ้นได้อีก เป้าหมายในการช่วยเหลือระยะนี้เน้นการฟื้นฟูด้านจิตใจควบคู่ไปกับการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ สังคม ได้แก่

1. ปลอบโยนให้ผู้ได้รับผลกระทบได้หลุดถึงความไม่สบายใจบ้าง หากบางคนที่พรั่นพรึงไม่หยุด ควรแนะนำให้ใช้เวลาทำกิจกรรมอื่นบ้าง เพื่อผ่อนคลายการคิดวนเวียนอยู่เรื่องเดิม จะทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น
2. ส่งเสริมให้มีการดำเนินชีวิตหรือทำกิจกรรมตามปกติ เช่น รับผิดชอบงานบ้านหรือดูแลเด็กเหมือนปกติ ซึ่งเคยปฏิบัติ
3. พยายามกระตุ้นให้ผู้ได้รับผลกระทบตระหนักถึงความจริงที่เกิดขึ้น หรือยอมรับความเป็นจริง เช่น “เมื่อเกิดเรื่องเช่นนี้ขึ้น ฐานะของลูกก็คงไม่เหมือนเดิมอีกแล้ว” ให้คำชมเชยให้กำลังใจผู้ที่ยอมรับความจริงได้
4. ควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิดและเฝ้าระวังผู้ได้รับผลกระทบที่เก็บตัว ไม่พูด ซึมเศร้า ร้องไห้ตลอดเวลา รู้สึกตัวเองไม่มีค่า โดยพยายามแสดงความห่วงใย ถามไถ่ชวนพูดคุยระบายความในใจ หากอาการไม่ดีขึ้น ควรพิจารณาส่งต่อ

5.2 การดูแลรักษาเมื่อมีความเจ็บป่วยทางจิตเวช

5.2.1 **กรณีวิตกกังวล** มีอาการวิตกกังวลมาก มีอาการหงุดหงิดง่าย ใจสั่น หายใจไม่เต็มที่ไม่สบายใจ จนรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ควรให้การรักษาด้วย Diazepam ขนาด 5 mg ก่อนนอน หรือ Amitriptyline ขนาด 10-25 mg ก่อนนอน พร้อมให้การรักษาทางใจ หรือจิตบำบัดแบบประคับประคอง

5.2.2 **กรณีซึมเศร้า** เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อयर้องไห้ ไม่อยากพูดคุย ท้อแท้ อयरตาย ควรให้การรักษาด้วย Fluoxetine ขนาด 20 mg เช้า และหรือ Diazepam ขนาด 5 mg ก่อนนอน พร้อมพิจารณาส่งต่อในรายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือการรักษาเบื้องต้นไม่ได้ผล กรณีการรักษาประมาณ 1 สัปดาห์ไม่ตอบสนอง หรือมีอาการมากขึ้น ให้พิจารณาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีผู้เชี่ยวชาญ หรือโรงพยาบาลจิตเวช

6. ภาวะวิกฤต (Crisis)

การประสพภัยไข้หัดนก ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตชีวิตอย่างหนึ่ง ผู้ศึกษาจึงได้นำเสนอหัวข้อเรื่องภาวะวิกฤต เพื่อความเข้าใจในการตอบสนองของบุคคลต่อภาวะวิกฤตดังนี้

6.1 ความหมายของภาวะวิกฤต มีการให้คำจำกัดความไว้หลายอย่าง แต่เนื้อหามีความคล้ายคลึงกัน ดังนี้

สันติชัย จำจิตรขึ้น (2538) ให้ความหมายของภาวะวิกฤต คือ ภาวะชั่วคราวที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีสิ่งคุกคามต่อตัวเขา ภาพพจน์ของเขา หรือเป้าหมายในชีวิตของเขา ความสูญเสียหรือความเปลี่ยนแปลงทำให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยที่วิธีการแก้ปัญหาในลักษณะเดิมๆ ไม่เพียงพอที่จะลดความตึงเครียดนั้น บุคคลนั้นเสียความสมดุลไป

Gerald Caplan, 1967 (อ้างในสันติชัย จำจิตรขึ้น, 2538) อธิบายไว้ว่า โดยปกติบุคคลสามารถคงอยู่ในสภาพสมดุล (equilibrium) ในการจัดการกับปัญหาของเขา แต่เมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับปัญหา ซึ่งนับเป็นเรื่องสำคัญสำหรับเขา และเขาไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ด้วยสภาพที่มีอยู่จะถูกรบกวนและเสียไป เกิดความตึงเครียด (tension) ขึ้น และมากขึ้น จนทำให้บุคคลนั้นเสียการรับรู้ และ disorganized นั่นคือ เขาเข้าสู่ภาวะเสียสมดุล (disequilibrium) และ ณ จุดนี้เรียกว่า “ภาวะวิกฤตทางอารมณ์”

มธุรดา นันทะแสง (2547) ให้ความหมายของภาวะวิกฤต 5 ความหมาย ดังนี้

1) Face and obstacle to important life goals

บุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤตเมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรค (obstacle) ต่อจุดมุ่งหมายที่สำคัญของชีวิต (Life goals) โดยที่อุปสรรคที่พบนั้น บุคคลไม่สามารถเอาชนะได้ด้วยวิธีการแก้ปัญหาตามปกติ ทำให้มีช่วงเวลาที่ disorganized and upset หลังจากที่มีการพยายามแก้ปัญหาแล้วไม่สำเร็จหลายๆ ครั้ง

2) Result from impediment to life goals

ภาวะวิกฤตเป็นผลจาก มีสิ่งขัดขวางต่อจุดมุ่งหมายสำคัญของชีวิต ที่บุคคลเชื่อว่าไม่สามารถเอาชนะได้ด้วยวิธีตามปกติหรือพฤติกรรมปกติ

3) Criseses

คือ วิกฤตการณ์เพราะบุคคลไม่รู้หนทางจะจัดการสถานการณ์นั้นได้

4) Personal difficulties or situations

เป็นความยากลำบากของบุคคล หรือเป็นสถานการณ์ที่ถ่วงชะลอบุคคล จนไม่สามารถควบคุมชีวิตให้ดำเนินต่อได้เอง

5) State of disorganization

ภาวะวิกฤตเป็นภาวะ disorganization เมื่อต้องเผชิญกับเรื่องขัดแย้งต่อส่วนสำคัญของเป้าหมายชีวิต หรือรบกวนต่อกิจวัตรประจำวันในการเผชิญกับสิ่งที่ทำให้เครียด การใช้คำว่าวิกฤตเป็นการบอกถึงอารมณ์ (กลัว ซ้อค เศร้า) ต่อสิ่งรบกวนมากกว่าบอกถึงตัวเหตุการณ์ที่มารบกวน

สรุป ภาวะวิกฤต หมายถึง ภาวะชั่วคราวที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีสิ่งคุกคามต่อตัวเขา ภาพพจน์ของเขาหรือเป้าหมายในชีวิตของเขา และบุคคลไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยวิธีการแก้ปัญหาตามปกติ ไม่รู้หนทางจะจัดการสถานการณ์นั้นได้ ทำให้เกิดภาวะเสียสมดุล เกิดความตึงเครียด จนทำให้บุคคลนั้นเสียการรับรู้ และความสามารถในการควบคุมชีวิตให้ดำเนินได้ตามปกติ มีการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น กลัว ซึมเศร้า หรือเศร้า เป็นต้น

ภาวะวิกฤตสามารถเป็นได้ทั้งเหตุการณ์ที่เป็นอันตราย (danger) หรือเหตุการณ์ที่เป็นโอกาส (opportunity) กล่าวคือ เมื่อเกิดเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่เป็นปัญหา (hazardous event) ที่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิด (precipitate) ภาวะวิกฤต บุคคลจะมีการรับรู้ (perceive) เหตุการณ์นั้นแตกต่างกันออกไป คือ เห็นว่าเป็นสิ่งคุกคาม (threat) หรือเห็นว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย (challenge) ถ้าบุคคลรับรู้เหตุการณ์ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามแล้ว จะทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล (anxiety) และตึงเครียด (tension) และหากบุคคลนั้นตอบสนองต่อเหตุการณ์อย่างไม่ถูกวิธี (maladaptive) จะทำให้เขาไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ และพบว่าเหตุการณ์นั้นเป็นความสูญเสีย (loss) ความปวดร้าว (pain) หรือความสิ้นหวัง (despair) อันจะนำมาซึ่งอาการต่างๆ ทางจิตเวชเช่น depression, regression หรือหน้าที่ทางสังคมลดลง (decreased social functioning) ในขณะนี้นับว่าเหตุการณ์นี้เป็น “อันตราย” แต่ถ้าบุคคลรับรู้เหตุการณ์ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย เมื่อมีความกังวลเกิดขึ้น ก็จะเป็นแรงกระตุ้นให้จัดการกับปัญหา และหากบุคคลนั้นจัดการกับปัญหาอย่างถูกวิธี (adaptive) จะทำให้การแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ (resolution) ซึ่งรวมไปถึงการทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาในลักษณะเดียวกันได้ดีขึ้นในภายหน้าด้วย ในขณะนี้นับว่าเหตุการณ์นี้เป็น “โอกาส” (สันติชัย จำจิตรจันทร์, 2538)

6.2 การตอบสนองต่อภาวะวิกฤต

บุคคลแต่ละคนมีวิธีการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตได้ 1 ใน 3 วิธีต่อไปนี้ (มธุรดา นันทะแสง, 2547)

6.2.1 Cope effectively with crisis

เหตุการณ์ที่เป็นจินตนาการ บุคคลสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง และทำให้เกิดความแข็งแกร่งจากประสบการณ์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและความเจริญในด้านบวกทุกๆ ด้าน และสามารถหลุดพ้นจากภาวะวิกฤตด้วยความแข็งแกร่ง และความเห็นอกเห็นใจ (Compassionate)

6.2.2 Survive the crisis

มีชีวิตอยู่ได้กับภาวะวิกฤต ต่อด้านการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด ให้ความเจ็บปวดเหลืออยู่ในห้วงที่เลือนลาง และสามารถดำเนินชีวิตต่อกับชีวิตที่เหลืออยู่

6.2.3 Breakdown psychological

เกิดความผิดปกติทางจิตใจตั้งแต่เริ่มมีภาวะวิกฤต ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตต่อได้จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในทันที

6.3 ระยะของภาวะวิกฤต

การดำเนินของภาวะวิกฤต อาจแบ่งเป็นช่วงต่างๆ ได้ดังนี้ (สันติชัย จำขึ้นจิตร, 2538)

6.3.1 ระยะก่อนวิกฤต (Pre-crisis stage)

ในระยะนี้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในสมดุล โดยการใช้วิธีการแก้ปัญหาที่เขาถนัด และทราบได้ที่วิธีการแก้ปัญหานั้นได้ผล ภาวะวิกฤตก็ไม่เกิดขึ้น

6.3.2 ระยะวิกฤต (Crisis stage)

เป็นระยะที่ภาวะวิกฤตเกิดขึ้น Caplan ได้อธิบายลักษณะการดำเนินของภาวะวิกฤต โดยแบ่งย่อยเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นระยะที่มีเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่มีปัญหาเกิดขึ้น เกิดเป็นสิ่งที่เร้าทำให้เกิดความเครียด และสิ่งเร้านี้ถูกรับรู้โดยบุคคลว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อตัวเขา ต่อภาพพจน์ (self image) ของเขา หรือต่อเป้าหมายในชีวิตของเขา บุคคลใช้วิธีการแก้ปัญหาที่ตนเองถนัด แต่ไม่เพียงพอและไม่ได้ผลในการจัดการกับปัญหา ซึ่งแก้ไขไม่ได้ และจุดนี้จะเป็นจุดเริ่มต้นของการเสียสมดุล (beginning sense of disequilibrium)

ขั้นตอนที่ 2 เมื่อวิธีการแก้ปัญหาของบุคคลนั้นไม่ได้ผล ก่อให้เกิดความเครียด (tension stress) ที่มากขึ้น ทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่ภาวะที่อ่อนไหว (vulnerable state) และยังใช้ความพยายามที่จะจัดการกับปัญหา โดยใช้ทักษะการเผชิญปัญหาในภาวะฉุกเฉิน เช่น การลองผิดลองถูก (trial and error attempts) แต่ยังไม่ได้ผล ทำให้เขารู้สึกผิดหวังและไร้ประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 3 มีปัจจัยกระตุ้น (precipitating factor) ซึ่งนับเป็นภาวะเครียดอันดับสุดท้ายที่ทำให้บุคคลที่อยู่ในภาวะอ่อนไหวอยู่แล้วเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งปัจจัยกระตุ้นนี้มักเป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น Hoffman และ Remmet (1975) ได้อธิบายถึงปัจจัยกระตุ้นว่าเร้าให้เกิดความรู้สึกซึ่งเคยเก็บกดไว้ให้ผุดขึ้นมา โดยที่ความปวดร้าวที่เผชิญอยู่ในปัจจุบันอาจมีส่วนเชื่อมโยงกับจุดขัดแย้ง (conflicts) ในอดีต

ขั้นตอนที่ 4 เป็นระยะที่เกิดภาวะวิกฤต เป็นจุดที่ความตึงเครียดมากขึ้นจนถึงระดับที่รับต่อไปไม่ไหว (intolerable level) เป็นจุดแตกหัก (breaking point) ทำให้บุคคลนั้นสูญเสียการควบคุมตนเอง ต้องการความช่วยเหลือ มีอาการสับสน สูญเสียความสามารถในการกำหนดตัวปัญหา ไม่สามารถประเมินและแยกแยะปัญหามบนพื้นฐานของความเป็นจริง สูญเสียความสามารถในการแก้ไขปัญหา

6.3.3 ระยะหลังวิกฤต (Post-crisis stage)

โดยธรรมชาติของระยะการเกิดภาวะวิกฤต จะมีระยะการเกิดภายใน 6 - 8 สัปดาห์ ในระยะวิกฤตผู้ป่วยอาจไปพบผู้บำบัด เพื่อขอความช่วยเหลือหรืออาจจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง ในรายที่ไปพบผู้บำบัด จะได้รับความช่วยเหลือให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาได้ดีกว่าก่อนที่จะมีภาวะวิกฤต

หรืออย่างน้อยก็ดีเท่ากับขณะมีภาวะวิกฤต ในรายที่พยายามจัดการปัญหาด้วยตนเอง หลังจากภาวะวิกฤตแล้ว ระดับความกังวลและความตึงเครียดจะลดลง ซึ่งตรงจุดนี้ ถ้าบุคคลนั้นสามารถควบคุมตนเองได้ ก็จะหาวิธีการที่จะจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกวิธี (adaptive) แก้ไขปัญหาได้สำเร็จ (resolution) ทำให้บุคคลนั้นมีทักษะการเผชิญปัญหาที่ดีกว่าหรือเท่ากับก่อนมีภาวะวิกฤต แต่ถ้าบุคคลนั้นยังไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และยังคงใช้วิธีการแก้ปัญหาอย่างผิดวิธี (maladaptive) จะก่อให้เกิดพยาธิสภาพทางจิตเวช หรือหน้าที่ในเชิงสังคมที่ลดลง ทำให้บุคคลนั้นมีทักษะการเผชิญปัญหาลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเกิดภาวะวิกฤต

สรุปแนวความคิดที่ได้จากทฤษฎีของภาวะวิกฤต

1. ภาวะวิกฤตเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตามปกติในชีวิต ไม่ได้แสดงถึงความเจ็บป่วยหรือพยาธิสภาพ ภาวะวิกฤตทางอารมณ์สะท้อนถึงการดิ้นรนต่อสู้บนพื้นฐานของความ เป็นจริงที่บุคคลพยายามรักษาสสมดุลระหว่างตัวเขาและสิ่งแวดล้อม
2. ความเครียดซึ่งนำมาซึ่งภาวะวิกฤต อาจเป็นหายนะใหญ่หลวง (catastrophic) หรือ เป็นเพียงเหตุการณ์เล็กน้อยที่เก็บสะสมมา
3. ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวเข้าสู่สมดุล คือ
 - 3.1 การรับรู้ (perception) ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
 - 3.2 สังคม หรือระบบสนับสนุนทางจิตใจ
 - 3.3 วิธีการเผชิญปัญหาหรือทักษะการแก้ปัญหาของบุคคล
4. ความรุนแรงของวิกฤตไม่มีส่วนสัมพันธ์โดยตรงกับความรุนแรงของสาเหตุที่ก่อให้เกิด ความเครียด แต่ขึ้นอยู่กับบุคคลจะรับรู้เหตุการณ์นั้นอย่างไร มีความเกี่ยวพันเชื่อมโยง ระหว่างเหตุการณ์ปัจจุบันกับจุดขัดแย้งในอดีต
5. ภาวะวิกฤตทางอารมณ์มีระยะเวลาของการเกิดอยู่ในช่วง 6 - 8 สัปดาห์
6. บุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤตจะมีกลไกการป้องกันทางจิตใจที่แย่งลง
7. การแก้ไขภาวะวิกฤตอย่างถูกวิธี ถือเป็นโอกาสที่ดีคือ
 - 7.1 ได้จัดการแก้ไขปัญหของปัจจุบัน
 - 7.2 ได้จัดการกับจุดขัดแย้งบางอย่างในอดีต
 - 7.3 ได้เรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาที่ดีขึ้นในภายภาคหน้า
8. ความสูญเสียที่เกิดขึ้นจริงหรือความสูญเสียที่คิดกังวลล่วงหน้าว่าจะเกิดขึ้น มักเป็น องค์ประกอบของภาวะวิกฤต การจัดการกับความสูญเสียนี้ จึงเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ไข ภาวะวิกฤต

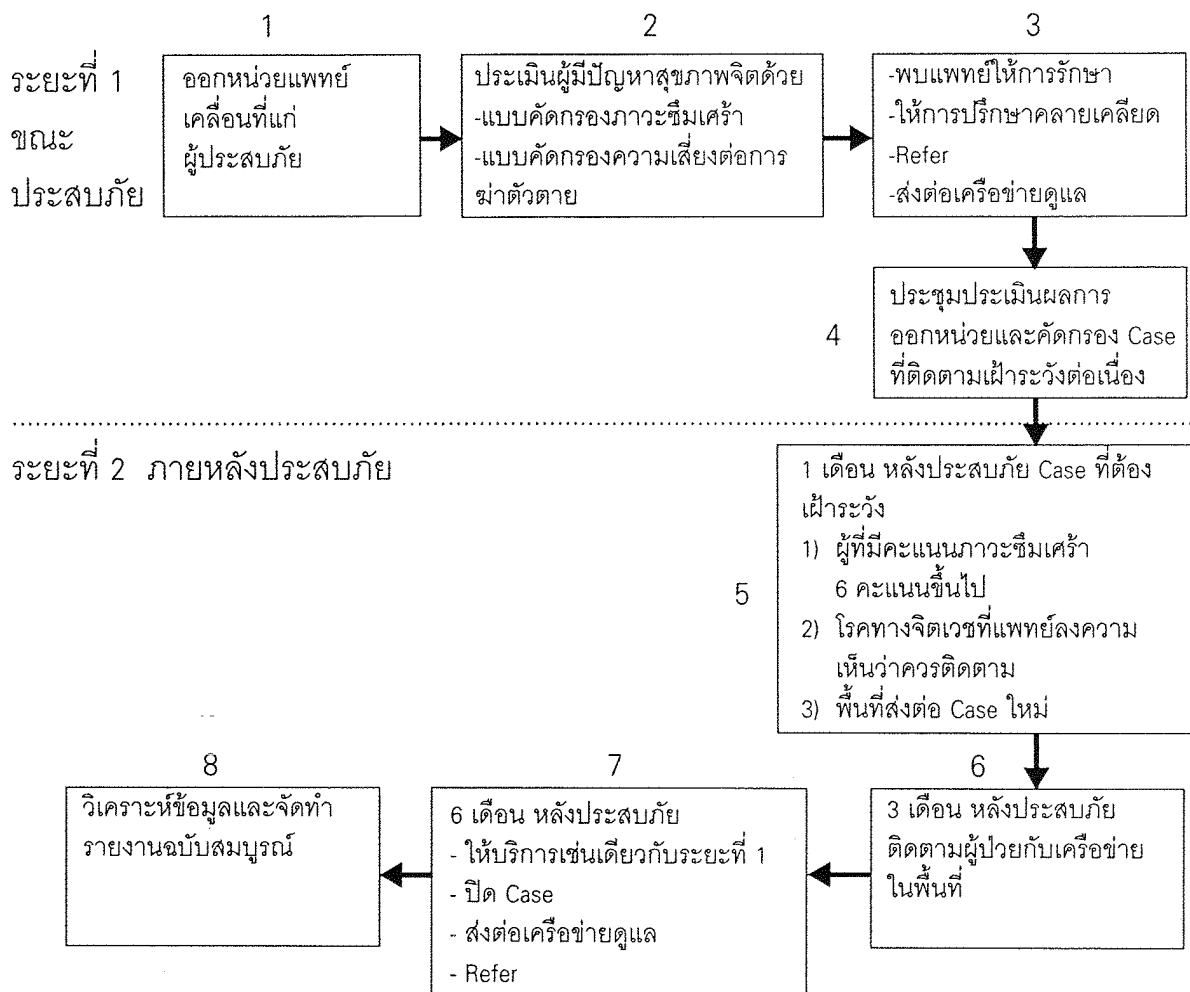
7. แนวคิดในการดำเนินงานบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัย

ในการดำเนินการช่วยเหลือบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยใช้หลักทฤษฎีในเขต 6 ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการสามารถปรับตัวและฟื้นฟูสภาพจิตใจของตนเอง จนกระทั่งผ่านพ้นภาวะวิกฤตแห่งชีวิต สามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติ โดยไม่เกิดการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจตามมาเมื่อได้รับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ตามกรอบแนวคิดของ Ursano, et al, (1995) โดยมีรูปแบบการดำเนินงานที่เรียกว่า JVKK Disaster Care Model แบ่งเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจขณะประสบภาวะวิกฤต โดยการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ทำหน้าที่ในการสัมภาษณ์และประเมินผู้มีปัญหาสุขภาพจิตด้วยแบบสอบถามผู้ประสบภัย แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สรุปผลส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคและให้การรักษหากแพทย์พบว่ามีปัญหาซับซ้อนจะส่งต่อบริการให้การปรึกษาและคลายเครียด หลังรับบริการให้การปรึกษาหรือคลายเครียด หากพบว่าผู้รับบริการยังมมีปัญหาสุขภาพจิตมากแพทย์จะพิจารณาเขียนหนังสือส่งต่อเพื่อรับบริการ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตามความเหมาะสมและความรุนแรงของอาการผู้ป่วยในแต่ละคน และส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องเฝ้าระวังต่อเนื่อง ให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในระดับตำบล อำเภอ ดูแลต่อเนื่องต่อไป

ระยะที่ 2 การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจ ภายหลังประสบภัย ดำเนินการภายหลังประสบภัย 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน โดยให้บริการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจเฉพาะผู้ป่วยที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้า 6 คะแนนขึ้นไป หรือโรคทางจิตเวชที่แพทย์ลงความเห็นที่ต้องดูแลต่อเนื่อง และผู้ป่วยรายใหม่ที่เครือข่ายในพื้นที่ส่งต่อว่ามีปัญหาสุขภาพจิตมาก สำหรับวิธีการให้บริการดำเนินการเช่นเดียวกับระยะที่ 1 ในการดำเนินการนี้ เครือข่ายระดับเขต คือ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จะดำเนินการให้บริการต่อเนื่องเฉพาะภายหลังประสบภัย 1 และ 6 เดือน ส่วนภายหลังประสบภัย 3 เดือน จะเป็นการติดตามผลการรักษา โดยประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ในระดับอำเภอ และตำบลว่าผู้ป่วยทั้งหมดที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องมีอาการเป็นอย่างไร สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติหรือไม่ หากพบว่ามีปัญหามาก สามารถปรึกษากับแม่ข่ายระดับเขตได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทางโทรศัพท์ หรือหากเกินความสามารถ ให้ส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ภายหลังการให้บริการครั้งสุดท้าย คือ 6 เดือนหลังประสบภัยจะยุติบริการและส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องให้เครือข่ายในพื้นที่ดูแลต่อไป และสามารถขอรับการปรึกษาจากแม่ข่ายระดับเขตได้ หากผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการกำเริบขึ้นอีก รายละเอียดดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการดำเนินงานการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัย



9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากภาวะวิกฤตที่ประเทศไทยได้เผชิญกับปัญหาโรคไข้หวัดนกเป็นครั้งแรก อาจยังไม่มีผู้ศึกษาหรือค้นคว้าวิจัยอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะผลกระทบด้านจิตใจของผู้ประสบภัย ผู้ศึกษาจึงได้รายงานการศึกษาวิจัยแยกเป็นหัวข้อที่มีความเกี่ยวข้องทั้งในเรื่องภัยจากไข้หวัดนก และผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดจากอุบัติเหตุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

Kanta and et al (1998) ดำเนินการจำแนกเชื้อไข้หวัดนก (H5N1) จากเด็กที่มีประวัติป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ เมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2540 พบผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 3 ปี มีประวัติป่วยเป็นไข้ เจ็บคอ ไอเล็กน้อย แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น คออักเสบ (Pharyngitis) ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและแอสไพริน แต่อาการไม่ดีขึ้นจึงรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม ขณะรับไว้รักษาผู้ป่วยมีอาการหนักขึ้น และมีไข้สูง (วัดอุณหภูมิทางรักแร้ มากกว่า 39 องศาเซลเซียส) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (WBC = 2,000 cell/mm³) เอกซเรย์ปอดปกติ ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบ หายใจลำบาก จึงได้ย้ายไปรับ

การรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง แต่ผู้ป่วยยังมีอาการหนักขึ้นเรื่อยๆ จนไม่ตอบสนองต่อสิ่งใด ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองไม่พบสิ่งผิดปกติ ตรวจน้ำไขสันหลังไม่พบการอักเสบ ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจและให้ยาปฏิชีวนะแบบครอบคลุมแต่เด็กได้เสียชีวิตเมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม จากภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างเช่นภาวะการหายใจล้มเหลว ไตวาย เป็นต้น

ได้ทำการดูลักษณะจากหลอดคอในวันที่ 10 หลังป่วย นำไปเพาะเชื้อแบคทีเรียเพาะไม่ขึ้น แต่เมื่อเพาะในเซลล์เพาะพบว่าก่อพยาธิสภาพบนเซลล์ MDCK (Madin Darby Canine Kidney cells) และ LLC-MK2 (rhesus monkey Kidney cells) สองสามวันหลังหยอดตัวอย่างลงบนเซลล์เพาะตามลำดับ เมื่อย้อมด้วยวิธีอิมมูโนฟลูออเรสเซนซ์ โดยใช้โมโนโคลนัลแอนติบอดียี้ต่อไวรัสพาราอินฟลูเอนซา 1, 2 และ 3 ไวรัสเรสไปราตอรี ซินซีเทียล และไวรัสไข้หวัดใหญ่ จึงพิสูจน์เบื้องต้นได้ว่าเป็นไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ (Influenza A) และให้ชื่อตามระบบสากลว่า Influenza A/Hong Kong/ 159/97

เมื่อทำการวิเคราะห์ลักษณะทางแอนติเจนปรากฏว่าเชื้อที่แยกได้ใหม่นี้ไม่ถูกยับยั้งโดย sheep hyperimmune antibodies ต่อ H1 ถึง H3 ซึ่งเป็นรีเอเจนท์ชุดมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก แม้ว่า Hemagglutinin antigen มีอยู่ถึง 15 ชนิดก็ตาม แต่ไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่ก่อโรคในคนนั้นมีเพียง H1, H2 และ H3 เท่านั้น ชุดมาตรฐานจึงมีเฉพาะ H1 ถึง H3 ส่วนสัตว์ปีกอาจพบได้ทุก Subtype ตั้งแต่ H1 ถึง H15 การย้อมด้วยวิธีอิมมูโนฟลูออเรสเซนซ์กับอกได้แต่เพียงว่าเป็นไข้หวัดใหญ่ เอ ด้วยเหตุนี้จึงต้องทำการทดสอบกับ panel ของแอนติสรีรั่ม ต่อ Subtype ต่างๆ ของ Hemagglutinin antigen อื่นๆ ต่อไปอีก ผลจึงปรากฏว่าทำปฏิกิริยากับไวรัส A/tern/South Africa/61 (H5N3) เท่านั้น ขณะนี้จึงได้ข้อมูลเพิ่มเติมเพียงว่ามี Hemagglutinin antigen เป็น H5 subtype.

การทดสอบปฏิกิริยา PCR โดยใช้สารสกัด อาร์ เอ็น เอ จากเชื้อที่แยกได้บนเซลล์เพาะ MDCK ก็ยืนยันว่าเป็น H5 subtype ส่วน Neuraminidase หรือ N subtype นั้น ได้เป็นชนิด N1 และเมื่อทำการวิเคราะห์ nucleotide sequence พบว่าไวรัส A/Hong Kong/156/97 นี้เป็นไวรัสใกล้เคียงกับ A/parrot/Ulster/73(H5N1) มากที่สุด ดังนั้นไวรัสไข้หวัดใหญ่ A/Hong Kong/156/97 จึงได้รหัสที่ถูกต้องคือ H5N1 จากการศึกษาวิเคราะห์จีโนมทุก segment ของไวรัสดังกล่าว (มีอยู่ 8 segments คือ PB2, PB1, PA, HA, NP, NA, M และ NS) แสดงว่าทุก segment ยังเป็นจีโนมของไข้หวัดใหญ่สัตว์ปีกทั้งหมด ยังไม่มีหลักฐานว่าได้มี genetic reassortment กับเชื้อไข้หวัดใหญ่ของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจีโนมของทียปี A แต่อย่างใด ด้วยเหตุนี้เอง ไวรัสนกจากฮ่องกงนี้จึงไม่แพร่กระจายออกไปในวงกว้าง การแยกเชื้อไวรัสจากผู้ป่วยรายต่อไป มาจนกระทั่งถึงปลายเดือนธันวาคม 2540 ก็ยังพบว่าเป็น H5N1.

การก่อพยาธิสภาพในสัตว์ปีกได้ใช้ไวรัส A/Hong Kong/156/97 (H5N1) ฉีดเข้าหลอด เลือดดำ และหยอดจมูกไก่พันธุ์พลีมัธหรือคขาว อายุ 3 สัปดาห์ 16 ตัว และไก่พันธุ์เล็กฮอร์นขาวเป็นไก่โตเพศเมียอีก 6 ตัว โดยทั้งฉีด ทั้งหยอดจมูกด้วย ไก่ 8 ตัวที่ได้รับการฉีด

ไวรัสเข้าหลอดเลือดตายทั้งหมดในเวลา 3 วัน ส่วนที่หยอดจมูกและที่ทั้งฉีดและหยอดจมูกก็ตายหมดภายใน เวลา 9 วัน ยกเว้นไก่ฟลีม์หรือคัตวหนึ่งที่ยอดจมูกไม่ตาย เมื่อตรวจซากไก่ที่ตายก็พบพยาธิสภาพเข้าได้กับสัตว์ที่ตายด้วยไวรัสไข้หวัดใหญ่ของสัตว์ปีกทุกประการ แสดงว่าไวรัสไข้หวัดใหญ่ A/Hong Kong/156/97 (H5N1) สามารถก่อโรคแก่สัตว์ปีกได้อย่างรุนแรงแม้ว่าจะผ่านการเพาะในเซลล์ของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมมาก่อนแล้วก็ตาม

Anucha and et al (2004) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคไข้หวัดนก H5N1 ในระหว่างที่มีการระบาดในประเทศไทย (ปลายปี พ.ศ.2546 - ต้นปี 2547) โดยเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2547 ได้รับส่งต่อผู้ป่วยหญิงอายุ 39 ปีป่วยเป็นโรคปอดบวม มีประวัติมีไข้มา 1 สัปดาห์ร่วมกับอาการท้องร่วง คลื่นไส้และอาเจียน โดยไม่มีอาการของโรคระบบทางเดินหายใจ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในเบื้องต้น พบว่า Leukocyte = $3,300 \text{ cells/mm}^3$, Total lymphocyte = 640 cells/mm^3 , hemoglobin = 13 g/dL และ platelet count = $400,000 \text{ cell/mm}^3$ ตรวจจุลจากระไม่พบเชื้อแบคทีเรียหรือพยาธิ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการของโรคระบบทางเดินหายใจ และผลเอกซเรย์ปอดไม่พบความผิดปกติในระยะแรกที่รับไว้รักษา แพทย์จึงให้การรักษาด้วยยา Norfloxacin แต่เมื่อรักษาอยู่นานประมาณ 5 วัน ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไอ และหายใจหอบขึ้น ผลเอกซเรย์ปอดพบมีความผิดปกติ แพทย์จึงเปลี่ยนการรักษาจากยา Norfloxacin เป็นยา ceftazidime และ amikacin และทำการส่งต่อผู้ป่วย ขณะที่รับไว้รักษาผู้ป่วยมีอาการไข้สูง อุณหภูมิ 39.4 องศาเซลเซียส หายใจหอบ 44 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต $110/80$ มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 140 ครั้ง/นาที ตรวจร่างกายได้ยินเสียงผิดปกติที่ปอดทั้ง 2 ข้าง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเม็ดเลือดขาวต่ำ leukocyte = $2,200 \text{ cell/mm}^3$, total lymphocyte = 440 cells/mm^3 , hemoglobin = 11.1 g/dL, platelet count = $330,000 \text{ cell/mm}^3$, aspartate aminotransferase 474 U/L, alkaline phosphatase 546 U/L, Blood urea nitrogen 11 mg/dL, creatinin 1.6 mg/dL, partial thromboplastin time 35.4 s, prothrombin time 11.9 s และ lactate dehydrogenase 1,832 mg/dL แพทย์ให้การรักษาด้วยยา Imipenem, azithromycin และ doxycycline เพื่อรักษาภาวะอาการหายใจล้มเหลว

ทำการซักประวัติจากญาติทราบผู้ป่วยมีประวัติสัมผัสกับไก่ตายเป็นจำนวนมาก ที่มาตายบริเวณบ้านของเธอ สมาชิกในครอบครัวคนอื่นมีสุขภาพดี ไม่มีอาการแสดงออกของโรคไข้หวัดนก เมื่อได้ทราบประวัติผู้ป่วยจึงได้รับการตรวจพิสูจน์เชื้อไข้หวัดนก H5N1 โดยตรวจเสมหะจากลำคอ ด้วยวิธี enzyme immunomembrane filter assay ผลการตรวจให้ผลลบ ต่อมาจึงตรวจด้วยวิธี reverse transcriptase-polymerase chain reaction (RT-PCR), real-time RT-PCR และการเพาะเชื้อไวรัส แต่เนื่องจากผลการตรวจที่ให้ผลลบในระยะแรก และผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จึงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยอาการของภาวะการหายใจล้มเหลว (severe adult respiratory distress syndrome) ร่วมกับการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะหลาย

อย่างในวันต่อมา

ผลจากการตรวจเสมหะด้วยวิธี RT-PCR และ real-time RT-PCR ให้ผลบวกต่อเชื้อ influenza A H5 strain. ผลการตรวจด้วยการเพาะเชื้อจากเลือด เพาะเชื้อจากเสมหะ และการทดสอบทางน้ำเหลือง ไม่พบเชื้ออื่นๆ ที่สงสัย

ในเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ 35 คนที่มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยรายนี้โดยไม่ได้ป้องกันอย่างเหมาะสม ได้ดำเนินการเฝ้าระวังโรค 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าทั้งหมดไม่มีภาวะการเจ็บป่วยที่เข้าข่ายเป็นไข้หวัดนก หรือมีไข้

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ทราบว่าอาการของโรคไข้หวัดนก H5N1 มีอาการและอาการแสดงได้หลายอย่างแตกต่างกัน ที่พบบ่อยคือ อาการไข้ ปวดศีรษะ เหนื่อยเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ ไอ เจ็บคอ เยื่อบุจมูกอักเสบ น้ำมูกใส หายใจหอบ หายใจลำบาก บางคนมีอาการของเยื่อตาอักเสบหรืออาการของระบบทางเดินอาหาร ในประเทศเวียดนามพบผู้ป่วยมีอาการท้องร่วงได้ ร้อยละ 70 (7 คนใน 10 คน) ร่วมกับอาการของโรคระบบทางเดินหายใจ แต่ในผู้ป่วยที่ทำการศึกษารายนี้ มีอาการป่วยด้วยอาการของระบบทางเดินอาหารเป็นอาการนำ โดยไม่แสดงอาการของโรคระบบทางเดินหายใจมาก่อน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบได้ คือ ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ lymphocyte ต่ำ การทำงานของตับลดลง การแข็งตัวของเลือดช้าลง และการทำงานของไตลดลง

อัตราการตายของผู้ป่วยไข้หวัดนกในประเทศไทยและเวียดนามรวมกันคิดเป็นร้อยละ 67 เปรียบเทียบอัตราการตายใน 3 ประเทศ คือ ประเทศฮ่องกง (2541), ประเทศไทย (2547) และประเทศเวียดนาม (2547) คิดเป็นร้อยละ 33, 67 และ 73 ตามลำดับ ปัจจัยเรื่องของการเสียชีวิตขึ้นกับความรุนแรงของโรค ร่วมกับปัจจัยด้านอื่นๆ คือ ผู้สูงอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนเช่นโรคปอดบวม ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ และ Lymphocyte ต่ำ เป็นต้น

การจำแนกเชื้อไข้หวัดนก (H5N1) สามารถทำได้โดยการเพาะเชื้อ จากการศึกษาที่ผ่านมาใช้วิธีการแยกเชื้อโดยวิธี rapid influenza test, H5-specific, RT-PCR และ real-time RT-PCR ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยโรคสามารถทำได้เร็วขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยอาจเกิดความล่าช้าได้ อาจเนื่องมาจากมีข้อจำกัดของการตรวจหาเชื้อ H5N1 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวินิจฉัยโรคที่ล่าช้าที่เกิดจากอาการทางคลินิกที่ไม่ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยที่ทำการศึกษารายนี้ ดังนั้นการศึกษาถึงอาการทางคลินิกและการชักประวัติการสัมผัสกับเป็ด หรือไก่จะช่วยในการตัดสินใจในการวินิจฉัยการติดเชื้อไข้หวัดนก ได้เร็วกว่าการรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อมูลการติดต่อจากมนุษย์สู่มนุษย์ของเชื้อไข้หวัดนกยังพบนได้น้อย เคยมีการศึกษาถึงทดลอง (Case control study) ในผู้ป่วยโรคไข้หวัดนก 15 คน พบว่าการติดเชื้อของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประวัติการสัมผัสกับเป็ดไก่มีชีวิต 1 สัปดาห์ก่อนมีอาการ แต่ในกลุ่มของ

นักท่องเที่ยว การรับประทานหรือการเตรียมผลิตภัณฑ์จากเป็ดไก่ และการสัมผัสกับผู้ป่วยที่มีประวัติป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ และจากการศึกษาในเบื้องต้น (cohort study) ซึ่งศึกษาถึงความสามารถของการติดเชื้อไข้หวัดนกจากมนุษย์ ในครอบครัวของผู้ป่วยและผู้มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไข้หวัดนกเช่นเดียวกัน

การศึกษาในเบื้องต้นอื่นๆ ซึ่งได้ศึกษาในเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในโรงพยาบาล 3 แห่ง ซึ่งรับผู้ป่วยโรคไข้หวัดนก H5N1 ไว้รักษา พบอัตราการติดเชื้อในเจ้าหน้าที่ผู้ที่มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยมากกว่าเจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้สัมผัส คิดเป็นร้อยละ 3.7 (8 คนใน 217 คน) และ 0.7 (2 คนใน 309 คน) ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงว่าเชื้อไข้หวัดนก H5N1 สามารถติดต่อจากผู้ป่วยสู่เจ้าหน้าที่ได้ แต่ในการศึกษานี้พบเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ 33 คนใน 35 คน (94%) ที่ได้สัมผัสกับผู้ป่วยในระยะ 1 เมตร ซึ่งทั้งหมดไม่มีอาการไข้ หรืออาการคล้ายไข้หวัดนกในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ทำการศึกษา แต่ทั้งนี้ที่ไม่ได้ครอบคลุมถึงกรณีที่อาจเกิดการติดเชื้อ แล้วมีอาการเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีอาการแสดง เพราะไม่มีการตรวจหาเชื้อไข้หวัดนกในเจ้าหน้าที่กลุ่มนี้ ผลจากการศึกษานี้ทำให้สามารถยืนยันได้ว่าเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มีความเสี่ยงน้อยที่จะได้รับเชื้อ H5N1 จากผู้ป่วย แต่ทั้งนี้ก็ควรมีการป้องกันและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องต่อไป

เดชา บัวเทศ (2547) จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้ดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดนก 1 ราย ในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัย และการระบาดของโรคไข้หวัดนก ในพื้นที่ตำบลสวนแตง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี การศึกษาใช้วิธีระบาดวิทยาเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามโรคเฉพาะราย ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม โดยใช้แบบบันทึกร่วมกับการเก็บวัตถุสำรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี IFA และ PCR ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชนและควบคุมการระบาดของโรค การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบผู้ป่วยจำนวน 1 ราย เป็นเพศชาย อายุประมาณ 8 ปี มาด้วยอาการไข้สูง (39.5°C) ไอเจ็บคอ มีเสมหะ เริ่มป่วยเมื่อวันที่ 3 มกราคม 2547 และเสียชีวิตเมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2547 เข้ารับการรักษาครั้งแรกที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช เมื่อวันที่ 9 มกราคม 2547 ทำการถ่ายภาพรังสีทรวงอกพบว่าปอดทั้งสองข้างมีอาการอักเสบ ผลการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อแบคทีเรีย แพทย์วินิจฉัยขั้นต้นเป็น “โรคปอดบวม” ผลการตรวจเลือดเบื้องต้นมีข้อบ่งชี้ว่าจะเป็น การติดเชื้อไวรัส จึงทำการเจาะเลือด และเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตรวจพบเชื้อ Influenza A/H5N1 และตรวจพบเชื้อเดียวกันในซากสัตว์ปีกที่ตำบลบ้านแหลม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

โดยกรมปศุสัตว์ การเจ็บป่วยในอดีตพบว่า ป่วยเป็นโรคแต่รักษาหายแล้ว ปัจจุบันรับประทานยากันชักเป็นประจำ ประวัติการสัมผัสโรค ไม่พบการสัมผัสกับสัตว์ปีก สัตว์ที่ป่วยหรือซากสัตว์ที่ตายอย่างผิดปกติในช่วงระยะเวลาก่อนป่วย 7 - 10 วัน แต่พบว่ามีไก่ตายอย่างผิดปกติจำนวนมากที่ฟาร์มเลี้ยงไก่ในชุมชนและไก่พื้นบ้านรอบๆ บ้านผู้ป่วยมาตั้งแต่ปลายปี 2546 จนถึงกลางเดือนมกราคม 2547 พฤติกรรมของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยชอบเล่นรดตักดินเด็กเล่นเป็นประจำ เป็นดินทรายที่ชื้นและมีน้ำขังใกล้กับแคร่ล้างจาน ซึ่งตรงบริเวณดังกล่าวเป็นที่หากินของไก่ข้างบ้าน ที่เข้ามาหากินเศษอาหาร และถ่ายมูลเป็นจำนวนมาก สำหรับการกำจัดซากไก่ที่ตายพบว่า ผู้ประกอบการหรือประชาชนยังทำลายซากไก่ไม่ถูกวิธี มีการเคลื่อนย้ายไก่নাโรค การเลี้ยงไก่ระบบเปิด โดยเฉพาะการเลี้ยงพื้นบ้านในชุมชนที่เลี้ยงไก่ได้ทุนบ้านบริเวณบ้าน ซึ่งไม่สามารถจำกัดขอบเขตการหากินของไก่ได้ ทำให้เชื้อโรคสามารถกระจายได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและรวดเร็วกับประชาชน จะช่วยให้การป้องกันควบคุมโรคได้ผลอย่างจริงจัง

มาลินี จิตตกานต์พิชัย (2547) ทำการวิจัยโรคไข้หวัดนกทางห้องปฏิบัติการเนื่องจากวิกฤตการณ์ของไข้หวัดนกที่ระบาดทั้งในคนและสัตว์เมื่อต้นปี พ.ศ. 2547 ก่อให้เกิดความเสียหายอย่างมากต่อเศรษฐกิจและสุขภาพของประชาชน นับเป็นครั้งแรกที่ประเทศไทยพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อไข้หวัดนกจากสัตว์ปีกและมีอัตราการป่วยตายสูงมาก สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในฐานะเป็นไข้หวัดใหญ่แห่งชาติ ได้นำวิธี RT-PCR มาพัฒนาใช้ตรวจหาเชื้อไข้หวัดนกสับทียป์ A/H5 เพื่อให้ผลการวินิจฉัยมีความไว รวดเร็ว ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อแพทย์ ในการพิจารณาหาแนวทางการรักษาผู้ป่วย

ตัวอย่างส่งตรวจของผู้ป่วยที่สงสัยไข้หวัดนก ถูกนำมาสกัด RNA และทดสอบเบื้องต้นด้วยวิธี Multiplex RT-PCR ซึ่งวิธีนี้ได้ผ่านการประเมินแล้วว่ามีความไว 97.4% ความจำเพาะ 90.00% เมื่อเทียบกับวิธีการแยกเชื้อซึ่งเป็นวิธีมาตรฐาน โดยใช้ primer 2 คู่ คือ primer A/NP-F, primer A/NP-R สำหรับตรวจหา influenza group A และ primer B/HA-F 54, primer B/HA-R874 สำหรับตรวจหา influenza group B หากพบ influenza group A จะนำมาจำแนกสับทียป์ A/H1, A/H3, A/H5 โดยใช้ primer H1-1, H5-2 สำหรับสับทียป์ A/H1 primer H3-BEGIN, H3-END สำหรับสับทียป์ A/H3 primer H5-1, H5-2 และ H5-81456, H5-1685 สำหรับสับทียป์ A/H5

จากผู้ป่วยทั้งหมด 11 รายที่ได้รับการยืนยันทางห้องปฏิบัติการ โดยการทดสอบ 3 วิธี คือ การแยกเชื้อ RT-PCR และ real time RT-PCR จะสรุปว่าผู้ป่วยเป็นไข้หวัดนกเมื่อให้ผลบวกโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง จากการเปรียบเทียบผลเบื้องต้นพบว่า มีผู้ป่วยเพียง 3 รายที่ให้ผลบวกตรงกันทั้ง 3 วิธี เมื่อพิจารณาผลการทดสอบของผู้ป่วยทั้ง 11 รายในแต่ละวิธี พบว่าการแยกเชื้อให้ผลบวก 6 ราย วิธี RT PCR ให้ผลบวก 6 ราย ขณะที่ real time RT-PCR ให้ผลบวก 8 ราย แต่เมื่อพิจารณาระยะเวลาในการทดสอบพบว่า วิธีการแยกเชื้อต้องใช้ระยะเวลานาน 1 - 2 สัปดาห์ วิธี RT-PCR ใช้เวลา 1 - 2 วัน ส่วน real time RT-PCR ใช้เวลาเพียง 1 วัน แต่ต้องใช้

น้ำยาและเครื่องมือที่มีราคาสูง

จากภาวะวิกฤตที่ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาโรคไข้หวัดนกครั้งแรก ผู้ปฏิบัติงานไม่เคยมีประสบการณ์ จึงพยายามนำความรู้และทรัพยากรที่มีอยู่มาประยุกต์ใช้ ในการตรวจยืนยันการติดเชื้อไข้หวัดนกในผู้ป่วยซึ่งต้องมีการพัฒนาให้ถูกต้องและแม่นยำยิ่งขึ้นในอนาคต

สมชาย ต้นศิริสิทธิกุล และคณะ (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลกระทบของอุทกภัยต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบจากอุทกภัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน โดยศึกษาจากประชาชนตำบลดอนหว่าน อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ได้รับผลกระทบจากน้ำท่วม ซึ่งอยู่ในพื้นที่ขณะศึกษาจำนวนทั้งหมด 65 คน แต่สมัครใจเข้ารับการประเมินและวิเคราะห์ความเครียด และรับการตรวจจากจิตแพทย์จำนวน 52 คน ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนที่มารับการประเมินและวิเคราะห์ความเครียดจำนวน 52 คน มีอายุเฉลี่ย 51 ปี ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.9 เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.2 ผลการใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดระดับปกติมากที่สุด ร้อยละ 51.9 โดยมีความเครียดสูงกว่าปกติเพียง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 9.6 ซึ่งเป็นผู้หญิงทุกคน จากผลการวินิจฉัยของจิตแพทย์ พบว่า ประชาชนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องได้รับยาทางจิตเวช จำนวน 29 คน คิดเป็นอัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 55.8 โดยเป็นผู้ป่วยเก่า 22 คน ผู้ป่วยใหม่ 7 คน ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ของปัญหาสุขภาพจิตจากผลกระทบของอุทกภัย ร้อยละ 13.5 โดยมีอาการแสดงที่พบมากที่สุดคือการนอนไม่หลับ ร้อยละ 34.9 รองลงมาปวดศีรษะบริเวณขมับและท้ายทอย รวมทั้งมีอาการวิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 27.9 นอกจากนี้ พบว่า ชนิดและปริมาณยาที่ใช้ในการให้บริการมากที่สุดคือ Diazepam, Amitriptyline คิดเป็นร้อยละ 77.6 จากการศึกษานี้เป็นหลักฐานอ้างอิงได้ว่า ประชาชนที่ประสบอุทกภัยมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะผู้ป่วยเก่า

สมหมาย เลาหะจินดา และเจริญพร กิจชนะพานิชย์ (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลกระทบทางสังคมและจิตใจของญาติผู้เสียชีวิต กรณีการระเบิดในโรงงานอบลำไยของบริษัทไทยเกษตรพัฒนา จำกัด อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบด้านจิตใจและสังคมของครอบครัวผู้เสียชีวิต จากเหตุการณ์โรงงานอบลำไยของบริษัทไทยเกษตรพัฒนา จำกัด ซึ่งตั้งอยู่ที่บ้านทุ่งฟ้าบด ตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ได้เกิดระเบิดขึ้นในวันที่ 19 กันยายน 2542 ทั้งนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือที่เหมาะสมแก่ครอบครัวผู้เสียชีวิต วิธีการโดยการสัมภาษณ์ญาติผู้เสียชีวิตที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่จังหวัดลำพูนและเชียงใหม่ 27 ราย ส่วนจังหวัดอื่นๆ อีก 9 ราย ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังครอบครัวผู้เสียชีวิต แบบสอบถามที่ใช้ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและแบบวัดภาวะสุขภาพจิต (พัฒนาขึ้นโดย อัมพร โอตระกูล และคณะ) ญาติผู้เสียชีวิตตอบแบบสอบถามที่นำมาวิเคราะห์ได้ 30 ราย (ร้อยละ 83.33) โดย

ใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการทดสอบเปรียบเทียบค่า t (t-test) ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้เสียชีวิตที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) มีอายุอยู่ในช่วงวัยกลางคน อายุ 35 - 65 ปี (ร้อยละ 76.6) สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 56.7) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีบุตร ร้อยละ 86.7 ในจำนวนนี้ครึ่งหนึ่งมีบุตร 2 คน (ร้อยละ 50.0) ประกอบอาชีพทางการเกษตรและรับจ้าง (ร้อยละ 33.3) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 73.3) มีรายได้เดือนละ 2,001 - 3,000 บาท (ร้อยละ 43.3) ฐานะของครอบครัวก่อนเกิดเหตุการณ์ พอกินพอใช้ (ร้อยละ 63.3) หลังเกิดเหตุการณ์ฐานะทางการเงินไม่พอใช้ (ร้อยละ 46.7) มีที่อยู่เป็นของตนเอง (ร้อยละ 96.7) โดยมีผู้อาศัยในครอบครัว 2 - 4 คน (ร้อยละ 83.3) มีความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิตเป็นบิดา มารดา (ร้อยละ 60.0) สำหรับผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เพิ่งทำงานในโรงงานไม่ถึง 6 เดือน (ร้อยละ 80.0) มีรายได้ระหว่าง 4,100 - 5,000 บาท (ร้อยละ 46.7) โดยมีบทบาทเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว (ร้อยละ 80.0) ผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ญาติผู้เสียชีวิตได้รับคือทั้งหมดได้รับความสะเทือนใจ รองลงมาร้อยละ 90.0 ขาดรายได้จากผู้เสียชีวิต ร้อยละ 83.3 ขาดแคลนค่าใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 70.0 เกิดภาวะความเครียดในครอบครัว ร้อยละ 56.7 และในครอบครัวรู้สึกสับสนวุ่นวายใจ ทั้งนี้ความต้องการที่ญาติผู้เสียชีวิตต้องการช่วยเหลือมากที่สุดคือ การช่วยเหลือด้านการเงิน (ร้อยละ 86.7) รองลงมาต้องการความช่วยเหลือด้านสภาพจิตใจ เช่น การพูดคุยปลอบโยน ให้กำลังใจ การตรวจเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยในระยะยาว ฯลฯ ร้อยละ 56.7 สำหรับภาวะสุขภาพจิตของญาติผู้เสียชีวิตก่อนเกิดเหตุการณ์ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดี ร้อยละ 66.7 มีภาวะสุขภาพจิตดีปานกลาง ร้อยละ 26.7 และ มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 6.7 หลังเกิดเหตุการณ์ญาติผู้เสียชีวิตมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดีเพิ่มเป็นร้อยละ 46.7 ภาวะสุขภาพจิตดีปานกลาง ร้อยละ 36.7 และภาวะสุขภาพจิตดีเหลือเพียง ร้อยละ 16.7 แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมภาวะสุขภาพจิตระหว่างก่อนเกิดเหตุและหลังเกิดเหตุการณ์ พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปและข้อเสนอแนะ แนวทางในการช่วยเหลือ นักสังคมสงเคราะห์ควรมีบทบาทในการเป็นตัวกลาง โดยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน การติดต่องาน เพื่อให้ญาติผู้เสียชีวิตเข้าถึงทรัพยากรที่ต้องการและมีอยู่ เป็นผู้สนับสนุนให้กำลังใจ และติดตามเฝ้าระวังการเกิดปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

Elklit A. (1997) ได้ทำการศึกษาผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดภายหลังเหตุการณ์การระเบิดขณะการก่อสร้างถึงขนาดใหญ่ในประเทศเดนมาร์ก ในปี ค.ศ. 1994 ซึ่งเหตุการณ์ครั้งนั้นเป็นสาเหตุการตายของคนงานจำนวน 6 คน ได้รับบาดเจ็บ 15 คน ดำเนินการศึกษาในกลุ่มคนงาน 270 คน ภายหลังเกิดเหตุการณ์ระเบิด 6 เดือน เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ที่มีผลต่อความรู้สึกส่วนตัวของกลุ่มคนงาน ตลอดจนปฏิกิริยาของครอบครัวที่มีต่อเหตุการณ์ครั้งนี้ ศึกษาถึงการเตรียมพร้อมด้านการรักษาความ

ปลอดภัย ทักษะคติของคนงานที่มีต่อสถานที่ทำงาน ความคิดเห็นทั่วไป และการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤต โดยใช้แบบสอบถามดังนี้ คือ Impact of Event Scale (IES), Coping Styles Questionnaire (CSQ) และ Crisis Support Scale (CSS) ผลการศึกษาพบว่า ภาวะอารมณ์ของกลุ่มคนงานและครอบครัวมีความเข้มแข็งต่อสถานการณ์การระเบิดที่เกิดขึ้นแต่กลับพบว่าผลกระทบทางด้านจิตใจจากอุบัติเหตุครั้งนี้ พบได้ในระดับสูงในกลุ่มคนที่พบเห็นเหตุการณ์มากกว่ากลุ่มคนที่อยู่ในเหตุการณ์ระเบิดโดยตรง ในด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อรักษาความปลอดภัยในการทำงาน พบว่าขาดประสิทธิภาพและมีความยุ่งยากซับซ้อน ประชากรกลุ่มที่ศึกษามีการยอมรับว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยป้องกันการเกิดปฏิกิริยาทางด้านลบที่อาจเกิดขึ้นได้ และขณะที่เกิดอุบัติเหตุการระเบิดครั้งนี้ได้รับความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากหน่วยงานหลายฝ่าย

Buscarino JA and et al (2002) ได้ทำการศึกษาปริมาณการใช้บริการสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ประสบวินาศภัยการก่อการร้ายเมื่อวันที่ 11 กันยายน ใน Manhattan, New York City ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มจากหมายเลขโทรศัพท์ 10 หลัก (random-digit-dial) ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 5 - 8 สัปดาห์ ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ อายุมากกว่า 17 ปี จำนวน 988 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 52 เป็นคนผิวขาวร้อยละ 72 มีอายุเฉลี่ย 42 ปี ผลการศึกษาพบว่าก่อนเกิดเหตุการณ์ 30 วัน มีผู้ไปใช้บริการสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 16.9 หลังเกิดเหตุการณ์ 30 วัน มีผู้ไปใช้บริการสุขภาพจิตร้อยละ 19.4 แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ใช้บริการสุขภาพจิตหลังเกิดเหตุการณ์มีจำนวนเพิ่มขึ้น มีเพียงร้อยละ 53 ที่ใช้บริการลดลง พบผู้ใช้บริการส่วนมากเป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 45 - 64 ปี ในระหว่างทำการศึกษาพบผู้ประสบภัยแสดงอาการเครียด (Stressful life events) เฉลี่ยจำนวน 4 ครั้ง เปรียบเทียบกับก่อนเหตุการณ์ 12 เดือน มีอาการเครียดโดยเฉลี่ยประมาณ 2 ครั้ง และยังพบว่าผู้ประสบภัยมีอาการของ acute panic attack ในขณะที่เกิดวินาศภัย แต่ไม่พบโรคเครียดภายหลังประสบเหตุการณ์ที่รุนแรง (post-traumatic stress disorder) และโรคซึมเศร้า (depression) เพิ่มขึ้นขณะทำการศึกษา นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของประชาชนทั่วไปในแมนฮัตตันว่า มีการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการสุขภาพจิตภายหลังการเกิดวินาศภัยครั้งนี้

Grant SM. and et al (1997) ได้ศึกษาถึงการประเมินภาวะสุขภาพจิต ระบบการส่งต่อ และการติดตามผลในกลุ่มวัยรุ่นภายหลังประสบภัยพิบัติพายุเฮอริเคน “ฮิวโก” เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ซึ่งทำการศึกษาโดยพยาบาลปฏิบัติการ (nurse practitioner) และพยาบาลจิตบำบัด (nurse psychotherapist) ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นจำนวน 507 คน ในโรงเรียนมัธยม 2 แห่งในรัฐคาโรไลนาซึ่งเคยประสบกับพายุเฮอริเคนฮิวโก ขณะทำการศึกษาพยาบาลปฏิบัติการได้ทำการคัดกรองวัยรุ่นกลุ่มที่ทำการศึกษา พบว่ามีจำนวน 63 คน ที่มีอาการแสดงออกซึ่งสัมพันธ์กับการมีภาวะกดดันด้านจิตใจ จึงได้ส่งต่อวัยรุ่นจำนวน 36 คน ที่มีภาวะกดดัน

เพียงเล็กน้อยหรือมีปัญหาเรื่องการเรียนรู้ให้แก่ผู้ให้คำปรึกษาในโรงเรียน ส่วนวัยรุ่นจำนวน 27 คน ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในระดับสูง ได้ส่งต่อให้พยาบาลจิตบำบัดทำการประเมินต่อพบว่าในจำนวนนี้มีปัญหาเรื่องการปรับตัว (adolescent adjustment reaction) จำนวน 10 คน มีอาการโรคซึมเศร้า (depression) จำนวน 8 คน มีอาการเครียดภายหลังประสบเหตุการณ์ที่รุนแรง (post-traumatic stress disorder) จำนวน 5 คน และมีปัญหาครอบครัว (Serious family problem) จำนวน 4 คน จากข้อมูลที่ได้ รวมถึงกระบวนการด้านจิตใจของวัยรุ่นที่พบจากการศึกษา ผู้วิจัยจึงได้เสนอถึงรูปแบบและให้ข้อเสนอแนะ ถึงการประเมินภาวะเครียดหรือภาวะวิกฤตที่ทำการศึกษาในวัยรุ่นว่าเป็นสิ่งที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและควรทำด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะเมื่อต้องทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่เคยมีประวัติเคยประสบกับภาวะเครียดมาก่อนโดยเฉพาะความเครียดซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดวินาศภัย

Chemtob and et al (1997) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม ภายหลังการประสบภัยพิบัติ : การศึกษาผลการช่วยเหลือต่อความทุกข์ใจทางจิตสังคม ใน การศึกษารั้วนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ติดตามความสูญเสียจากภัยธรรมชาติและเพื่อประเมิน การช่วยเหลือทางจิตใจในระบบระยะสั้น (การปฏิบัติการช่วยเหลือ 6 เดือนหลังเกิดภัยพิบัติ) ว่ามีผลต่อการลดความทุกข์ใจหรือไม่อย่างไร โดยใช้แบบประเมิน Impact of Event Scale (IES) วิธีการศึกษา โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งเป็นกลุ่มที่เคยประสบกับพายุเฮอริเคน ที่เกาะฮาวาย ทำการประเมินก่อนและหลังการช่วยเหลือโดยการเข้ากลุ่มบำบัดทางด้านจิตสังคม ซึ่งการช่วยเหลือมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ประสบภัยได้ระบายอารมณ์ความรู้สึก เรียนรู้วิธีการ ตอบสนองที่ช่วยให้กลับสู่สภาพปกติ และการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับปฏิกิริยาทางจิตใจที่ปกติ ที่มีต่อภัยพิบัติ และเพื่อเป็นการควบคุมความคลาดเคลื่อนในการประเมินผลที่อาจเกิดขึ้นได้ จากระยะเวลาที่แตกต่างกัน ได้แก้ไขโดยการประเมินผลก่อนการบำบัดในกลุ่มที่ 2 พร้อมกัน กับการประเมินผลหลังการบำบัดในกลุ่มที่ 1 ผลการศึกษาพบว่าคะแนนจากเครื่องมือ IES ลดลง ทั้ง 2 กลุ่มภายหลังการให้ความช่วยเหลือ

สรุป จากการศึกษาได้สนับสนุนถึงควมมีประสิทธิภาพของการช่วยเหลือด้าน จิตสังคมภายหลังการเกิดภัยพิบัติและมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้เพื่อให้ความช่วยเหลือ ผู้ประสบภัยในโอกาสต่อไป

Crighton EJ and et al (2003) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลกระทบของสภาพแวดล้อมจาก ภัยพิบัติที่มีต่อสุขภาพทางจิตสังคมและความผาสุกใน Karakalpakakstan การศึกษานี้ได้ ทำการศึกษาจากประชาชนที่อาศัยอยู่ใน Karakalpakakstan ซึ่งเป็นรัฐฯ หนึ่งที่มีทะเลอยู่ตรงกลาง ซึ่งต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพหลายอย่าง จากผลกระทบที่ตามมาจากการแห้งของน้ำทะเล และมีผลกระทบต่อระบบนิเวศวิทยา ผลการวิจัยนี้ได้แสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่มีต่อ สุขภาพด้านจิตสังคมของบุคคล วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เป็นการพิจารณาสภาพแวดล้อม

จากภัยพิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพด้านจิตสังคมของประชาชนที่อาศัยอยู่ใน Karakalpakstan ซึ่งเป็นรัฐหนึ่งของประเทศอุซเบกิสถาน โดยการสำรวจกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวน 1,118 คน ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ในชุมชน 3 แห่ง ในเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน ปี ค.ศ.1999 แบบสำรวจประกอบด้วย การรับรู้ข้อมูลทั่วไปของภาวะสุขภาพ Symptom Check List - 90 คำถามเกี่ยวกับการรับรู้สภาพแวดล้อมจากภัยพิบัติ แหล่งสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 41 ตอบว่าสภาพแวดล้อมจากภัยพิบัติมีผลต่อตนเอง ในขณะที่ร้อยละ 48 มีอาการทางด้านร่างกายที่สัมพันธ์กับอารมณ์ทุกข้อ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างระดับอารมณ์ที่ทุกข้อระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย และระหว่างเชื้อชาติที่แตกต่างกัน ปัญหาของสภาพแวดล้อมเป็นปัญหาที่รับรู้โดยทั่วไปว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการทางกาย และเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับการประเมินสถานะสุขภาพของตนเอง

Wood DP and et al (1991) ได้ทำการศึกษาการช่วยเหลือทางด้านจิตใจขณะประสบภัยพิบัติ : แนวทางในอนาคต พบว่าเมื่อมีคนตายหรือบาดเจ็บจำนวนมาก สามารถส่งผลกระทบและเป็นสาเหตุความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของผู้ที่รอดชีวิต และพนักงานกู้ภัยได้จากการทบทวนข้อมูลย้อนหลังในอดีตเมื่อ 70 ปีก่อน ทำให้สามารถทำนายได้ถึงผลกระทบทางด้านอารมณ์ที่เฉียบพลันและรุนแรง เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการบาดเจ็บทางด้านร่างกายพบว่า อัตราการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจในกลุ่มผู้รอดชีวิต อาจเท่ากับหรือมากกว่าการบาดเจ็บทางด้านร่างกายก็เป็นได้ ซึ่งการช่วยเหลือด้านจิตใจสามารถลดอัตราการเจ็บป่วยนี้ได้ และการให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที จะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่ออาการด้านจิตใจได้พัฒนาถึงขีดเต็มที่ อย่างไรก็ตามการให้การช่วยเหลือโดยทันทีทันใด ไม่ได้เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น จำนวนความหายนะที่เป็นสาเหตุ การตาย จำนวนของผู้เสียชีวิตและประสิทธิภาพของการช่วยเหลือด้านจิตใจ รายงานวิจัยบางฉบับแนะนำให้คำนึงปัจจัยรอง ที่อาจมีผลกระทบต่อด้านจิตใจในระหว่างประสบวินาศภัยของผู้รอดชีวิตเหล่านั้นได้ ซึ่งประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประสบเหตุภัยพิบัติ มีคนตายจำนวนมากจากวินาศภัยระดับชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแผ่นดินไหวและสงคราม ประเมินการณ์ว่ามีผู้บาดเจ็บ 1 แสนคนที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเสียชีวิต 20,000 คน ซึ่งเป็นผลจากอุบัติเหตุของวินาศภัย Pentagon planners ได้คาดการณ์ว่าต้องใช้ผู้ให้บริการจำนวนเป็นล้านคนเพื่ออพยพคนออกจากพื้นที่ที่เป็นอันตรายไปสู่สหรัฐอเมริกา เพื่อรักษาในโรงพยาบาลขณะเกิดสงคราม การประมาณผู้บาดเจ็บหรือตายอย่างละเอียดครั้งนี้ มีความจำเป็นที่ต้องหาข้อสรุปอย่างเร่งด่วน เพื่อให้ระบบสาธารณสุขแห่งชาติ ไปสร้างแผนเพื่อการช่วยเหลือในผู้ได้รับผลกระทบด้านจิตใจในผู้รอดชีวิต และหน่วยกู้ภัยต่อไป

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษามูลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยใช้วัดนกในเขต 6 เป็นการประเมินผลการดำเนินงานด้านประสิทธิผลในการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแนวทางแก้ไขปัญหามายได้รูปแบบการดำเนินงานที่เรียกว่า JVKK Disaster Care Model ทำการศึกษาในผู้รับบริการตั้งแต่ขณะประสบภัยจากใช้วัดนก จนถึงหลังประสบภัย 6 เดือน

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษา คือ ผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดและได้รับผลกระทบจากวิกฤตใช้วัดนก โดยการสูญเสียสัตว์ปีก และการสูญเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว ซึ่งมารับบริการจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ที่ออกหน่วยให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยใช้วัดนก โดยทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 3 จังหวัด คือ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ และหนองคาย ในระหว่างเดือนมกราคม - กรกฎาคม 2547

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ประสบภัยใช้วัดนกที่มาใช้บริการที่

- 1) สถานีอนามัยบ้านหนองหญ้าแพรก ต.ดอนหัน อ.เมือง จ.ขอนแก่น
- 2) สถานีอนามัยตำบลพระลับ อ.เมือง จ.ขอนแก่น
- 3) สถานีอนามัยตำบลโคกสี อ.เมือง จ.ขอนแก่น
- 4) สถานีอนามัยตำบลกุดเค้า อ.มัญจาคีรี จ.ขอนแก่น
- 5) สถานีอนามัยหนองตุ้ม อ.เมือง จ.ขอนแก่น
- 6) สถานีอนามัยโพนทอง ต.โพนทอง อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์
- 7) องค์การบริหารส่วนตำบลภูดิน ต.ภูดิน อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์
- 8) ตำบลบ้านหม้อ อ.ศรีเชียงใหม่ จ.หนองคาย
- 9) ตำบลพานพร้าว อ.ศรีเชียงใหม่ จ.หนองคาย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

การศึกษาระยะที่ 1 ขณะประสบภัยใช้วัดนก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ประสบภัยใช้วัดนกที่มาใช้บริการ ณ สถานีอนามัยดังกล่าวข้างต้นใน 3 จังหวัด ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของใช้วัดนก ในขณะที่ทำการศึกษา โดยมีผู้มารับบริการทั้งหมด 361 คน

การศึกษาระยะที่ 2 ภายหลังประสพภัยใช้หัตถน 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 1 โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

2.1 เป็นผู้ที่มิฉะนั้นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 6 คะแนนขึ้นไป หรือ

2.2 เป็นผู้ที่แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคในการศึกษาระยะที่ 1 ว่าเป็นโรคต่อไปนี้ Anxiety disorder, Acute stress disorder, Depression disorder และ Post traumatic stress disorder

2.3 เป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมาก ซึ่งไม่ได้อยู่ในคุณสมบัติข้อ 2.1 และ 2.2 แต่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ส่งต่อขณะออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ในการศึกษา ระยะที่ 2

กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวข้างต้น ถ้ามีคุณสมบัติเพียงข้อใดข้อหนึ่ง ทีมสุขภาพจิตจะให้ บริการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจจนกระทั่งสิ้นสุดโครงการ 6 เดือนภายหลังประสพภัย ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 238 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้พัฒนาและสร้างขึ้นเองโดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามผู้ประสพภัยใช้หัตถน แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไป มี 7 ข้อ ได้แก่ ชื่อ สกุล อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ที่อยู่ปัจจุบัน

2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับใช้หัตถน มี 4 ข้อ ได้แก่ ท่านสูญเสียสัตว์เลี้ยงที่เลี้ยงหรือไม่ หากสูญเสียให้ระบุจำนวนที่สูญเสีย และคิดเป็นมูลค่าเงินเท่าไร การติดเชื่อใช้หัตถนของบุคคลในครอบครัว มีการติดเชื่อจากใช้หัตถนในครอบครัวหรือไม่ ถ้ามีขณะนี้อาการเป็นอย่างไร (สำหรับข้อที่ 2 นี้ จะตัดออกในแบบสอบถามผู้ประสพภัยใช้หัตถน หลังประสพเหตุการณ์ 1 เดือน และ 6 เดือน)

3. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจ มี 9 ข้อ ได้แก่ ท่านคิดว่าท่านยังรู้สึกทุกข์ใจหรือไม่สบายใจมากจากสภาวะภัยพิบัติ (ใช้หัตถน) ในครั้งนี้ อาการสำคัญ สรุปผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรค การรักษา การส่งต่อให้การปรึกษา ผลการให้การปรึกษา การส่งต่อพื้นที่ดูแลต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบคัดกรองของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่พัฒนาขึ้น (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546)

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบคัดกรอง
ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่พัฒนาขึ้น (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546)

แบบสัมภาษณ์ทั้ง 3 ส่วน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองดังนี้ แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 พัฒนา
โดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นจิตแพทย์ 2 ท่าน พยาบาลจิตเวช 4 ท่าน และทดลอง
สัมภาษณ์กันเอง เพื่อทดสอบความเหมาะสมของภาษาก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง
เนื่องจากข้อมูลในส่วนนี้ เป็นข้อมูลทั่วไป และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประสาธน์ ซึ่งเป็นข้อมูล
จริงของแต่ละคน จึงไม่ได้นำเครื่องมือไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ สำหรับการ
วินิจฉัยโรคและการรักษาผู้ประสาธน์ทั้งหมด ผู้วิจัยพัฒนาเนื้อหาในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ตามความต้องการของแพทย์ผู้ตรวจรักษา และผู้ให้บริการการปรึกษาและคลายเครียด

แบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ 2 และ 3 เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และคัดกรองความ
เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตาม
ระเบียบวิธีวิจัย โดยผ่านการทดลองใช้ และศึกษาความถูกต้องแล้ว (Validity Study) แบบ
คัดกรองภาวะซึมเศร้า เป็นเครื่องมือที่มี Cut off point ที่ 6 คะแนนขึ้นไป มีค่า Sensitivity ร้อยละ
86.8 ค่า Specificity ร้อยละ 79.8 และแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มี Cut off
point ที่ 2 คะแนนขึ้นไป มีค่า Sensitivity ร้อยละ 84.2 ค่า Specificity ร้อยละ 88.0

3. การดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ระยะเตรียมการ ดำเนินการในเดือนมกราคม 2547 ดังนี้

3.1.1 ประสานงานกับพื้นที่ที่ประสาธน์ภาวะวิกฤตมากในเขต 6 เพื่อกำหนดจุด
ในการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ กำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการให้บริการในแต่ละจังหวัด

3.1.2 ประชุมทีมสุขภาพจิต เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ
และหาแนวทางการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสาธน์ภาวะวิกฤต ซึ่งประกอบ
ด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เภสัชกร และนักอาชีวบำบัด

3.1.3 จัดเตรียมเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อมออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่
ตลอด 24 ชั่วโมง

3.1.4 ประสานงานกับพื้นที่ที่ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้บริการ ให้ทราบ
ถึงขั้นตอนการให้บริการ และประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการทราบถึงกำหนดการ และบริการต่าง ๆ

3.2 การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจขณะประสาธน์ทุกข์ โดยดำเนินการ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2547 - กรกฎาคม 2547 ตามขั้นตอน ดังนี้

3.2.1 ทีมสุขภาพจิตออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้บริการตามสถานที่ และวัน
เวลาที่กำหนดในแต่ละครั้ง มีทีมสุขภาพจิตที่ร่วมออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้บริการ จำนวน

8 - 16 คน ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้รับบริการ และความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสบภัย ที่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่แจ้งให้ทราบ โดยในการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้บริการส่วนใหญ่จะให้บริการร่วมกับหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของจังหวัดที่ประสบภัย

3.2.2 คัดกรองผู้มารับบริการทุกคน จำนวน 361 คน โดยใช้คำถามว่า “ท่านคิดว่า ท่านยังรู้สึกทุกข์ใจหรือไม่สบายใจมาจากสภาวะภัยพิบัติ (ไ้หวัดนก) ในครั้งนี้ ถ้าตอบว่า “มี” รู้สึกทุกข์ใจหรือไม่สบายใจแล้วทำให้เกิดอาการอะไรบ้างแก่ตนเอง เช่น นอนไม่หลับ วิตกกังวล หายใจไม่อิ่ม ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีสมาธิในการทำงานใดๆ เป็นต้น จากคำตอบดังกล่าว จะได้อาการสำคัญที่ต้องมารับบริการในครั้งนี้ และได้สรุปว่า ผู้ประสบภัยมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ หลังจากนั้น คัดกรองผู้รับบริการโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า หากผู้รับบริการตอบมีตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป จะคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายควบคู่กันด้วย หลังจากนั้นแปลผลและสรุปรายงานส่งพบแพทย์เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค

เมื่อผู้ป่วยพบแพทย์ แพทย์จะสั่งการรักษา และในบางรายที่มีปัญหาซับซ้อน แพทย์จะส่งต่อให้ทีมสุขภาพจิต เพื่อรับบริการปรึกษาและคลายเครียด นอกจากนี้ยังส่งต่อพื้นที่ดูแลต่อเนื่อง หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้บ้าน กรณีที่มีปัญหาซับซ้อนแพทย์และผู้ให้การปรึกษารูปข้อมูลให้เรียบร้อย ส่งผู้ป่วยไปรับยา และรับคำแนะนำเรื่องยา ณ หน่วยจ่ายยา จากนั้นให้กลับบ้านได้

ทีมสุขภาพจิตสรุปรายงานการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่และส่งรายชื่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ทั้ง 3 จังหวัดทราบ สำหรับผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพจิต คือ กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้วในประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในขั้นตอนนี้ คงเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องเฝ้าระวัง 238 คน

3.3 การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังประสบภัย โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.3.1 ประสานงานกับพื้นที่ที่ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เพื่อประสานวัน เวลา สถานที่และผู้รับบริการที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ให้มารับบริการตามกำหนดนัด

3.3.2 ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้บริการตามกำหนดการในข้อ 3.3.1 โดยภายหลังประสบภัย 1 เดือน ให้บริการในเดือนกุมภาพันธ์ 2547 ภายหลังประสบภัย 6 เดือน ให้บริการในเดือนกรกฎาคม 2547 ให้บริการเฉพาะกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง 238 คน การให้บริการจะดำเนินการโดยสัมภาษณ์ผู้รับบริการทุกคน ด้วยแบบสอบถามผู้ประสบภัยไ้หวัดนก แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า สำหรับผู้รับบริการที่คะแนนภาวะซึมเศร้า 6 คะแนน ขึ้นไป จะคัดกรองด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมด้วย จากนั้นสรุปผลคะแนนจากแบบ

ประเมินในรายงาน ส่งต่อผู้รับบริการพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรค สั่งการรักษาด้วยยา และให้ผู้รับบริการรับยากลับบ้าน บางรายถ้าพบว่ามีปัญหาซับซ้อน แพทย์จะส่งต่อให้รับบริการการปรึกษาและคลายเครียด ในการพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรค และให้การรักษาแต่ละรายจะมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องและประวัติการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งเคยให้บริการในครั้งที่ผ่านมาให้แพทย์เพื่อประกอบการวินิจฉัยและรักษาด้วย

3.3.3 การติดตามเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง 238 คน หลังประสพภัย 3 เดือน ในเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2547 ดำเนินการโดยการประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อทราบว่ากลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติเช่นเดิมหรือไม่ โดยไม่ได้ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออกให้บริการเช่นเดียวกับข้อ 3.3.2

3.3.4 การประเมินผล และสรุปรายงาน โดยสรุปผลการดำเนินงานในแต่ละระยะ และติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรับการรักษา ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวม จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ จัดพิมพ์และเผยแพร่

4. การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 นำข้อมูลที่ได้รับในแต่ละวัน มาตรวจสอบความถูกต้อง และสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จากนั้นแปลงคำตอบที่ได้ในแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 - 3 ตามรหัสคอมพิวเตอร์

4.2 นำข้อมูลที่ได้นำข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรม SPSS for window โดยใช้พนักงานบันทึกข้อมูล 2 คน แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

4.3 วิเคราะห์ข้อมูลสำหรับข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการประสพภัย ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรคและการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษามผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยจากไ้หวัดนกในเขต 6
ขอนำเสนอผลการศึกษาลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยในขณะประสบเหตุการณ์

ส่วนที่ 2 การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยภายหลังเกิดเหตุการณ์
1 เดือน

ส่วนที่ 3 การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยภายหลังเกิดเหตุการณ์
6 เดือน

ส่วนที่ 4 การศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัย
ขณะประสบเหตุการณ์และภายหลังประสบเหตุการณ์

ส่วนที่ 5 รูปแบบการดำเนินงานเพื่อบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัย
ในเขต 6

ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขในการดำเนินงาน

ส่วนที่ 1 การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยในขณะประสบเหตุการณ์

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบภัยจากไ้หวัดนก

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบภัยจากไ้หวัดนกในเขต 6 ผลการศึกษพบว่า
กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.9 มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป
ร้อยละ 31.8 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 51 - 60 ปี ร้อยละ 25.5 อายุเฉลี่ย 53.23 ปี (S.D. 14.06)
มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.1 รองลงมา สถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 15.0 จบการศึกษา
ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.6 มากกว่าครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพทำนา ทำไร่ ร้อยละ 53.5
รองลงมาประกอบอาชีพงานบ้าน ร้อยละ 11.7 อำเภอที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่ในอำเภอเมือง
จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 61.2 รองลงมาอาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 20.8
(อาศัยอยู่ในจังหวัดนครพนม ร้อยละ 0.3 เนื่องจากเป็นญาติของผู้เสียชีวิต และไม่ได้อาศัยอยู่
ประจำในจังหวัดขอนแก่น) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ประสพภัยจากไข้หวัดนกในเขต 6
(n = 361)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	123	34.1
หญิง	238	65.9
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	2	0.6
21 - 30 ปี	15	4.2
31- 40 ปี	51	14.1
41- 50 ปี	86	23.8
51- 60 ปี	92	25.5
60 ปีขึ้นไป	115	31.8
<u>หมายเหตุ</u> อายุเฉลี่ย 53.23 ปี (S.D. 14.06) มัธยฐาน 60 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	17	4.7
คู่	235	65.1
ร้าง / แยกกันอยู่	16	4.4
หม้าย	54	15.0
ไม่ได้ประเมิน	39	10.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	10	2.8
ประถมศึกษา	273	75.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	4.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	17	4.7
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1	0.3
ปริญญาตรี	5	1.4
ไม่ได้ประเมิน	40	11.0

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ประสพภัยจากไข้หวัดนกในเขต 6
(n = 361) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
งานบ้าน	42	11.7
ว่างงาน	10	2.8
ทำนา ทำไร่	193	53.5
เลี้ยงสัตว์	7	1.9
รับจ้าง	37	10.2
รับราชการ	3	0.8
ค้าขาย	15	4.2
อื่น ๆ ระบุ	11	3.0
ไม่ได้ประเมิน	43	11.9
อำเภอที่อยู่อาศัย		
เมืองขอนแก่น	221	61.2
เมืองกาฬสินธุ์	75	20.8
มัญจาคีรี ขอนแก่น	7	1.9
ศรีเชียงใหม่ หนองคาย	57	15.8
นครพนม	1	0.3

1.2 การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการประสพภัยจากไข้หวัดนก

ข้อมูลเกี่ยวกับการประสพภัยของผู้ประสพภัยจากไข้หวัดนก (n = 361) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ประสพภัยส่วนใหญ่ได้รับความสูญเสียร้อยละ 90.9 จำนวนไก่อที่สูญเสียส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 100 ตัวร้อยละ 77.6 รองลงมาจำนวนไก่อที่สูญเสียอยู่ในช่วง 101 - 200 ตัวร้อยละ 7.5 ประมาณค่าความเสียหายที่ได้รับการสูญเสียไก่อส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 2,000 บาท ร้อยละ 41.3 (ต่ำสุดไม่สูญเสีย สูงสุด 2,000,000 บาท)

การติดเชื้อไข้หวัดนกของบุคคลในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีการติดเชื้อร้อยละ 83.1 มีการติดเชื้อร้อยละ 2.8 และไม่ได้ประเมินร้อยละ 14.1 สำหรับอาการปัจจุบันของบุคคลที่ติดเชื้อในครอบครัวจากไข้หวัดนก ส่วนใหญ่จะสังเกตอาการอยู่ที่บ้านร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและสังเกตอาการอยู่ที่บ้านร้อยละ 30.0

ความทุกข์ใจหรือไม่สบายใจจากการประสบภัยจากไข้หวัดนกในครั้งนี้ ส่วนใหญ่ผู้ประสบภัยมีความทุกข์ใจหรือไม่สบายใจร้อยละ 66.5 ไม่มีความทุกข์ใจร้อยละ 29.1 อาการที่เกิดความทุกข์ใจหรือไม่สบายใจส่วนใหญ่มีมากกว่า 2 อาการขึ้นไป เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ วิดกกังวล หายใจไม่อิ่ม คิดมากเรื่องการสูญเสียไก่ รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ ร้อยละ 58.8 รองลงมาคิดมากเรื่องการสูญเสียไก่อ้อยละ 15.8 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการประสบภัยของผู้ประสบภัยจากไข้หวัดนก (n = 361)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประสบภัย	จำนวน	ร้อยละ
ความสูญเสียที่ได้รับ		
สูญเสีย	328	90.9
ไม่สูญเสีย	33	9.1
จำนวนไก่ที่สูญเสีย		
ไม่สูญเสีย / ระบุจำนวนไม่ได้	33	9.1
1 - 100 ตัว	280	77.6
101 - 200 ตัว	27	7.5
201 - 300 ตัว	6	1.7
มากกว่า 300 ตัวขึ้นไป	15	4.1
(จำนวนไก่ที่สูญเสียเฉลี่ย 477.11 ตัว S.D. 2467.77 ต่ำสุดไม่สูญเสีย สูงสุด 25,000 ตัว)		
ประมาณค่าความเสียหายที่ได้รับ		
ประมาณค่าไม่ได้ / ไม่สูญเสีย	68	18.8
1 - 2,000 บาท	149	41.3
2,001 - 4,000 บาท	62	17.2
4,001 - 6,000 บาท	25	6.9
6,001 - 8,000 บาท	7	1.9
8,001 - 10,000 บาท	7	1.9
มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป	43	12.0
(ค่าความเสียหายเฉลี่ย 32,026.76 บาท S.D. 185,376.84 ต่ำสุดไม่สูญเสีย สูงสุด 2,000,000 บาท)		

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการประสพภัยของผู้ประสพภัยจาก
ใช้หวัดนก (n = 361) (ต่อ)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประสพภัย	จำนวน	ร้อยละ
การติดเชื้อของบุคคลในครอบครัว		
มีการติดเชื้อ	10	2.8
ไม่มีการติดเชื้อ	300	83.1
ไม่ได้ประเมิน	51	14.1
อาการปัจจุบันของบุคคลที่ติดเชื้อ (n = 10)		
สังเกตอาการอยู่ที่บ้าน	5	50.0
รักษาตัวในโรงพยาบาล	1	10.0
ถึงแก่กรรม	1	10.0
อื่น ๆ (ระบุ) รับการรักษาที่โรงพยาบาล และกลับมาสังเกตอาการอยู่ที่บ้าน	3	30.0
ความทุกข์ใจหรือไม่สบายใจจากการประสพภัยครั้งนี้		
มี	240	66.5
ไม่มี	105	29.1
ไม่ได้ประเมิน	16	4.4
อาการที่เกิดจากความทุกข์ใจหรือไม่สบายใจ (n = 240)		
คิดมากเรื่องสูญเสียไก่	38	15.8
นอนไม่หลับ	25	10.4
ปวดศีรษะ	16	6.7
วิตกกังวล	15	6.3
หายใจไม่อิ่ม แน่นหน้าอก	5	2.0
มีมากกว่า 2 อาการ	141	58.8

1.3 การศึกษาระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรค การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ประสบภัยจากไข้หวัดนก ขณะประสบเหตุการณ์

ในการช่วยเหลือของทีมสุขภาพจิตโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งให้การช่วยเหลือในขณะประสบภัยใน 3 จังหวัด คือ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ และหนองคาย ผลการศึกษา พบว่า ผู้ประสบภัยจากไข้หวัดนก ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (5 คะแนนลงมา) ร้อยละ 73.2 มีภาวะซึมเศร้า (6 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 18.8 ที่เหลือไม่ได้ประเมิน ผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อประเมินต่อด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 51.5 (หรือร้อยละ 9.7 ของผู้รับบริการทั้งหมด) ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (0 - 1 คะแนน) ร้อยละ 41.2 การวินิจฉัยโรคของแพทย์พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรค anxiety disorder ร้อยละ 41.3 รองลงมาเป็นโรค adjustment disorder ร้อยละ 12.7 ได้รับการรักษาด้วยยาทางกายและทางจิตรวมกันมากที่สุด ร้อยละ 55.7 รองลงมาได้รับยา Diazepam และ Amitriptyline รวมกัน ร้อยละ 16.3 แพทย์ได้ส่งต่อผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อนเพื่อรับบริการให้การปรึกษาและคลายเครียด ร้อยละ 5.8 ได้รับการบริการปรึกษาทุกรายที่ส่งต่อ ปัญหาที่พบจากการให้การปรึกษา ส่วนใหญ่เป็นปัญหาครอบครัวและปัญหาการสูญเสียไถ่มีจำนวนเท่าๆ กัน ร้อยละ 23.8 รองลงมาเป็นปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 19.1

ผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อนและได้รับการส่งต่อให้บริการการปรึกษาและคลายเครียด ได้รับการบริการโดย ให้ผู้ประสบภัยจากไข้หวัดนกระบายอารมณ์ความรู้สึก (Ventilate) ทุกๆ ราย ร้อยละ 100.0 การให้กำลังใจ ร้อยละ 90.5 การให้คำแนะนำ ร้อยละ 76.2 และให้บริการคลายเครียด ร้อยละ 38.1 นอกจากนี้ ยังมีการส่งต่อดูแลตามระบบผู้ประสบภัย ร้อยละ 60.1 (ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนด) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของคะแนนภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ประสบภัย จากใช้หวัดนก (n = 361)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (5 คะแนนลงมา)	264	73.2
มีภาวะซึมเศร้า (6 คะแนนขึ้นไป)	68	18.8
ไม่ได้ประเมิน	29	8.0
คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n = 68 คน)		
ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (0 - 1 คะแนน)	28	41.2
มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2 คะแนนขึ้นไป)	35	51.5
ไม่ได้ประเมิน	5	7.3
การวินิจฉัยโรค		
Anxiety disorder	149	41.3
Acute stress disorder	42	11.6
Depression disorder	21	5.8
Adjustment disorder	46	12.7
Post traumatic stress disorder	17	4.7
Tension headache	12	3.3
Upper respiratory tract infection	14	3.9
โรคทางกายอย่างเดียว	12	3.3
Healthy	22	6.1
No problem / NAD	5	1.4
ไม่ได้พบแพทย์	6	1.7
อื่นๆ ระบุ	15	4.2

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของคะแนนภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรคการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ประสบภัยจาก ไข้หวัดนก (n = 361) (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาที่ได้รับ		
Diazepam อย่างเดียว	20	5.5
Diazepam และ Amitriptyline	59	16.3
Diazepam และ paracetamol	20	5.5
ยาทางกายอย่างเดียว	44	12.2
ยาทางกาย และ ยาทางจิต	201	55.7
ไม่ได้รับยา	17	4.8
การส่งต่อเพื่อรับบริการปรึกษาหรือคลายเครียด		
ส่งต่อ	21	5.8
ไม่ส่งต่อ	340	94.2
การได้รับบริการปรึกษาหลังแพทย์ส่งต่อ (n = 21)		
ได้รับ	21	100.0
ไม่ได้รับ	-	-
ปัญหาที่พบจากการให้การปรึกษาแก่ผู้ประสบภัยจาก ไข้หวัดนก (มีปัญหามากกว่า 1 เรื่อง) (n = 21)		
ปัญหาครอบครัว	5	23.8
ปัญหาการสูญเสียใจ	5	23.8
ปัญหาเศรษฐกิจ	4	19.1
ปัญหาการเจ็บป่วย/การเสียชีวิตของคนในครอบครัว	3	14.3
ปัญหาความวิตกกังวลกลัวติดเชื้อจากไข้หวัดนก	2	9.5
ปัญหาสุขภาพ	2	9.5

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของคะแนนภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรคการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ประสบภัยจาก ไข้หวัดนก (n = 361) (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
การฟื้นฟูสภาพจิตใจที่ได้รับจากบริการการปรึกษาและ		
การคลายเครียด (ตอบได้มากกว่า 1) (n = 21)		
1. การให้ระบายอารมณ์ความรู้สึก (Ventilate)	21	100.0
2. การให้คำแนะนำ	16	76.2
3. การให้กำลังใจ	19	90.5
4. การให้ข้อมูล	13	61.9
5. การปรับเปลี่ยนแนวคิด	5	23.8
6. การประสานความช่วยเหลือ	1	4.8
7. การคลายเครียด	8	38.1
การส่งต่อเพื่อรับการดูแลด้านจิตใจ		
ส่งต่อดูแลด้านจิตใจในวันที่ออกหน่วยทันที	20	5.5
ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน และดูแลจิตใจ	1	0.3
ส่งต่อดูแลตามระบบผู้ประสบภัย	217	60.1
ไม่ส่งต่อ	123	34.1

1.4 การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจของผู้ประสบภัย จากไข้หวัดนก

จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ประสบภัยจากไข้หวัดนก ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาพบว่า ผู้ประสบภัยจากไข้หวัดนกมีปัญหาสุขภาพร้อยละ 40.4 และโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ คือ โรคอื่นๆ ซึ่งได้แก่ หอบหืด วัณโรค ไข้หวัด ไมเกรน ร้อยละ 48.0 รองลงมาคือ โรคกระเพาะร้อยละ 24.0 ในด้านปัญหาที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต พบผู้มีปัญหา 87 คน (n=87) ส่วนใหญ่ปัญหาที่พบคือปัญหาการสูญเสียไก่อ้อยู่ 31.0 รองลงมา คือ ปัญหาเศรษฐกิจร้อยละ 28.7 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของปัญหาสุขภาพ ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ ของผู้ประสบภัย
จากไ้หวัดนก (n = 361)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาสุขภาพ		
ไม่มี	116	32.1
มี	146	40.4
ไม่ได้ประเมิน	99	27.4
โรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (n = 146)		
ความดันโลหิตสูง	5	3.4
ปอดหรือหลอดลมอักเสบ	2	1.4
กระดูกและข้อ	18	12.3
เบาหวาน	11	7.5
โรคทางจิตเวช	5	3.4
กระเพาะ	35	24.0
อื่น ๆ ระบุ	70	48.0
ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ (n = 87)		
ปัญหาครอบครัว	8	9.2
ปัญหาการสูญเสียไ้	27	31.0
ปัญหาเศรษฐกิจ	25	28.7
ปัญหาสุขภาพ	14	16.1
ปัญหาการเจ็บป่วย / การเสียชีวิตของคนในครอบครัวจากไ้หวัดนก	1	1.2
ปัญหากับเพื่อนบ้าน	1	1.2
อื่น ๆ ระบุ	11	12.6

ส่วนที่ 2 การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยไข้หวัดนกภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษากายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดพบว่ามีทั้งหมด 238 คน แต่เมื่อทำการติดตามหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน มีผู้มาตามนัด 209 คน คิดเป็นร้อยละ 87.8 จากการศึกษาพบว่า ผู้ประสบภัยที่มารับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.9 มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 34.9 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 24.9 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบภัยไข้หวัดนกในเขต 6 ที่มารับบริการภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน (n = 209)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	63	30.1
	หญิง	146	69.9
อายุ	21 - 30 ปี	8	3.8
	31 - 40 ปี	25	12.0
	41 - 50 ปี	52	24.9
	51 - 60 ปี	51	24.4
	60 ปีขึ้นไป	73	34.9

2.2 การศึกษาระดับภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรค การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยจากไข้หวัดนกภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน

ผลการศึกษาในระดับภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา พบว่า ผู้ประสบภัยไข้หวัดนกส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (5 คะแนนลงมา) ร้อยละ 84.2 มีภาวะซึมเศร้า (6 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 14.4 ผู้รับบริการเมื่อประเมินแล้วว่ามีภาวะซึมเศร้า ได้รับการประเมินต่อด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (0 - 1 คะแนน) ร้อยละ 70.0 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

(2 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 30.0 (หรือร้อยละ 4.3 ของผู้รับบริการทั้งหมด) การวินิจฉัยโรคของแพทย์ส่วนใหญ่ยังคงเป็นโรค Anxiety disorder ร้อยละ 72.7 รองลงมาเป็นโรค Depression disorder ร้อยละ 7.2 การรักษาส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับยาทางกายและทางจิตรวมกันร้อยละ 55.0 รองลงมาได้รับยา Diazepam และ Amitriptyline รวมกันร้อยละ 16.7 ด้านการส่งต่อพบว่า ผู้ประสพภัยได้รับการส่งต่อเพื่อรับบริการปรึกษาหรือคลายเครียดร้อยละ 5.3 รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของคะแนนภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสพภัยจากใช้หวัดนก ที่ทำการศึกษาภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน (n = 209)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (5 คะแนนลงมา)	176	84.2
มีภาวะซึมเศร้า (6 คะแนนขึ้นไป)	30	14.4
ไม่ได้ประเมิน	3	1.4
คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n = 30)		
ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (0 - 1 คะแนน)	21	70.0
มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2 คะแนนขึ้นไป)	9	30.0
การวินิจฉัยโรค		
Anxiety disorder	152	72.7
Acute stress disorder	1	0.5
Depression disorder	15	7.2
Adjustment disorder	1	0.5
Post traumatic stress disorder	3	1.4
Tension headache	4	1.9
Upper respiratory tract infection	3	1.4
โรคทางกายอย่างเดี่ยว	2	1.0
Healthy	7	3.3
No problem / NAD	3	1.4
ไม่ได้พบแพทย์	8	3.8
อื่นๆ ระบุ	10	4.8

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของคะแนนภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยจาก ไข้หวัดนก ที่ทำการศึกษาภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน (n = 209) (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาที่ได้รับ		
Diazepam อย่างเดียว	3	1.4
Diazepam และ Amitriptyline	35	16.7
Diazepam และ paracetamol	9	4.3
ยาทางกาย	23	11.0
ยาทางกาย และ ยาทางจิต	115	55.0
ไม่ได้รับ เพราะแพทย์ไม่ให้ยา	12	5.8
ไม่ได้รับยา เพราะไม่ได้พบแพทย์	12	5.8
การส่งต่อเพื่อรับบริการปรึกษาหรือคลายเครียด		
ส่งต่อ	11	5.3
ไม่ส่งต่อ	198	94.7

ส่วนที่ 3 การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยไข้หวัดนก ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ ทั้งหมด 238 คน แต่เมื่อทำการติดตามหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน มีผู้มาตามนัด 235 คนคิดเป็นร้อยละ 98.7 จากการศึกษาพบว่าผู้ประสบภัยไข้หวัดนกที่มารับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.1 มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 33.6 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 51 - 60 ปีร้อยละ 25.1 รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบภัยไข้หวัดนกในเขต 6 ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน (n = 235)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	75	31.9
หญิง	160	68.1
อายุ		
21 - 30 ปี	6	2.6
31 - 40 ปี	36	15.3
41 - 50 ปี	55	23.4
51 - 60 ปี	59	25.1
60 ปีขึ้นไป	79	33.6

3.2 การศึกษาระดับภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยใช้หวัดนกภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน

ผลการศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา พบว่า ผู้ประสบภัยใช้หวัดนกส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (5 คะแนนลงมา) คิดเป็นร้อยละ 88.1 มีภาวะซึมเศร้า (6 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 11.5 ผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 51.9 ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (0 - 1 คะแนน) ร้อยละ 44.4 สำหรับการวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่แพทย์วินิจฉัยเป็น No abnormality detected ร้อยละ 61.2 รองลงมาเป็นโรค Anxiety disorder ร้อยละ 25.9 การได้รับการรักษา ส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาเพราะแพทย์ไม่ให้ยาร้อยละ 45.6 รองลงมาได้รับการรักษาด้วยยาทางกายและยาทางจิตรวมกันร้อยละ 25.1 แพทย์ส่งต่อให้การปรึกษาและคลายเครียดร้อยละ 2.1 รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละของคะแนนภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยใช้หวัดนก ที่ทำการศึกษากายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน (n = 235)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (5 คะแนนลงมา)	207	88.1
มีภาวะซึมเศร้า (6 คะแนนขึ้นไป)	27	11.5
ไม่ได้ประเมิน	1	0.4
คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n = 27)		
ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (0 - 1 คะแนน)	124	4.4
มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2 คะแนนขึ้นไป)	14	51.9
ไม่ได้ประเมิน	1	3.7
การวินิจฉัยโรค		
Anxiety disorder	61	26.0
Depression disorder	7	3.0
Tension headache	9	3.8
No problem / NAD	144	61.3
อื่น ๆ ระบุ	14	5.9

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละของคะแนนภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัย จากไข้หวัดนก ที่ทำการศึกษากายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน (n = 235)
(ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาที่ได้รับ		
Diazepam อย่างเดียว	2	0.8
Amitriptyline	3	1.3
Diazepam และ Amitriptyline	16	6.8
Diazepam และ paracetamol	3	1.3
ยาทางกาย	45	19.1
ยาทางกาย และ ยาทางจิต	59	25.1
ไม่ได้รับ เพราะแพทย์ไม่ให้ยา	107	45.6
การส่งต่อเพื่อรับบริการปรึกษาหรือคลายเครียด		
ส่งต่อ	5	2.1
ไม่ส่งต่อ	230	97.9

ส่วนที่ 4 การศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยใช้หวัดนกขณะประสบเหตุการณ์และภายหลังประสบเหตุการณ์

ในการศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยใช้หวัดนก ขณะประสบเหตุการณ์และภายหลังประสบเหตุการณ์ ซึ่งนำเสนอในด้านการเปรียบเทียบระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรค และการบำบัดรักษา ดังต่อไปนี้

4.1 การเปรียบเทียบระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า และคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกลุ่มตัวอย่างขณะประสบภัยและภายหลังประสบภัย 1 เดือน 6 เดือน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 18.8, 14.4 และ 11.5 ตามลำดับ

สำหรับผลการศึกษาการเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า และได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ขณะประสบเหตุการณ์และภายหลังประสบเหตุการณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายขณะประสบภัย ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 51.5 เมื่อประเมินภายหลังประสบภัย 1 เดือน พบว่า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงจากขณะประสบเหตุการณ์เหลือร้อยละ 30.0 และผลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภายหลังประสบภัย 6 เดือน พบว่า ผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากภายหลังประสบเหตุการณ์ 1 เดือน เพิ่มขึ้นร้อยละ 51.9 แต่ถ้าคำนวณจากฐานของผู้รับบริการทั้งหมดพบมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายขณะประสบเหตุการณ์ ภายหลังประสบเหตุการณ์ 1 เดือน 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 9.7, 4.3 และ 6.0 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 9 - 10

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ขณะประสบภัยใช้หวัดนกและภายหลังประสบภัย 1 เดือน 6 เดือน

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

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง
ขณะประสบภัยไหว้दनกและภายหลังประสบภัย 1 เดือน 6 เดือน

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

4.2 การเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างขณะประสบภัย และ
ภายหลังประสบภัย 1 เดือน 6 เดือน

ผลการศึกษา พบว่า ขณะประสบภัย กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรค ส่วนใหญ่เป็นโรค Anxiety disorder ร้อยละ 41.3 รองลงมาเป็นโรค Adjustment disorder, Acute stress disorder ร้อยละ 12.7 และ 11.6 ตามลำดับ ภายหลังประสบภัย 1 เดือน ทีมสุขภาพจิตได้ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อบำบัด รักษาให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ผลการวินิจฉัยของแพทย์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรค Anxiety disorder เช่นเดิม ร้อยละ 72.7

ภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างประสบภัย 6 เดือน ส่วนใหญ่แพทย์วินิจฉัย No abnormality detected คิดเป็นร้อยละ 61.3 รองลงมาเป็นโรค Anxiety disorder และ Tension headache ร้อยละ 26.0 และ 3.8 ตามลำดับ

เปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคเป็นรายโรคของกลุ่มตัวอย่างขณะประสบภัยและหลัง
ประสบภัย 1 เดือน 6 เดือน ทั้ง 3 ระยะ สามารถแบ่งกลุ่มโรคได้ 3 กลุ่ม ตามแนวโน้มเพิ่มขึ้น
หรือลดลงดังนี้

กลุ่มที่ 1 มีแนวโน้มลดลงภายหลังประสบภัย 1 เดือน และหมดไปภายหลังประสบภัย
6 เดือน คือ Adjustment disorder, Acute stress disorder และ Post traumatic stress disorder

กลุ่มที่ 2 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นภายหลังประสบภัย 1 เดือน แต่ลดลงภายหลังประสบภัย
6 เดือน คือ Anxiety disorder และ Depression disorder และในจำนวนนี้ได้ดำเนินการส่งต่อ
ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย 1 คนด้วยโรค Depression
เนื่องจากขณะประสบภาวะวิกฤต ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายชัดเจน จนกระทั่งญาติ

ต้องเก็บอาวุธปืนและดูแลใกล้ชิด ภายหลังจากที่มสุขภาพจิตติดตามเยี่ยมให้ความช่วยเหลือ
ครบตามกำหนด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ

กลุ่มที่ 3 มีแนวโน้มลดลงหลังประสพภัย 1 เดือน แต่เพิ่มขึ้นภายหลังประสพภัย
6 เดือน คือ Tension headache รายละเอียดดังตารางที่ 11

**ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างขณะประสพภัย และ
ภายหลังประสพภัย 1 เดือน 6 เดือน**

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

4.3 การเปรียบเทียบการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง ขณะประสพภัย และภายหลังประสพภัย 1 เดือน 6 เดือน

ผลการศึกษา พบว่า ขณะเกิดเหตุการณ์และภายหลังเกิดเหตุการณ์ส่วนใหญ่
ผู้ประสพภัยได้รับการรักษาด้วยยาทางกาย และยาทางจิตรวมกัน แต่มีแนวโน้มการใช้ยาลดลง
คิดเป็นร้อยละ 55.7, 55.0 และ 25.1 ตามลำดับ ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน ส่วนใหญ่

ไม่ได้รับยา(แพทย์พิจารณาไม่ให้ยาเนื่องจากอาการดีแล้ว) ร้อยละ 45.6 ถ้าพิจารณาการรักษาซึ่งแพทย์ให้เฉพาะยาทางจิต คือ Diazepam กับ Amitriptyline รวมกัน เปรียบเทียบขณะเกิดเหตุการณ์และภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน 6 เดือน มีแนวโน้มลดลง คิดเป็นร้อยละ 16.3, 16.7 และ 6.8 ตามลำดับ เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายตัวยาพบว่า Diazepam มีแนวโน้มการใช้ลดลง แต่แนวโน้มการใช้ยา Amitriptyline เพิ่มขึ้น

ภายหลังจากผู้ประสบบัญพบแพทย์ เพื่อวินิจฉัยโรคและให้การรักษาแล้ว หากแพทย์พบว่ามีปัญหาซับซ้อน แพทย์จะส่งผู้รับบริการให้การรักษาและคลายเครียด ผลการศึกษาพบว่า ได้รับบริการปรึกษาหรือคลายเครียดในขณะประสบเหตุการณ์ หลังประสบเหตุการณ์ 1 เดือน และ 6 เดือนมีจำนวนลดลง คิดเป็นร้อยละ 5.8, 5.3 และ 2.1 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง ขณะประสบบัญและภายหลังประสบบัญ 1 เดือน 6 เดือน

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

ส่วนที่ 5 รูปแบบการดำเนินงานเพื่อบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัย ในเขต 6

จากการปฏิบัติงานในการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยใช้หัตถนง
ในเขต 6 ครั้งนี้ ใช้รูปแบบการดำเนินงานที่เรียกว่า JVKK Disaster Care Model ซึ่งก่อน
ดำเนินการวางแผนไว้ 2 ระยะ ภายหลังการดำเนินงานมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานให้
สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ สามารถสรุปแนวทางปฏิบัติงานได้ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ เมื่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้รับแจ้งจาก
เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตแต่ละจังหวัด ว่ามีพื้นที่ในความรับผิดชอบประสบภัยพิบัติ
และต้องการได้รับความช่วยเหลือ หรืออาจเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ของโรงพยาบาล
จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จากข้อมูลและสื่อมวลชนต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์
ว่าขณะนี้พื้นที่ในความรับผิดชอบกำลังประสบภัย จากนั้นทีมสุขภาพจิตของโรงพยาบาล
จะประสานงานไปยังแต่ละจังหวัดเพื่อทราบถึงสถานการณ์ความรุนแรงของการประสบภัย
พื้นที่ที่ประสบภัย ความต้องการความช่วยเหลือ วัน เวลา สถานที่ที่ต้องออกหน่วยเคลื่อนที่ลง
ไปช่วยเหลือ จัดประชุมทีมสุขภาพจิต เพื่อวางแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพ
ปัญหาของพื้นที่ รวมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

ระยะที่ 2 การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจขณะประสบภัย ดำเนินการโดย

2.1 ทีมสุขภาพจิตโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ออกหน่วยแพทย์
เคลื่อนที่ ซึ่งประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์
เภสัชกร และนักอาชีวบำบัด

2.2 ใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเบื้องต้นกับผู้รับบริการทุกราย ซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับ
ชื่อ สกุล อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ที่อยู่ปัจจุบัน และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ
ใช้หัตถนง ในเรื่องการสูญเสียสัตว์ปีก จำนวนที่สูญเสีย คิดเป็นมูลค่าจำนวนเงิน การติดเชื่อ
ใช้หัตถนงของบุคคลในครอบครัว หากมีการติดเชื่อจากใช้หัตถนง ขณะนี้อาการเป็นอย่างไร
และมีหัวข้อสำคัญในการประเมินว่า ผู้รับบริการมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่ โดยใช้คำถามว่า
“ท่านคิดว่าท่านยังรู้สึกทุกข์ใจหรือไม่สบายใจมาจากสภาวะภัยพิบัติ (ใช้หัตถนง) ในครั้งนี้
หรือไม่” ถ้าตอบว่า “ไม่มี” ผู้รับบริการไม่ต้องตอบข้อ 2.2 (อาการสำคัญ) ในกรณีตอบ “มี”
ให้ผู้รับบริการระบุอาการในข้อ 2.2 เช่น นอนไม่หลับ วิตกกังวล หายใจไม่อิ่ม ปวดศีรษะ
รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีสมาธิในการทำงานใดๆ เป็นต้น หลังจากนั้น จะทำการคัดกรอง
ผู้รับบริการทุกรายด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า หากผู้รับบริการตอบ “มี” 6 คะแนนขึ้นไป
จะคัดกรองต่อด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หลังจากนั้นสรุปรายงานคะแนน
ผลการคัดกรองส่งต่อพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคและรับการรักษา

2.3 ภายหลังการสัมภาษณ์เสร็จ ผู้ป่วยจะถูกส่งพบแพทย์พร้อมข้อมูลทั้งหมด เพื่อให้แพทย์วินิจฉัยโรค และให้การรักษารับยาและคำแนะนำก่อนกลับบ้าน ในกรณีบางรายที่แพทย์มีความเห็นว่ามีปัญหาซับซ้อน สมควรส่งต่อเพื่อรับการปรึกษา (Counselling) หรือ คลายเครียด แพทย์จะส่งต่อนักจิตวิทยา พยาบาลวิชาชีพ หรือนักสังคมสงเคราะห์ ทำหน้าที่ให้บริการดังกล่าว ในบางรายหลังจากให้การปรึกษาและคลายเครียดแล้ว แต่แพทย์พิจารณาว่ายังมีปัญหาสุขภาพจิตมาก ควรได้รับการดูแลด้านจิตใจต่อเนื่อง จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และภายหลังที่มสุขภาพจิตให้บริการเรียบร้อยแล้วในแต่ละครั้ง จะสรุปรายชื่อผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจอย่างต่อเนื่อง ให้กับสถานีนามัยในพื้นที่ที่ออกหน่วยทราบ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป จากนั้นสรุปรายงานให้ผู้บังคับบัญชาสำนักงานสาธารณสุขในแต่ละจังหวัด และกรมสุขภาพจิตทราบ

ระยะที่ 3 การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิตหลังประสบภัย

ดำเนินการโดยภายหลังประสบภัย 1 เดือน ทีมสุขภาพจิตออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เพื่อให้บริการ บำบัด รักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตใจ โดยให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังต่อเนื่องเท่านั้น โดยกำหนดข้อบ่งชี้ในการเฝ้าระวัง คือ 1) เป็นผู้ที่มีความเครียด 6 คะแนนขึ้นไป 2) โรคทางจิตเวชที่แพทย์ลงความเห็นต้องเฝ้าระวัง หรือ 3) เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่พื้นที่ส่งต่อว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ต้องให้การบำบัด รักษา สำหรับการให้บริการในระยะนี้แบบสอบถามผู้ประสบภัยใช้หัดนกจะตัดส่วนข้อ 2 คือ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับใช้หัดนกออกส่วนอื่นๆ ยังคงไว้เช่นเดิม และดำเนินการเช่นเดียวกับระยะที่ 2 โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยซ้ำด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จากนั้นให้พบแพทย์ รับยา ให้บริการปรึกษาและคลายเครียด หรือส่งต่อตามแนวทางการรักษาของแพทย์

ภายหลังประสบภัย 3 เดือน ดำเนินการโดยให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในแต่ละพื้นที่ที่มีผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง เป็นผู้รายงานผลให้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ทราบ โดยทางโรงพยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานขอทราบผลการดำเนินงานว่า ผู้ป่วยแต่ละคนยังคงสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติหรือไม่ ซึ่งผลการประสานงาน พบว่า ผู้ป่วยทุกคนยังคงดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

ภายหลังประสบภัย 6 เดือน ทีมสุขภาพจิตดำเนินการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังเช่นเดียวกับการช่วยเหลือภายหลังประสบภัย 1 เดือน ในการติดตามให้การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิตใจครั้งนี้ ซึ่งเป็นครั้งสุดท้าย ทีมสุขภาพจิตได้สรุปผลการดำเนินงานให้เครือข่ายในพื้นที่ทราบ และส่งต่อผู้รับบริการที่ต้องรักษาด้วยยาและฟื้นฟูสุขภาพจิตใจอย่างต่อเนื่องให้ไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน และส่งต่อให้สถานีนามัยที่มีผู้ป่วยอยู่

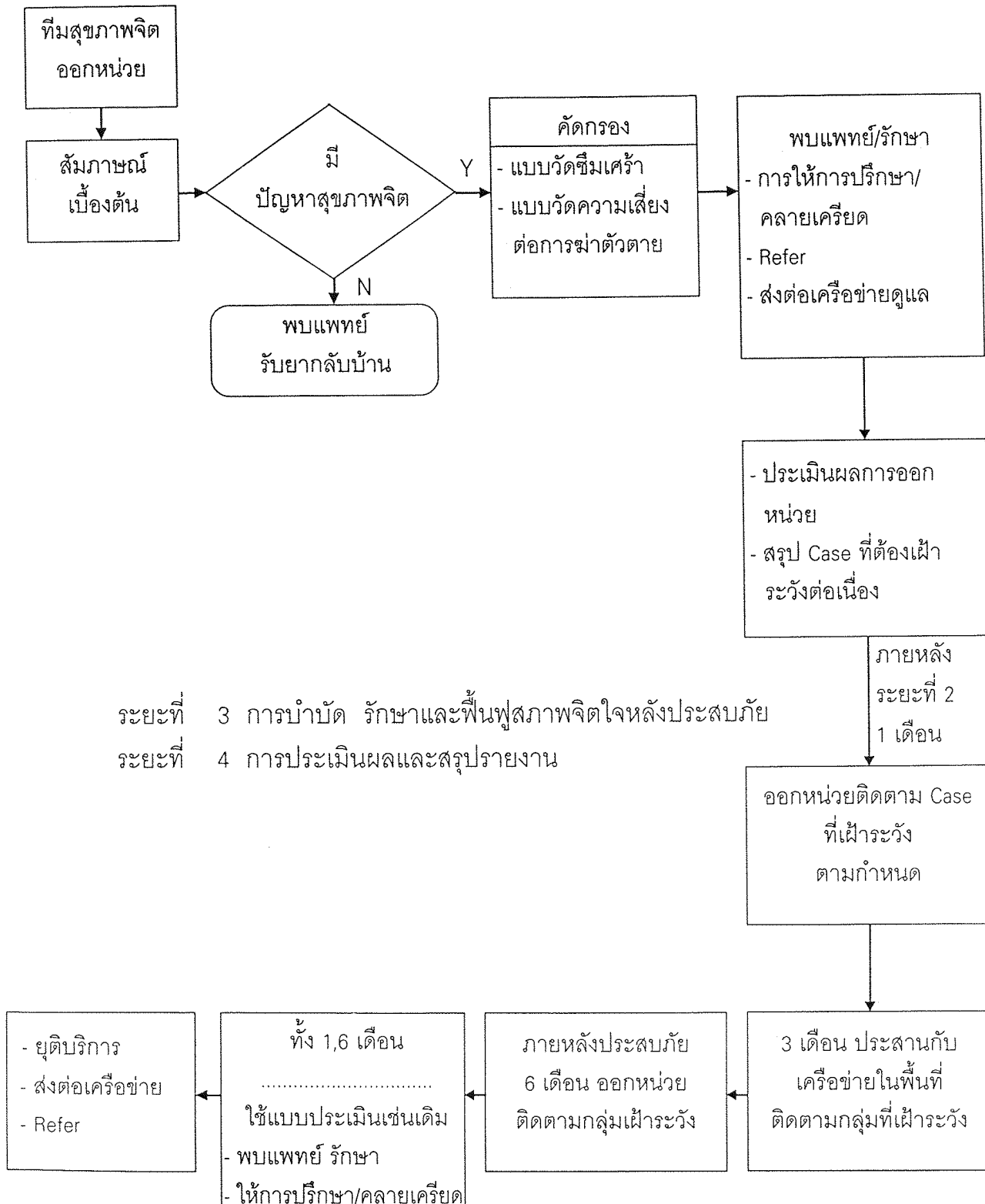
ในความรับผิดชอบดูแลต่อเนื่องต่อไป ผลการดำเนินงานในครั้งนี้ ทีมสุขภาพจิตได้ติดตามเยี่ยมครอบครัวผู้ติดเชื้อใช้หัวดนก และสูญเสียชีวิตแล้ว 2 ครอบครัว ครอบครัวแรกอาศัยอยู่ในอำเภอเมืองขอนแก่น เป็นภรรยาผู้เสียชีวิต ครอบครัวที่ 2 บุตรเสียชีวิตจากใช้หัวดนกติดตามเยี่ยมครบ 6 เดือน สามารถปรับตัวได้และมีผู้ป่วย 1 คน ที่ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ด้วยโรค Depression เมื่อติดตามเยี่ยมครบตามกำหนดผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติต่างๆ ที่ขณะประสบภาวะวิกฤตมี Suicidal risk ชัดเจนจนกระทั่งญาติเก็บอาวุธปืนและดูแลใกล้ชิด สำหรับแผนภูมิการดำเนินงานดังภาพที่ 2 และขั้นตอนการปฏิบัติงานดังภาพที่ 3

ระยะที่ 4 การประเมินผลและสรุปรายงาน เป็นการประเมินผลการดำเนินงานทั้งระยะสั้น และเมื่อสิ้นสุดโครงการ การประเมินผลระยะสั้นทำการประเมินผลภายหลังการให้บริการในแต่ละครั้ง และแต่ละระยะเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานว่าได้ผลประการใด หากมีปัญหาอุปสรรคจะดำเนินการแก้ไขทันที เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการ ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้รับบริการได้ สำหรับการประเมินผลในภาพรวมเป็นการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการ เพื่อศึกษาผลการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยใช้หัวดนก ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข ตลอดจนรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม เพื่อประโยชน์ต่อการดำเนินงานหากประสบภัยในครั้งต่อไป

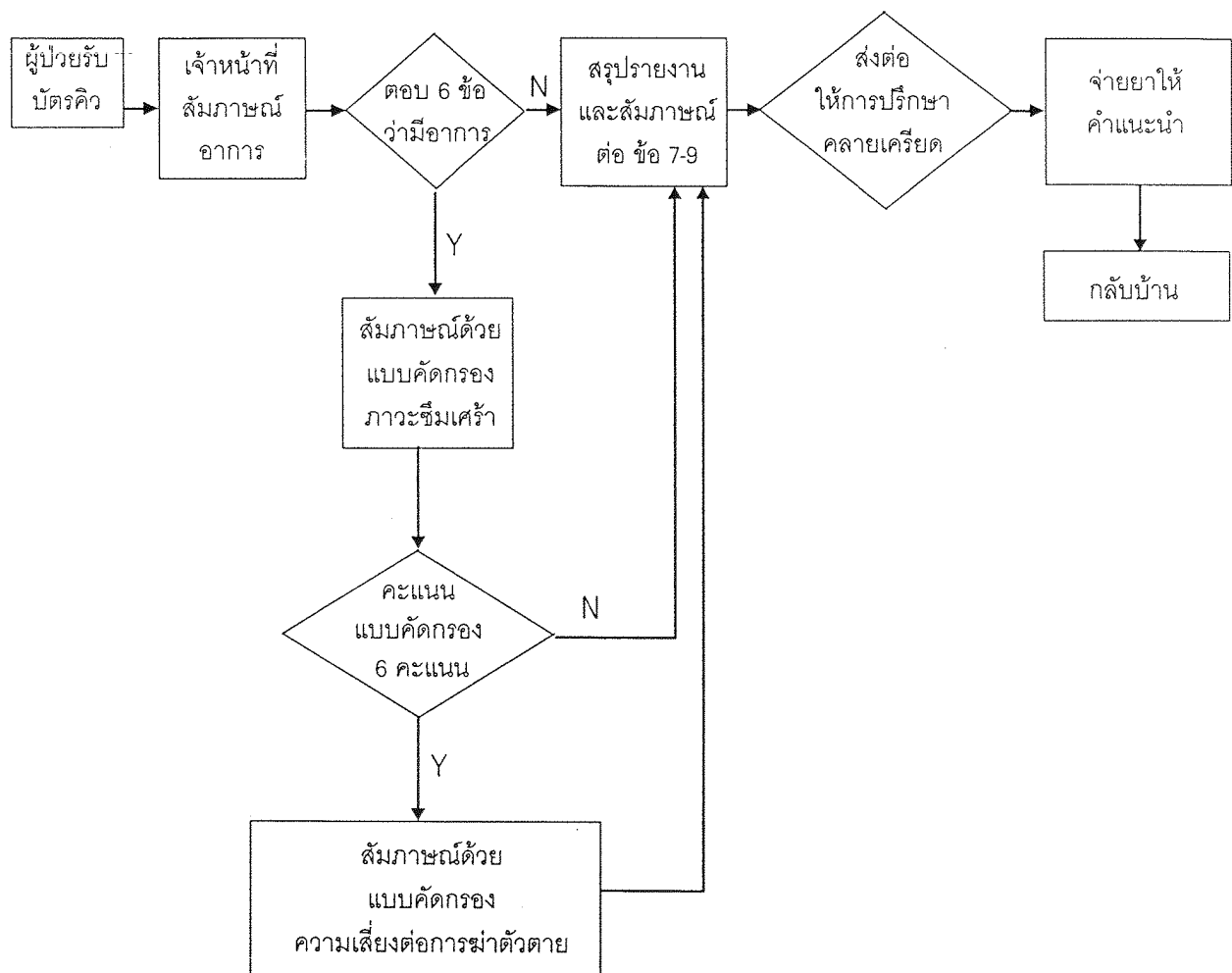
ภาพที่ 2 รูปแบบการดำเนินงานเพื่อบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัย
ใช้หัวหน้าในเขต 6

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

ระยะที่ 2 การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจขณะประสบภัยใช้หัวหน้า



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการปฏิบัติงานการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ



- หมายเหตุ
1. ถ้าแพทย์ส่งต่อให้บริการปรึกษา หรือคลายเครียด ให้เภสัชกรส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ เพื่อให้บริการให้เรียบร้อยก่อนให้ยาผู้ป่วยกลับบ้าน
 2. ผู้ให้การปรึกษาภายหลังให้บริการแล้ว สรุปรายงานให้เรียบร้อย หากพบว่าผู้รับการปรึกษายังมีอาการมากควรส่งต่อ อาจปรึกษาแพทย์ผู้รักษาอีกครั้ง

ขั้นตอนการดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมของทีมสุขภาพจิต และการประสานงานกับพื้นที่ถึงกำหนดวัน เวลา สถานที่ในการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

2. การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจระยะประสปภัย โดยดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม 2547 - กรกฎาคม 2547 ทีมสุขภาพจิตออกให้บริการตามกำหนดการข้างต้น คัดกรองผู้มารับบริการ 361 คน โดยใช้แบบสอบถามผู้ประสปภัยใช้หวัดนก และมีหัวข้อสำคัญในการประเมินว่าผู้รับบริการมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่โดยใช้คำถามว่า “ท่านคิดว่า ท่านรู้สึกทุกข์ใจ หรือไม่สบายใจมาจากสภาวะภัยพิบัติ (ใช้หวัดนก) ในครั้งนี้หรือไม่ กรณีตอบ “มี” ให้ผู้รับบริการระบุนาการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นด้วย จากนั้นจะคัดกรองผู้รับบริการทุกรายที่ตอบ “มี” ด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า หากมีคะแนน 6 คะแนนขึ้นไปจะคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากนั้นสรุปคะแนนผลการคัดกรอง ส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรค และให้การรักษา บางรายที่แพทย์มีความเห็นว่ามีปัญหาซับซ้อน จะส่งต่อการปรึกษาหรือ คลายเครียดโดยนักจิตวิทยา พยาบาลวิชาชีพ หรือนักสังคมสงเคราะห์ จากนั้นรับยาและคำแนะนำก่อนกลับบ้าน

จากจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด 361 คน ภายหลังการคัดกรอง พบมีผู้รับบริการที่ต้องเฝ้าระวังตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 238 คน รับยากลับบ้าน 123 คน เนื่องจากไม่มีปัญหาสุขภาพจิต แต่มาขอรับบริการรักษาโรคทางกาย เช่น หอบหืด ใช้หวัด ไ้มเกรน โรคกระเพาะ เป็นต้น

ทีมสุขภาพจิตสรุปรายงานการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ และส่งรายชื่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตทั้ง 3 จังหวัด ดูแลต่อเนื่องตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเฝ้าระวังดังกล่าวข้างต้น ขั้นตอนนี้เหลือกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเฝ้าระวัง 238 คน

3. การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังประสปภัย 1,3,6 เดือน ติดตามให้บริการโดยทีมสุขภาพจิตของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เฉพาะ 1 เดือน และ 6 เดือนภายหลังประสปภัย การให้บริการดำเนินการโดยสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามผู้ประสปภัย แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สรุปคะแนนส่งผู้รับบริการพบแพทย์ให้การวินิจฉัยโรคและสั่งการรักษา บางรายที่มีปัญหาซับซ้อน แพทย์ส่งรับบริการปรึกษาและคลายเครียดหรือส่งต่อให้บริการจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน

สำหรับการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังประสปภัย 3 เดือน ใช้วิธีการประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย เพื่อประเมินและสำรวจว่าผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 238 คน สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติหรือไม่

4. การประเมินผลและสรุปรายงาน โดยการสรุปผลการดำเนินงานในแต่ละระยะ และประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวม จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ และเผยแพร่

การประเมินผลและวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการประสพภัย ระดับภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยและการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการศึกษา

1. การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสพภัยใช้วัดนกขณะประสบเหตุการณ์

1.1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ประสพภัยใช้วัดนกในเขต 6 ที่ทำการศึกษทั้งหมด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.9 มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 31.8 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 51 - 60 ปี ร้อยละ 25.5 ($\bar{X} = 53.23$ S.D. = 14.06) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.1 รองลงมา สถานภาพสมรสหย่า ร้อยละ 15.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.6 อาชีพทำนาทำไร่ ร้อยละ 53.5 อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 61.2 รองลงมา จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 20.8

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการประสพภัย ส่วนใหญ่พบว่าได้รับความสูญเสีย ร้อยละ 90.9 จำนวนไก่ที่สูญเสียส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 100 ตัว ร้อยละ 77.6 รองลงมา 101 - 200 ตัว ร้อยละ 7.5 ประมาณค่าความเสียหายที่ได้รับความจากการสูญเสียไก่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 2,000 บาท ร้อยละ 41.3 รองลงมา ประมาณค่าไม่ได้ ร้อยละ 18.8 (ต่ำสุดไม่สูญเสีย สูงสุด 2,000,000 บาท)

การติดตามของใช้วัดนกในครอบครัวพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีการติดตาม ร้อยละ 83.1 ติดตาม ร้อยละ 2.8 อาการปัจจุบันของบุคคลที่ติดตามในครอบครัว ส่วนใหญ่จะสังเกตอาการอยู่ที่บ้าน ร้อยละ 50.0 รองลงมา รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและสังเกตอาการอยู่ที่บ้าน ร้อยละ 30.0

ความทุกข์ใจหรือไม่สบายใจจากการประสพภัยใช้วัดนกในครั้งนี้ ส่วนใหญ่ผู้ประสพภัยมีความทุกข์ใจหรือไม่สบายใจ ร้อยละ 66.5 ไม่มีความทุกข์ใจ ร้อยละ 29.1 อาการที่เกิดจากความทุกข์ใจหรือไม่สบายใจส่วนใหญ่มีมากกว่า 2 อาการขึ้นไป เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ วิตกกังวล หายใจไม่อิ่ม คิดมากเรื่องการสูญเสียไก่ รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ ร้อยละ 58.8 รองลงมา คิดมากเรื่องสูญเสียไก่ ร้อยละ 15.8

1.3 การศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรค การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ประสพภัยจากใช้วัดนกขณะประสบเหตุการณ์

ผลการศึกษาพบว่าผู้ประสพภัยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (5 คะแนนลงมา) ร้อยละ 73.2 มีภาวะซึมเศร้า (6 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 18.8 ผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้า และได้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 51.5 (หรือร้อยละ 9.7 ของผู้รับบริการทั้งหมด) ส่วนใหญ่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค Anxiety disorder ร้อยละ 41.3 รองลงมา Adjustment disorder ร้อยละ 12.7

ในด้านการรักษาที่ได้รับ ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาทางกายและทางจิตรวมกัน ร้อยละ 55.7 รองลงมาได้รับยา Diazepam และ Amitriptyline รวมกันร้อยละ 16.3 แพทย์ส่งต่อรับบริการให้การปรึกษาและคลายเครียดร้อยละ 5.8 ปัญหาที่พบจากการให้การปรึกษา ส่วนใหญ่เป็นปัญหาคอขวดและปัญหาการสูญเสียไทม์จำนวนเท่ากัน ร้อยละ 23.8 การฟื้นฟูสภาพจิตใจที่ได้รับจากการบริการปรึกษาและคลายเครียด ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ให้ระบายอารมณ์ความรู้สึก (Ventilate) ร้อยละ 100.0 รองลงมาเป็นการให้กำลังใจร้อยละ 90.5 การให้คำแนะนำร้อยละ 76.2 ตามลำดับ

1.4 การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจของผู้ประสพภัย จากใช้หวัดนก

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ประสพภัยส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 40.4 โรคที่เป็น ได้แก่ โรคอื่นๆ เช่น หอบหืด วัณโรค ไข้หวัด ไมเกรนร้อยละ 48.0 รองลงมา คือ โรคกระเพาะ ร้อยละ 24.0 ด้านปัญหาที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีปัญหาการสูญเสียไทม์ร้อยละ 31.0 รองลงมา คือ ปัญหาเศรษฐกิจร้อยละ 28.7

2. การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสพภัยภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังเกิดเหตุการณ์ประสพภัย 1 เดือน จากการสุ่มปรายงาน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในโครงการ พบว่ามีทั้งหมด 238 คน แต่เมื่อทำการติดตามหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน มีผู้มาตามนัดเพียง 209 คน คิดเป็นร้อยละ 87.8 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.9 มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 34.9

2.2 การศึกษาระดับภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสพภัยจากไข้หวัดนก ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน

ผลการศึกษาผู้ประสพภัยมีภาวะซึมเศร้า (6 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 14.4 ในกลุ่มนี้เมื่อประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 30.0 (หรือร้อยละ 4.3 ของผู้รับบริการทั้งหมด) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Anxiety

disorder มากที่สุดร้อยละ 72.7 รองลงมาเป็นโรค Depression disorder ร้อยละ 72 ได้รับการรักษาด้วยยาทางกายและทางจิตรวมกันร้อยละ 55.0 รองลงมาได้รับยา Diazepam และ Amitriptyline รวมกันร้อยละ 16.7 แพทย์ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการปรึกษาหรือคลายเครียด ร้อยละ 5.3

3. การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต 238 คน แต่เมื่อทำการติดตามหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน มีผู้มาตามนัด 235 คน คิดเป็นร้อยละ 98.7 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.1 มีอายุอยู่ในช่วง 61 ปีขึ้นไปร้อยละ 33.6

3.2 การศึกษาระดับภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรค การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ประสบภัยมีภาวะซึมเศร้า (6 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 11.5 ผู้มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 51.9 (หรือร้อยละ 6.0 ของผู้รับบริการทั้งหมด) การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ คือ No abnormality detected ร้อยละ 61.2 รองลงมาเป็นโรค Anxiety disorder ร้อยละ 25.9 ด้านการได้รับการรักษาส่วนใหญ่ไม่ต้องรับยาร้อยละ 45.6 แพทย์ส่งต่อให้การรักษาและคลายเครียดร้อยละ 2.1

4. การศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัย ไขหวัดนก ขณะประสบเหตุการณ์และภายหลังประสบเหตุการณ์ 1 เดือนและ 6 เดือน

4.1 การเปรียบเทียบระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าและคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ขณะประสบภัยมีภาวะซึมเศร้า (6 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 18.8 หลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 14.4 และหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.5

สำหรับคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ขณะประสบภัย มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 9.7 ภายหลังประสบภัย 1 เดือน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตวยร้อยละ 4.3 และหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.0 (เมื่อคำนวณจากผู้รับบริการทั้งหมด)

4.2 การเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคของกลุ่มตัวอย่างขณะประสบภัย และ ภายหลังประสบภัย 1 เดือน ผลการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรค Anxiety disorder ทั้ง 2 ระยะ คิดเป็นร้อยละ 41.3 และ 72.7 ตามลำดับ แต่ในระยะหลังประสบภัย

6 เดือน ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น No abnormality detected คิดเป็นร้อยละ 61.3 สำหรับโรค Anxiety disorder พบเป็นอันดับรองลงมาร้อยละ 26.0

4.3 การเปรียบเทียบการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง ขณะประสบภัยและภายหลังประสบภัย 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรักษาด้วยยาทางกายและยาทางจิตรวมกันร้อยละ 55.7 และ 55.0 ตามลำดับ ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน ส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาร้อยละ 45.6 รองลงมาได้รับการรักษา ด้วยยาทางกายและยาทางจิตรวมกันร้อยละ 25.1 และแพทย์ส่งต่อผู้ประสบภัยที่มีปัญหา ซ้ำซ้อนรับการปรึกษาและคลายเครียด ขณะประสบภัย ภายหลังประสบภัย 1 เดือน และ 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 5.8, 5.3 และ 2.1 ตามลำดับ

5. รูปแบบการดำเนินงานเพื่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัย ในเขต 6 ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้กับภัยพิบัติต่างๆ ภายใต้ชื่อว่า JVKK Disaster Care Model ซึ่งผ่านการดำเนินงาน ปรับปรุง แก้ไขอย่างเหมาะสมแล้ว ช่วยให้การดำเนินงานครั้งนี้เกิด ประสิทธิภาพผลสามารถช่วยผู้ประสบภัยได้ทันทั่วทั้งที่ สามารถสรุปแนวทางการปฏิบัติงาน ได้ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ภายหลังรับแจ้งเรื่องจาก เครือข่าย หรือจากสื่อมวลชนถึงความรุนแรงของสถานการณ์ และความต้องการการช่วยเหลือ ประสานงานเครือข่าย เพื่อกำหนดวัน เวลา สถานที่ที่ต้องออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ จัดประชุมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดำเนินงาน รวมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

ระยะที่ 2 การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจขณะประสบภัย โดยจัดทีมสุขภาพ จิตออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ตามที่กำหนด และปฏิบัติงานในพื้นที่ตามบทบาทและหน้าที่ที่ รับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพ ซึ่งมีขั้นตอนคือ สัมภาษณ์ผู้ประสบภัยตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น จากนั้น คัดกรองด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หากมีคะแนนภาวะซึมเศร้า 6 คะแนนขึ้นไป จะคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมด้วย จากนั้น สรุปรายงานส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคและให้การรักษา ในกรณีมีปัญหาซับซ้อน แพทย์จะส่งต่อรับบริการให้การปรึกษาและคลายเครียด จากทีมสุขภาพจิตที่ออกหน่วยร่วมกัน กรณีผู้ป่วยต้อง Refer จะเขียนใบ Refer ไปโรงพยาบาลใกล้เคียง ภายหลังออกหน่วยแพทย์ เคลื่อนที่เรียบร้อยแล้ว จะสรุปรายงานผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง (ตามเกณฑ์ข้อบ่งชี้ในกลุ่มผู้ที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้า 6 คะแนนขึ้นไป โรคทางจิตเวชที่แพทย์ ลงความเห็น ว่า ต้องติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง หรือผู้ประสบภัยรายใหม่ที่มีปัญหา สุขภาพจิตและพื้นที่ส่งต่อ) ให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

ระยะที่ 3 การบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังประสบภัย ภายหลังประสบภัย 1 เดือน ทีมสุขภาพจิตจะออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เพื่อให้บริการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจ โดยให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ที่บ่งชี้ที่ต้องเฝ้าระวัง หรือเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่พื้นที่ส่งต่อว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ต้องให้การบำบัด รักษา การให้บริการในช่วงนี้ ดำเนินการเช่นเดียวกับระยะที่ 2

สำหรับการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจ หลังประสบภัย 3 เดือน จะให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในแต่ละพื้นที่ที่มีผู้ป่วยต้องเฝ้าระวัง รายงานผลการดูแลให้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ทราบ ภายหลังประสบภัย 6 เดือน ดำเนินการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต โดยการติดตามให้บริการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจเป็นครั้งสุดท้าย ก่อนส่งต่อผู้รับบริการทั้งหมดให้เครือข่ายดูแลต่อเนื่องต่อไป สำหรับวิธีการให้บริการ ดำเนินการเช่นเดียวกันกับระยะที่ 2 โดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม ผู้ประสบภัยใช้หัตถนกแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่งพบแพทย์เพื่อรับยา หรือส่งต่อให้บริการปรึกษาและคลายเครียด หรือส่งต่อให้รับบริการที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ตามแนวทางการรักษาของแพทย์

ระยะที่ 4 การประเมินผลและสรุปรายงาน เป็นการประเมินผลการดำเนินงาน ในภาพรวมและสรุปรายงานเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานครั้งต่อไป (ดังภาพที่ 2)

6. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขในการดำเนินงาน พบว่ามีปัญหาดังนี้

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขในการดำเนินงาน จากผลการศึกษาพบว่า ปัญหาในการดำเนินงานเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ทั้งหมด ได้แก่

6.1 ด้านระบบการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค Depression disorder และส่งต่อโรงพยาบาลใกล้บ้าน จำเป็นต้องรับประทานยากลุ่ม SSRI ต่อเนื่อง แต่ยารักษาโรคกลุ่มนี้ บางตัวไม่มีในโรงพยาบาลชุมชน ได้ดำเนินการแก้ไขโดยการจัดส่งยากลุ่ม SSRI ไปให้โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายและประสานให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยรับยาไปให้ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาต่อเนื่อง

6.2 ผู้รับบริการไม่มาตามนัด เมื่อติดตามเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต 1 เดือน ภายหลังประสบภัย เนื่องจากผู้รับบริการบางส่วนไปทำงานต่างจังหวัดและในตัวเมือง เพื่อหารายได้ทดแทนจากการสูญเสียไป แก้ไขโดยการประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ให้แจ้งผู้รับบริการล่วงหน้า 1 เดือน กรณีอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ทีมสุขภาพจิตออกไปประสานเครือข่ายสุขภาพจิตด้วยตนเอง และสอนวิธีการเก็บข้อมูลแก่เครือข่ายฯ เพื่อให้ติดตามประเมินอาการให้โดยให้ส่งข้อมูลกลับมาภายใน 2 สัปดาห์ ผลจากการติดตาม 6 เดือน ผู้รับบริการมาตามนัดเพิ่มขึ้น

6.3 ผู้รับบริการบางรายมี Attempt Suicide สูง ไม่พร้อมเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ได้แก้ไขโดยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนต่อไป โดยแนะนำญาติและเครือข่ายสุขภาพจิตทราบถึงวิธีการดูแล การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการบางรายอาการเริ่มดีขึ้นภายหลังประสบเหตุการณ์ 1 เดือนแรก แต่หลังจากนั้นมีอาการแย่ลง เมื่อไปติดตามเยี่ยม 6 เดือน เนื่องจากผิดหวังที่ได้รับเงินค่าชดเชยไถ่ตายน้อยกว่าความเป็นจริง ได้ช่วยเหลือโดยการบำบัดรักษาด้วยยาทางจิต ให้การปรึกษาหรือคลายเครียด และส่งต่อเครือข่ายดูแลต่อเนื่อง หากมีปัญหามากสามารถปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

อภิปรายผล

1. ผลการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยใช้หวัดนกในเขต 6

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบภัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุอยู่ในช่วง 51 - 60 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรสคู่ จบประถมศึกษา อาชีพทำนาทำไร่ และมีอาชีพเสริมคือเลี้ยงไก่ที่มีอาชีพเลี้ยงสัตว์โดยตรงมี 7 ราย ร้อยละ 1.9 กลุ่มนี้มีการเลี้ยงไก่เป็นอาชีพหลัก ตั้งแต่ 5,000 ตัวขึ้นไป จนกระทั่งสูงสุดประมาณ 20,000 ตัว อำเภอที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่อยู่ในอำเภอเมืองขอนแก่น สำหรับครอบครัวผู้เสียชีวิตจากไข้หวัดนกมี 2 ครอบครัว คืออยู่ในอำเภอเมืองขอนแก่น 1 ครอบครัว อำเภอมีนบุรี 1 ครอบครัว (มี 1 คนตอบว่าอยู่อาศัย ณ จังหวัดนครพนม เป็นภรรยาผู้ป่วยที่เสียชีวิต และเมื่อทำพิธีศพเรียบร้อยแล้ว จึงกลับไปดำรงชีวิตอยู่ที่จังหวัดนครพนมเช่นเดิม ผู้วิจัยได้ส่งต่อผู้ป่วยรายนี้ให้โรงพยาบาลจิตเวช นครพนมราชชนครินทร์ บำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่องต่อไป เนื่องจากเป็นจังหวัดที่อยู่นอกเขตความรับผิดชอบ) ส่วนใหญ่สูญเสียไก่ที่เลี้ยงหารายได้ มีเพียงร้อยละ 9.1 ที่ตอบว่าไม่สูญเสียเนื่องจากมีบ้านอยู่อาศัยใกล้ฟาร์มเลี้ยงไก่ จึงวิตกกังวลว่าจะติดโรคไข้หวัดนกจึงมาขอรับบริการจากทีมสุขภาพจิต ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้ ไม่มีประวัติสัมผัสไก่อีก่อน และไม่มีอาการแสดงว่าเป็นโรคไข้หวัดนก สำหรับจำนวนไก่ที่สูญเสีย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 100 ตัว และความเสียหายเมื่อประเมินเป็นเงินอยู่ในช่วง 1 - 2,000 บาท มีการติดเชื้อของคนในครอบครัวเพียงร้อยละ 2.8 ส่วนใหญ่เรื่องทุกข์ใจจากการประสบภัยโดยทำให้เกิดอาการที่เกิดจากความทุกข์ใจหรือไม่สบายใจตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปร้อยละ 58.8 จากข้อมูลทั่วไป เมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาการแพร่ระบาดของไข้หวัดนกที่ต้องให้ประชาชนทำลายไก่หลายล้านตัวตลอดจนมีการสูญเสียชีวิตของประชาชนที่ติดเชื้อจากไข้หวัดนกร่วมด้วย ซึ่งในการศึกษาค้างนี้มีการสูญเสียชีวิตของคนในครอบครัว 2 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ที่รับผิดชอบ และได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจยังมีน้อยมาก เนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ราชนครินทร์ ทำการศึกษาเฉพาะพื้นที่ที่ร้องขอความช่วยเหลือ สำหรับพื้นที่อื่นๆ ที่มีการแพร่ระบาดและมีการสูญเสียเกิดขึ้น แต่สามารถดำเนินการช่วยเหลือตนเองได้และปัญหาที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงจึงไม่ได้ออกหน่วยเคลื่อนที่โดยทีมสุขภาพจิตไปให้บริการ

1.2 ในด้านการวินิจฉัยโรคของผู้ประสบภัยใช้หัตถ์ตรวจพบว่า ขณะประสบภัยและหลังประสบภัย 1 เดือน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค Anxiety disorder เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 ของทวี ตั้งเสรี และคณะ (2547) ที่พบว่าส่วนใหญ่ของผู้ประสบภัยได้รับการวินิจฉัยโรค Anxiety disorder เช่นกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Rubonic และ Bickman (1991) ซึ่งได้ทำการศึกษาทบทวนและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง วินาศภัย และจิตพยาธิสภาพที่เป็นผลจากวินาศภัย ในการศึกษาทั้งหมด 52 แห่ง พบว่า โรคที่พบสูงสุดคือ General anxiety disorder เช่นกัน โดยพบประมาณร้อยละ 40.0 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะหากอธิบายโรคนี้ด้วย Psychodynamic theory อธิบายว่า ความวิตกกังวลที่ผิดปกติมีสาเหตุมาจากความขัดแย้งของจิตใจในระดับ unconscious โดย Freud อธิบายว่าเป็นการตอบสนองของร่างกาย เป็นขบวนการปกติที่เกิดขึ้นเพื่อกำจัดความวิตกกังวล ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า เมื่อมีความไม่สบายใจเกิดขึ้นจิตมีแนวโน้มที่จะจัดการความไม่สบายใจนี้อย่างรวดเร็ว ความไม่สบายใจในรูปของความกังวลที่เกิดขึ้น มีสาเหตุมาจากการถูกเร้าโดยสถานการณ์ 2 แบบ คือ traumatic situations หมายถึง สถานการณ์ที่กระทบจิตใจรุนแรง เกินกว่าที่จะจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ มักเป็นการตอบสนองต่อความกลัวจากสิ่งเร้าที่เกิดเสมอๆ และ danger situation หมายถึงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดหรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นแล้วไม่สามารถจัดการได้ (พูนศรี รังษิณี, 2547)

สำหรับภัยพิบัติจากการศึกษารั้งนี้ถึงแม้ว่าเป็นเรื่องที่แตกต่างจากภัยพิบัติจากน้ำท่วมหรือภัยพิบัติอื่นๆ แต่ก็ภัยที่ก่อให้เกิดความเสียหายทั้งชีวิตและทรัพย์สินเช่นกัน (สูญเสียรายได้จากการลงทุนเลี้ยงไก่ ซึ่งพบว่าสูงสุดสูญเสียเงินประมาณ 2,000,000 บาท) โดยไม่คาดคิดมาก่อน โดยเฉพาะโรคไข้หวัดนกเป็นโรคที่ไม่เคยมีการระบาดมาก่อนในประเทศไทย ประชาชนส่วนใหญ่จึงขาดการเฝ้าระวังในเรื่องนี้ จึงเกิดการสูญเสียและความเสียหายอย่างมากโดยไม่คาดคิดและไม่ได้เตรียมการ หรือเตรียมใจมาก่อน ซึ่งนับว่าเป็นสถานการณ์ ทั้ง traumatic situation และ danger situation จึงเกิดเป็นโรค anxiety disorder มากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ภายหลังประสบภัย 6 เดือน ส่วนใหญ่ร้อยละ 61.3 ได้รับการวินิจฉัยว่า ไม่พบความผิดปกติ (No abnormality detected) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปรับตัวจนผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้ เพราะได้รับการช่วยเหลือจากหลายหน่วยงาน ทั้งการช่วยเหลือด้านการเจ็บป่วยทางร่างกาย จิตใจ และสนับสนุนให้เงินทดแทนที่สูญเสีย จึงสามารถปรับตัวได้ดี

เมื่อผ่านภาวะวิกฤตได้ 6 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ประสบภาวะวิกฤต และการปรับตัวของกรมสุขภาพจิต (2547) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลเกิดภาวะวิกฤตในชีวิตบุคคล จะมีปฏิกิริยาทางจิตใจเกิดขึ้น ทั้งปฏิเสธไม่ยอมรับ สับสนทางจิตใจ เกิดการต่อรองไม่ยอม ให้เกิดขึ้น ต่อมาเริ่มยอมรับและรับรู้ต่อการสูญเสีย ปรับตัวได้ แต่ก็อาจเกิดพยาธิสภาพของ โรคทางจิตเวชได้เช่นกัน หากบุคคลนั้นๆ ปรับตัวไม่ได้ โดยอาจเกิดโรค Adjustment disorder, Acute stress disorder, Post traumatic stress disorder, Anxiety disorder, Depression disorder, Psychotic disorder หรือ Suicide behaviour เมื่อพิจารณาผลการศึกษายหลังประสบภัยพิบัติ 6 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยบางกลุ่มที่ยังปรับตัวไม่ได้ และเกิดโรค Anxiety disorder ร้อยละ 26.0 และ Depression disorder ร้อยละ 3.0 ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการส่งต่อให้พื้นที่ดูแลต่อเนื่องต่อไป โดยเฉพาะผู้ป่วย Depression disorder ในจำนวนที่มี 1 รายที่ต้องให้การรักษาต่อเนื่อง อย่างน้อย 2 ปี เพราะมีอาการที่เด่นชัด และมีความคิดฆ่าตัวตายชัดเจน ทั้งๆ ที่ขณะเกิดเหตุการณ์ อาการไม่รุนแรงมาก แต่หลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน มีอาการมากขึ้นเพราะทราบว่าค่าชดเชย การสูญเสียไ้ ไม่ได้ตามที่วางแผนไว้ เนื่องจากเป็นไ้ชน ราคาตัวละประมาณหลายพันบาท จนถึงหลายหมื่นบาท สูญเสียเงินไปประมาณ 1 ล้านบาท แต่ได้รับเงินชดเชยเพียง 20,000 บาท จึงเกิดการสูญเสียมาก ทำใจยอมรับกับการสูญเสียไม่ได้ และมีการวางแผนฆ่าตัวตายที่ชัดเจน แต่เนื่องจากทีมสุขภาพจิตประเมินว่า แหล่งสนับสนุนทั้งในครอบครัว ชุมชน และโรงพยาบาล ให้การช่วยเหลือและให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง มีช่องทางด่วนในการประสานการดูแล ได้ตลอดเวลา จึงให้ผู้ป่วยรักษาอยู่ในพื้นที่ที่อยู่อาศัย โดยภรรยาและบุตรช่วยดูแลใกล้ชิด เมื่อประเมินผลครบ 6 เดือนหลังเกิดเหตุการณ์ ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ แต่ยังคงรับการรักษา อย่างต่อเนื่อง สำหรับ 6 รายที่เหลือที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Depression disorder ได้รับการ รักษาต่อเนื่องเช่นกัน แต่อาการไม่รุนแรง ซึ่งปัญหาจากการสูญเสียไ้จากภัยพิบัติใช้หัดนก มีไม่มาก แต่เนื่องจากมีปัญหาคอขวดอยู่เดิมจึงเสริมให้มีอาการมากขึ้นเมื่อพบกับภัยพิบัติ ครั้งนี้ เมื่อยุติบริการ 6 เดือนพบว่าทั้ง 6 รายอาการดีขึ้นเช่นกัน

1.3 ในด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ เมื่อพิจารณาจากการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า ขณะเกิดเหตุการณ์ ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน และ 6 เดือน พบว่า ภาวะซึมเศร้าลดลงจากเดิมคิดเป็นร้อยละ 18.8, 14.4 และ 11.5 ตามลำดับ ในขณะที่ คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีจำนวนเกือบเท่ากับขณะเกิดเหตุการณ์ ทั้งนี้อาจเป็น เพราะ 6 เดือน หลังเกิดเหตุการณ์ กลุ่มตัวอย่างทราบถึงผลการช่วยเหลืออย่างชัดเจน ว่าตนเอง จะได้รับเงินชดเชยคนละเท่าใด ซึ่งเป็นเงินจำนวนน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับ การสูญเสีย ที่ได้รับ นอกจากนี้ยังไม่มีใครรู้แน่ชัดว่าจะได้รับเงินเมื่อใด เนื่องจากรัฐบาลจะให้ความช่วยเหลือ หลังจากที่ทุกพื้นที่ของประเทศปลอดจากการระบาดของโรคหรือถูกประกาศให้เป็นพื้นที่ สีเขียวก่อน ซึ่งยังไม่มีใครรู้ว่าจะเป็นเมื่อใด จะอยู่ในกรอบเวลา 3 เดือน ตามที่รัฐบาลกำหนด

ไว้หรือไม่ และระหว่างที่รอคอยนั้นเกษตรกรจะมีชีวิตอยู่ได้อย่างไร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะช่วยเหลือเกษตรกรให้เป็นรูปธรรมได้อย่างไร (http://www.bangkokhealth.com/healthnews_htdoc/healthnews_H5N1.asp,2547)

สำหรับผลการรักษาเมื่อพิจารณาจากยาทางจิตที่ใช้รักษาผู้ป่วยเปรียบเทียบขณะเกิดเหตุการณ์ และหลังเกิดเหตุการณ์ 6 เดือน พบว่าขณะเกิดเหตุการณ์มีผู้รับบริการที่แพทย์ไม่ให้ยาเพราะไม่พบความผิดปกติ ร้อยละ 4.8 แต่ภายหลังเกิดเหตุการณ์ ไม่ได้รับยาเพราะแพทย์ไม่พบความผิดปกติร้อยละ 45.6 และเมื่อรวมกับผู้รับบริการที่รักษาด้วยยาทางกายอย่างเดียวมีร้อยละ 19.1 แสดงให้เห็นว่าผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น ปรับตัวได้และกลับคืนสู่สภาพปกติ สำหรับยาที่ใช้รักษาส่วนใหญ่คือ Diazepam และ Amitriptyline ซึ่งนอกจากรักษาด้วยยาแล้ว แพทย์ยังได้ส่งกลุ่มผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อนไปรับบริการปรึกษาและคลายเครียดอีกด้วย รวมทั้งส่งต่อผู้ที่อยู่ในข้อบ่งชี้ที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ช่วยเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง สำหรับแนวทางการให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สมชาย ต้นศิริสิทธิกุล และคณะ (2546) ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2547) ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ให้การรักษาด้วยยา Diazepam และ Amitriptyline เช่นกัน เนื่องจากการเป็นการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มประสาทยพิบัติเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตหากได้รับการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปของการช่วยเหลือโดยการให้การปรึกษา คลายเครียด การเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ และการช่วยเหลือด้านการรักษา เงินทุน หรือการช่วยเหลือปัจจัยพื้นฐานโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้กลุ่มคนเหล่านี้ไม่รู้สึกลำบากใจ ก็จะช่วยให้กลุ่มคนเหล่านี้สามารถปรับตัวได้ดี (ทัศนานุทอง, 2544; กรมสุขภาพจิต, 2547; มธุรดา นันทะแสง, 2547)

2. รูปแบบในการดำเนินงานช่วยเหลือผู้ประสาทยพิบัติ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ระยะ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2547) เนื่องจากนำแนวคิดการดำเนินงานมาจากการศึกษาของ ทวี ตั้งเสรี และคณะที่เคยดำเนินการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสาทยพิบัติในเขต 6 มาก่อน ถึงแม้ว่าลักษณะเหตุการณ์ที่ประสาทยพิบัติไม่เหมือนกัน แต่ผู้ที่ประสาทยพิบัติก็มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อภัยพิบัติเช่นเดียวกัน และผลของการช่วยเหลือในครั้งนี้ ในภาพรวมจากการดำเนินงานตาม 4 ระยะ ก็ช่วยให้ผู้ประสาทยพิบัติผ่านพ้นภาวะวิกฤต และปรับตัวได้ไม่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล หรือทำร้ายตนเองถึงแก่ชีวิต หากพิจารณาเฉพาะระยะที่ 2 ซึ่งเป็นระยะที่บำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจขณะประสาทยพิบัติ และระยะที่ 3 การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังประสาทยพิบัติ พบว่าจะคล้ายคลึงกับ Ursano และคณะ (1995)

ที่เน้นปฏิริยาที่เกิดขึ้นของผู้ประสบภัยพิบัติ และการช่วยเหลือระหว่างประสบภัยพิบัติ และปฏิริยาที่เกิดขึ้น และการช่วยเหลือหลังประสบภัยพิบัติมากกว่า เนื่องจากการศึกษาค้นคว้า นำแนวคิดของ Ursano มาเป็นกรอบในการดำเนินการช่วยเหลือ บำบัด รักษาเช่นกัน สำหรับการเพิ่มระยะที่ 1 ในการศึกษาขึ้นเพื่อเป็นการเตรียมการให้พร้อมของทีมสุขภาพจิต ก่อนลงพื้นที่เพื่อสามารถทำงานร่วมกันเป็นทีมงานสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งจะบำบัด รักษา แก่ผู้ประสบภัยพิบัติได้อย่างมีคุณภาพ สำหรับระยะที่ 4 การประเมินผลและสรุปรายงาน ที่คณะผู้วิจัยดำเนินการเพิ่มขึ้นเนื่องจากการประเมินผลจะช่วยให้การดำเนินงานในระยะเวลายาวนานของโครงการนี้ ดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องไม่หยุดชะงัก เพราะหากเกิดปัญหาการประเมินผลและการแก้ไขปัญหาพร้อมกันจะช่วยให้ปัญหาที่มีลดลง ทำให้การดำเนินงานเกิดความราบรื่นจนสิ้นสุดโครงการ แต่การดำเนินงานในระยะที่ 1 และระยะที่ 4 ก็สอดคล้องกับการดำเนินงานของ สุดาพรรณ ธัญจิรา (2545) ซึ่งมีระยะเตรียมการและมีการประเมินผลเป็นระยะ ๆ เช่นกัน

คณะผู้วิจัยได้พิจารณาสิ้นสุดโครงการนี้เมื่อ 6 เดือนภายหลังประสบภัยพิบัติ ซึ่งอาจแตกต่างจาก Cohen (1987) กล่าวว่าการฟื้นฟูบูรณะสภาพจิตใจ อาจใช้เวลานานเป็นปี ทั้งนี้เนื่องจากคณะผู้วิจัยมีการดำเนินงานในระบบเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ช่วยเหลือการดำเนินงานสุขภาพจิตในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ซึ่งได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประจำอยู่ ณ สถานีนามัย และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบได้เป็นอย่างดี เนื่องจากการได้รับการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องจากแม่ข่ายระดับเขต (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์) มาตลอด 6 ปี ทั้งในรูปแบบการบรรยาย การเผยแพร่คู่มือการปฏิบัติงาน เอกสาร ตำรา จดหมายข่าว และการประชุมสัมมนา ตลอดจนการติดตามเยี่ยมเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 จนถึงปัจจุบัน จึงทำให้มั่นใจว่าสามารถบำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพจิตใจให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างดี จนกระทั่งสามารถปรับตัวดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.1 ในการดำเนินการครั้งนี้ได้นำรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยในเขต 6 ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้กับภัยพิบัติต่างๆ ภายได้ชื่อว่า JVKK Disaster Care Model ซึ่งผ่านการดำเนินงาน ปรับปรุงแก้ไขอย่างเหมาะสมแล้ว ช่วยให้การดำเนินงานครั้งนี้เกิดประสิทธิผล สามารถช่วยผู้ประสบภัยได้ทันทั่วถึง ช่วยให้ผู้ประสบภัยสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข

1.2 การดำเนินงานตามรูปแบบนี้จะประสบผลสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับหลายๆ ปัจจัย ได้แก่ ความร่วมมือของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตทุกระดับ ตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบล ดังนั้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาเสริมสร้างความรู้ ความสามารถ ทักษะในการ ประเมินและการดูแลผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ความร่วมมือของทีมสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วยสหวิชาชีพต่างๆ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด โดยมีการประชุมทีม สุขภาพจิตถึงบทบาทแนวทางแก้ไขปัญหายุ่งยากที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้การติดตามบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจผู้ป่วยประสบภัยในครั้งต่อไป เกิดประสิทธิภาพต่อผู้รับบริการมากที่สุด

1.3 มีการกำหนดช่องทางการติดต่อกรณีมีปัญหาเร่งด่วนและต้องการคำปรึกษา จากแม่ข่ายระดับโรงพยาบาลจิตเวช โดยเปิดให้ติดต่อได้ทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง จะ ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในความรับผิดชอบเกิดผลดีมากยิ่งขึ้น

1.4 ในการส่งยารักษาผู้ป่วยในพื้นที่ๆ มีความจำเป็นต้องรับยาต่อเนื่องควร ประสานงานกับเครือข่ายในโรงพยาบาลว่าโรงพยาบาลมียาหรือไม่เพื่อผลการรักษาที่ต่อเนื่อง

1.5 ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยประสบภัย ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1 เดือน และ 6 เดือน ควรมีการนัดหมายผู้รับผิดชอบก่อนล่วงหน้า 1 เดือน โดยแม่ข่ายประสานงานกับเครือข่าย สุขภาพจิตทางโทรศัพท์ ในกรณีที่พื้นที่นั้นที่ตั้ง เช่น อำเภอเมือง ทีมสุขภาพจิตจะออกไป ประสานกับเครือข่ายสุขภาพจิตด้วยตนเอง เพื่อให้เครือข่ายนัดผู้รับบริการให้มารับบริการ ตามกำหนดให้ได้มากที่สุด

1.6 ในการดำเนินงานครั้งนี้ได้นำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าซึ่งพัฒนาขึ้นมาใช้ ตามระเบียบวิธีวิจัย โดยใช้ JVKK Depressive Screening Test ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มี Cut off point ที่ 6 คะแนนขึ้นไป มีค่า Sensitivity ร้อยละ 86.8 ค่า Specificity ร้อยละ 79.8 และแบบคัดกรอง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มี Cut off point ที่ 2 คะแนนขึ้นไป มีค่า Sensitivity ร้อยละ 84.2 ค่า Specificity ร้อยละ 88.0 ซึ่งแบบคัดกรองทั้งสอง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้พัฒนาทดสอบผ่านการทดลองใช้ และศึกษาความถูกต้องแล้ว (Validity Study)

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาและประเมินผล การดำเนินงานในการนำรูปแบบการ ดำเนินงาน เพื่อบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ป่วยประสบภัยพิบัติ ไปทดลองใช้ในพื้นที่ ที่ประสบภัยไขว่दनก หรือภัยพิบัติต่างๆ ทั่วทุกภาคของประเทศ รวมทั้งมีการพัฒนารูปแบบ ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่นั้น ๆ

2.2 พัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสบภัย แล้วนำผลการศึกษาที่ได้พัฒนาเป็นเทคโนโลยีการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจผู้ประสบภัยพิบัติต่อไป

2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวชที่ต้องเฝ้าระวัง เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการเผชิญปัญหา เมื่อเกิดภาวะวิกฤตในชีวิตขึ้น เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตกำเริบ

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลจิตใจประชาชนในสถานการณ์ระบาดของโรคไข้หวัดนก.
นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทยจำกัด, 2547.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ดูแลจิตใจอย่างไรในสถานการณ์ระบาดของโรคไข้หวัดนก.
นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทยจำกัด, 2547.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคไข้หวัดใหญ่สัตว์ปีก (Avian Influenza) หรือ โรคไข้หวัดนก (Bird Flu). [online] 2004. Available from: http://www-ddc.moph.go.th/Bird_flu_brief_12072004.html [2005 Feb 10].
- เดชา บัวเทศ. รายงานการสอบสวนโรคไข้หวัดนก 1 ราย จังหวัดสุพรรณบุรี. ใน : กระทรวงสาธารณสุข
บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธารณสุขประจำปี 2547 นำเสนอในการประชุมวิชาการ
กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 12 “เมืองไทยสุขภาพดี วิถีที่มั่นคง”. นนทบุรี : กระทรวง
สาธารณสุข, 2547.
- ทวี ตั้งเสรี และคณะ. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย.
ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์, 2546.
- ทวี ตั้งเสรี และคณะ. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. ขอนแก่น : โรงพิมพ์
พระธรรมขันธ์, 2546.
- ทวี ตั้งเสรี และคณะ. การศึกษาผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยใน
เขต 6. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์, 2547.
- ทัศนาศ บุญทอง. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะวิกฤต. ใน : เบญจพิชญ์ เจริญบุญ. บรรณาธิการ.
การส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช, 2544 : 145 - 64.
- ประสงค์ พุกขานานนท์. ทำไมไข้หวัดนกจึงน่ากลัว?. ใกล้เคียง 2547 ; 28 (2) : 84 - 5.
- ประเสริฐ ทองเจริญ. ไข้หวัดใหญ่ของสัตว์ปีกหรือไข้หวัดนก. สารคดีราช 2541 ; 50 (6) : 631 - 8.
- พูนศรี รังษิณี, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และ นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์
สำหรับนักศึกษาแพทย์. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา, 2547.
- มดิชน. โรคไข้หวัดนก (Avian influenza, Bird Flu). [online]. Available from: <http://www.matichon.co.th/avian-flu/column.php?news=2>. [2004 Jun 25].
- มดิชน. เส้นทาง หวัดมรณะ ไซบีเรีย-ไทย. [online] 2004. Available from: http://www.matichon.co.th/avian-flu/Avian_Flu.pdf. [2004 Jun 25].
- มธุรดา นันทะแสง. Crisis Intervention. [online]. Available from: <http://www.md.chula.ac.th/psychi/dent/crisis.htm>. [2004 Aug 13].

มาลินี จิตตกานต์พิชัย. การตรวจวินิจฉัยโรคไข้หวัดนกทางห้องปฏิบัติการ. ใน : กระทรวงสาธารณสุข
บทคัดย่อผลงานวิชาการสาธารณสุขประจำปี 2547 นำเสนอในการประชุมวิชาการ
กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 12 “เมืองไทยสุขภาพดี วิถีที่มั่นคง”. นนทบุรี : กระทรวง
สาธารณสุข; 2547.

ยง ภู่วรวรรณ, ภัทรธิดา สงวนหมู่. ไข้หวัดใหญ่และไข้หวัดนก. คลินิก 2547; 20 (2) : 91 - 9.

วีระชัย ศักดาจิระเจริญ. โรคไข้หวัดนก (Avian Influenza). [online]. Available from: http://203.115.220.217/office/Vet/zoonosis_epi/bird%20flu.htm. [2004 Jun 25].

สุดาพรรณ ธัญจิรา. บทบาทของพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับสาธารณสุข. ใน : ปราณี นน่อเพ็ชร.
บรรณาธิการ. การพยาบาลชุมชนและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น. กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2545 : 419 - 20.

สันติชัย จำจิตรขึ้น. Crisis intervention. [online] Nov 1995. Available from: <http://www.mahidol.ac.th/mahidol/ra/rapc/crisis.html>. [2004 Aug 13].

สมชาย ต้นศิริสิทธิกุล, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, ธาณินี มาลัยมาตร. ผลกระทบของอุทกภัยต่อ
ปัญหาสุขภาพจิต. ใน : กรมสุขภาพจิต. การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิต
กับยาเสพติด ปี 2546. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2546 : 199.

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. โรคไข้หวัดนก. [online]. Available from: <http://www.pidst.or.th/birdflu1.html>.
[2004 Jun 26].

สำนักควบคุมป้องกันและบำบัดโรคสัตว์. โรคไข้หวัดนก. [online] 2004. Available from: <http://www.google.co.th>. [2004 Jun 26].

สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์โรคไข้หวัดนกในคน
ณ วันที่ 19 มีนาคม 2547. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค; 2547.

Anucha Apisarnthanarak, Rungrueng Kitphati, Kanokporn Thongphubeth, Prisana Patoommanunt,
Pimjai Anthanont, Wattana Auwanit and et al. Atypical avian influenza (N5N1). [online].
Avialable from : http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol 10 no 7/04_0415.htm. [2004 Jul 23].

Buscarino JA, Galea S, Ahearn J, Resnick H, Vlahov D. Utilization of mental health service following
the September 11th terrorist attacks in Manhattan, New York City. Int J Emerg Ment
Health 2002; 4 (3) : 143 - 55.

Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA. Avian influenza, infection in humans.
[online]. Available from : <http://www.cdc.gov/flu/avian/gen-info/avian-flu-humans.htm>.
[2004 Aug 30].

_____. Influenza pandemics. [online]. Available from : <http://www.cdc.gov/flu/avian/gen-info/pandemics.htm>. [2004 Aug 30].

_____. Influenza viruses. [online]. Available from : <http://www.cdc.gov/flu/avian/gen-info/flu-viruses.htm>. [2004 Aug 30].

- _____. Spread of avian influenza viruses among birds. [online]. Available from : <http://www.cdc.gov/flu/avian/gen-info/spread.htm>. [2004 Aug 30].
- _____. Transmission of influenza A viruses between animals and people. [online]. Available from : <http://www.cdc.gov/flu/avian/gen-info/transmission.htm>. [2004 Aug 30].
- Chemtob CM, Tomas S, Law W, Cremniter D. Postdisaster psychological intervention : a field study of the impact of debriefing on psychological distress. *Am J Psychiatry* 1997 ; 154 (3) : 415 - 7.
- Cohen RC Culp and Genser. Human problem in major disaster : a training curriculum for emergency medical personnel. Washington DC. : Government Printing office ; 1987 : 1 - 23
- Crichton EJ, Elliott SJ, Meer J, Small I, Upshur R. Impact of an environmental disaster on psychological health and well being in Karakalpakstan. *Soc Sci Med* 2003 ; 56 (3) : 551 - 67.
- Elklit A. The aftermath of an industrial disaster. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1997; 392: 1 - 25.
- Grant SM, Hardin SB, Pesut DJ, Hardin T. Psychological evaluation, referral and follow-up of adolescents after their exposure to Hurricane Hugo. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 1997 ; 10(1) : 7 - 16.
- Health Canada. Avian influenza outbreaks. [online] Jun 2004. Available from: http://www.mapleleafweb.com/education/spotlight/issue_50/outbreaks.html. (2004 Nov 17).
- http://www.bangkokhealth.com/healthnews_htdoc/healthnews_H5N1.asp. [2004 Jun 25].
- <http://www.did.go.th/dcontrol/avianflu.html>. [2004 Jun 25].
- Kanta Subbarao, Alexander Klimov, Jacqueline Katz, Helen Regnery, Wilina Lim, Henrietta Hall and et al. Characterization of an avian influenza A (H5N1) virus isolated from a child with fatal respiratory illness. *Science* 1998 ; 279 : 393 - 6.
- Medindia. Bird flu/avian influenza. [online] 2004. Available from : <http://www.medindia.net/Patients/patientinfo/birdflu.asp>. [2004 Aug 16].
- Nation Multimedia Group. Bird flu. [online] 2004. Available from: http://www.nationmultimedia.com/specials/birdflu/index_who.php. [2004 Aug 16].
- Office of Travel & Tourism Industries, US Department of commerce. Agricultural quarantine inspection database : Highly pathogenic avian influenza, Thailand. January 26, 2004 Impact Worksheet. [online] Jan 2004. Available from : http://www.aphis.usda.gov/vs/ceah/cei/IW_2004_files/hpai_thailand.../hpai_thailand_0104.htm. [2004 Aug 13].
- Rosen A. Crisis management in community. *MJA* 1997; 167 : 633 - 8.
- Rubonic AV and Bickman L. Psychological impairment in the wake of disaster : the disaster psychopathology relationship. *Psychological Bulletin* 1991; 384 - 99.

- Ursano RC, Fullerton and Norwood A. Psychiatric dimensions of disaster : patient care, community consultation and prevention medicine. Harvard Review of Psychiatry 1995; 3 : 196-209.
- Wood DP, Cowan ML. Crisis intervention following disaster:are we doing enough? (A second look). Am J Emery Med 1991 ; 9 (6) : 598 - 602.
- World Health Organization. Avian influenza-fact sheet. [online] Jan 2004. Available from : <http://www.who.int/csr/don/2004-01-15/en/>. [2004 Aug 30].
- World Organization for Animal Health, World Health Organization. Newcastle disease and highly pathogenic avian influenza, subtype H5N1, Thailand. [online] July 2004. Available from : http://www.aphis.usda.gov/vs/ceah/cei/WI_2004_files/.../newcastleandhpaithailand.0604.htm. [2004 Aug 13].

ภาคผนวก

1. แบบสอบถามผู้ประสบภัยไข้หวัดนก
2. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า
3. แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ใบตรวจสุขภาพสำหรับผู้ประสบสาธารณภัย
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....สกุล.....
อายุ.....เพศ.....สถานภาพสมรส.....
การศึกษา.....อาชีพ.....
ที่อยู่.....
.....

2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับไข้หวัดนก

- 2.1 ท่านสูญเสียสัตว์ปีกที่เลี้ยงหรือไม่ ☐ 1. สูญเสีย ☐ 2. ไม่สูญเสีย
- 2.2 กรุณาระบุจำนวนที่สูญเสีย.....ตัว คิดเป็นเงิน.....บาท
- 2.3 ในครอบครัวของท่านมีผู้ติดเชื้อจากไข้หวัดนกหรือไม่ ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี
- 2.4 ถ้ามีการติดเชื้อจากไข้หวัดนกในครอบครัวของท่านขณะนี้อาการเป็นอย่างไร
- ☐ 1. สังเกตอาการอยู่ที่บ้าน ☐ 2. รักษาตัวใน ร.พ.....
- ☐ 3. ถึงแก่กรรมแล้ว ☐ 4. อื่น ๆ.....

3. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ

3.1 ท่านคิดว่าท่านรู้สึกทุกข์ใจหรือไม่สบายใจมากจากภาวะภัยพิบัติในครั้งนี้

- ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี

(อาการ เช่น นอนไม่หลับ วิตกกังวล หายใจไม่อิ่ม ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อย
ไม่มีสมาธิในการทำงานใดๆ เป็นต้น)

3.2 อาการสำคัญ.....
.....
.....
.....
.....

3.3 สรุปผลการคัดกรอง

1. ภาวะซึมเศร้า ☐ 1. ไม่มี (5 คะแนนลงมา)
☐ 2. มี (6 คะแนนขึ้นไป)
2. ภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ☐ 1. ไม่มี (0 - 1 คะแนน)
☐ 2. มี (2 คะแนนขึ้นไป)

3.4 การวินิจฉัยโรค.....

3.5 การรักษา.....

แพทย์ผู้ให้การรักษา.....

3.6 ส่งต่อให้การรักษา ☐ 1. ส่งต่อ ☐ 2. ไม่ส่งต่อ

3.7 ผลการให้การรักษา.....

ผู้ให้การรักษา.....

3.8 ส่งต่อพื้นที่ดูแลต่อเนื่อง

- ☐ 1. ส่งต่อดูแลจิตใจให้แก่เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ทันที
- ☐ 2. ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช
- ☐ 3. ส่งต่อในการดูแลตามระบบผู้ประสบสาธารณภัย
- ☐ 4. อื่นๆ.....

3.9 ราคายา.....บาท

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ - สกุล.....
2. ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
3. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
4. อายุ.....ปี
5. การศึกษา () 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา
() 4. ต่ำกว่าปริญญาตรี () 5. ปริญญาตรี () 6. อื่นๆ ระบุ.....
6. อาชีพ (ตอบได้มากกว่า 1 อาชีพ)
() 1. เกษตรกรรม () 2. รับจ้าง () 3. ค้าขาย
() 4. รับราชการ () 5. ว่างงาน () 6. อื่นๆ ระบุ.....
7. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. คู่อยู่ด้วยกัน () 3. คู่แยกกันอยู่ () 4. หม้าย () 5. หย่า/ร้าง
8. ในช่วงหนึ่งเดือนนี้หรือก่อนหน้านี้อ ท่านมีปัญหาลักษณะในข้อใดบ้าง (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค)
() 1. ไม่มี () 2. มี (ถ้ามีตอบคำถามข้อ 9 ด้วย)
9. โรคที่ท่านมีปัญหา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() 1. ความดันโลหิตสูง () 2. โรคปอดหรือหลอดลม () 3. โรคหัวใจ
() 4. โรคกระดูกและข้อ () 5. เนื้องอก () 6. เบาหวาน
() 7. อัมพาต () 8. โรคทางจิตเวช () 9. โรคกระเพาะ
() 10. อื่นๆ ระบุ.....
10. ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า.....

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

สอบถามผู้รับบริการว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้โดยให้ตอบคำถามในแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าให้ครบทุกข้อ

รายการประเมิน

	มี	ไม่มี
1. รู้สึกจิตใจหม่นหมองหรือไม่ (เกือบตลอดทั้งวัน)	☐	☐
2. รู้สึกเป็นทุกข์หรืออยากร้องไห้	☐	☐
3. รู้สึกหมดอาลัยตายอยาก	☐	☐
4. รู้สึกไม่มีความสุข หมดความสนุก กับสิ่งที่เคยชอบและเคยทำ	☐	☐
5. รู้สึกผิดหวังในตัวเอง และโทษตัวเองในสิ่งที่เกิดขึ้น	☐	☐
6. รู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตัวเอง	☐	☐
7. รู้สึกอยากอยู่คนเดียว ไม่อยากสูงส่งกับใคร	☐	☐
8. รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า	☐	☐
9. คิดอะไรไม่ออก	☐	☐
10. หลงลืมง่าย	☐	☐
11. คิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ	☐	☐
12. ทำอะไรผิดพลาด เชื่องช้ากว่าปกติ	☐	☐
13. รู้สึกอ่อนเพลียง่ายเหมือนไม่มีแรง	☐	☐
14. รู้สึกเบื่ออาหาร กินได้น้อยกว่าเดิม	☐	☐
15. นอนหลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท	☐	☐

การแปลผล

ตอบ (มี) ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการบริการการปรึกษา หรือส่งพบแพทย์และคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายควบคู่กันด้วย

แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

1. ชื่อ - สกุล.....
2. ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....
3. เคยฆ่าตัวตายหรือไม่ ☐ 1. เคย ☐ 2. ไม่เคย
4. เคยพยายามฆ่าตัวตายในอดีต.....ครั้ง
5. ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย
ถ้ามี มีวิธีการอย่างไร
ครั้งที่ 1 วิธีการ.....สาเหตุ.....
เวลา.....สถานที่.....
ครั้งที่ 2 วิธีการ.....สาเหตุ.....
เวลา.....สถานที่.....
ครั้งที่ 3 วิธีการ.....สาเหตุ.....
เวลา.....สถานที่.....
ครั้งที่ 4 วิธีการ.....สาเหตุ.....
เวลา.....สถานที่.....

แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สามารถประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยสอบถามว่า 2 สัปดาห์นี้มีเหตุการณ์ อาการ หรือความคิด ความรู้สึก ดังต่อไปนี้หรือไม่

รายการประเมิน

	มี	ไม่มี
1. มีสีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมอง เศร้าซึม ร้องไห้ (ผู้สัมภาษณ์สังเกตพบขณะสัมภาษณ์)	☐	☐
2. เป็นโรคเรื้อรังหรือเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมาก	☐	☐
3. เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุฆ่าตัวตายหรือเคยทำมาก่อน	☐	☐
4. สูญเสียอวัยวะสำคัญอย่างไม่คาดคิด (ระบุอวัยวะที่สูญเสีย.....)	☐	☐
5. มีการสูญเสียของรัก (คนรัก เงินทอง หรือบุคคลอันเป็นที่รักหน้าตาที่ทำงาน)	☐	☐
6. ทำนดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง ดื่มหนัก ดื่มจนเมา	☐	☐
7. มีเรื่องกดดัน หรือคับข้องใจ	☐	☐

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย)	นางไพลิน ประชญกุลปต์
(ภาษาอังกฤษ)	Mrs. Pilin Prabchayacrob
รหัสประจำตัวนักวิจัย	00 - 03 - 6836
ตำแหน่งปัจจุบัน	นักสังคมสงเคราะห์ 6
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ถนนชาตะผดุง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 โทรศัพท์ 0-4322-7422 ต่อ 2313, 0-6706-1911 โทรสาร 0-4322-4722
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2539 ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 1 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2547 ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผลงานวิจัย/ผลงานวิชาการที่พิมพ์เผยแพร่	
ผู้วิจัยหลัก 1 เรื่อง	พ.ศ. 2546 หลักประกันสุขภาพกับการใช้บริการสงเคราะห์ของ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ กรณีศึกษา ผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ คีตผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ผู้ร่วมวิจัย 6 เรื่อง	พ.ศ. 2542 การประเมินผลโครงการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ในชุมชน จังหวัดสกลนคร
	พ.ศ. 2543 องค์ความรู้จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและ ครอบครัว ในชุมชน จังหวัดสกลนคร
	พ.ศ. 2543 การประเมินผลโครงการชุมชนกับการมีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยใช้กระบวนการ AIC ณ อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น
	พ.ศ. 2546 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า
	พ.ศ. 2547 กรณีศึกษาเรื่องพิธีโล้ผีปอบในช่วงการประชุม APEC : ผลการช่วยเหลือภาวะวิกฤตชุมชน ปี พ.ศ. 2527
	พ.ศ. 2547 การประเมินผลโครงการฝึกอบรมการให้การปรึกษาในชีวิต สมรส

โรงพยาบาลลพบุรี
169 หมู่ 4 อ.เมือง
จ.ลพบุรี 40000
โทรศัพท์ 0813.13 /2797

ชำระค่าฝากเป็นรายเดือน
ใบอนุญาตที่ 2/2529
ศรีจันทร์

เรียน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลพบุรี
ตำบลบัวแดง
อำเภอพัฒน์ราษฎร์ จังหวัดร้อยเอ็ด
45190