แนวทางการปฏิบัติงานในระดับเขต
สำหรับการช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตจากผีปอบ ผีเข้า และความเชื่ออื่น ๆ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ.2550

เลขทะเบียน 000967
วันที่ 8 ม.ค. 2551
เลขเรียกหนังสือ W 740
จ111ท 2550

ชื่อเรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานในระดับเขตสำหรับการช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตจากผีปอบ ผีเข้า และความเชื่ออื่นๆ

ที่ปรึกษา

นพ.มล.สมชาย	จักรพันธุ์	อธิบดีกรมสุขภาพจิต
นพ.อภิชัย	มงคล	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
นพ.ทวี	ตั้งเสรี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
นพ.ศักดา	กาญจนาวิโรจน์กุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
นพ.ธรณินทร์	กองสุข	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
นพ.จุมภฏ	พรมสีดา	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
นพ.ประภาส	อุครานันท์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

บรรณาธิการ

นางวัชนี	หัตถพนม	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
นพ.ณัฐกร	จำปาทอง	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
นางสุวดี	ศรีวิเศษ	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

คณะทำงาน

นางปารถนา	คำมีสีนนท์	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
นายไพรวัลย์	ร่มซ้าย	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
นางกาญจน์กนก	สุรินทร์ชมพู	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

พิมพ์ครั้งที่ 1 วันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2550

จำนวน 100 เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

ความเชื่อเป็นเรื่องที่อยู่กับสังคมไทยมานาน มีความสัมพันธ์กับศาสนา วัฒนธรรมที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาหลายชั่วอายุคน ซึ่งพยายามหาคำตอบในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจนอาจจะทำให้เกิดภาวะวิกฤตในชุมชนได้ โดยเฉพาะในภาคอีสานยังมีความเชื่อในเรื่องผีปอบที่ฝังลึกอยู่ในจิตใจ หากได้ยินว่ามีการล้มตายหรือมีพิธีกรรมไล่ปอบ หรือมีผีเข้าคนอีสานถือเป็นเรื่องใหญ่ที่ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกัน เพราะเป็นเรื่องความเป็นความตายที่ต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดขึ้นในครอบครัว และเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยของคนในชุมชนตามมา ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงต้องอาศัยความร่วมมือและใช้ศักยภาพของชุมชนเป็นสำคัญ ตลอดทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้เชี่ยวชาญเป็นส่วนหนึ่งในทีมของชุมชนในการแก้ไขสถานการณ์ให้สงบลง ดังนั้น เพื่อให้เกิดแนวทางการปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิตจึงได้จัดทำ คู่มือการปฏิบัติงานการช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตจากผีปอบและความเชื่ออื่นๆขึ้นมา เพื่อช่วยให้บุคคลที่จะเข้าไปดำเนินการช่วยเหลือในเรื่องผีปอบ ผีเข้า และความเชื่ออื่นๆ มีความรู้ ความเข้าใจในบริบทที่เกี่ยวกับความเชื่อที่มีอยู่ และให้การช่วยเหลือตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง คู่มือเล่มนี้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานในระดับเขต ซึ่งมีเนื้อหาประกอบไปด้วย บทนำ องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน แนวทางการช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตจากผีปอบ ผีเข้า และความเชื่ออื่นๆ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจทำความเข้าใจในความเชื่อที่ถูกต้อง ช่วยให้เข้าใจบริบท สังคม วัฒนธรรมของประชาชนภาคอีสาน อันจะนำไปสู่การให้ความช่วยเหลือกลุ่มคนที่ประสบกับภาวะวิกฤตจากผีปอบ ผีเข้า และความเชื่ออื่นๆ อย่างเข้าใจ ไม่ขัดแย้งหรือเป็นปฏิปักษ์กับ ความเชื่อนั้นๆ ช่วยให้เกิดความร่วมมือของคนในชุมชนในการแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดีและมีเนื้อหาสาระที่ใกล้เคียงกับบริบททั้งทางสังคมวัฒนธรรมของชาวอีสาน เนื่องจากได้ผู้ที่มีประสบการณ์ตรงที่อาศัยอยู่ในชุมชนภาคอีสาน 19 จังหวัด ได้แก่ พระภิกษุสงฆ์ แกนนำชุมชน อาจารย์ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. อสม. ผู้สูงอายุ ที่ร่วมระดมสมองจนได้เนื้อหาสาระที่สำคัญจากการประชุมสัมมนาการพัฒนาเทคโนโลยีการช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตจากผีปอบ ผีเข้า และความเชื่ออื่นๆ คณะทำงานจึงใคร่ขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาเอกสารฉบับนี้มา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณนางนาตยา ทฤษฎีคุณ ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 และนางสาวบังอร ศรีเนตรพัฒน์ ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 6 ที่กรุณาช่วยประสานงานและให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการด้วยดีตลอดมา

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอที่ช่วยกรุณาให้ความอนุเคราะห์ส่งบุคลากรเข้าร่วมโครงการด้วยดี

วัชนี หัตถพนม และคณะ

ตุลาคม 2550

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทที่1 บทนำ	1
บทที่2 องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน	3
1. ความรู้เรื่องผีปอบ	3
1.1 ความหมายของผีปอบ	3
1.1.1 ความหมายตามมุมมองของประชาชน	3
1.1.2 ความหมายตามมุมมองของนักวิชาการ	4
1.2 สาเหตุของการเกิดผีปอบ	6
1.3 อาการและอาการแสดง	7
2. ความรู้เรื่องโรคอุปทาน	8
2.1 ความหมายของโรคอุปทาน	8
2.2 สาเหตุการเกิดโรคอุปาทาน	9
2.3 การระบาด	10
3. การวินิจฉัย	10
4 การบำบัดรักษา	14
5. ผลกระทบจากวิกฤตความเชื่อเรื่องผีปอบ ผีเข้าและความเชื่ออื่นๆ	15
6. การดูแลจิตใจในภาวะวิกฤต	16
บทที่ 3 แนวทางการช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตจากผีปอบ ผีเข้า และความเชื่ออื่นๆ	21
1. บทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานระดับเขตในการดูแลช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตจากผีปอบ ผีเข้าและความเชื่ออื่นๆ	21
2. หลักการดูแลช่วยเหลือ	22
3. แนวทางการให้การช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตจากผีปอบ ผีเข้า และความเชื่ออื่นๆ	25
4. แนวทางการให้การช่วยเหลือกรณีอุปทานหมู่	29
เอกสารอ้างอิง	36
ภาคผนวก	39

บทที่1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเชื่อเป็นวัฒนธรรมดั้งเดิมของคนอีสาน เป็นวิถีชีวิตชุมชนหรือวัฒนธรรมชุมชน เป็นความเชื่อส่วนบุคคลเป็นชีวิตส่วนหนึ่งของชนบท สังคม เชื้อชาติ ศาสนา ซึ่งอาจมีความเกี่ยวเนื่องกับประสบการณ์และวัฒนธรรมของคนในท้องถิ่นนั้นๆถูกสั่งสมความเชื่อมานาน เป็นสิ่งที่ไม่มีข้อพิสูจน์มาหักล้างความเชื่อเดิม ถูกถ่ายทอดจากผู้ที่มีความเชื่อสืบทอดจากคนรุ่นเก่ามาสู่คนรุ่นใหม่ จากการเล่าสืบต่อกันมาของพ่อแม่สู่รุ่นลูกหลาน ความเชื่อเรื่องผีปอบ ผีเข้าหรือความเชื่ออื่นๆ รวมถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ เป็นเรื่องที่อยู่คู่กับชุมชนเรามานาน และมีผลต่อการดำรงชีวิตของคนในชุมชน เช่น การจะลงมือทำอะไร ไม่ว่าจะเป็นการสร้างบ้าน ทำไร่ ทำนา ทำสวน ก่อนลงมือทำ ต้องมีการบอกกล่าวหรือขอขมา เพื่อความเป็นศิริมงคลในการดำเนินงาน กิจการต่างๆ

ความเชื่อเป็นเรื่องสิทธิส่วนบุคคลของคนในชุมชนว่าใครจะมีความเชื่อ หรือไม่เชื่อมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับเหตุผล สถานการณ์ บริบทต่างๆ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล แต่เดิมคนในพื้นที่มีความเชื่อเรื่องไสยศาสตร์มาก แต่ปัจจุบันยุคสมัยและเหตุการณ์เปลี่ยนไป มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาอธิบายได้ ดังนั้นการเชื่อหรือไม่ จึงขึ้นกับสถานการณ์ในขณะนั้น ว่ามีเหตุผลหรือปัจจัยอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง สามารถอธิบายด้วยเหตุผลได้หรือไม่ บางคนมีความเชื่อเรื่องผีปอบ โดยให้เหตุผลเพราะเห็นเหตุการณ์จริง มีผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบจริง และคนในชุมชนก็เป็นไปตามคนที่เป็นปอบกล่าวถึง บางครั้งเชื่อเพราะไม่อยากขัดแย้งกับชุมชน ต้องคล้อยตามความคิดเห็นของคนส่วนมาก ไม่อยากให้เกิดความขัดแย้ง บางคนไม่มีความเชื่อเรื่องนี้ เพราะคิดว่าเป็นเรื่องงมงาย พิสูจน์ไม่ได้จริง ส่วนมากคนที่ถูกกล่าวหามักจะมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว มีความเครียด มีปัญหาทางจิตใจ หรือมีความขัดแย้งระหว่างบุคคล จึงอยากทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งศาสนาพุทธไม่พูดถึงเรื่องผีว่ามีจริงหรือไม่

ความเชื่อของคนในชุมชนเกี่ยวกับเรื่องผีปอบ ผีเข้าหรือความเชื่ออื่นๆ มีทั้งผลดีและผลเสียกับคนในชุมชนคือผลดี เป็นวัฒนธรรม และประเพณีดั้งเดิมที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา ทำให้คนปฏิบัติตัวอยู่ในกติกาของสังคมนั้นๆ ปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม เช่น เคารพนับถือบรรพบุรุษ ญาติผู้ใหญ่ ไม่ทำผิดศีล รักษาขนบธรรมเนียมประเพณีไม่ให้สูญหาย เกิดการรวมพลัง คนในชุมชนเกิดความสามัคคี ชุมชนเข้มแข็ง เกิดพลังชุมชน ทำให้เข้าใจวิถีชีวิตของชุมชนมากขึ้น เพิ่มความระมัดระวังป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่ดีในชุมชน นอกจากนี้อาจเกิดผลเสียในด้านปัญหาทางกาย จิต สังคม เศรษฐกิจของผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบ เกิดผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะผู้ที่ถูกกล่าวหา ด้านร่างกาย ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพเช่น เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ด้านจิตใจ ผู้ที่ถูกกล่าวหา

ไม่ได้รับความยุติธรรม ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ มีความวิตกกังวล เครียด ไม่สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ปกติเหมือนคนอื่นๆ เนื่องจากผู้ที่ถูกกล่าวหาหรือผู้ที่ถูกผีปอบสิง จะเป็นที่รังเกียจของชุมชน ถูกกีดกันทางสังคม ถูกมองในแง่ร้าย เช่น เป็นโรคจิต โรคประสาท ไม่ได้รับการยอมรับในชุมชน ถูกมองผีปอบเป็นเรื่องของกรรมพันธุ์เมื่อพ่อแม่เป็นผีปอบก็จะถ่ายทอดให้กับลูกหลานได้ จึงไม่ให้ลูกหลานคบหาหรือแต่งงานด้วย ผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบเกิดความทุกข์ใจ หดหู่ไม่มีกำลังใจ ปัญหาด้านสังคม เช่น ปัญหาด้านสัมพันธภาพ เกิดความขัดแย้งในชุมชน เป็นสาเหตุของความวุ่นวายในชุมชน เกิดการแบ่งแยก ทำให้ชุมชนขาดความสามัคคี ขาดความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดปัญหาในด้านเศรษฐกิจของชุมชน เช่น สูญเสียทรัพย์สินในการรักษาผู้ที่ถูกผีปอบเข้า เสียเวลาในการประกอบอาชีพ มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ต้องเรี่ยไรเงินคนในชุมชนเพื่อทำพิธีกรรมขับไล่ผีปอบ อาจเป็นช่องทางให้กลุ่มมิจฉาชีพมาหลอกลวง เพื่อทำพิธีกรรมดังกล่าว โดยต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก

กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวข้างต้น จึงได้จัดโครงการพัฒนาเทคโนโลยีการช่วยเหลือผู้ที่ประสบภาวะวิกฤตจากผีปอบและความเชื่ออื่นๆในภาคอีสานขึ้นมา โดยผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคู่มือประกอบด้วยตัวแทนจากโรงพยาบาลจิตเวชในภาคอีสาน เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล แกนนำชุมชน และองค์กรอิสระ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือกลุ่มคนซึ่งประสบภาวะวิกฤตเรื่องผีปอบหรืออุปทานหมู่ ได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งในการดำเนินงานเพื่อให้ประสบผลสำเร็จนั้น จำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อเรื่องผีปอบ ผีเข้า และความเชื่อเรื่องอื่นๆ ร่วมด้วย เพื่อให้เข้าใจบริบทและวัฒนธรรมของชุมชนที่เราจะเข้าไปให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น คู่มือเล่มนี้จึงได้จัดทำขึ้นเพื่อช่วยให้เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในระดับเขต มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความเชื่อเรื่องผีปอบ ผีเข้า และความเชื่ออื่นๆมากขึ้น ตลอดจนแนวทางการปฏิบัติงานในการช่วยเหลือกลุ่มคนและชุมชนที่ประสบปัญหาเหล่านี้อันจะนำไปสู่แนวทางการให้การช่วยเหลือที่สัมฤทธิ์ผลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานในระดับเขต ในการช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตจากผีปอบ ผีเข้า และความเชื่ออื่นๆ

บทที่ 2
องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความรู้เรื่องผีปอบ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ช่วยให้ทีมสุขภาพจิตเข้าใจถึงความเชื่อของประชาชนตามบริบทของสังคมอีสาน และจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินงาน คณะทำงานได้รวบรวมและนำเสนอในบทนี้ประกอบด้วย ความรู้เรื่องผีปอบและโรคอุปทานหมู่ การวินิจฉัยโรค การรักษา ผลกระทบจากวิกฤตความเชื่อ และการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะวิกฤต มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องผีปอบ

1.1 ความหมายของผีปอบ

ความหมายของผีปอบในที่นี้ ได้นำเสนอในความหมาย 2 มิติ คือ 1) ตามมุมมองของประชาชน และ 2) ความหมายของผีปอบตามมุมมองของนักวิชาการ ทั้งนี้เพื่อให้เข้าใจบริบทของสังคมไทยมากขึ้น เพราะการทำงานกับความเชื่อของบุคคลเป็นเรื่องที่ไวต่อความรู้สึก และอาจมีผลกระทบต่อประชาชนในชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ หากผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตมีความรู้ความเข้าใจที่ดีต่อเรื่องนี้ ก็สามารถทำงานกับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับความหมายใน 2 มิติ มีดังนี้

1.1.1 ความหมายตามมุมมองของประชาชน

สุพรรณ เผือกพันธ์ (2543) กล่าวว่า ผีปอบ เป็นความเชื่อของหมู่บ้านในสังคมภาคอีสาน ซึ่งเชื่อว่าเป็นผีที่สิงสู่ทำร้ายผู้คน บางรายอาจถึงตายถ้าไม่ได้รับการดูแลแก้ไขอย่างถูกต้อง ผีปอบจะไปเข้าสิงคนที่กำลังเจ็บป่วยหรือสุขภาพจิตใจอ่อนแอ แล้วก็จะกินอวัยวะภายในของคนนั้นจนตายไป

ความคิดเห็นของราษฎรคนหนึ่ง (นายประทวน ผลประดิษฐ์) ในหมู่บ้านคอนเลียบ หมู่ 11 ตำบลหลุบ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ "จากเหตุการณ์ 16 ศพเกลื่อนหมู่บ้านตายปริศนา ลือปอบ อาละวาด" กล่าวว่าตนเชื่อว่าผีปอบมีจริง เพราะมีคนที่ไปเรียนวิชาเวทมนต์มาแล้วไม่สามารถควบคุมได้จึงทำให้ต้องกลายเป็นปอบ เพราะเมื่อ 20 ปีที่ผ่านมา ก็เคยมีผีปอบมาเข้าสิงคนในหมู่บ้าน แต่ก็ถูกหมอผีไล่ออกไปได้ (สยามรัฐ, 2544)

ชาวไทยเบิ้ง มีความเชื่อว่าปอบมีจริง ชาวบ้านบางคนเคยเห็นและผีปอบเคยสิงคนในหมู่บ้าน คนที่ถูกผีเข้าบางคนยังมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน คนที่ถูกสิงจะมีอาการแปลกๆ เช่น อยากกินของคาว บางคนเดินแก้ผ้าไม่อายใคร (ฐานข้อมูลกลุ่มชาติพันธ์, 2546)

พระครูอุดม วัดกุดกว้าง (อ้างใน วัชนี หัตถพนม และคณะ, 2547) พูดถึงคนที่เป็นปอบว่าเกิดจากชาวบ้านที่เรียนวิชาอาคม ไสยศาสตร์ หรือเล่นของ แต่ดูแลรักษาเอาไว้ไม่ได้ ทำผิดกฎข้อบังคับของครูบาอาจารย์ ทำให้เข้าตนเอง เวลากลางคืนก็จะออกไปกัดกินคนอื่น เป็นเหตุให้คนเสียชีวิตโดยไม่รู้สาเหตุและผีปอบมีอยู่ทุกหมู่บ้าน ปราบกันไม่หวาดไม่ไหว

ชาวอำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี(อ้างใน วัชนี หัตถพนม และคณะ, 2547) มีความเชื่อเรื่องผีปอบว่า คือคนที่เป็นผีเข้าไปสิงในร่างกายของคนอื่น เรียกว่า ผีปอบเข้า เพื่อจะกินตับไตไส้พุงของบางคน อาจถึงแก่ชีวิตถ้าไม่มีหมอรักษา หมอรักษาในที่นี้ หมายถึง หมอไล่ผีหรือภาษาอีสานเรียกกว่าหมอธรรม

อุษา กลิ่นหอม (2547) สอบถามผู้เฒ่าผู้แก่ถึงลักษณะของผีปอบ ได้คำตอบเหมือนกัน คือ ผีปอบเป็นผีไม่มีตัวตน แต่ชอบมาสิงตามร่างกายคน คนที่ถูกผีปอบเข้าสิงจะมีอาการเจ็บป่วยอวัยวะภายใน ทำให้เกิดอาการทุรนทุราย

ทิดโส (2549) วิธีสังเกตปอบตามกรรมวิธีของคนบ้านนอก คือ ให้ประจันหน้ากันตรงๆ ให้จ้องตาอย่ากระพริบ ถ้าเป็นปอบจะไม่กล้าสู้ตา จะหลบทันที หรือให้สังเกตว่าปอบจะไม่มีเงาในตาเขา อีกอย่างคือปอบจะไม่สู้แสง กลางวันจะเก็บตัวอยู่ในบ้านมืดๆ หากไปพบจะเห็นสภาพเหมือนคนป่วยหนัก แต่พอถึงกลางคืนสภาพคนปกติจะกลับมา

สรุป ผีปอบหมายถึง ผีที่เกิดมาจากคนที่มีชีวิตอยู่จริงๆ โดยจะแฝงร่างอยู่ในร่างกายของคนที่เรียนวิชาอาคม ไสยศาสตร์ เรียนแล้วปฏิบัติตามข้อห้ามไม่ได้ กลายเป็นปอบ ผู้ที่เป็นผีปอบจะแยกตนเองอยู่ห่างจากคนอื่น ไม่พูดไม่สบตากับคนอื่น ถ้าสิงร่างกายคนจะกินตับไตทำให้ตายได้ ปอบสามารถสืบทอดให้กับบุคคลในครอบครัวได้ วิธีการขับไล่ผีปอบออกจากคนที่ถูกปอบเข้าต้องอาศัยหมอผี หรือหมอธรรม ที่มีมนต์วิชารักษา

1.1.2 ความหมายตามมุมมองของนักวิชาการ

ภาวะที่อยู่ในภวังค์และการเข้าทรง (Trance and possession states) เป็นภาวะที่มีการสูญเสียเอกลักษณ์ของบุคคลและการรับรู้ในสิ่งแวดล้อมไปชั่วขณะ ผู้ป่วยจะแสดงออกเสมือนว่าถูกคนอื่น เช่นเป็นวิญญาณหรือบุคลิกภาพอื่นมาเข้าสิงอยู่ในร่างของตัวเอง แล้วมีอิทธิพลต่อความคิดและคำพูดของตนอาจเป็นวิญญาณของคนที่ตายไปแล้ว มาอาศัยร่างของผู้ป่วยเพื่อเป็นตัวกลางในการติดต่อกับญาติที่ยังมีชีวิตอยู่ ในภาวะนี้ความสนใจและการรับรู้ของผู้ป่วยจะถูกจำกัดอยู่เฉพาะแต่สิ่งแวดล้อมในขณะนั้น เพียงหนึ่งหรือสองอย่าง และมักมีการเคลื่อนไหวหรือท่าทางซ้ำ ๆ ปรากฏ ภาวะนี้ต้องเกิดขึ้นโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ แต่ไม่สามารถควบคุมได้ และไม่ได้เกิดขึ้นในกิจกรรมตามปกติของศาสนาหรือสถานการณ์ใดๆ ซึ่งเป็นที่ยอมรับของวัฒนธรรมนั้น (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2536)

ภาวะผิดปกติที่อยู่ในภวังค์และการเข้าทรง (Trance and possession disorders) เป็นภาวะที่เสียเอกลักษณ์ส่วนบุคคลไปชั่วคราวขณะเดียวกันก็รับรู้ต่อความเป็นไปรอบๆ ตัวได้เต็มที่ ในบางคนกระทำเหมือนว่าเขามีบุคลิกหนึ่งที่กำลังถูกควบคุมจากวิญญาณของพระเจ้า หรืออำนาจใดอำนาจ

หนึ่ง สมาธิและภาวะการรู้สติอาจจำกัดอยู่กับเรื่องราวของสภาวะแวดล้อมขณะนั้น 1-2 เรื่อง และบ่อยครั้งที่เขาจะมีการเคลื่อนไหวท่าทางและการออกสียงที่จำกัดแต่ทำซ้ำ ๆ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้หรือไม่ต้องเกิดอาการแบบนอกเหนือการควบคุมของจิตใจหรือเป็นอาการที่ไม่เป็นที่ต้องการ หรือมีอาการเกิดขึ้นนอกเหนือจากศาสนาหรือวัฒนธรรมนั้นๆ (ทวี ตั้งเสรี, 2541)

สงัน สุวรรณเลิศ (2543) กล่าวว่าโดยทั่ว ๆ ไปแล้ว ผีเข้ามีอยู่มากมายหลายชนิดด้วยกัน ชาวบ้านมักจะมีความเชื่อว่าผีเป็นต้นเหตุของการเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ในทางร่างกายถ้าผีเข้าแล้วไม่ออกก็เชื่อกันว่าคน ๆ นั้น จะต้องตายไปหรือในทางจิตใจก็จะกลายเป็นคนที่สติไม่สมประกอบและเป็นคนวิกลจริตในที่สุด ซึ่งอาการวิกลจริตดังกล่าวแล้วนี้ ในปัจจุบันเราเรียกว่าเป็นการเจ็บป่วยทางจิตเวชศาสตร์อย่างหนึ่ง

เกษม ตันติผลาชีวะ (2546) กล่าวว่า โรคผีเข้าจัดอยู่ในกลุ่ม Dissociative disorders ชนิดหนึ่งที่เรียกว่า Trance and possession disorders ซึ่งอาการผีเข้า มีความเกี่ยวข้องและคล้ายคลึงกับ การสะกดจิตและการเข้าสู่ภวังค์ (trance) ต่างกันที่การสะกดจิตเป็นการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสติสัมปชัญญะและการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมโดยจงใจ แล้วสามารถชักนำให้มีการรับสัมผัสและการเคลื่อนไหวในรูปแบบที่ต้องการได้ ในกรณีที่มีการทรงเจ้าเข้าผีโดยเป็นการกระทำตามลัทธิความเชื่อหรือประเพณีวัฒนธรรมประจำถิ่น จิตแพทย์ก็ไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวและไม่ต้องมีการวินิจฉัยโรคแต่อย่างใด

Trance and possession disorders อาการ trance คือผู้ป่วยมีการสูญเสียสำนึกของเอกลักษณ์ส่วนบุคคล และเสียการรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัวไปชั่วคราว ในบางครั้งจะแสดงพฤติกรรมเหมือนกลายเป็นบุคลิกภาพอื่น มีจิตวิญญาณ เทพหรือพลังที่ไม่ใช่ตัวผู้ป่วยเอง ความสนใจและการรับรู้จะจำกัดเฉพาะสิ่งใดสิ่งหนึ่งในสิ่งแวดล้อม มีการเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำๆ มีท่าทางและการเปล่งเสียงที่มีลักษณะเฉพาะ การวินิจฉัยภาวะนี้จะใช้เมื่อการ trance ที่เกิดขึ้นโดยผู้ป่วยไม่ตั้งใจให้เกิดหรือไม่ต้องการให้เกิด และรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันโดยทั่วไป ดังนั้นอาการเข้าทรงที่เกิดขึ้นในพิธีกรรมทางศาสนา และเป็นที่ยอมรับในสังคมวัฒนธรรมนั้นๆ จะไม่รวมในหัวข้อนี้ (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, 2547)

สรุป ผีเข้าจัดอยู่ในกลุ่ม Dissociative disorders ชนิดหนึ่งที่เรียกว่า Trance and possession disorders ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสูญเสียเอกลักษณ์ส่วนบุคคลไปชั่วคราว และเสียการรับรู้สิ่งแวดล้อมตัวไป บางครั้งจะแสดงพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพอื่นเหมือนมีจิตวิญญาณหรือเทพ หรืออำนาจใดอำนาจหนึ่งเข้าสิงซึ่งไม่ใช่ตัวผู้ป่วยเอง ทำให้สมาธิและภาวะการรู้สติอาจจำกัดอยู่กับเรื่องราวของสภาวะแวดล้อมขณะนั้น 1-2 เรื่อง บ่อยครั้งที่มีอาการเคลื่อนไหว ท่าทางการแสดงออกที่จำกัดแต่ทำซ้ำ ๆ การวินิจฉัยโรคภาวะนี้ใช้เมื่อเกิดอาการโดยผู้ป่วยไม่ได้ตั้งใจให้เกิด และรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่อาการเข้าทรงที่เกิดขึ้นในพิธีกรรมทางศาสนาและเป็นที่ยอมรับในสังคม วัฒนธรรมนั้นๆ จะไม่รวมในเรื่องนี้

1.2 สาเหตุของการเกิดผีปอบ

เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านที่มีความเชื่ออยู่เดิม ส่วนใหญ่จะพบว่ามีเหตุการณ์ผิดปกติในหมู่บ้านก่อน โดยเฉพาะกรณีมีคนตายติดๆกันอย่างผิดปกติ จากนั้นชาวบ้านจะชุบชิบวิพากษ์วิจารณ์หาสาเหตุที่ทำให้คนตาย และมักลงความเห็นร่วมกันว่าเป็นผีปอบ ทั้งๆที่ไม่มีใครเคยเห็นผีปอบว่ามีรูปร่างหน้าตาอย่างไร แต่เชื่อว่าผีปอบเป็นต้นเหตุทำให้คนตายติดๆกัน ด้วยการกินตับ ไต ไส้พุง

ความเชื่อของคนอีสาน มีความเชื่อว่าผีปอบมีหลายชนิด ส่วนสาเหตุการเกิดผีปอบเชื่อว่ามีปอบสำคัญ 2 ชนิด

1.2.1 ปอบเชื้อ คือ ปอบที่สืบทอดกันมาในหมู่พี่น้อง เช่น แม่ เป็นปอบ แม่ตายปอบไปสิงที่ลูกสาวหรือญาติส่วนมากเป็นผู้หญิง

1.2.2 ปอบมนต์ เกิดกับคนเรียนวิชาอาคม ของขลังเจ้าของไม่สามารถปฏิบัติตามที่ครูสอน หรือข้อห้ามได้ กลายเป็นปอบ

สงัน สุวรรณเลิศ (2529) ได้กล่าวถึงผีปอบไว้ว่า ผีปอบ หมายถึง ผีที่เกิดมาจากคนที่มีชีวิตอยู่จริงๆ โดยแฝงร่างอยู่ในร่างกาย โดยมีสาเหตุดังนี้

1) ผีปอบ เกิดมาจากการศึกษาทางไสยศาสตร์ หรือเวทมนต์คาถา เช่น คาถาที่ทำให้การค้าดีขึ้นเสน่ห์ยาแฝด คาถาทำให้พูดเก่ง หรือคาถาลิ้นทอง คาถาทำให้เกิดเสน่ห์ในเรื่องเพศ คาถาชนิดนี้จะทำให้เกิดเป็นผีปอบเร็ว คาถาเหล่านี้จะมีข้อห้ามที่ไม่ให้ประพฤติในสิ่งที่ไม่ควรประพฤติซึ่งเป็นเคล็ดและภาคอีสานเรียกว่า "ขะลำ" เช่น ห้ามรับประทานอาหารบางอย่าง ห้ามรับค่าเล่าเรียนสูงกว่าครูกำหนดไว้ ห้ามลอดราวผ้า หรือความประพฤติไม่เหมาะสมอย่างอื่นๆ

2) เกิดมาจากการได้รับพันธุกรรมจากบรรพบุรุษ สืบเนื่องมาจากคนที่เป็นผีปอบหรือเจ้าของผีปอบนี้ เมื่อมีอายุจะตาย ผีปอบก็จะแฝงอยู่ในร่าง

3) มีสิ่งต่างๆ ไว้ในครอบครอง อาจจะเป็นสิ่งของทางไสยศาสตร์ เช่น ว่านผีปอบ ว่านกระจาย สีผึ้งเสน่ห์ต่างๆ ตามความเชื่อถือของสังคมอีสาน แต่ในภาคกลางเรียกว่า น้ำมันพราย ทำขึ้นเพื่อหวังลาภยศ

4) มีความเชื่อว่าผีปอบนั้นเมื่อขาดเจ้าของเป็นต้นว่า เจ้าของตายหรือเนื่องจากใช้ไสยศาสตร์ไล่ผีปอบออกไป ผีปอบจะออกจากเจ้าของเดิมไป แล้วล่องลอยไปตามที่ต่างๆ โดยที่ไสยศาสตร์ควบคุมไม่ได้

5) ผีปอบเกิดจากว่านชนิดหนึ่งเรียกว่า "ว่านผีปอบ" เป็นจุดกำเนิดสำคัญสำหรับทำให้เกิดตัวผีปอบ ว่านนี้ถ้าใครเก็บไว้ครอบครองคนในบ้านจะถูกผีปอบเข้าไปแฝงอยู่เพราะตัวว่านเป็นต้นเหตุจะต้องกู้ว่านเก็บไปทิ้ง

สุพรรณ เผือกพันธ์ (2543) ทำการศึกษาพบว่า สังคมอีสานเชื่อว่าผีปอบเกิดจากคนที่เรียนเวทมนต์แล้วไม่สามารถปฏิบัติตามข้อห้ามที่กำหนดไว้ได้ เวทมนต์ทำให้คนในหมู่บ้านกลายเป็นผีปอบ ซึ่งผีปอบจะไปเข้าสิงคนที่กำลังเจ็บป่วยหรือสุขภาพจิตใจอ่อนแอ แล้วก็จะกินอวัยวะภายในของคน

นั้นจนตายไป การเป็นผีปอบอาจติดต่อกันได้ กล่าวคือ ถ้าชายหรือหญิงไปแต่งงานกับคนที่เป็นผีปอบ ก็อาจกลายเป็นผีปอบตามไปด้วย นอกจากนี้ผีปอบยังสามารถสืบทอดกันได้ทางพันธุกรรม เช่น ถ้าพ่อ แม่เป็นผีปอบ เมื่อตายไปผีปอบสืบทอดไปยังลูกหลานในครอบครัวนั้นต่อไป หากผู้สืบทอดไม่ต้องการเป็นผีปอบก็ต้องทำพิธีขับไล่ โดยหมอผีหรือผู้รู้วิธีแก้ ความเชื่อเรื่องนี้เป็นเรื่องที่สังคมอีสานเชื่อถือกันมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ประมวล พิมพ์เสน (2540) ผีปอบเป็นผีที่เกิดจากคนที่มีวิชาอาคมแก่กล้า แต่ไปทำนอกลู่นอกทางเกินกว่าที่ครูสอนไว้ เช่น เรื่อง ขะลำ (ข้อห้าม) ทั้งหลายที่ครูห้ามไว้ก็ไม่สนใจ หรือครูวางค่ารักษาหรือคายรักษาเอาไว้พอเหมาะแล้ว ก็เรียกร้องเอามากเกินกำหนด ชาวอีสานเรียกว่า "กินคายเกินครูเป็นปอบ" ผีปอบจะเข้าสิงกินตับไตเฉพาะคนที่อ่อนแออ่อนไหวง่าย ไม่เข้มแข็ง และจะกลัวคนที่เข้มแข็งหรือมีวิชา การเกิดปอบอีกทางหนึ่งเกิดจากการที่คนกลืนน้ำลายของคนที่เป็นปอบอยู่แล้ว ดังนั้นลูกๆ มักจะเป็นปอบตามพ่อแม่ด้วยเพราะตอนเด็กๆ พ่อแม่เป็นคนเคี้ยวข้าวป้อนลูก

วัชนี หัตถพนม และคณะ(2547) กล่าวถึงปอบว่ามีหลายชนิด พอจำแนกได้ดังนี้

1) ปอบเชื้อ หมายถึง ครอบครัวใดพ่อแม่เป็นปอบเมื่อพ่อแม่ตายไป ลูกหลานก็จะสืบทอดให้เป็นปอบต่อไป อีกประการหนึ่งเป็นกรรมพันธุ์ไม่ว่าจะเต็มใจ หรือไม่เต็มใจก็ตาม เรียกว่าเป็นปอบต่อเนื่องกันไปไม่รู้จบ

2) ปอบแลกหน้า หมายถึง ปอบเจ้าเล่ห์ถนัดเอาความผิดไปโยนให้ผู้อื่น กล่าวคือ เวลาไปเข้าสิงใครเมื่อถูกสอบถามว่ามีผู้ใดเลี้ยงหรือบังคับ ปอบจะไม่บอกความจริง หากไปกล่าวโทษว่าเป็นคนนั้นคนนี้โดยที่ผู้ถูกระบุชื่อไม่รู้เรื่องรู้ราวอะไรเลย

3) ปอบกึก (กึก ภาษาอีสาน แปลว่า "ใบ้") หมายถึง ปอบที่ไม่ยอมพูดอะไรเวลามีคนถามจนกว่าญาติพี่น้องจะไปตามหมอผีมาขับไล่ จึงจะยอมเปิดปากพูดว่าตนเป็นปอบของใคร มีใครใช้ให้มาเข้าสิง

ทมอดูล ทมิงไตร (2549) ชาวบ้านคิดว่าปอบเกิดจากการเล่นมนต์คาถาให้ "อวัยวะเพศอวบอูมและใหญ่" ให้สามีรักสามีหลง หรือให้ "ข้าวขึ้นกุ้ม" คือ ใช้ยังไงก็ไม่รู้หมดจากยุ้ง หรือ "ม่อนเต็มไห ไหมเต็มหลอด" การเรียนคาถาให้ตนเองมีคุณสมบัติพิเศษ เหนือคนธรรมดาในชุมชน เมื่อศึกษาแล้วปฏิบัติตามข้อห้ามไม่ได้ หรือบังคับตนเองให้มีจริยวัตรปฏิบัติที่ดีงามสมเป็นผู้คงแก่วิชา หรือเคร่งครัดไม่ได้ จะถูกชาวบ้านประนาม นินทา

1.3 อาการและอาการแสดง

สงัน สุวรรณเลิศ (2529) กล่าวถึงอาการและอาการแสดงของการถูกผีเข้า แบ่งเป็น 3 ระยะ

1.3.1 ระยะเริ่มเข้า ผู้ถูกผีเข้าจะมีอาการ มึนงง มึนชาตามตัว มือ และเท้า อยากร้องไห้ มองเห็นก้อนกลมๆ ลิง สุนัข แมว ไก่หรือคน หนาวสั่น เหนื่อยใจ (แน่นหน้าอก) อาการที่กล่าวมา

ข้างต้น บางคนอาจมีอาการครบทุกอย่าง หรือ 2-3 อาการ บางคนไม่มีอาการอะไร ซึ่งอาการจะคงอยู่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง

1.3.2 ระยะผีเข้า เป็นระยะที่ผีปอบเข้าสู่ร่างกายโดยสมบูรณ์ ความรู้สึก ของผู้ถูกผีเข้าจะค่อยๆ เปลี่ยนไปจากเดิม มีความรู้สึกเหมือนมีอะไรผ่านเข้าไปในร่างกาย เมื่อผีปอบเข้าแล้วจะมีอาการ พอสรุปได้ 5 อาการ คือ

1) ร้องเอะอะขึ้นมา บางคนร้องสุดเสียง บางคนร้องเหมือนผี บางคนก็นั่งร้องไห้เฉยๆ

2) เกิดอาการเกร็ง ส่วนมากจะเกร็งทั้งตัว กำมือแน่น แต่เป็นชั่วระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น

3) กระตุก อาจกระตุกต่อจากเกร็งก็ได้ หรือไม่กระตุกเลยก็ได้ โดยมากมักจะมีอาการเกร็งเฉยๆ

4) อาการอาย ไม่มองหน้าใคร และไม่พูด บางทีก็มีหัวเราะ มองดูลักษณะท่าทางของใบหน้า มักจะมีรูปลักษณะคล้ายกับเจ้าของผีปอบที่มาเข้า

5) พูดออกมาหรือภาษาอีสานเรียกว่า “ออกปาก” ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่แยกระหว่าง คนที่ถูกผีเข้ากับคนแกล้งทำ คนที่ถูกผีเข้าจะมีอาการของภวังค์ คือมีอาการพูดออกมาโดยไม่รู้สึกตัว เหมือนถูกสะกดจิตแล้วพูด มักจะพูดได้เรื่องราวและโต้ตอบคำถามได้ตามสมควร บางทีถ้าอาการภวังค์มีน้อย อาจจะพูดไม่ได้เรื่องราวอะไรเลย ผู้ถูกผีปอบเข้ามักจะบอกว่าผีปอบนั้นมาจากใคร หรืออยู่กับใคร ใครเป็นเจ้าของ บอกวัตถุประสงค์ของการมาเข้าอย่างไร

1.3.3 ระยะผีปอบออก อาการที่รู้ว่าผีปอบออก สังเกตได้

1) ร้องออกมาด้วยความเจ็บปวด พร้อมบอกว่า “กูไปแล้วโวย”

2) อาเจียน พร้อมบอกว่า “กูไปแล้ว”

3) อุจจาระหรือปัสสาวะออกมาให้เห็น

4) บางรายอยู่นิ่งๆ แล้วสติคืนมา ส่วนมากมักจะมีอาการสบายดี บางคน มีอาการปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลีย กลัว ไม่สบายใจ นอนไม่หลับ ใจสั่น มึนงงระยะหนึ่งแล้ว ค่อยๆ หายไปเอง

2. ความรู้เรื่องโรคอุปาทาน (Conversion disorder) (ธรณินทร์ กองสุข, 2550)

2.1 ความหมายของโรคอุปทานหมู่

โรคอุปาทานเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง ที่มีการสูญเสียหรือเปลี่ยนแปลงในหน้าที่การทำงานของร่างกาย ซึ่งเป็นผลมาจากความขัดแย้งหรือความต้องการทางจิตใจโดยอาการทางกายนั้นไม่สามารถอธิบายได้ด้วยกลไกทางพยาธิสรีระวิทยาหรือจากโรคทางกายใด ๆ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ตระหนักถึง พื้นฐานจิตใจที่ทำให้เกิดอาการของตน และไม่สามารถควบคุมอาการนั้นได้ อาการที่เกิดขึ้นผู้ป่วยจะ

รับรู้ว่าเป็นจริง เชื่อมั่นว่าเกิดจากปัญหาทางกายบางอย่าง ซึ่งเขาไม่สามารถควบคุมได้ และ ผู้ป่วยไม่ได้เสแสร้งแสดงขึ้น

2.2 สาเหตุการเกิดโรคอุปาทาน

สาเหตุของการเกิดโรคอุปทาน มีสาเหตุเนื่องจากบุคคลมีปมขัดแย้งทางจิตใจในวัยเด็ก เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่กระตุ้นปมนั้น ทำให้เกิดความเครียดในจิตใจอย่างรุนแรง แล้วมีอาการแสดงออกทางกาย และจิตใจ มีผลทำให้ความเครียดลดลง เกิดผลพลอยได้จากการเกิดอุปทาน เช่น มีคนสนใจมากขึ้น พ่อแม่คืนดีกัน

สมมติฐานการเกิดผีเข้าสิง ผีสิงเป็นหมู่ มีสาเหตุเกี่ยวข้องจากปัจจัยต่างๆหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยชักนำ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยป้องกัน และปัจจัยกระตุ้น รายละเอียดดังแสดงในตาราง

ปัจจัยชักนำ	ปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยป้องกัน	ปัจจัยกระตุ้น
ชุมชนที่เชื่อเรื่องผีไสยศาสตร์	1. เป็นเพื่อนสนิทกับรายแรก	1. ไม่เชื่อเรื่องผี	รายแรก - เผชิญสถานการณ์ที่กระตุ้นปมขัดแย้งจนก่อความเครียดรุนแรง
	2. ครอบครัวขาดความอบอุ่น	2. ครอบครัวอบอุ่น	เชื่อมโยงกับเรื่องผี ผีเข้า ผีเข้าเป็นหมู่
วัฒนธรรมเลี้ยงดูลูกให้สมยอม เชื่อฟัง เก็บอารมณ์	3. รู้สึกไม่มั่นคง	3. โรคจิตเวชได้รับการรักษา	รายอื่นๆ
	4. มีปมขัดแย้งในจิตใจ	4. ปมขัดแย้งในจิตใจได้รับการแก้ไข	ความกลัว ความวิตกกังวลจาก
	5. มีบุคลิกภาพอ่อนไหวชักจูงง่ายเปราะบาง	5. มีกิจกรรมรวมกลุ่มเอื้ออาทร สามัคคี	- เห็นเพื่อนเกิดอาการ - เห็นพิธีไล่ผี พิธีไสยศาสตร์
สิ่งแวดล้อมก่อความเครียด	6. ป่วยทางจิต	6. ชุมชนสังคมเข้มแข็ง เอื้ออาทร เป็นมิตร	- การปรากฏตัวของเจ้าหน้าที่ หมอผี พระ

2.3 การระบาด

การระบาดหรือการเกิดโรคอุปทานหมู่ จะเกิดขึ้นเมื่อกลุ่มของผู้ป่วยได้รับสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก ทำให้เกิดความเครียดและขัดแย้งในจิตใจ เหนี่ยวนำให้เกิดอาการตามมาคือ

2.3.1 สิ่งกระตุ้นภายใน

เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคอุปทาน ทั้งด้านจิตใจ บุคลิกภาพ การปรับตัว ความเครียด และสภาวะสุขภาพ

2.3.2 สิ่งกระตุ้นภายนอก

เป็นปัจจัยความเครียดจากภายนอก เช่น ด้านกายภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม โครงสร้างวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยมของสถาบัน โครงสร้างสังคม การจัดระเบียบของสังคม สิ่งจูงใจ ความเชื่อ การเกิดผู้ป่วยรายแรกและผู้ป่วยรายอื่น ซึ่งนำไปสู่การระบาดของโรคอุปทานหมู่

3. การวินิจฉัย

ในทรรศนะทางจิตเวชศาสตร์ ภาวะผีเข้า มิได้เป็นปรากฏการณ์ที่แปลกใหม่แต่อย่างใด หากแต่ได้มีการบันทึกมานานกว่า 4,000 ปี และเรียกกลุ่มอาการลักษณะดังกล่าวว่า “Hysteria” เพราะเชื่อว่ากลุ่มโรคนี้เกิดจากการที่มดลูกล่องลอยผิดที่ผิดทางไปในร่างกาย ทำให้เกิดอาการได้หลายแบบ

Hysteria ถูกใช้ไปในหลายๆ ความหมาย ผิดๆ ถูกๆ ทำให้เกิดความสับสน ในปี 1980 สมาคมจิตแพทย์อเมริกาจึงได้พยายามหลีกเลี่ยงการใช้คำดังกล่าว และจำแนกโรคในกลุ่มนี้ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ Dissociative disorder และ Somatoform disorder

Dissociative disorder ยังคงถูกจัดแบ่งออกเป็นหลายชนิด ทั้งใน DSM-IV-TR และ ICD แต่ที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะผีเข้านั้น คือ Dissociative trance disorder” (DSM-IV-TR) หรือ “Trance and possession disorder (ICD-10)”

โดยอาการสำคัญของโรคในกลุ่มนี้คือ มีการเปลี่ยนแปลงระดับสติสัมปชัญญะ (consciousness) ไปชั่วขณะหนึ่ง ซึ่งอาจเกิดเพียงครั้งเดียว (single) หรือหลายครั้ง (episodic) เอกลักษณ์ (identity) เดิมของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงหรือแทนที่ด้วยเอกลักษณ์ใหม่ ซึ่งเอกลักษณ์ใหม่นี้โดยทั่วไป จะมีความเกี่ยวพันกับวิญญาณ เทพเจ้า อำนาจลึกลับ หรือบุคคลอื่น ช่วงที่ผู้ป่วยถูกแทนที่ด้วยเอกลักษณ์ใหม่ เรียกว่า Trance and possession state ซึ่งผู้ป่วยจะแสดงออกเสมือนว่าถูกคนอื่นเข้ามาอยู่ในร่างตน แล้วมามีอิทธิพลต่อความคิด คำพูดของตน ความสนใจ และการรับรู้ของผู้ป่วยจะถูกจำกัดอยู่เฉพาะแต่สิ่งแวดล้อมในขณะนั้นเพียงหนึ่งหรือสองอย่าง และมักจะมีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ และท่าทางที่เป็นไปตามบริบทของวัฒนธรรมนั้นๆ ภาวะนี้อาจเกิดขึ้นโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ แต่ไม่สามารถควบคุมได้ และออกมาในลักษณะที่ไม่ใช่วัฒนธรรมอันเป็นที่ยอมรับได้ของชุมชน สังคมหรือศาสนานั้นๆ อย่างไรก็ตาม ภาวะผีเข้าจะถูกจัดเป็นโรคทางจิตเวชก็ต่อเมื่อมีความบกพร่องอย่างมีนัยสำคัญทางสังคม อาชีพ หรือหน้าที่สำคัญด้านอื่นๆ ร่วมด้วย

3.1 เกณฑ์การวินิจฉัย Dissociative trance disorder ตาม DSM-IV-TR

3.1.1 มีลักษณะอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้

1) มีภาวะภวังค์ (Trance) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงระดับสติสัมปชัญญะอย่างชั่วคราว หรือ สูญเสียการรับรู้หรือเอกลักษณ์เดิม โดยปราศจากเอกลักษณ์ใหม่เข้ามาแทนที่ ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับลักษณะดังต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งอย่าง

1.1) การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมถูกจำกัดลง (Narrowing of awareness) หรือเลือกสนใจต่อสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งกระตุ้นเพียงไม่กี่อย่าง

1.2) มีพฤติกรรมหรือการเคลื่อนไหวซ้ำๆ (Stereotype) ซึ่งอยู่นอกเหนือการควบคุม

2) ภาวะภวังค์ที่ถูกครอบงำ (Possession trance) เป็นการเปลี่ยนแปลงระดับสติสัมปชัญญะครั้งเดียวหรือหลายครั้ง และมีการแทนที่เอกลักษณ์เดิมด้วยเอกลักษณ์ใหม่ ซึ่งมีความเกี่ยวพันธ์กับวิญญาณ อำนาจลึกลับ เทพเจ้า หรือบุคคลอื่นและมีลักษณะต่อไปนี้ร่วมด้วยอย่างน้อยหนึ่งอย่าง

2.1) การเคลื่อนไหวและพฤติกรรมที่มีลักษณะซ้ำๆ หรือเป็นไปตามบริบททางวัฒนธรรมนั้น จะอยู่นอกเหนือการควบคุม โดยมีลักษณะเหมือนถูกครอบงำ

2.2) ผู้ป่วยไม่สามารถจำเหตุการณ์นั้นได้เลย หรือระลึกได้เพียงบางส่วน

3.1.2 ภาวะภวังค์ (Trance) หรือ ภาวะภวังค์ที่ถูกครอบงำ (Possession trance) นั้นไม่ถูกจัดให้เป็นลักษณะปกติของวิถีปฏิบัติทางศาสนาหรือวัฒนธรรมนั้นๆ

3.1.3 ภาวะภวังค์ (Trance) หรือภาวะภวังค์ที่ถูกครอบงำ (Possession trance) ก่อให้เกิดความบกพร่องอย่างมีนัยสำคัญทางสังคม การอาชีพ และหน้าที่สำคัญอื่นๆ

3.1.4 ภาวะภวังค์ (Trance) หรือภาวะภวังค์ที่ถูกครอบงำ (Possession trance) ไม่ได้เกิดขึ้นในระยะเดียวกันกับโรคจิตหรือ dissociative identity disorder และไม่ได้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากสารเสพติดหรือโรคทางฝ่ายกายอื่นๆ

3.2 เกณฑ์การวินิจฉัย Trance and possession disorder ตาม ICD-10

3.2.1 ต้องเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโดยทั่วไปของ dissociative disorder

3.2.2 มีลักษณะอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้

1) ภาวะภวังค์ (Trance) มีการเปลี่ยนแปลงระดับสติสัมปชัญญะชั่วคราว โดยมีลักษณะต่อไปนี้สองอย่างหรือมากกว่า

1.1) สูญเสียการรับรู้ในเอกลักษณ์ปกติของตนเอง

1.2) การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมถูกจำกัดลง (Narrowing of awareness) หรือเลือกสนใจ ต่อสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งกระตุ้นเพียงไม่กี่อย่าง

1.3) มีความจำกัดในการเคลื่อนไหว ท่าทาง และการพูด หรือมีลักษณะการกระทำซ้ำๆ

3.2.2 ภาวะถูกครอบงำ (Possession disorder) ปัจเจกบุคคล ถูกทำให้เชื่อว่าตนเองถูกครอบงำหรือควบคุมโดยวิญญาณ อำนาจลึกลับ เทพเจ้า หรือบุคคลอื่น

3.2.3 อาการดังกล่าวทั้ง 1) และ 2) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 4.2.2 เป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา และก่อให้เกิดความยุ่งยากใจตามปทัสถาน หรือบริบททางศาสนา วัฒนธรรม นั้นๆ

3.2.4 ภาวะดังกล่าวต้องไม่เกิดในขณะเดียวกับที่โรคจิตเภทหรือโรคจิตอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องดำเนินอยู่

3.3 ลักษณะของผีเข้าตามทรรศนะทางสุขภาพจิต

สงัน สุวรรณเลิศ (2529) ได้ทำการศึกษาและแบ่งลักษณะของผีเข้าตามทรรศนะทางสุขภาพจิตไว้ 3 ประการคือ

3.3.1 คนที่ถูกผีเข้าเพียงครั้งเดียวและไม่เคยเข้าอีกเลย ซึ่งอาจเกิดขึ้นกับการที่ไม่เคยเป็นอะไรมาก่อน หรืออาจมีการเจ็บป่วยทางกายอยู่ก่อนแล้ว มักพบว่าผู้ที่ถูกผีเข้าในกลุ่มนี้มักมีปัญหากระทบกระเทือนทางจิตใจกับบรรดาญาติมิตร ร่วมกับมีความเชื่อถือดั้งเดิมตามวัฒนธรรมประจำถิ่นที่สืบต่อกันมา ลักษณะที่ถูกผีเข้าเป็นเพียงหนทางหนึ่งที่จะระบายความรู้สึกนึกคิดหรือความคับข้องใจออกมา ไม่ว่าจะโดยจงใจหรือไม่จงใจ ซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นปกติธรรมดาในท้องถิ่น ชาวบ้านให้การยอมรับและไม่นับเป็นโรคหรือความเจ็บป่วยทางจิตเวชแต่อย่างใด

คนที่ถูกผีเข้าเพียงครั้งเดียวนี้ ก็มักจะไม่ค่อยมารับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันหรือจิตแพทย์ แต่มักจะอยู่ในมือของหมอผีหรือหมอธรรมมากกว่า

3.3.2 คนที่ถูกผีเข้าอยู่บ่อยๆ อาจนับได้ว่าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตเวชศาสตร์ (จากการศึกษาของ สงัน สุวรรณเลิศ (2529) พบว่าผู้ป่วยมักมีอาการของ Hysterical neurosis) ในกรณีนี้บุคลิกภาพของคนที่ถูกผีปอบเข้าเป็นสิ่งสำคัญ โดยอาจพบลักษณะขาดความมั่นคงในบุคลิกภาพ ปัญหาด้านเอกลักษณ์แห่งตน มีความเปราะบาง หวั่นไหวง่าย ถูกโน้มน้าวชักนำได้โดยง่าย และมีความขัดแย้งที่เก็บกดไว้ในใจมาก รวมทั้งความเชื่อถือเดิมอย่างเหนี่ยวแน่น

ผู้ป่วยในกรณีดังกล่าว อาจพบได้ตามโรงพยาบาลทั่วไป เนื่องจากประสบความล้มเหลวจากการรักษากับหมอผีหรือหมอธรรม ผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในภาวะ trance หรือ possession state (ผีออกไปแล้ว) จะมีสติสัมปชัญญะปกติบริบูรณ์ดี อาจมีอาการของระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น (Autonomic hyper arousal) เช่น ใจสั่น ตกใจง่าย นอนไม่หลับ ผู้ป่วยมักจะไม่พึงปรารถนาให้เกิดภาวะผีเข้าดังกล่าว แต่ไม่รู้จะแก้ไขอย่างไร

3.3.3 ผู้ที่ถูกผีเข้า ครั้งเดียวหรือหลายครั้ง แต่ผีไม่ยอมออก มักจะแสดงอาการออกมาในรูปของคนที่พูดฟังไม่รู้เรื่อง เอะอะโวยวาย มีลักษณะวิกลจริต ผู้ป่วยประเภทนี้มักจะถูกส่งต่อมายัง

โรงพยาบาลหรือสถาบันทางจิตเวช โดยการวินิจฉัยเบื้องต้นอาจเป็นโรคจิตเภท โรคเกี่ยวกับอารมณ์ โรคจิตอื่นๆ ฯลฯ

3.4 การวินิจฉัยแยกโรค

3.4.1 ความผิดปกติทางจิตจากสาเหตุทางกาย โดยเฉพาะโรคทางระบบประสาทซึ่งโรคในกลุ่มนี้มักจะมีอาการแสดงอื่นๆ ที่บ่งถึงความผิดปกติทางระบบประสาทร่วมด้วยอาจพบ disorientation, clouding of consciousness โรคในกลุ่มนี้ที่สำคัญได้แก่

1) โรคลมชัก อาจพบการสูญเสียความจำ (post-ictal amnesia) โดยเฉพาะภาวะหลังชักในรายที่เป็น temporal lobe epilepsy การวินิจฉัยแยกโรคทำได้โดยอาศัยประวัติที่เคยชักมาก่อน การตรวจทางระบบประสาท และการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง โดยทั่วไปผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรง การกลับคืนของสติสัมปชัญญะเป็นไปอย่างช้าๆ และมักมีความผิดปกติที่คงอยู่นาน ไม่สามารถทำให้ฟื้นความจำโดยการสะกดจิต (hypnosis)

2) การสูญเสียความจำภายหลังการกระทบกระเทือนต่อสมอง (post-concussional amnesia) ซึ่งผู้ป่วยมักมีการสูญเสียความจำแบบย้อนหลัง (retrograde amnesia) อาการเกิดขึ้นไม่เกินหนึ่งสัปดาห์ และความจำกลับคืนมาไม่สมบูรณ์ ซึ่งแตกต่างจาก dissociative disorder ที่ความจำสามารถกลับคืนมาได้สมบูรณ์และสามารถใช้การสะกดจิตเพื่อช่วยเรียก (retrieve) ความจำที่สูญเสียไปกลับคืนมาได้ โดยทั่วไปโรคนี้มักมีอาการแสดงที่คล้ายคลึงกับ psychogenic amnesia มากกว่า Trance and possession disorder

3.4.2 โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ

ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะภวังค์ (Trance) อาจมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่ในผู้ป่วยโรคผีเข้านั้น มักมีอาการ เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้นๆ และอาจหายได้เอง เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติ จะพบว่าไม่มีความผิดปกติของความคิด และอารมณ์แบบผู้ป่วยจิตเภท เป็นที่น่าสังเกตว่าเรื่องของกลุ่มอาการผีเข้านั้นสามารถสอดแทรกเข้าไปในโรคทางจิตเวชต่างๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นโรคจิตเภท โรคจิตอารมณ์โศกเศร้า โรคจิตที่เกิดจากการใช้สารต่างๆ ทั้งนี้มักพบได้ว่ามีเรื่องของผีเข้าไปเกี่ยวข้องอยู่ทั้งสิ้น เพราะว่าเรื่องของผีนั้นเป็นสิ่งที่คุ้นเคย ทั้งทางสื่อมวลชน หนังสือพิมพ์ ฯลฯ และได้ฝังแน่นอยู่ภายใต้จิตไร้สำนึกของแต่ละคนแล้ว

ในบางบริบทของชุมชนหรือวัฒนธรรมใดวัฒนธรรมหนึ่ง เราอาจพบผู้ที่มีความเชื่ออย่างฝังแน่นในเรื่องผี ศาสนา หรือ สิ่งเร้นลับ ซึ่งบางครั้งก็ก่อให้เกิดความสับสนกับอาการหลงผิด (Delusion) ในผู้ป่วยโรคจิต

Greenberg and Witzum (1991) ได้เสนอแนวทางวินิจฉัยแยกการเชื่ออย่างฝังแน่นออกจากอาการของโรคจิตไว้ดังนี้

1) อาการของโรคจิต มักจะแสดงถึงมิติส่วนบุคคล เช่น ผู้ป่วยได้รับข้อความส่วนตัวจากพระเจ้า

2) เนื้อหาของความคิดในผู้ป่วยโรคจิต มักจะมีลักษณะแปลกอย่างเด่นชัดเกินกว่าที่จะยอมรับได้ในบริบทของชุมชนหรือวัฒนธรรมนั้นๆ

3) ผู้ป่วยโรคจิต มักจะมีลักษณะหวาดกลัว มากกว่าจะมีลักษณะถูกกระตุ้นจากเนื้อหาของความคิดดังกล่าว

4) ผู้ป่วยโรคจิตมักมีความคิดวนเวียน อยู่กับเนื้อหาของความคิดหลงผิดมากกว่า

5) ผู้ป่วยโรคจิตมักพบว่ามีความบกพร่องของทักษะทางสังคม และการดูแลสุขอนามัยของตนเองร่วมด้วย

3.4.3 โรคในกลุ่ม dissociative disorder ชนิดอื่นๆ โดยเฉพาะdissociative identity disorder ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ขณะที่มีเอกลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยยังคงมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ซึ่งต่างกับกลุ่ม Trance and possessive disorder ที่มีระดับของสติสัมปชัญญะเปลี่ยนแปลงในขณะภวังค์

4. การบำบัดรักษา

ในปัจจุบันหลักฐานการศึกษาเกี่ยวกับการรักษา Dissociative trance disorder โดยเฉพาะ ยังมีอยู่น้อยมาก โดยทั่วไป มักจะกล่าวในภาพรวมของ Dissociative disorder ซึ่งมีเป้าหมายในการรักษา คือ การบรรเทาอาการและพฤติกรรมที่มีปัญหาของผู้ป่วย โดยการช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกความคับข้องใจ รวมถึงความทรงจำที่เจ็บปวดในอดีต การแก้ไข coping skill ของผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้กลับมาใช้ชีวิต ทำงาน สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ตามปกติ การรักษาที่เหมาะสมดังกล่าวอาจประกอบไปด้วยหลายๆ วิธีร่วมกัน ซึ่งได้แก่

4.1 Psychotherapy ถือเป็นการรักษาหลัก โดยผู้รักษา (Therapist) จะมุ่งสร้างความตระหนักและความเข้าใจในตัวโรคแก่ผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นไปได้ด้วยการปรับ coping skill ที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ

4.2 Psychotherapy ผู้รักษาต้องพยายามค้นหาความขัดแย้งในจิตใจ รวมทั้งความเครียดทางจิตสังคมของผู้ป่วยที่อาจก่อให้เกิดอาการ พยายามทำให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเองว่าเมื่อเกิดความขัดแย้งที่เจ็บปวดเขาเหล่านั้นมักใช้การลืม และกลไกป้องกันทางจิตชนิด dissociation ดังนั้นตัวของผู้ป่วยเองจะต้องเข้าใจยอมรับ และสามารถอดทนต่อความรู้สึกหรืออารมณ์ที่เจ็บปวดนั้นได้ โดยไม่ต้องใช้กลไกชนิด dissociation อีก

4.3 Medication ในปัจจุบันไม่มียาที่จำเพาะต่อ Dissociative disorder อย่างไรก็ตาม ยาคลายกังวลและยาต้านอารมณ์เศร้าได้ถูกนำมาใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการทางโรควิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ร่วมกับ Dissociative disorder

4.4 Family therapy หลักสำคัญคือการสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับตัวโรคและสาเหตุของโรค สร้างความตระหนักและความพร้อมของสมาชิกครอบครัว เมื่อต้องเผชิญกับอาการที่กลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย

4.5 การบำบัดด้วยวิธีการอื่นๆ เช่น การให้การปรึกษารายบุคคล การฝึกทักษะคลายเครียดทั้งในกลุ่มของผู้ที่ถูกผีเข้า และผู้ที่ถูกกล่าวหา การทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองให้กับกลุ่มญาติที่มีความวิตกกังวลในเรื่องนี้

4.6 การบำบัดรักษาตามความเชื่อ แต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น การเข้าวัดรดน้ำมนต์หรือทำพิธีทางศาสนาในหมู่บ้าน

5. ผลกระทบจากวิกฤตความเชื่อเรื่องผีปอบ ผีเข้าและความเชื่ออื่นๆ

การเกิดวิกฤตความเชื่อเรื่องผีปอบ ผีเข้าและความเชื่ออื่นๆ สามารถส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมต่อคนที่อยู่ในชุมชน เช่นผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบ ผู้ถูกผีเข้าสิง ครอบครัว ตลอดจนบุคคลทั่วไปที่อยู่ในชุมชน

5.1 ด้านร่างกาย

มีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของคนในชุมชนเช่น เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ ทำให้นอนไม่หลับ อาจได้รับการบาดเจ็บจากการพิธีกรรมการปราบผีปอบของหมอผี หมอธรรมโดยเฉพาะผู้ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบและผู้ถูกผีสิง เช่น ใช้หวายตี ใช้ไฟจี้ตามตัว หรืออาจถูกชาวบ้านรุมทำร้ายในผู้ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบ

5.2 ด้านจิตใจ

ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจกับคนในชุมชนเช่น เครียด ทุกข์ เศร้า วิตกกังวล ขาดความมั่นคงทางจิตใจ ผู้ที่ถูกกล่าวหาไม่ได้รับความยุติธรรม ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ มีความวิตกกังวล เครียด ไม่สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ปกติเหมือนคนอื่นๆ

ผู้ที่ถูกกล่าวหาหรือผู้ที่ปอบสิง จะเป็นที่รังเกียจของชุมชน ถูกขับไล่จากชุมชน ถูกกีดกันทางสังคม ถูกมองในทางที่ผิด เช่น เป็นโรคจิต โรคประสาท ไม่ได้รับการยอมรับในชุมชน ถูกมองว่าเป็นกรรมพันธุ์ ไม่ให้ลูกหลานคบหาหรือแต่งงานด้วย เกิดความทุกข์ใจ หดหู่ไม่มีกำลังใจ ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป ไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับชาวบ้านอย่างราบเรียบ ถูกรังเกียจ ถูกเหยียดหยาม ไม่เป็นที่ยอมรับ ไม่มีใครคบหาสมาคมด้วยหรือขั้นรุนแรงถูกขับไล่ ขู่ฆ่า จนอยู่บ้านเดิมไม่ได้ ตลอดจนทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของตนเอง และวงศ์ตระกูล เสียสุขภาพจิต สูญเสียอาชีพการงาน รายได้และคุณค่าในตนเอง

5.3 ด้านสังคม

เกิดปัญหาทางสังคมเช่น ปัญหาด้านสัมพันธภาพ เกิดความขัดแย้งในชุมชน เป็นสาเหตุของความวุ่นวายในชุมชน เกิดการแบ่งแยก ทำให้ชุมชนขาดความสามัคคี เสียเวลา ขาดความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

5.4 ด้านเศรษฐกิจ

ก่อให้เกิดปัญหาในด้านเศรษฐกิจของชุมชน เช่น สูญเสียทรัพย์สินในการรักษาผู้ที่ถูกผีปอบเข้า เสียเวลาในการประกอบอาชีพ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น จากการทำพิธีกรรมเพื่อขับไล่ผีปอบในหมู่บ้าน ต้องเรี่ยไรเงินคนในชุมชนเพื่อมาเป็นค่าใช้จ่ายในการทำพิธีกรรม ทำให้เกิดกลุ่มมิจฉาชีพ มาหลอกลวงเพื่อทำพิธีกรรม และเสียค่าใช้จ่ายในการทำพิธีกรรมในแต่ละครั้งเป็นเงินจำนวนมาก

6. การดูแลจิตใจในภาวะวิกฤต (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2550)

6.1 ความหมายของภาวะวิกฤต

Crisis คือ ภาวะชั่วคราวที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีสิ่งคุกคามต่อตัวเขา ภาพพจน์ของเขาหรือเป้าหมายในชีวิตของเขา ความสูญเสียหรือความเปลี่ยนแปลงทำให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยที่วิธีการแก้ปัญหาในลักษณะเดิมๆไม่เพียงพอที่จะลดความตึงเครียดนั้น บุคคลนั้นเสียความสมดุลไป

Gerald Caplan (1964) อธิบายไว้ว่า โดยปกติบุคคลสามารถคงอยู่ในสภาพสมดุล (equilibrium) ในการจัดการกับปัญหาของเขาและสิ่งแวดล้อมของเขา แต่เมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับปัญหา ซึ่งนับเป็นเรื่องสำคัญสำหรับเขา และเขาไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ ดุลยภาพที่มีอยู่จะถูกรบกวน และเสียไป เกิดความตึงเครียด (tension) ขึ้น และมากขึ้นจนทำให้บุคคลนั้น disoriented และ disorganized นั่นคือ เขาเข้าสู่ภาวะเสียสมดุล (disequilibrium) และ ณ จุดนี้ที่เรียกว่าภาวะวิกฤตทางอารมณ์

เหตุการณ์บางอย่างเมื่อเกิดขึ้นอาจนับเป็น hazardous event สำหรับบุคคลหนึ่ง แต่ก็อาจไม่เป็น hazardous event สำหรับอีกบุคคลหนึ่ง ทั้งนี้ขึ้นกับว่าบุคคลนั้นจะรับรู้ (perceive) เหตุการณ์นั้น ว่ามีความสำคัญต่อเขาอย่างไร คือ เห็นว่าเหตุการณ์นั้น เป็นสิ่งคุกคาม (threat) หรือเห็นว่า เป็นสิ่งท้าทาย (challenge) ถ้าบุคคลรับรู้เหตุการณ์ว่าเป็นสิ่งคุกคามแล้ว จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความกังวล (anxiety) และความตึงเครียด (tension) และหากบุคคลนั้น ตอบสนองต่อเหตุการณ์อย่างไม่ถูกวิธี (maladaptive) แล้ว ก็จะทำให้เขาไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ และพบว่าเหตุการณ์นั้นเป็นความสูญเสีย (loss) ความปวดร้าว (pain) หรือความสิ้นหวัง (despair) อันอาจนำมาซึ่งอาการต่างๆ ทางจิตเวช เช่น depression, regression หรือหน้าที่ในเชิงสังคมที่ลดลง (decreased social functioning) ในนัยนี้นับว่าเหตุการณ์นี้เป็นอันตราย (danger) แต่ถ้าบุคคลรับรู้เหตุการณ์เป็นสิ่งท้าทายเมื่อมีความกังวลเกิดขึ้น ก็จะเป็นแรงกระตุ้นให้จัดการกับปัญหา และหากบุคคลนั้นจัดการกับปัญหาอย่างถูกวิธี (adaptive) ก็จะทำให้แก้ไขปัญหาได้สำเร็จ (resolution) ซึ่งรวมไปถึงการทำให้บุคคลนั้น มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาในลักษณะเดียวกันนั้นได้ดีขึ้นในภายหน้าด้วย ในนัยนี้นับว่าเหตุการณ์นี้เป็นโอกาส (opportunity) ในการพัฒนาตนเอง

6.2 ระยะของภาวะวิกฤต

6.2.1 ระยะก่อนวิกฤต (Pre-crisis stage) ในระยะนี้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในสมดุล และสามารถอยู่กับสิ่งแวดล้อมของเขา โดยการใช้วิธีการแก้ปัญหาที่เขาถนัด และตราบใดที่วิธีการแก้ปัญหานั้นๆได้ผล ภาวะวิกฤตก็ไม่เกิดขึ้น

6.2.2 ระยะวิกฤต (Crisis stage) เป็นระยะที่มีภาวะวิกฤตเกิดขึ้น Caplan ได้แบ่งย่อยเป็น 4 ระยะ

ระยะที่ 1 เป็นระยะ ที่มีเหตุการณ์คุกคาม หรือปัญหาเกิดขึ้น เกิดโดยบุคคลรับรู้ว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อตัวเขา ต่อภาพพจน์ของเขา (self image) หรือต่อเป้าหมายในชีวิตของเขา (life goals) เขาใช้วิธีการแก้ปัญหาตามที่เขาถนัดแต่ไม่เพียงพอ และไม่ได้ผลในการที่จะจัดการกับปัญหา ทำให้เขาต้องเผชิญกับปัญหาซึ่งเขาแก้ไขไม่ได้ และ ณ จุดนี้จะเป็นจุดเริ่มต้นของการเสีย สมดุล (beginning sense of disequilibrium)

ระยะที่ 2 เมื่อวิธีการแก้ปัญหาของบุคคลนั้นใช้ไม่ได้ผล ก่อให้เกิดความเครียดที่มากขึ้น ทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่ภาวะที่อ่อนไหว (vulnerabel state) เขายังคงใช้ความพยายามที่จะจัดการกับปัญหาโดยใช้ Emergency coping skills เช่น การลองผิดลองถูก (trial and error attempts) แต่หากยังไม่ได้ผลทำให้เขารู้สึกผิดหวังและไร้ประสิทธิภาพ

ระยะที่ 3 จะมีปัจจัยกระตุ้นซึ่งนับเป็นฟางเส้นสุดท้าย (final stress) ที่ทำให้บุคคลซึ่งอยู่ในภาวะอ่อนไหวแล้วนั้นเข้าสู่ภาวะวิกฤต ปัจจัยกระตุ้นดังกล่าวมักเป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นที่เร้าให้เกิดความรู้สึกซึ่งเคยเก็บกดไว้ให้ผุดขึ้นมา โดยที่ความปวดร้าวที่เผชิญอยู่ในปัจจุบัน อาจมีส่วนเชื่อมโยงกับจุดขัดแย้ง (conflicts) ในอดีต

ระยะที่ 4 เป็นภาวะวิกฤต เป็นจุดที่ความตึงเครียดนั้นมากขึ้น จนถึงระดับที่รับต่อไปไม่ไหว (intolerable level) นับเป็นจุดแตกหัก (breaking point) ทำให้บุคคลนั้นสูญเสียความ สามารถในการกำหนดตัวปัญหา ไม่สามารถประเมินและแยกแยะปัญหาบนพื้นฐานของความเป็นจริง สูญเสียความสามารถในการแก้ไขปัญหาไป

6.2.3 ระยะหลังวิกฤต (Post-crisis stage) โดยธรรมชาติของการเกิดภาวะวิกฤตจะมีลักษณะที่สามารถปรับตัวได้เองภายใน 6-8 สัปดาห์ ในระยะวิกฤตผู้ป่วยอาจจะไปพบผู้รักษาเพื่อขอความช่วยเหลือ หรืออาจจัดการกับปัญหาด้วยตนเองต่อไป ในรายที่ไปพบผู้บำบัดจะได้รับความช่วยเหลือ โดยทำให้บุคคลนั้นสามารถในการจัดการปัญหาได้ดี หรืออย่างน้อยก็ดีเท่ากับตอนก่อนที่จะมีภาวะวิกฤต สำหรับรายที่พยายามจัดการกับปัญหาด้วยตนเองต่อไปเมื่อระดับความกังวล และความเครียดลดลง ซึ่งตรงจุดนี้ถ้าบุคคลนั้นสามารถกลับสู่สมดุลได้เอง หาวิธีการที่จะจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกวิธี แก้ไขปัญหาได้สำเร็จทำให้บุคคลนั้นมีทักษะการแก้ไขปัญหาที่ดีกว่าหรือเท่ากับก่อนมีภาวะวิกฤต แต่ถ้าบุคคลนั้นยังคงไม่สามารถกลับสู่สมดุล และยังคงใช้วิธีการแก้ปัญหาอย่างผิดวิธี ก็จะก่อให้เกิดพยาธิสภาพทาง

จิตเวช หรือหน้าที่ในเชิงสังคมที่ลดลง ทำให้บุคคลนั้นมีทักษะการแก้ไขปัญหาที่แย่ลงเมื่อเทียบกับก่อนมีภาวะวิกฤต

6.3 การช่วยเหลือในภาวะวิกฤต (Crisis Intervention)

จิตบำบัด(psychotherapy) ชนิดหนึ่งที่นำมาใช้ในการช่วยเหลือภาวะวิกฤตซึ่งได้ดัดแปลงรูปแบบมาจากจิตบำบัดระยะสั้น(brief psychotherapy) คือจะใช้ระยะเวลาจำกัด โดยเน้นการปรับเปลี่ยนแนวความคิด พฤติกรรม การแก้ไขปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แต่มีลักษณะปลีกย่อยที่แตกต่างกันออกไป คือ เป้าหมายของการบำบัดอยู่ที่การแก้ไขภาวะวิกฤตที่เป็นปัจจุบันและการกลับเข้าสมดุลเพื่อให้มีความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆได้ดีกว่าหรือเท่ากับช่วงก่อนมีภาวะวิกฤต มุ่งเน้นในเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน หน้าที่ของผู้ให้การช่วยเหลือจะกระตุ้นและแนะนำการแก้ไขปัญหาอย่างถูกวิธี ข้อบ่งชี้ของการรักษาคือผู้ที่มีความสูญเสียความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจำนวนครั้งโดยประมาณ 1-6 ครั้ง

6.3.1 หลักการของการช่วยเหลือในภาวะวิกฤต

1) มีเป้าหมายการรักษาที่ชัดเจน (well-defined goals) กำหนดผลที่จะได้รับ หลังการรักษาอย่างชัดเจน

2) ผู้ให้การช่วยเหลืออาจใช้การแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้ป่วยกำลังถดถอย เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากภาวะพึ่งพิง

3) ส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยที่จะจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง

4) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยอาจมองหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างเพ้อฝัน แต่ผู้ให้การช่วยเหลือต้องเข้าไปให้การรักษาโดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง เพื่อป้องกันและสามารถแก้ไขความรู้สึก หรือความคิดที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยได้

6.3.2 ขั้นตอนของ Crisis intervention แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

1) ระยะเริ่มต้นการประเมิน ในระยะแรกนี้ งานที่ผู้ช่วยเหลือต้องร่วมทำกับผู้ป่วยคือการประเมินเรื่องต่างๆดังต่อไปนี้

1.1) ประเมินว่า Current problem คืออะไร อะไรคือปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤต

1.2) ประเมินว่าผู้ป่วยรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นอย่างไร

1.3) ประเมินทักษะการแก้ไขปัญหา ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ

1.4) ประเมินว่า ปัญหาที่แก้ไม่ได้ในคราวนี้ส่งผลอะไรให้กับผู้ป่วยบ้างมีผลกระทบต่อผู้ป่วยในเรื่องชีวิตประจำวันหรือไม่ เช่น เรื่องการกิน การนอน การดูแลตัวเอง การเข้าสังคม การทำงาน อาการทางจิตใจเช่น อาการวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า อาการแบบโรคจิต

1.5) ประเมินว่า ผู้ป่วยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือฆ่าผู้อื่นหรือไม่ ซึ่งถ้ามีก็อาจพิจารณาการรับตัวไว้ในโรงพยาบาล สำหรับการประเมินในทางปฏิบัติ อาจใช้แบบคัดกรองต่างๆที่เกี่ยวข้องในการประเมินก็ได้

1.6) ประเมินถึงเรื่องแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับใครบ้างในครอบครัว ผู้ป่วยมีเพื่อนสนิทกี่คน ผู้ป่วยสนิทกับใครในครอบครัว ผู้ป่วยได้ขอความช่วยเหลือจากคนเหล่านั้นหรือไม่ คนเหล่านั้นช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร

2) ระยะที่ 2 กำหนดเป้าหมายของการให้การช่วยเหลือ เป้าหมายของการรักษาต้องมีลักษณะที่จำเพาะเจาะจง (specific) และยังอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง (realistic) มุ่งไปที่เหตุการณ์เฉพาะหน้า (immediate current situation) เป้าหมายของการรักษาจะอยู่ตรงที่ลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นใน crisis การเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาแบบใหม่ที่ดีขึ้น การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้และผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาที่อาจพบในอนาคตได้ดีขึ้น

3) ระยะที่3 การลงมือปฏิบัติจริง เน้นว่าการช่วยเหลือในภาวะวิกฤต เป็นกระบวนการที่มีลักษณะพุ่งจุดสนใจไปที่เหตุการณ์ เฉพาะหน้าในปัจจุบัน (here and now) ผู้ให้การช่วยเหลือจะรวบรวมและจัดลำดับข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากผู้ป่วย หรือค้นหาข้อมูลสำคัญที่ถูกละเลยไป ผู้ให้การช่วยเหลือมองหาสาระสำคัญ รูปแบบของกิจกรรม และวิธีการคิดของผู้ป่วย จากสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าและมองหาสิ่งดังกล่าวที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะให้การช่วยเหลือ และบอกให้ผู้ป่วยได้ตระหนักและรับรู้ในการช่วยเหลือในภาวะวิกฤต การพูดบอกอย่างตรงไปตรงมา (confrontation) อาจเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อดึงให้ผู้ป่วยอยู่ในความเป็นจริง ความคิดและความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้ให้การช่วยเหลือ จะถูกสำรวจและอภิปรายเพื่อแก้ไข เพราะถือว่าเป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือ

เมื่อผู้ให้การช่วยเหลือสามารถค้นหาวิธีการต่างๆในการแก้ไขปัญหาจากนั้นจะมีการเลือกวิธีการ และกำหนดให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติ โดยจะเริ่มต้นจากงานที่ง่ายและเห็นผลเร็วก่อน วิธีการที่เลือก ปฏิบัติขึ้นอยู่กับความเป็นไปได้ต่อเหตุการณ์จำเพาะ จุดแข็งและจุดด้อยของตัวผู้ป่วย ในระยะถัดไปจะประเมินผลที่ได้รับว่าวิธีการดังกล่าวได้ผลหรือไม่ ถ้าไม่ได้ผลเป็นเพราะอะไร หาวิธีการอื่นที่จะเลือกปฏิบัติต่อไป หากได้ผลก็จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยแข็งแรงขึ้น ชักนำให้ผู้ป่วยเห็นว่าความเป็นจริงในการแก้ปัญหาให้ลุล่วงกำลังใกล้เข้ามา สามารถกำหนดงานในขั้นตอนต่อไป และในงานขั้นตอนต่างๆนี้เองที่ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ทักษะการแก้ไขปัญหาแบบใหม่ ผู้ให้การช่วยเหลือบอกผู้ป่วยถึงทักษะการแก้ไขปัญหาแบบใหม่ที่เขาได้เรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงความก้าวหน้าของตน และเพิ่มความหวังในการแก้ปัญหาให้ลุล่วง ในระยะนี้ผู้ให้การช่วยเหลืออาจต้องเกี่ยวข้องกับแหล่งสนับสนุน เช่น มีเวลาในการพูดคุยกับคนในครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อนสนิทของผู้ป่วยเพื่อให้ทราบถึงบทบาทในการช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยแก้ไขภาวะวิกฤตได้สำเร็จ นอกจากนี้ ผู้ให้การช่วยเหลืออาจต้องมองหา แหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ ที่อาจมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย

4) ระยะที่4 การสิ้นสุดการให้การช่วยเหลือ การประเมินว่าเมื่อไรควรจะสิ้นสุดการรักษา คือให้ดูว่าบรรลุเป้าหมายของการรักษาที่ตั้งไว้แล้วหรือไม่ มีเกณฑ์ดังนี้

4.1) ผู้ป่วยเข้าใจถึงและสามารถบอกภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น

4.2) ผู้ป่วยรู้ และสามารถบอกปฏิกิริยาตอบสนอง

4.3) ผู้ป่วย สามารถบอกทักษะการแก้ไขปัญหาที่ได้เรียนรู้จากปัญหาคราวนี้ และเข้าใจวิธีการที่จะนำไปใช้ เมื่อพบกับปัญหาในคราวหน้า

4.4) ผู้ป่วยหมดความรู้สึกโกรธ สิ้นหวัง หรือขมขื่น

4.5) ผู้ป่วยเห็นว่าความเครียดเป็นเพียงเหตุการณ์ปกติที่จะเกิดขึ้นได้ในชีวิตมนุษย์

4.6) แล้วคิดว่าตนเองสามารถจัดการปัญหาได้ด้วย ทักษะการแก้ไขปัญหาที่ตนได้เรียนรู้

สิ่งพึงระวังที่เกิดขึ้นได้ในระยะนี้คือ ความรู้สึกของผู้ให้การช่วยเหลือที่ต้องการให้ผู้ป่วยคงรับบริการต่อไปถึงแม้จะบรรลุเป้าหมายของการรักษาแล้วก็ตาม และความรู้สึกกังวลของผู้ป่วยที่ต้องแยกจากผู้ให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยควรมีโอกาสที่จะได้กล่าวถึงความรู้สึกที่จะต้องสิ้นสุดการรักษาหรือแยกจากผู้ให้การช่วยเหลือ การสิ้นสุดการรักษานั้นผู้ป่วยอาจรับรู้ว่าเป็นการสูญเสีย ซึ่งจะไปกระตุ้นความรู้สึกสูญเสียในอดีต หรือความรู้สึกสูญเสียในภาวะวิกฤต ผู้ให้การช่วยเหลือควรทำให้ผู้ป่วยทราบว่าความรู้สึกที่เกิดขึ้นแบบนี้ตอนสิ้นสุดการรักษา เป็นเรื่องปกติที่จะเกิดขึ้นได้ตอนสิ้นสุดของการรักษา ผู้ให้การช่วยเหลือสรุปเรื่องราวต่างๆ ที่ผู้ให้การช่วยเหลือและผู้ป่วยได้ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความเปลี่ยนแปลง ความก้าวหน้า และความเจริญเติบโตที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย เน้นย้ำถึงทักษะการแก้ไขปัญหาใหม่ที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้และนำไปใช้ได้ในภายภาคหน้า วิธีการนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจที่จะแก้ปัญหาด้วยตนเอง และจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆที่ต้องเผชิญในอนาคต

บทที่ 3
แนวทางการช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตจากผีปอบ ผีเข้าและความเชื่ออื่นๆ

1. บทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานระดับเขตในการดูแลช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตจากผีปอบ ผีเข้าและความเชื่ออื่นๆ

จากการประชุมกลุ่มย่อยของผู้ปฏิบัติงานระดับเขต ในการประชุมสัมมนาการพัฒนาเทคโนโลยีการช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตจากผีปอบ ผีเข้าและความเชื่ออื่นๆ ในวันที่ 20-21 กันยายน 2550 ณ โรงแรมโฆษะ จังหวัดขอนแก่น ผลการประชุมได้รวบรวมและนำเสนอบทบาทโดยรวมในการให้การช่วยเหลือ และบทบาทจำแนกตามวิชาชีพ ดังมีรายละเอียด ต่อไปนี้

1.1 บทบาทโดยรวม มีบทบาทดังนี้

1.1.1 การเป็นที่ปรึกษา(Consultant) ให้กับเครือข่าย ผู้ถูกกล่าวหา ครอบครัว และชุมชน

1.1.2 การบำบัดรักษาพยาบาล (Clinical role) ร่วมในการตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษา ในกรณีผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์มีปัญหาสุขภาพจิตที่ยุ่งยากซ้ำซ้อน

1.1.3 ผู้ประสานงาน (Coordinator) โดยเปิดระบบช่องทางการสื่อสารเพื่อการประสานงานที่รวดเร็วระหว่างพื้นที่กับหน่วยงานระดับเขต ให้สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ตลอดจนการประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

1.14 ผู้ร่วมงานหรือผู้ร่วมทีม (Collaborator) ร่วมกับทีมสุขภาพในการดำเนินงาน

1.1.5 การเป็นผู้ให้ความรู้ (Health educator) แก่ครอบครัว ชุมชน เครือข่ายและสื่อสังคมภายนอก

1.1.6 ผู้ให้การปรึกษา (Counselor) ให้คำแนะนำกับครอบครัว ชุมชนและเครือข่าย

1.1.7 การสอน ชี้แนะ (Coaching) แก่ผู้รับบริการ และทีมงาน

1.1.8 เป็นผู้ศึกษาทางระบาดวิทยา ค้นหาสาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาทั้งด้านบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อการช่วยเหลือต่อไป

1.1.9 บทบาทการศึกษา วิจัย โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และสื่อเทคโนโลยีที่ทันกับเหตุการณ์

1.1.10 การเฝ้าระวังและสังเกตการณ์กลุ่มที่ทำพิธีกรรม เพื่อร่วมมือกับจังหวัดในการดำเนินการขจัดการสร้างสถานการณ์ความเชื่อเรื่องผีปอบให้ระบาดไปในหลายพื้นที่ และมีขบวนการอาสาปราบผีปอบ แต่เรียกร้องค่าใช้จ่ายในการทำพิธีกรรมในราคาสูง

1.11 การให้ข้อมูลข่าวสารต่อสื่อมวลชน โดยจัดทำข้อมูลและให้ผู้บังคับบัญชา

ระดับสูงของหน่วยงาน (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช ผู้อำนวยการศูนย์เขต) เป็นผู้ให้ข่าวสารกับสื่อมวลชนเพื่อลดการนำเสนอข่าวสารทางด้านลบ

1.2 บทบาทตามวิชาชีพ

1.2.1 จิตแพทย์

ตรวจสภาพจิต วินิจฉัยโรค และให้การรักษา ทั้งการบำบัดรักษาด้วยยา และการบำบัดทางจิตสังคม

1.2.2 พยาบาลวิชาชีพ

รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง สถิติการตาย ประมวลผล ประสานงานเพื่อจัดประชุมทีมสหวิชาชีพและผู้นำชุมชน วิเคราะห์กลไกการเกิดปัญหา สาเหตุ วางแผนให้การช่วยเหลือ มอบหมายงานให้ทีมงานเพื่อปฏิบัติงานตามแผน ประเมินและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ให้การปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบและครอบครัว ให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชนไปเผยแพร่ เพื่อลดวิกฤตชุมชนและประเมินผลเป็นระยะๆ ประสานงานและบริหารจัดการให้เกิดการติดตาม ฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่และผู้นำชุมชน ประเมินผลและยุติบริการเมื่อชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับการช่วยเหลือจนสู่ภาวะปกติ

1.2.3 นักจิตวิทยา

รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องในชุมชน ทดสอบทางจิตวิทยา (Psychological test) และร่วมทีมในการบำบัดรักษาผู้ที่เกี่ยวข้อง

1.2.4 นักสังคมสงเคราะห์

รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ช่วยเหลือด้านสังคมจิตใจแก่ผู้ถูกกล่าวหา หาแหล่งสนับสนุนในชุมชน และประสานงานกับผู้นำชุมชนเพื่อให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้อง และนำไปเผยแพร่แก่ประชาชนเพื่อลดวิกฤตชุมชน

2. หลักการดูแลช่วยเหลือ มี 5 ขั้นตอน

การดูแลช่วยเหลือในขั้นต้น จะเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต กิจกรรมการช่วยเหลือของทีมสุขภาพจิตชุมชนในแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

2.1 การประเมินสถานการณ์ ปัญหา ดังนี้

2.1.1 รวบรวมข้อมูล ค้นหาสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดความเครียดต่อชุมชน หรือเกิดภาวะวิกฤตจากความเชื่อ

2.1.2 ประเมินความรุนแรงของปัญหา

2.2 การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและการวินิจฉัย

2.2.1 วิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆในเชิงลึก (ปัจจัยชักนำ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น)

2.2.2 วิเคราะห์ชุมชน และจำแนกกลุ่มเป้าหมายโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ Active group, Passive group และ Silent group

2.2.3 วินิจฉัยว่าในแต่ละกลุ่มมีปัญหาอะไรบ้าง อะไรคือเรื่องเร่งด่วนที่ต้องแก้ไขก่อน

2.3 การวางแผนการดูแลช่วยเหลือ

2.3.1 Active group กลุ่มที่มีจิตใจเข้มแข็ง ไม่ค่อยเชื่อเรื่องไสยศาสตร์ เน้นการส่งเสริมเพิ่มศักยภาพ

2.3.2 Passive group กลุ่มที่มีอาการ มักมีความเครียดสูง เชื่อเรื่องผี เน้นการดูแลเพื่อลดอาการ ป้องกันไม่ให้เกิดอาการซ้ำ เพราะจะทำให้ความเชื่อกลับมาเช่นเดิม

2.3.3 Silent group กลุ่มคนในชุมชนที่ไม่มีอาการ เน้นการป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่

2.3.4 ประชุมร่วมกับผู้นำ และ Active group หาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อสร้างความร่วมมือ สร้างความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางการแพทย์ และแนวทางในการดูแลคนในชุมชน เช่นให้ข้อมูลสถิติการตายที่เป็นเหตุผลทางการแพทย์ สามารถอธิบายได้ เพื่อแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องว่าตายเพราะการกระทำของภูตผีตามที่กล่าวอ้าง

2.4 การให้การดูแลช่วยเหลือตามแผน

2.4.1 Active group

1) จัดกลุ่มส่งเสริมสุขภาพจิต และให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยวิธีต่างๆ แก่ประชาชน

2) จัดกลุ่มส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียนและจัดศูนย์บริการสุขภาพจิต

3) ให้คำปรึกษา แนะนำในการดูแลสุขภาพจิต

4) ช่วยลดภาวะความเครียด หรือความกดดันที่เกิดกับประชาชนและชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

5) ร่วมวางแผนและกำหนดนโยบายในการดูแลช่วยเหลือ

2.4.2 Passive group

1) คัดกรอง และประเมินอาการ

2) แยกผู้ที่มีอาการออกมาอยู่ในสถานที่ที่ปลอดภัย

3) ตรวจวินิจฉัย แยกโรค ให้การรักษาตามอาการ กรณีที่อาการรุนแรงนำส่งโรงพยาบาลเพื่อการรักษาที่ถูกต้อง

4) การทำจิตบำบัดทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว

5) ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

6) กรณีรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ทำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

7) ประสานงาน ช่วยเหลือติดตามผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัด จัดบริการการเยี่ยมบ้าน และบริการอื่น ๆตามความเหมาะสม

8) ส่งต่อเครือข่ายและชุมชน อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

9) ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ที่เข้าสู่ภาวะวิกฤต

10) ติดตาม ประเมินผลต่อเนื่อง

2.4.3 Silent group

1) จัดกลุ่มส่งเสริมสุขภาพจิต และให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยวิธีการต่างๆ แก่ประชาชน

2) จัดกลุ่มส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียนและจัดศูนย์บริการสุขภาพจิต

3) ให้คำปรึกษา แนะนำในการดูแลสุขภาพจิต

4)ช่วยลดภาวะความเครียด หรือความกดดันที่เกิดกับประชาชนและชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

2.5 การประเมินผล

การประเมินผลว่าผู้ที่ประสบภาวะวิกฤตมีอาการดีขึ้นหรือไม่จะพิจารณาใน 3 ด้านคือ 1) พื้นที่ที่เกิดภาวะวิกฤตจากผีปอบกลับคืนสู่สภาพปกติ คนในชุมชนสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข 2) เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่สามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้นได้ และ 3) ผลกระทบจากความเชื่อนั้นไม่ขยายวงกว้างออกไป

นอกจากนี้ในการประเมินว่าผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ มีอาการดีขึ้นหรือไม่ อาจใช้แบบประเมินร่วมด้วย เช่นถ้าพบว่ามีความเครียด ให้ใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต ถ้าพบว่ามีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ให้ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยการประเมินขณะเกิดเหตุการณ์ ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1, 3, 6 เดือน ทั้งนี้จะได้ช่วยพิจารณาว่าอาการของผู้ที่ถูกผีเข้า ผู้ที่ถูกกล่าวหา หรือผู้เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์มีอาการดีขึ้นหรือไม่ (รายละเอียดของแบบประเมินความเครียด และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายศึกษาวิธีการใช้ในภาคผนวก)

3. แนวทางการให้การช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตจากผีปอบ ผีเข้า และความเชื่ออื่นๆ (จุมภฏ พรมสีดา, 2550 ธรณินทร์ กองสุข, 2550 วัชนี หัตถพนม, 2550)

ในการดำเนินงานในกรณีนี้ จะได้รับข่าวสารหลายรูปแบบเช่นจากหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ จากเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น เมื่อได้รับข่าวสารดังกล่าวควรรีบดำเนินการเพื่อไม่ให้เหตุการณ์ลุกลาม รุนแรง เกิดผลกระทบในวงกว้าง แนวทางให้การช่วยเหลือแบ่งตามระดับความรุนแรงที่ประเมินได้จากสถานการณ์ขณะนั้น และแบ่งตามผู้มีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งมีแนวทางให้การช่วยเหลือในแต่ละกลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

3.1 การช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงของปัญหา

หลักเกณฑ์ที่จะประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีความรุนแรงหรือไม่ ใช้หลักการเดียวกันกับการประเมินผลการปฏิบัติงานคือ คนในชุมชนสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุขในขณะเกิดวิกฤตความเชื่อจากผีปอบ เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่สามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้นได้ และผลกระทบจากความเชื่อนั้นไม่ขยายวงกว้างออกไป โดยแบ่งการช่วยเหลือออกเป็น 2 กลุ่ม

3.1.1 กรณีไม่รุนแรง

1) ประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต เพื่อทราบข้อมูลเบื้องต้น โดยสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตชุมชนจากผีปอบ ทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และอื่นๆ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อประเมินว่าเครือข่ายในพื้นที่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นได้หรือไม่

2) ประเมินความรุนแรงจากข้อมูลที่ได้ โดยพิจารณาจากผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน

3) เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ เพิ่มเติม ให้คำปรึกษาในกรณีที่เครือข่ายดำเนินการไม่ครอบคลุม เพื่อป้องกันสถานการณ์ไม่ให้เกิดความรุนแรงมากขึ้น

4) มีช่องทางให้เครือข่ายประสานงานเพื่อขอรับการช่วยเหลือได้ตลอด 24 ชั่วโมง

5) รายงานผลต่อกรมสุขภาพจิตภายใน 24 ชั่วโมง

6) ติดตามเหตุการณ์อย่างต่อเนื่องโดยการประสานกับเครือข่ายทางโทรศัพท์ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1, 3 และ 6 เดือน

3.2.2 กรณีรุนแรง

1) รับการประสานงานจากพื้นที่ สอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อทราบสถานการณ์เบื้องต้น และนัดหมายวัน เวลาออกหน่วยให้บริการ

2) จัดทีมสหวิชาชีพ โดยแบ่งทีมให้การช่วยเหลือออกเป็น 3 ทีมในกรณีที่

เหตุการณ์รุนแรงและมีผู้ถูกกล่าวหา คือ ทีมบำบัดรักษา ทีมลดวิกฤตชุมชนจากข่าวลือ และ ทีมช่วยเหลือจิตใจผู้ถูกกล่าวหา กรณีไม่มีผู้ถูกกล่าวหาให้แบ่งทีมให้การช่วยเหลือออกเป็น 2 ทีม โดยตัดทีมช่วยเหลือจิตใจผู้ถูกกล่าวหาออกไป

3) ประชุมเตรียมความพร้อมก่อนออกหน่วยให้บริการ โดยศึกษาเหตุการณ์ ศึกษาปัจจัยต่างๆในเชิงลึก (ปัจจัยชักนำ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น) ประเมินสถานการณ์ วิเคราะห์ และวางแผนการช่วยเหลือก่อนลงพื้นที่

4) ออกประเมินสถานการณ์ในพื้นที่ที่เกิดเหตุจริงร่วมกับเครือข่าย เพื่อประเมินความรุนแรง และประชุมทีมสหวิชาชีพร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อเตรียมลงพื้นที่ให้การช่วยเหลือ ดังนี้

4.1) วิเคราะห์ชุมชน และจำแนกกลุ่มเป้าหมายโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ Active group, Passive group และ Silent group แล้วนำปัญหามาวิเคราะห์ วางแผนให้การช่วยเหลือ ให้การช่วยเหลือตามแผน และประเมินผลตามแนวทางการดูแลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

4.2) ประชุมร่วมกับผู้นำ และ Active group หาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อสร้างความร่วมมือ สร้างความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางการแพทย์ แนวทางในการดูแลคนในชุมชน และประชุมวางแผนเพื่อหาปัญหาอุปสรรค์ในการดำเนินงานร่วมกัน

4.3) ตรวจวินิจฉัย Passive group ให้การรักษาที่ถูกต้อง แยกผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากๆ ออกจากชุมชนเพื่อการรักษา ตลอดจนสนับสนุนให้จัดทำพิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อที่ช่วยสร้างขวัญและกำลังใจต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน

4.4) อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีผู้ป่วยเกิดอาการขึ้นในชุมชน

5) ติดตาม เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องใน 2 สัปดาห์แรก 1, 3 และ 6 เดือน กรณีวิกฤตรุนแรงติดตามต่อเนื่อง 2 ปี

6) รายงานผลต่อกรมสุขภาพจิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากลงพื้นที่

<u>หมายเหตุ</u> ทั้ง 2 กรณี ให้รายงานต่อผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงาน (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตเขต) โดยเร็วทางโทรศัพท์

3.2 การช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต

แนวทางในการให้การช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบ ผู้ที่ถูกผีปอบเข้าสิง และคนในชุมชนที่ประสบภาวะวิกฤตจากผีปอบและความเชื่ออื่นๆ มีขั้นตอนและแนวทางการช่วยเหลือดังต่อไปนี้คือ

3.1.1 ผู้ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบ

1) การวิเคราะห์ปัญหา ประเมินสภาพทางด้านร่างกาย (การบาดเจ็บ และ

สภาพการเจ็บป่วยที่เกิดหลังทำพิธีกรรม) จิตใจ (ประเมินความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากทำร้ายตนเองและผู้อื่นดูรายละเอียดวิธีการใช้เครื่องมือในภาคผนวก) สังคม (การมีส่วนร่วมในชุมชนและถูกรังเกียจ แนวโน้มการถูกขับไล่)

2) การวางแผนการช่วยเหลือ

3) ให้การดูแลด้านร่างกายตามสภาพปัญหา

4) ให้การดูแลทางด้านจิตใจ โดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เปิดโอกาสให้ระบายความคับข้องใจต่อเหตุการณ์ สนับสนุนศักยภาพเดิมของผู้ป่วยที่เคยใช้ได้ผลดีในการแก้ไขปัญหาในอดีต โดยใช้กระบวนการให้การปรึกษา ให้ข้อมูลและแหล่งสนับสนุน สอนทักษะการจัดการกับความเครียด และส่งต่อเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่อง

5) ติดตามเยี่ยมบ้านในระยะที่เกิดภาวะวิกฤต ทุก 1-2 สัปดาห์จนกว่าสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ปกติ ต่อไปประเมินผลทุก 1, 3 และ 6 เดือน

3.1.2 ผู้ถูกผีปอบเข้าสิง

1) การวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผนการช่วยเหลือ

2) ให้การดูแลด้านร่างกาย จิตใจตามสภาพปัญหา

3) ให้การดูแลทางด้านจิตใจ โดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เปิดโอกาสให้ระบายความคับข้องใจต่อเหตุการณ์ สนับสนุนศักยภาพเดิมของผู้ป่วยที่เคยใช้ได้ผลดีในการแก้ไขปัญหาในอดีต โดยใช้กระบวนการให้การปรึกษา ให้ข้อมูลและแหล่งสนับสนุน สอนทักษะจัดการกับความเครียด และส่งต่อเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่อง

4) ติดตามเยี่ยมบ้าน ทุก 1-2 สัปดาห์จนกว่าสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ปกติ

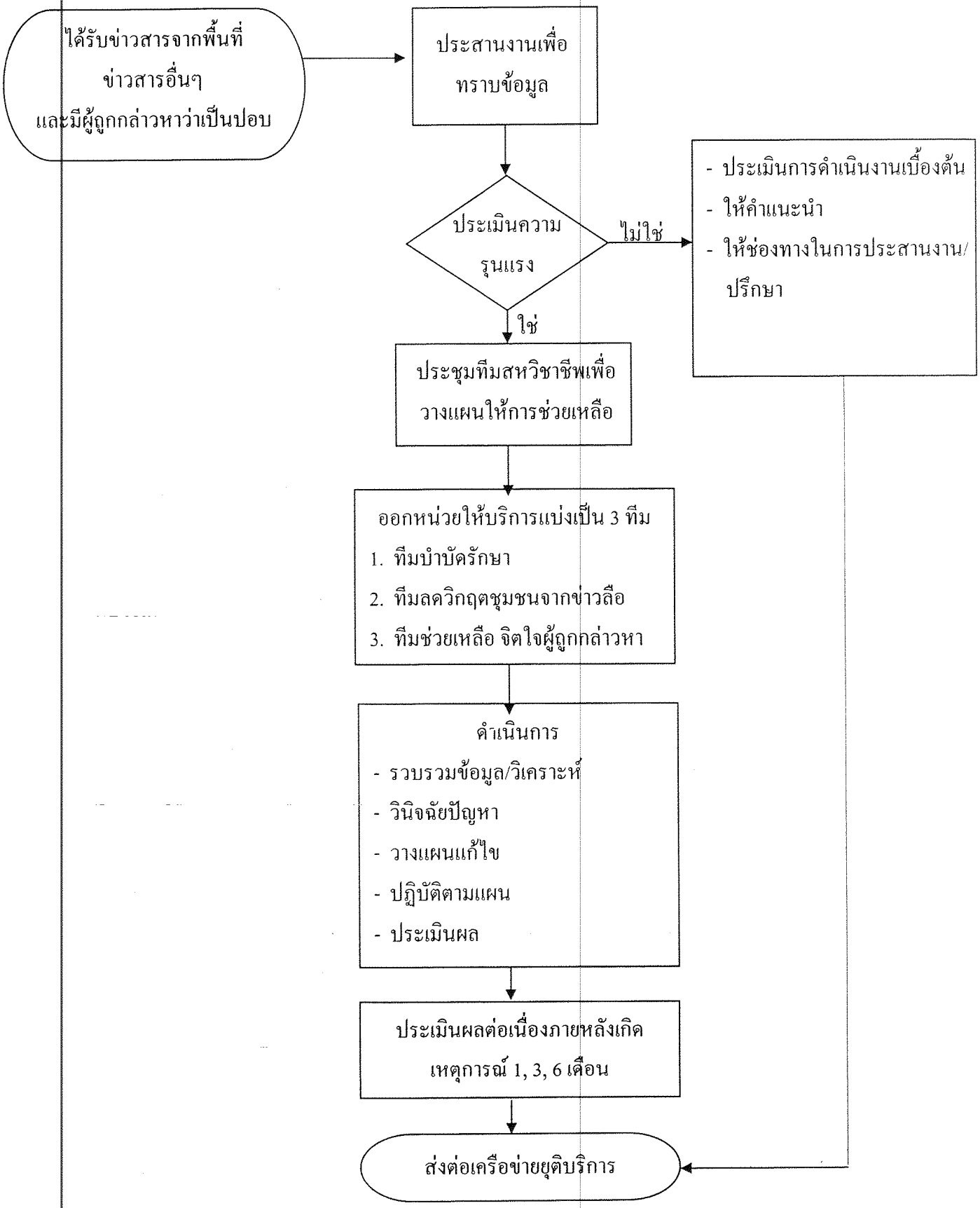
3.1.3 การช่วยเหลือในชุมชน.....

1) ประเมินสถานการณ์ด้านความเชื่อ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความเชื่อ กลุ่มเชื่อครึ่งไม่เชื่อครึ่งหรือกลุ่มเป็นกลาง กลุ่มที่ไม่เชื่อหรือมีความเชื่อด้านบวก

2) ให้การช่วยเหลือโดยเยี่ยมชุมชน ให้การปรึกษารายบุคคลและกลุ่ม

3) ให้การช่วยเหลือตามความเชื่อของแต่ละกลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความเชื่อต้องอาศัยผู้เกี่ยวข้องที่มีศักยภาพในชุมชน เพื่อลดความรุนแรงในระยะที่เกิดภาวะวิกฤต และให้ความรู้ในระยะฟื้นฟูเพื่อปรับทัศนคติ ในกลุ่มที่เชื่อครึ่งไม่เชื่อครึ่งหรือกลุ่มเป็นกลางให้พยายามปรับทัศนคติให้โน้มเอียงด้านบวก ให้องค์ความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม และกลุ่มที่ไม่เชื่อหรือมีความเชื่อด้านบวกให้เสริมสร้างความคิดด้านบวกและเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเป็นแกนนำในชุมชนลดความเชื่อในด้านลบ โดยใช้ข้อมูลสถิติการตายทางการแพทย์ที่ถูกต้องอธิบายการตายที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านที่มีการกล่าวอ้างว่าเป็นการกระทำของผีปอบ ผีเข้า รายละเอียดแนวทางให้การช่วยเหลือ แสดงเป็นแผนภูมิได้ดังนี้

แผนภูมิ แนวทางการปฏิบัติงานกรณีเกิดภาวะวิกฤตชุมชนจากผีปอบ



4. แนวทางการให้การช่วยเหลือกรณีอุปทานหมู่ (Mass hysteria)

เมื่อรับทราบข่าวสารเรื่องอุปทานหมู่ ซึ่งจะมีช่องทางในการรับทราบข่าวสารในหลายรูปแบบ เช่นเดียวกับกรณีผีปอบ จะดำเนินการประสานงานเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่เพื่อทราบข้อมูลเบื้องต้น โดยการสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตชุมชนที่เกิดขึ้น พิจารณาว่าวิกฤตที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงหรือไม่ สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นโดยเครือข่ายได้หรือไม่ โดยมีมาตรการการช่วยเหลือ คือ

4.1 มาตรการการให้ความช่วยเหลือ

การวางแผนและการปฏิบัติเพื่อควบคุมสถานการณ์ แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ (จุมภฏ พรมสีดา 2550; ธรณินทร์ กองสุข, 2550)

4.1.1ระยะรุนแรงที่มีการระบาด มาตรการควบคุมสถานการณ์ระบาด มีดังนี้คือ

1) มาตรการในการควบคุมสถานการณ์

1.1) ประชุมปรึกษาหารือร่วมกัน ระหว่างบุคลากรสาธารณสุข ครู ผู้นำชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจและให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันถึงเหตุการณ์ของการระบาดของโรค เพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือเด็กนักเรียนที่ป่วยอย่างถูกต้อง และควบคุมป้องกันไม่ให้มีรายใหม่เกิดขึ้น

1.2) แยกเด็กที่มีอาการออกจากกลุ่มเพื่อน เพื่อลดการกระตุ้นให้เกิดอาการในเด็กคนอื่นๆ ควรได้รับการตรวจเบื้องต้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อหาโรคทางกาย

1.3) ละเว้นการทำพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ที่ทำให้เกิดความกลัว เช่น การไล่ผี ปัดรังควาน การเล่นผีเหรียญ

1.4) ส่งเสริมให้มีพิธีกรรมทางศาสนาหรืออื่นๆ ที่แสดงถึงความสามัคคี ความเอื้ออาทร ความใส่ใจ เช่น การถวายสังฆทาน การทำบุญอุทิศส่วนกุศล การทำบุญตักบาตร

1.5) เลี่ยงการปรากฏตัวอย่างเป็นทางการในโรงเรียนของเจ้าหน้าที่นักข่าว โดยเฉพาะการปรากฏตัวเป็นกลุ่มเพราะจะกระตุ้นความสนใจของเด็กและก่อให้เกิดความวิตกกังวล หรือเรียกร้องความสนใจ

1.6) ระวังการพูดถึงเรื่องผี ไสยศาสตร์ของกลุ่มผู้นำ ผู้ปกครองในขณะที่เด็กอยู่ด้วยไม่ให้เกิดความกลัวในเด็กเพิ่มมากขึ้น

2) มาตรการสำหรับเด็กที่มีอาการ

2.1) เด็กทุกรายได้รับการดูแลเบื้องต้นจากครู พยาบาล หรือครูที่รับผิดชอบตามวิธีการที่แนะนำ และในกรณีที่ไม่ดีขึ้นหรือ มีอาการเพิ่มมากขึ้น ให้นำไปรับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาล ผู้เกี่ยวข้องควรระมัดระวังในการให้ข้อมูลกับสาธารณชนโดยเฉพาะประเด็นการเปิดเผยความลับของเด็ก จากการวิเคราะห์กลไกของพฤติกรรมการเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดเป็นกลุ่มโดย กิติกร มีทรัพย์ ได้เสนอแนะการดำเนินการ ควบคุมป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตเป็นกลุ่ม โดยได้จำแนกกลุ่มคนในเหตุการณ์นั้น เป็น 3 กลุ่ม

- กลุ่มแอคตีฟ (Active group) เป็นกลุ่มที่มีจิตใจเข้มแข็ง เป็นกลุ่มที่มีอำนาจหรือกลุ่มผู้นำ กลุ่มนี้มักไม่ค่อยเชื่อเรื่องเหนือธรรมชาติ และพิจารณาปัญหาด้วยเหตุและผล
- กลุ่มพาสซีฟ (Passive group) เป็นกลุ่มผู้ที่มีอาการ มักเป็นผู้ที่มีความเครียดสูง ชักจูงง่าย เชื่อเรื่องผีวิญญาณ ไสยศาสตร์
- กลุ่มเงียบ (Silent group) เป็นกลุ่มใหญ่ อาจคล้อยตามกลุ่ม 1 หรือกลุ่ม 2 ถ้าหากเอนเอียงไปตามกลุ่ม 2 มาก การระบาดก็จะเกิดขึ้นมาก การช่วยไม่ให้เกิดการระบาด ก็โดยการลดความเครียดในกลุ่ม 2 และเพิ่มความเข้าใจ ให้ถูกต้องให้แก่กลุ่ม 1 ถ้าในกรณีที่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว ให้ดำเนินการแยกผู้ป่วยออกจากกลุ่มแล้วให้การรักษาโดยเร็ว ลดข่าวลือเรื่องผี หรือไสยศาสตร์ ส่งเสริมสนับสนุนการทำบุญร่วมกัน เน้นความสามัคคี และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

2.2) เด็กนักเรียนที่มีอาการรายแรก และกลุ่มที่มีอาการซ้ำบ่อยๆ ได้รับการตรวจร่างกายจากแพทย์ และตรวจสภาพจิตจากจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และตรวจทดสอบด้านจิตวิทยาจากนักจิตวิทยา

2.3) ให้การรักษาตามข้อบ่งชี้ ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การรักษาที่เหมาะสม คือ การ Suggestion

2.4) กลุ่มนักเรียนที่มีอาการเป็นซ้ำบ่อยๆ ให้การช่วยเหลือโดยให้การปรึกษารายบุคคล

3) มาตรการสำหรับบุคลากรสาธารณสุข

3.1) บุคคลากรสาธารณสุข ได้รับการอธิบายให้เข้าใจในกระบวนการดูแลรักษา และเฝ้าระวัง

3.2) บุคคลากรสาธารณสุข ได้รับการแนะนำ วิธีการดูแลผู้ป่วย Conversion disorder และ hyperventilation รวมถึงการช่วยเหลือด้านจิตใจ เช่น ทักษะ การให้การปรึกษา การให้คำแนะนำ และการรักษาด้วยยาที่จำเป็น เช่น ยาต้านวิตกกังวล ยาต้านโรคซึมเศร้า

4) มาตรการสำหรับ ครู นักเรียนในโรงเรียน

4.1) ได้รับการอธิบายให้เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่

- ธรรมชาติของโรคที่เกิดขึ้น ให้ความมั่นใจว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่ทำให้เกิดการเสียชีวิต
- การเชื่อมโยงกันของความเครียดจากสาเหตุต่างๆ กับการเกิดอาการในนักเรียน
- อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคและการป้องกัน

4.2) ได้รับการสอนวิธีการดูแลนักเรียนที่มีอาการเบื้องต้น

4.3) ไม่พยายามให้เกิด Secondary gain ในกลุ่มเด็กที่มีอาการ

4) มาตรการสำหรับชุมชน

4.1) ชุมชน (ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน) ได้รับการอธิบายให้เข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (โดยผ่านระบบงานการประชุมปรึกษาหารือร่วมกัน ระหว่างทีมช่วยเหลือและทีมผู้นำชุมชน)

4.2 ผู้ที่เกี่ยวข้องระดับสูง ได้แก่ ศึกษาธิการอำเภอ ศึกษาธิการจังหวัด นายอำเภอได้รับการชี้แจง

4.3) ป้องกันไม่ให้มีการมาแสวงหาผลประโยชน์จากเหตุการณ์ เช่น การเรี่ยไรเงินเพื่อทำพิธีกรรมเป็นเงินจำนวนมาก

4.2.2 มาตรการหลังการระบาด

1) มาตรการทั่วไป

1.1) อบรมผู้เกี่ยวข้องให้ทราบแนวทางการดูแลและเฝ้าระวังเพื่อดำเนินการเฝ้าระวังต่อไป

1.2) ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ของคนในชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเกิดเหตุการณ์ (ในเชิงการแพทย์) และมาตรการที่ได้ผลในการแก้ไข

1.3) วางแผนติดตามผล และเฝ้าระวังระยะยาว โดยเจ้าหน้าที่ในพื้นที่

2) มาตรการเฉพาะผู้ป่วย

วางแผนการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการและมีพยาธิสภาพทางจิตใจมากหรือมีปัญหาทางครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

3) แนวทางการจัดการเพื่อควบคุมสถานการณ์และการแก้ไขภาวะอุปทานหมู่

3.1) จัดตั้งทีมสหวิชาชีพ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์

3.2) ศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัจจัยการเกิดเหตุ ตั้งสมมติฐานเบื้องต้นก่อนลงพื้นที่

3.3) ประชุมทีมสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมกับทีมจิตเวช เพื่อ

- ประเมินสถานการณ์
- วางแผนศึกษาปัจจัยการเกิดเหตุในเชิงลึก (ปัจจัยชักนำ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น)
- จำแนกกลุ่มเป้าหมายในชุมชนที่เกิดเหตุเป็น Active group, Passive group, Silent group

3.4) ประชุมในพื้นที่กับผู้นำชุมชนที่เป็น Active group เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติม สร้างความร่วมมือ สร้างความเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางการแพทย์ และขอตรวจวินิจฉัยผู้ที่มีอาการ

3.5) ตรวจวินิจฉัย Passive group และให้การรักษาที่ถูกต้อง ควรแยกผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยคนแรกที่เป็นคนเหนี่ยวนำให้ผู้อื่นมีอาการตามไปด้วย (index case) ออกจากชุมชนเพื่อไปรักษา

3.6) หาข้อมูลเพิ่มเติมในพื้นที่เพื่อสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การเกิดเหตุทั้งหลาย

3.7) ประชุมและวางแผนกำหนดมาตรการในการควบคุมแก้ไขสถานการณ์ร่วมกับ Active group

3.8 ร่วมกับผู้นำชุมชนในการสร้างความเข้าใจ สร้างความมั่นใจ แก่ Silent group เพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่

3.9 อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน ในการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีผู้ป่วยเกิดอาการขึ้นในชุมชน

3.10 กำหนดมาตรการติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับซ้ำของผู้ป่วยและการระบาดอีกครั้งในชุมชน

4.2 แนวทางการช่วยเหลือกรณีเกิดอุปทานหมู่

4.2.1 กรณีไม่รุนแรง ประเมินการดำเนินงานเบื้องต้นว่าพื้นที่ได้ดำเนินการอย่างไรแล้วบ้าง ให้คำแนะนำเพิ่มเติม และมีช่องทางให้เครือข่ายประสานงานเพื่อขอรับความช่วยเหลือได้ตลอดเวลา

4.2.2 กรณีรุนแรง จัดทีมสุขภาพจิตชุมชนซึ่งประกอบด้วย สหวิชาชีพ เช่น จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ประชุมทีมเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือ

1) ออกให้บริการในพื้นที่โดยประสานการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล จัดประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน โดยแบ่งเป็น 2 ทีม

ทีมที่ 1 ทีมบำบัดรักษาผู้ที่เกิดอุปทานหมู่ โดยให้บริการตรวจรักษา ให้การปรึกษารายบุคคล การคลายเครียด และการให้การปรึกษาครอบครัว ทั้งนี้ผู้ที่ถูกผีเข้ามักมีความขัดแย้งในจิตใจร่วมด้วยเสมอ และควรแยกผู้ที่เหนี่ยวนำออกจากกันไม่ให้รวมกลุ่มกัน อาจให้บริการบำบัดรักษาที่บ้านผู้ป่วย และอาจทำกลุ่มประคับประคองจิตใจ (supportive group) แก่ญาติผู้ป่วยเพื่อคลายความวิตกกังวลและมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

ทีมที่ 2 ทีมลดวิกฤตชุมชนจากข่าวลือ ต้องดำเนินการไปพร้อมกันเพราะถ้าไม่สามารถลดข่าวลือได้ ข่าวลือจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาการยังคงอยู่ การดำเนินงานของทีมนี้ต้องค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข่าวลือของความเชื่อนั้นๆ หาข้อมูลสถิติที่แท้จริง เช่น ข้อมูลการตายของบุคคลที่กล่าวอ้าง ข้อมูลความขัดแย้งระหว่างผู้นำชุมชน ค้นหาแกนนำที่ชาวบ้านเคารพนับถือดำเนินการลดกระแสข่าวลือโดยใช้ข้อมูลที่แท้จริงจากสถิติที่ได้หรือประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อลดความขัดแย้งที่มีผลกระทบต่อ

คนในชุมชน การมีพิธีการทางศาสนาเป็นการเชื่อมความสามัคคีและเสริมสร้างกำลังใจสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจด้านศาสนาของคนในชุมชน

2) วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัว การระบาดของข่าวลือวินิจฉัยปัญหาวางแผนแก้ไข ปฏิบัติตามแผนและประเมินผลการช่วยเหลือ

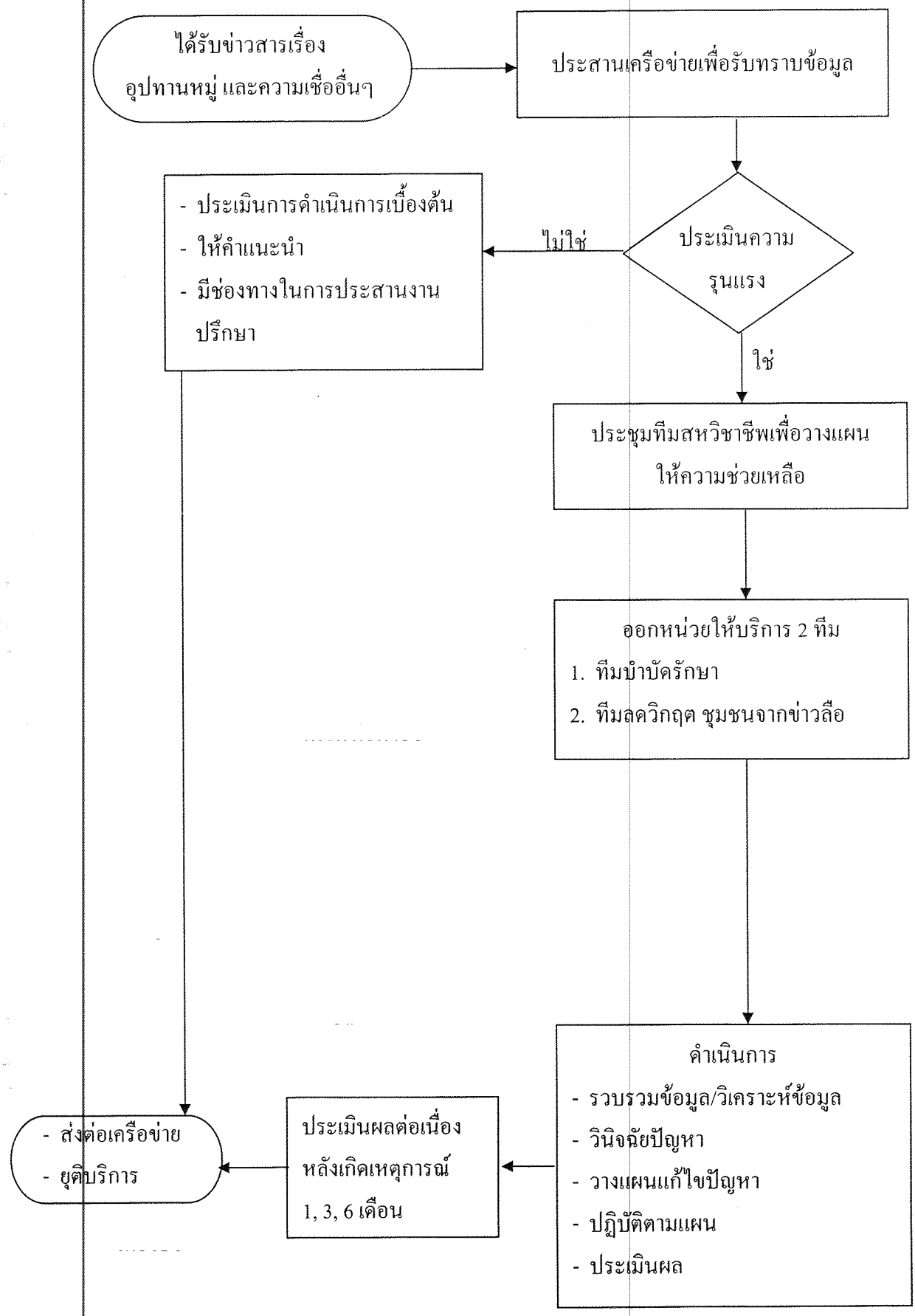
3) ประเมินผลการดำเนินงานโดยประเมินผลหลังการดำเนินงานในแต่ละวัน ภายหลังเกิดเหตุการณ์ 1,3,6 เดือน และส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายเพื่อการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

4) ยุติบริการ และจัดช่องทางในการประสานงานกับแม่ข่ายโดยทางโทรศัพท์ได้ตลอดเวลา

หมายเหตุ ในการประเมินอาการของผู้ป่วยหรือผู้ที่ถูกผีเข้า อาจใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (ในกรณีพบว่าเด็กมีความเครียด) หรือแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประเมินอาการก่อนบำบัดรักษา ภายหลังการบำบัดรักษา 1,3,6 เดือนทั้งนี้ เพื่อช่วยพิจารณาว่าผู้ป่วยควรส่งต่อไปรับบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่เหนือกว่าหรือสามารถให้บริการด้วยตนเองได้ เช่น กรณีมีความเครียดอยู่ในระดับสูง มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก็ควรส่งต่อทันที (รายละเอียดของเครื่องมือและวิธีการใช้อยู่ในภาคผนวก)

รายละเอียดแนวทางปฏิบัติกรณีเกิดภาวะวิกฤตชุมชนจาก Mass hysteria ดังแผนภูมิ

กรณีเกิดอุปทานหมู่ และความเชื่ออื่นๆ



7. แนวทางป้องกันการเกิดปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของความเชื่อจากผีปอบและความเชื่ออื่นๆ

แนวทางป้องกันการเกิดปัญหาที่เกิดจากผลกระทบของความเชื่อจากผีปอบและความเชื่ออื่นๆ แบ่งเป็น 2 กลยุทธ์

กลยุทธ์ที่ 1 การพัฒนาสื่อเทคโนโลยีในการดูแลช่วยเหลือและส่งเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายและชุมชน (โดยแบ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง, กลุ่มปกติ, กลุ่มป่วย)

กลยุทธ์ที่ 2 การจัดการอบรมให้ความรู้กับเครือข่าย โดยประเมินจากความต้องการของเครือข่ายแต่ละพื้นที่

ผลกระทบที่เกิดขึ้น มักเกิดจากการได้รับข้อมูล ข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง การสื่อสารที่ไม่ครบถ้วน การป้องกันปัญหาที่เกิดจากผลกระทบ คือ

1) การให้ความรู้ ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ในเรื่อง การระบาด เหตุผลสนับสนุนอื่นๆ

2) นำเสนอสื่อในทางที่สร้างสรรค์ในเชิงบวกเพื่อลดความรุนแรงและการขยายวงของความเชื่อในเชิงลบ

3) ให้รางวัลผู้นำเสนอสื่อที่ดี

4) รณรงค์ให้ความรู้ผ่านสื่อมวลชน

5) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา

สรุป แนวทางการปฏิบัติงานในระดับเขตสำหรับการช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตจากผีปอบ ผีเข้าและความเชื่ออื่นๆ จัดทำขึ้นเพื่อให้ทีมสหวิชีพในระดับเขต ได้มีความรู้ ความเข้าใจทั้งในบริบทความเชื่อของคนอีสานเกี่ยวกับเรื่องผีปอบ ผีเข้า และแนวทางในการปฏิบัติงานเมื่อมีภาวะวิกฤตเกิดขึ้นจะได้มีความรู้ในการนำไปช่วยเหลือผู้ที่มีผลกระทบจากเหตุการณ์ดังกล่าว ทั้งในด้านการประเมินสถานการณ์ ปัญหา การวิเคราะห์และวินิจฉัย การวางแผนดูแลช่วยเหลือ การปฏิบัติการให้การช่วยเหลือตามแผน และการประเมินผล ตลอดจนใช้องค์ความรู้เฉพาะทางของจิตเวชในการบำบัด รักษา ทั้งในด้านการวินิจฉัยแยกโรค การรักษาด้วยยา การให้การปรึกษารายบุคคล การให้การปรึกษาครอบครัว การทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง การฝึกทักษะผู้ป่วยในการคลายเครียด เป็นต้น ผลลัพธ์ที่สำคัญคือการช่วยให้คนในชุมชนกลับคืนสู่สภาวะปกติโดยเร็ว ลดการแพร่ระบาดของความเชื่อในวงกว้าง อย่างไรก็ตาม การทำงานกับกลุ่มคนที่มีความเชื่อ ทีมสหวิชาชีพต้องเข้าใจและระมัดระวังการดำเนินงานที่แสดงออกถึงความเป็นปฏิปักษ์กับความเชื่องของคนในชุมชน แต่ต้องดำเนินงานบนพื้นฐานของการวางตัวเป็นกลางและสามารถดำเนินงานร่วมกับทุกฝ่ายได้โดยไม่ขัดแย้ง จะช่วยให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

เกษม ตันติผลาชีวะ. ผีเข้า. มติชนรายวัน ฉบับวันที่ 27 สิงหาคม 2546 ปีที่ 26 ฉบับที่ 9301.

กิมทอง มาศสุวรรณ. หมู่บ้านผีปอบ. ศิลปวัฒนธรรม. 2533; 11(5) : 34-7.

กฤติยา แสวงเจริญ และคณะ. แนวทางการให้ความรู้ทางด้านสุขอนามัยแก่หมอลำผีฟ้า. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2536.

จินตนา ยูนิพันธ์. ระบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน . ใน : เอกสารประกอบการอบรมเรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน Psychiatric Home Care. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ; 2541.

จุมภฏ พรมสีดา. เอกสารประกอบการบรรยายการสัมมนาการพัฒนาเทคโนโลยีการช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตจากผีปอบ ผีเข้าและความเชื่ออื่นๆ ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2550.

ณรงค์ สุภัทรพันธ์. Interesting topic เรื่อง Culture factor in psychiatry. [Online] Available from :http://www.ramamental.com [2007Oct4].

ทวี ตั้งเสรี. การจำแนกโรคและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชแบบ ICD-10. นครพนม : โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม; 2541.

ธรณินทร์ กองสุข. เอกสารประกอบการบรรยายการสัมมนาการพัฒนาเทคโนโลยีการช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตจากผีปอบ ผีเข้าและความเชื่ออื่นๆ. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2550.

ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. อาการทางกาย สาเหตุจากจิตใจ (Functional Somatic Symptoms). ใน : พูนศรี รังษีขจี, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, นวนันท์ ปิยิวัฒน์กูล. (บรรณาธิการ). จิตเวชศาสตร์ : สำหรับนักศึกษาแพทย์. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา; 2540.

ประมวล พิมพ์เสน. ความเชื่อของสังคมอีสาน. ใน : สุขภาพจิตกับวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น1. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์; 2540.

มาริโกะ กาโตะ. การรักษาแบบพื้นบ้าน : กรณีศึกษาหมอลำผีฟ้าบ้านหนองใหญ่ อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2538.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นและศูนย์สุขภาพจิต เขต 6. การศึกษาปรากฏการณ์ความเชื่อเรื่องสุขภาพ กรณีศึกษาเรื่องผีปอบ ตำบลบ้านขาม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.ใน : การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7 ปี พ.ศ. 2544 “ความสุขที่เพียงพอ”. นนทบุรี :กรมสุขภาพจิต; 2544 : หน้า 151.

พิเชฐ อุดมรัตน์. Dissociative disorder. ใน : เกษม ตันติผลาชีวะ. (บรรณาธิการ). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2536 : 521-28.

วัชนี หัตถพนม. เอกสารประกอบการบรรยายการสัมมนาการพัฒนาเทคโนโลยีการช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตจากผีปอบ ผีเข้าและความเชื่ออื่นๆ. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2550.

วัชนี หัตถพนม และคณะ. ผลการใช้โปรแกรมปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบต่อความเครียดในผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าเป็นผีปอบ หมู่บ้านท่าแร่ จังหวัดสกลนคร : กรณีศึกษา. ใน : การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7 ปี พ.ศ. 2544 "ความสุขที่พอเพียง". นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2544 : หน้า 65.

_____. ผีปอบมีจริงหรือ : องค์ความรู้จากการดำเนินงานในเขต 6. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น; 2545.

_____. กรณีศึกษาเรื่องพิธีไล่ผีปอบในช่วงการประชุม APEC : ผลการช่วยเหลือภาวะวิกฤตชุมชน. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์; 2547.

วิญญู ชนะกุล. Dissociative trance disorder. [Online]. Available from : http://www.mahidol.ac.th/Mahidol/ra/rapc/disso.htm[2004Jan30].

สงัน สุวรรณเลิศ. การศึกษาเรื่องผีปอบในแง่ของวิชาจิตเวชศาสตร์. เวชสารการแพทย์ 2515 ; 19 : 24-5.

_____. สุขภาพจิตของผีปอบ : ปรากฏการณ์ผีเข้าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2523 ; 25 : 25-32.

_____. ผีปอบและผีเข้าในทรรศนะทางจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : บพิธการพิมพ์; 2529 : 247-67.

_____. ผีปอบ ผีเข้าในทรรศนะของจิตแพทย์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543; 45(4) : 300-10.

สุพรรณ เผือกพันธ์. การศึกษาความเชื่อเรื่องผีปอบในบริบทสังคมไทยพุทธ : ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านหนองทามน้อย จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.

สมชาย นิลอาธิ. ผ่ามิติ "หมู่บ้านผีปอบ" ความเชื่อหรืองมงาย [Online]. Available from : http://www.siam-handicrafts.com/webboard/question.asp?QID=1289 [2007 Oct 5].

_____. สรุปการเสวนาเรื่องหมู่บ้านผีปอบในมิติความเชื่อ สังคม วัฒนธรรม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2547.

สุภาพร ประดับสมุทร. อุปาทานระบาด : กรณีผีปอบ. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2542.

อุษา กลิ่นหอม. มิติวิทยาศาสตร์กับภูมิปัญญาพื้นฐาน. มหาสารคาม : สถาบันวิจัยรุกเวช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2547.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4th ed. New York : American Psychiatric Press; 1994 : 727-29.

The Cleveland Clinic Information Center. Dissociative disorders. [online]. Available from : http://www.clevelandclinic.org/health/health-info/docs/2800/2819.asp [2007 Oct 30].

Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry.10 th ed. Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins; 2007 : 665-679.

Spiritual Competency Resource Center. Therapeutic interventions : spiritual crisis. [online]. Available from : http://www.spiritualcompetency.com/dsm4/lesson6_1.html[2007 Oct 30].

World Health Organization. ICD-10 Classification of mental and behavioral disorder clinical description and diagnostic guideline. Geneva : World Health Organization; 1992.

ภาคผนวก

รายละเอียดของคู่มือนี้ส่วนหนึ่งได้มาจากการประชุมกลุ่มย่อยของผู้ปฏิบัติงานในระดับเขต จากการประชุมสัมมนาการพัฒนาเทคโนโลยีการให้การช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตจากผีปอบและความเชื่ออื่นๆ ระยะที่ 2 ในวันที่ 20-21 กันยายน 2550 เวลา 13.00-16.30 ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

วิทยากรกลุ่ม น.พ.ทวี ตั้งเสรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สมาชิกกลุ่ม

1.	นายพรเทพ	แสงสุวรรณ	ประธานกลุ่ม
2.	นางวารุณี	ตั้งเสรี	สมาชิกกลุ่ม
3.	นางปรารถนา	คำมีสีนนท์	สมาชิกกลุ่ม
4.	นางกาญจน์กนก	สุรินทร์ชมภู	สมาชิกกลุ่ม
5.	น.ส.ธีราภา	ธานี	สมาชิกกลุ่ม
6.	นางวาสนา	ทักษิณพิลา	สมาชิกกลุ่ม
7.	นางนวลลักษณ์	เลาหพันธ์	สมาชิกกลุ่ม
8.	นายวิชัย	ลิขสิทธิ์ดำรงกุล	สมาชิกกลุ่ม
9.	น.ส.แสงเงิน	เฝ้าสันเที๊ยะ	สมาชิกกลุ่ม
10.	นส.มารศรี	ปราณีวัตร	สมาชิกกลุ่ม
11.	น.ส.วิไลรัตน์	สะผลสวัสดิ์	สมาชิกกลุ่ม
12.	น.ส.สุปราณี	พิมพ์ตรา	เลขานุการกลุ่ม

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ – สกุล.....
2. ที่อยู่.....
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. คู่อยู่ด้วย ( ) 3. คู่แยกกันอยู่
   ( ) 4. หม้าย ( ) 5. หย่า/ร้าง
8. ในช่วง 1 เดือนนี้หรือก่อนหน้านี้ ท่านมีปัญหาสุขภาพในเรื่องใดบ้าง (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค)
   ( ) 1. ไม่มี ( ) 2. มี (ถ้ามีตอบคำถามข้อ 9 ด้วย)
9. โรคที่ท่านมีปัญหาตอบได้มากกว่า 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.....
.....

แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ข้อมูลที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

1. ชื่อ-สกุล.....

2. ที่อยู่.....

   โทรศัพท์.....

3. เคยฆ่าตัวตายหรือไม่ ○ เคย ○ 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 อาการหรือความคิด ความรู้สึก ดังต่อไปนี้หรือไม่

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
1. มีสีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมอง เศร้าซึม ร้องไห้ (ผู้สมภาษณ์สังเกตพบขณะสัมภาษณ์)	○	○
2. เป็นโรคร้ายแรงหรือเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมาก	○	○
3. เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุฆ่าตัวตายหรือเคยทำมาก่อน	○	○
4. สูญเสียอวัยวะที่สำคัญอย่างไม่คาดคิด (ระบุอวัยวะที่สูญเสีย.....)	○	○
5. มีการสูญเสียของรัก (คนรัก เงินทอง หรือบุคคลอันเป็นที่รัก หน้าที่การงาน)	○	○
6. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง ดื่มหนัก ดื่มจนเมา	○	○
7. มีเรื่องกดดัน หรือคับข้องใจ	○	○
8. รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีค่าที่จะอยู่ต่อไป	○	○
9. เป็นทุกข์ จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป	○	○
10. กำลังคิดฆ่าตัวตาย	○	○

การแปลผล

ตอบ (มี) ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรได้รับบริการการปรึกษาหรือพบแพทย์และใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าควบคู่กันด้วย

แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

ชื่อ.....สกุล.....

ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือมีความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดใส่เครื่องหมาย "X" ลงในช่องแสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

อาการพฤติกรรมหรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด				
4. มีความวุ่นวายใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดศีรษะข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้งสองข้าง				
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีค่า				
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				
12. รู้สึกเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร				
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร				
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ				
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ				
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง หรือไหล่				
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย				
19. มึนงง หรือเวียนศีรษะ				
20. ความสุขทางเพศลดลง				

การประเมินผลและวิเคราะห์ความเครียด

เกณฑ์ในการประเมินผลและการให้คะแนนรายข้อ

ไม่เคยเลย	เท่ากับ	0	คะแนน
เป็นครั้งคราว	เท่ากับ	1	คะแนน
เป็นบ่อยๆ	เท่ากับ	2	คะแนน
เป็นประจำ	เท่ากับ	3	คะแนน

ระดับคะแนน 0-5

ผลการประเมินและวิเคราะห์ความเครียด

คำตอบของท่านแสดงให้เห็นว่าท่านมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมาก ซึ่งในทางทฤษฎีถือว่ามีความเป็นไปได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่จะมีความเครียดในระดับต่ำมากเช่นนี้ ในกรณีของท่านอาจมีความหมายว่า

☐ ท่านตอบคำถามไม่ตรงตามความเป็นจริงหรือ

☐ ท่านอาจเข้าใจคำสั่งหรือข้อคำถามคลาดเคลื่อนไปหรือ

☐ ท่านอาจเป็นคนที่ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต มีความเฉื่อยชา ชีวิตประจำวันซ้ำซากจำเจ น่าบื่อ ปราศจากความตื่นเต้น

**** หากท่านต้องการทราบผลการประเมินและวิเคราะห์ความเครียดของท่านว่าเป็นอย่างไรในความเป็นจริง โปรดเริ่มต้นทำใหม่อีกครั้งหนึ่ง****

ระดับคะแนน 6-17

คำตอบของท่านแสดงให้เห็นว่าท่านมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ นั่นหมายความว่าท่านสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม รู้สึกพึงพอใจเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมาก รู้สึกมีหวัง มีชีวิตชีวา กระตือรือร้น มองสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์รอบตัวว่าเป็นสิ่งท้าทายความสามารถ มีความสามารถในการจัดการกับสิ่งต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ผลผลิตของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง

ความเครียดในระดับนี้ถือว่ามีประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นแรงจูงใจที่นำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตได้

ระดับคะแนน 18-25

คำตอบของท่านแสดงให้เห็นว่าท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย นั่นหมายความว่าขณะนี้ท่านมีความไม่สบายใจอันเกิดจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำงาน ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล เป็นต้น โดยที่ปัญหาหรือข้อขัดแย้งของท่านอาจจะยังไม่ได้รับการคลี่คลายหรือแก้ไขซึ่งถือว่าเป็นความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน ท่านอาจไม่รู้ตัวว่ามีความเครียดหรืออาจรู้สึกได้จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมบ้างเล็กน้อยแต่ไม่ชัดเจนและยังพอทนได้

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าท่านจะมีความยุ่งยากในการจัดการกับปัญหาอยู่บ้างและอาจต้องใช้เวลาในการปรับตัวมากขึ้นกว่าเดิม แต่ในที่สุดท่านก็สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้และความเครียดในระดับนี้ไม่เป็นผลเสียต่อการดำเนินชีวิต

ระดับคะแนน 26-29

คำตอบของท่านแสดงให้เห็นว่าท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติปานกลางนั่นหมายความว่าขณะนี้ท่านเริ่มมีความตึงเครียดในระดับค่อนข้างสูงและได้รับความเดือดร้อนเป็นอย่างมากจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหาความขัดแย้งและวิกฤตการณ์ในชีวิต เช่น การเปลี่ยนวัย การทะเลาะกับคนในครอบครัว การขัดแย้งกับเพื่อนในโรงเรียนหรือที่ทำงาน เป็นต้น โดยท่านอาจสังเกตได้จากอาการแสดงออกของการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด พฤติกรรมและการดำเนินชีวิต เช่น ระบบขับถ่ายผิดปกติ หงุดหงิด วิตกกังวล ท้อแท้ ซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่มีสมาธิ ตัดสินใจลำบาก นอนไม่หลับ มีการใช้ยาหรือสารเสพติด ทำงานได้ไม่ดีเหมือนเดิม สิ่งเหล่านี้เป็นสัญญาณเตือนขั้นต้นว่าท่านกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤตและความขัดแย้งซึ่งท่านจัดการหรือแก้ไขด้วยความยากลำบากและตราบใดที่ความขัดแย้งต่างๆ ยังคงมีอยู่ ลักษณะอาการดังกล่าวจะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น

ความเครียดระดับนี้มีผลกระทบต่อการทำงานและการดำเนินชีวิต จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ท่านต้องรีบหาทางคลี่คลายหรือแก้ไขข้อขัดแย้งต่างๆ ให้ลดน้อยหรือหมดไปด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง

ระดับคะแนน 30-60

คำตอบของท่านแสดงให้เห็นว่าท่านมีความเครียดอยู่ในระดับที่สูงกว่าปกติมาก นั่นหมายความว่าท่านกำลังตกอยู่ในสภาวะตึงเครียดหรือกำลังเผชิญกับวิกฤตการณ์ในชีวิตอย่างรุนแรง เช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเรื้อรังความพิการทางร่างกาย การสูญเสียหรือแยกจากบุคคลอันเป็นที่รัก ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาการตกงานหรือถูกไล่ออกจากงานและปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตอย่างชัดเจน ทางด้านสุขภาพกายก่อให้เกิดโรคทางกายเรื้อรัง เช่น โรคกระเพาะ โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิต ภูมิแพ้ เป็นต้น ส่วนทางด้านสุขภาพจิต ทำให้ชีวิตไม่มีความสุข จิตใจไม่เบิกบานเสมือนถูกบีบคั้นทางใจ ความคิดฟุ้งซ่าน คิดวกไปเวียนมา จับต้นชนปลายไม่ถูก ตัดสินใจผิดพลาด หุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจ อาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย บางครั้งอาจมีพฤติกรรมเอะอะโวยวาย ขว้างปาข้าวของและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ความเครียดในระดับนี้ถือว่ามีความรุนแรงสูงมาก หากท่านปล่อยให้ความเครียดยังคงมีอยู่ต่อไปโดยไม่ได้ดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสมและถูกวิธี อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงซึ่งส่งผลเสียต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิดต่อไปได้