ภาวะสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย
ของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่รับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

นางสาวกังสดาล เพ็งล่อง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2556
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

MENTAL HEALTH AND POST-TRAUMATIC STRESS SYMPTOMS RELATED TO COMBAT IN SOLDIERS AT PHRAMONGKUTKLAO HOSPITAL

Miss Kangsadan Penglong

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health
Department of Psychiatry
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ภาวะสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่รับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
โดย	นางสาวกังสดาล เพ็งล่อง
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์โศภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(พันตรี นายแพทย์ณัฐพล โชคไมตรี)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กังสดาล เพ็งล่อง : ภาวะสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่รับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (MENTAL HEALTH AND POST-TRAUMATIC STRESS SYMPTOMS RELATED TO COMBAT IN SOLDIERS AT PHRAMONGKUTKLAO HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. นพ.เดชา ลลิตอนันต์พงศ์, หน้า.

ในการปฏิบัติการราชการสนาม กำลังพลทหารมักได้รับแรงกดดันจากอันตรายที่มีอยู่รอบด้านซึ่งอาจก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางจิตใจ กำลังพลบางรายอาจจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องพบว่าในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา ไม่มีงานวิจัยที่ทำการศึกษาภาวะสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของทหารราชการสนาม การศึกษาในครั้งนี้จึงถือว่าเป็นงานวิจัยใหม่ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผน กำหนดแนวทาง ส่งเสริมให้ทหารราชการสนามมีสุขภาพจิตที่ดี

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยศึกษา ณ จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง เพื่อศึกษาสุขภาพจิต อาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยทหารราชการสนาม จำนวน 108 คน โดยการใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดสุขภาพจิต SCL.90 และแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตหลังภาวะวิกฤต GHQ 12 Plus - R ส่วนที่ 2 PTSD Screening Test ใช้การวิเคราะห์ Univariate Analysis เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 73.1 ซึ่งมีปัญหาสุขภาพจิตด้านการย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive – Compulsive) มากที่สุด ร้อยละ 50.0 โดยพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต คือ สาเหตุที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในขณะปฏิบัติภารกิจราชการสนามด้วยการถูกสะเก็ดระเบิด ส่วนอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายนั้น พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนาม ร้อยละ 77.8 ไม่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย ได้แก่ อายุและสถานภาพสมรส ส่วนปัจจัยทำนายนั้นพบว่าเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้ว สถานภาพสมรสที่เป็นคู่ มีความเสี่ยงต่อการมีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายเป็น 3.238 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.019)

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....

สาขาวิชา สุขภาพจิต ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

ปีการศึกษา 2556

5374606230 : MAJOR MENTAL HEALTH
KEYWORDS: MENTAL HEALTH / POST-TRAUMATIC STRESS SYMPTOM / SOLDIERS / MILITARY PSYCHIATRY

KANGSADAN PENGLONG: MENTAL HEALTH AND POST-TRAUMATIC STRESS SYMPTOMS RELATED TO COMBAT IN SOLDIERS AT PHRAMONGKUTKLAO HOSPITAL. ADVISOR: ASSOC. PROF.DECHA LALITANANTPONG, M.D., pp.

The study is relevant to the mental health of soldiers from battlefields. However, the past - findings were not be applicable and couldn’t define the symptoms of mental disorders after trauma, which are important symptoms. The study about mental health and post - traumatic stress symptoms will be helpful for using in planning guidelines to encourage the soldiers from battlefields to have better mental health.

The propose of this cross - sectional descriptive study was to study mental health, post - traumatic stress symptoms and associated factors related to combat in soldiers at Phramongkutklao Hospital. Data were collected from 108 from soldiers from combat who admitted at Phramongkutklao Hospital. Self - report included: Personal information, Symptom Distress Checklist 90 (SCL.90) and General Health Questionnaire Plus Revision (GHQ 12 Plus - R) Part 2 PTSD Screening Test. Univariate analysis were used to determine the associated factors with mental health and post - traumatic stress symptoms among those patients.

The results revealed that most of the soldiers from combat 73.1 % had mental health problems, 50.0 % was Obsessive - Compulsive symptom. From Univariate analysis, the factor associated with mental health problem is caused injury while performing official field mission with detonation wounds. And most of the soldiers from combat 77.8 % do not have post - traumatic stress symptoms, the factors associated with post - traumatic stress symptoms are age and marital status. Logistic regression analysis was performed and found predicted factor of post - traumatic stress symptoms was married. (p = 0.019)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Department: Psychiatry Student's Signature .....

Field of Study: Mental Health Advisor's Signature .....

Academic Year: 2013

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาจากบุคคลหลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เดชา ลลิตอนันต์พงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้แนวทางในกระบวนการการทำวิจัย แนวทางแก้ไขปัญหา คอยชี้แนะแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และพันตรี นายแพทย์ณัฐพล โชคไมตรี กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ สำหรับการให้เกียรติมาเป็นคณะกรรมการในการสอบวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ทั้งยังช่วยชี้แนะให้แก้ไขในข้อบกพร่องบางประการ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณะนักจิตวิทยาโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาที่อนุญาตให้ใช้แบบทดสอบวัดสุขภาพจิตมาตรฐาน Symptom Distress Checklist 90 (SCL.90) และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ ที่อนุญาตให้ใช้แบบประเมิน General Health Questionnaire Plus Revision (GHQ 12 Plus - R) ในส่วนแบบสำรวจสภาวะสุขภาพจิตหลังภาวะวิกฤต ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่ให้ความอนุเคราะห์อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลในแผนกราชการสนาม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า รวมทั้งคณะแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ปฏิบัติงานในแผนกราชการสนาม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ให้ความกรุณาอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้วิจัยในการเก็บข้อมูล และงานวิจัยนี้จะสำเร็จลงไม่ได้หากไม่มีผู้ป่วยทหารราชการสนาม ในแผนกราชการสนาม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ยินดีสละเวลาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณพันตรีวิชิตพล เพ็งล่อง ผู้เป็นบิดา ซึ่งเป็นหนึ่งในกำลังพลทหารราชการสนาม ผู้ซึ่งเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับทหารราชการสนามในครั้งนี้ รวมถึงสมาชิกในครอบครัวทุกท่าน โดยเฉพาะร้อยตำรวจเอกอัครพล ธนธรรม ที่คอยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้านอย่างเต็มกำลังตลอดมาจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

ท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิประสาทความรู้และอบรมสั่งสอนผู้วิจัย รวมทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ธุรการที่คอยให้คำแนะนำ ช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานต่าง ๆ รวมทั้งยังคอยให้คำปรึกษาตลอดเวลาที่ศึกษา ณ สถาบันแห่งนี้จนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ฉ
กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ
สารบัญ ..... ช
สารบัญตาราง 1
บทที่ 1 2
บทนำ 2
คำถามของการวิจัย 6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย 6
สมมติฐานการวิจัย 6
ขอบเขตของการวิจัย 6
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ 10
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม 10
ข้อจำกัดในการวิจัย 11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย 11
บทที่ 2 12
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 12
บทที่ 3 39
วิธีดำเนินการวิจัย 39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 40
การรวบรวมข้อมูล 44
การวิเคราะห์ทางสถิติ 45
อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและมาตรการในการแก้ไข 45
บทที่ 4 47
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 47
บทที่ 5 98
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 98

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หน้า

รายการอ้างอิง 106
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 130

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญตาราง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale)

ในปัจจุบันนี้ปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตกำลังมีความสำคัญมากขึ้นในทุกประเทศ เนื่องจากสถานการณ์โลกในศตวรรษที่ 21 ที่มีสภาพการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางด้านต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วัฒนธรรม สังคม การศึกษา กลไกทางทหาร เศรษฐกิจและการเมือง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้เกิดการปรับตัวและการแข่งขันที่สูงขึ้น ทำให้วิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลงแตกต่างไปจากเดิมมาก จึงเป็นเหตุก่อให้เกิดความเครียดเนื่องจากไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงนั้นได้ มีการดำรงชีวิตโดยใช้ทัศนะแบบบริโภคนิยม ใช้สารเสพติด และใช้ความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม รวมไปถึงการพัฒนาประเทศในด้านต่าง ๆ ด้วย[17]

ผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย โดยกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2557[16] พบว่าร้อยละ 20 ของประชากรไทย หรือประมาณ 1 ใน 5 หรือราว 13 ล้านคน ประสบปัญหาสุขภาพจิต เช่น เครียด วิตกกังวล และมีผู้ป่วยโรคทางจิตเวช 10 โรค เช่น โรคจิตเภท โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศในปี 2554 รวมกว่า 3 ล้านราย คาดการณ์ว่าใน พ.ศ.2570 นี้ ปัญหาสุขภาพจิตจะมีมากขึ้น เนื่องจากผลพวงของการเปลี่ยนสภาพสังคมเป็นสังคมเมืองมากขึ้น

ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่กำลังประสบกับภาวะตึงเครียดในการดำรงชีวิตประจำวันอยู่เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรไทยและการย้ายถิ่นฐานของชาวไทยและชาวต่างชาติที่ล้วนมีผลกระทบทั้งด้านบวกและลบต่อสังคมไทย ด้วยประชากรอันเป็นทรัพยากรสำคัญของประเทศในการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งในด้านสุขภาพ การศึกษา การทำงาน การอยู่ร่วมกันอย่างสันติ และธำรงไว้ซึ่งวัฒนธรรมอันดีงามของชาติ[33] รวมถึงสถานการณ์ความวุ่นวายและความไม่สงบเรียบร้อย อันเป็นผลมาจากความเปลี่ยนแปลงทั้งในและนอกประเทศที่เกิดขึ้น[36] ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ที่ยืดเยื้อมาเป็นเวลานานตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 จนถึงปัจจุบัน สถานการณ์ความขัดแย้งทางการเมืองที่เกิดขึ้นอยู่บ่อยครั้งมากขึ้น ความสัมพันธ์กับประเทศเพื่อนบ้าน การปะทะบริเวณชายแดนระหว่างประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน รวมไปถึงการเป็นประเทศคู่สงครามที่คอยช่วยเหลือปฏิบัติการในการรบต่างแดน ซึ่งภาวะความตึงเครียดที่ได้กล่าวมานี้ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตกับบุคคลทุกเพศ ทุกวัย ทุกอาชีพ ทั้งนี้อาชีพหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับสถานการณ์ต่าง ๆ ดังกล่าวนั้นคือบุคคลในอาชีพทหาร

ทหารผู้ซึ่งถือว่าเป็นรั้วของชาติไม่เพียงต้องประสบกับภาวะความตึงเครียดเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป หากแต่ยังต้องประสบกับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งถือได้ว่าเพิ่มมากขึ้นกว่าบุคคลในอาชีพอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นภาวะการจากพ่อแม่ ภรรยา บุตรธิดา หรือผู้ที่เป็นที่รัก เพื่อไปรับใช้ประเทศชาติ อีกทั้งในกรณีการเป็นทหารกองประจำการ ซึ่งต้องประสบกับสิ่งแวดล้อมใหม่ โดยเฉพาะภาวะสงคราม บางคนถูกส่งไปปฏิบัติราชการชายแดน ทำให้ต้องอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายตลอดเวลา โอกาสที่อารมณ์และจิตใจตึงเครียดจึงมีมากกว่าบุคคลในอาชีพอื่น[41] ทั้งความเคร่งครัดต่อระเบียบวินัยที่ทหารทุกคนต้องปฏิบัติ ถ้าไม่ปฏิบัติตามอย่างถูกต้องก็ต้องได้รับโทษ[49] จากสถานการณ์เพียงบางประการที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าทหารอาจมีภาวะกดดันทางจิตใจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต

ทั้งนี้เมื่อเกิดเหตุการณ์ความวุ่นวายไม่สงบเรียบร้อยขึ้น กองทัพไทยมีความจำเป็นจะต้องส่งกำลังพลทหารเข้าไปปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ที่มีสถานการณ์นั้น ๆ และในการปฏิบัติการราชการสนามกำลังพลทหารที่ปฏิบัติการอยู่ ณ พื้นที่รบ จะต้องประสบกับความเจ็บป่วยทางกาย การบาดเจ็บทุพพลภาพ หรืออาจต้องเสียชีวิต[15] นอกจากนี้ ในภาวะสงคราม ทหารที่อยู่ในแนวรบจะได้รับแรงกดดันของภัยจากการรบในสนาม อันตรายที่มีอยู่รอบด้านจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางจิตใจตามความรุนแรงและช่วงเวลาของการรบ อาการเจ็บป่วยทางจิตใจมักจะรุนแรงและอัตราการเจ็บป่วยจะมีมากกว่าในภาวะปกติ จึงทำให้กำลังพลบางรายอาจมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่เป็นผลกระทบมาจากการปฏิบัติหน้าที่ราชการสนาม[64] และนอกจากปัญหาสุขภาพจิตแล้ว ในบางรายอาจเกิดความผิดปกติทางจิตภายหลังการพบเจอภัยอันตรายจากการสู้รบ ซึ่งหลายคนคิดว่าทหารที่กลับจากการปฏิบัติภารกิจราชการสนามนั้นไม่น่าจะมีปัญหาใด ๆ อีกต่อไปแล้ว แต่ทหารบางคนอาจมีความผิดปกติดังกล่าวเกิดขึ้น ซึ่งบางครั้งก็ใช้เวลานานหลายเดือนหรือหลายปีก่อนเกิดปัญหา ความทรงจำที่เลวร้ายหวนกลับมา ทำให้เกิดการนอนไม่หลับ นอนหลับไม่ดี ฝันร้าย แยกตัว รู้สึกแปลกแยกจากสังคม รู้สึกผิดหวังกับสิ่งที่ได้กระทำลงไป หรือรู้สึกผิดกับสิ่งที่สมควรจะกระทำแต่ไม่ได้กระทำลงไป มีความวิตกกังวลสูง ตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างตื่นเต้นรุนแรงผิดปกติ ติดเหล้า ติดสารเสพติด เป็นต้น ภาวะผิดปกติเช่นนี้จะทำให้การดำเนินชีวิตมีคุณภาพชีวิตแย่ และนำไปสู่ปัญหาสังคมต่อไป[44]

อย่างไรก็ตามความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้นภายหลังการพบสภาวะวิกฤตของชีวิตหรือภัยอันตรายต่าง ๆ นั้น เพิ่งจะเป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลายในประเทศไทย หลังจากเกิดเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิขึ้น เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ที่ผ่านมา ซึ่งเป็นเหตุการณ์ภัยพิบัติทางธรรมชาติที่ถูกบันทึกว่าร้ายแรงติดอันดับ 1 ใน 5 ของโลก ก่อให้เกิดความเสียหายกับประเทศที่อยู่โดยรอบมหาสมุทรอินเดียอย่างไม่สามารถประเมินได้ ทำให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 220,00 คน รวมทั้งส่งผลกระทบต่อความสูญเสียอย่างร้ายแรงใน 6 จังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย การเกิดภัยพิบัติหรือภัยอันตรายต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นในลักษณะใด ย่อมก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลและทรัพย์สินอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยภัยที่เกิดขึ้นกับมนุษย์เรานั้นก็สามารถเป็นไปได้ในหลากหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเกิดจากการกระทำของมนุษย์เอง อย่างเช่น การเกิดสงคราม การก่อการร้าย การวางระเบิด หรืออาจเกิดจากภัยธรรมชาติ เช่น วาตภัย อุทกภัย ไฟป่า แผ่นดินไหว เป็นต้น ซึ่งภัยต่าง ๆ เหล่านั้นย่อมส่งผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจจนอาจก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิตที่เรียกว่า PTSD (Posttraumatic stress disorder) เป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดขึ้นกับบุคคลหลังจากเกิด

เหตุการณ์ร้ายแรงหรือตกอยู่ในภาวะกดดัน โดยในจิตเวชศาสตร์ทางทหารต่างประเทศ ก็มีการศึกษาในกลุ่มทหารผ่านศึกมากกว่า 50 ผลงาน ซึ่งกลุ่มทหารผ่านศึกในสงครามเวียดนามเป็นกลุ่มที่มีการศึกษามากที่สุด ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการศึกษา รูปแบบวิธีการ ระยะเวลาในการเกิดโรค และการเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรต่าง ๆ ความแตกต่างนั้นสะท้อนให้เห็นถึงความหลากหลายของอัตราความชุกที่มีตั้งแต่ต่ำสุดที่ร้อยละ 2 ของ The Centers for Disease Control 1988 จนสูงถึงมากกว่าร้อยละ 70 ที่พบในงานวิจัยต่าง ๆ ต่อมา ซึ่งงานวิจัยที่น่าสนใจนั้นเป็นของ The National Vietnam Veterans' Readjustment Study ที่ศึกษาได้ลึกที่สุดทั้งทางด้านจิตใจและสังคมของทหารผ่านศึกในสงครามเวียดนาม จำนวน 3,016 คน พบว่าทหารเหล่านั้นมีอาการตามหลักเกณฑ์มาตรฐานของ PTSD ร้อยละ 15 และมีอาการบางส่วน ร้อยละ 11[46]

ความผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายที่เกิดขึ้นกับทหาร เป็นอาการทางจิตที่เกิดขึ้นจากผลของแรงกดดันอย่างรุนแรง อันตรายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ การปะทะในสนามรบที่มีการสูญเสียมาก ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์และรอดชีวิตมาได้จะมีอาการแสดงอย่างเฉียบพลัน สำหรับผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับเหตุการณ์จะมีอาการแสดงออกช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป และเรื้อรังอยู่นาน โดยอาการแสดงที่เด่นชัด คือ นอนไม่หลับ ฝันร้ายถึงเรื่องที่เกิดขึ้นมาแล้วซ้ำ ๆ ตกใจง่ายต่อแรงกระตุ้น เช่น เสียงดัง หรือมีเหตุการณ์คล้าย ๆ กับที่ผ่านมาแล้ว ความคิดสับสนวุ่นวาย บางรายจะมีประสาทหลอนได้ และในผู้ป่วยเรื้อรัง อาจจะมีบุคลิกภาพเปลี่ยนไปจากเดิม กลายเป็นคนก้าวร้าว ขาดความรับผิดชอบ[8] ซึ่งอาการเหล่านี้อาจพบได้ในกำลังพลทหารของกองทัพไทยที่ออกปฏิบัติราชการสนามในภารกิจต่าง ๆ

จิตเวชศาสตร์ทหารเป็นแขนงหนึ่งของการแพทย์ทหารที่มีความสำคัญต่อกองทัพทั้งในภาวะปกติและภาวะสงคราม กล่าวคือใช้เพื่อพิจารณาคัดเลือกผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตออกจากกองทัพ รวมทั้งให้คำแนะนำป้องกันปัญหาทางจิตเวชแก่ทหารและครอบครัวในภาวะปกติ ส่วนในภาวะสงครามใช้สำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตจากการรบ แต่ปัญหาจิตเวชเป็นแขนงของวิชาการแพทย์ที่เติบโตช้ามากในสายการแพทย์ของกองทัพบกเมื่อเปรียบเทียบกับสาขาวิชาอื่น เนื่องจากเป็นลักษณะนามธรรมที่ยากจะเข้าใจ[64] ซึ่งกองทัพบกได้จัดให้มีแผนกจิตเวชศาสตร์ทหารในปี พ.ศ. 2498 ซึ่งเป็นแผนกหนึ่งของกองอายุรกรรม โดยมีจำนวนเตียงจากครั้งแรกที่จัดตั้งขึ้นเพียง 2 เตียงเท่านั้น และต่อมาแผนกจิตเวชได้รับการแยกตัวเป็นกองจิตเวชและประสาทวิทยา และมีภาควิชาของตนเองในปี พ.ศ. 2516 ซึ่งในปัจจุบันทั้งกองทัพเรือ กองทัพอากาศ และกองแพทย์กรมตำรวจ ก็มีหน่วยจิตเวชของตนเองอย่างสมบูรณ์เช่นเดียวกัน และภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้เปิดให้มีการอบรมแพทย์ประจำบ้าน ตั้งแต่ พ.ศ. 2520 เพื่อผลิตจิตแพทย์ให้พอเพียงกับความต้องการของสายการแพทย์ของกองทัพบกต่อไป[65] ทั้งนี้โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าได้รับรางวัลองค์กรดีเด่นด้านการบำบัดรักษายาเสพติดจากสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ในปี พ.ศ. 2547 และยังเป็นสถาบันเพียงแห่งเดียวที่ได้รับความไว้วางใจจากราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ให้เป็นแหล่งฝึกอบรมทางด้าน Addiction and Military Psychiatry แก่แพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ กองจิตเวชและประสาทวิทยาได้พัฒนาและวิจัยองค์ความรู้ใหม่ในสาขา Addiction and Military Psychiatry เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (PMK model) แมทริกซ์โปรแกรมในระบบบังคับรักษาคลินิกเมธาโดน โครงการชุมชนทหาร

เข้มแข็ง การคัดกรองผู้ป่วยติดสุรา การให้คำปรึกษาเสริมสร้างแรงจูงใจ ฝึกอบรมกำลังพลเพื่อเตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนปฏิบัติการสนามต่างประเทศ และสำรวจภาวะสุขภาพจิตของกำลังพล[55]

ตามนโยบายของกองทัพบกนั้น กำลังพลทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนามในทุกสถานการณ์ จะถูกส่งมารักษาตัวในแผนกราชการสนาม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า[21] ซึ่งมีความพร้อมในการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนามอย่างมาก นอกจากนี้แผนกราชการสนามยังให้ความสำคัญกับผู้ป่วยทหารราชการสนาม เนื่องจากเห็นว่าภารกิจปกป้องประเทศชาตินั้นทำให้ทหารยอมเสียสละความสุขส่วนตัว ชีวิต และเลือดเนื้อเพื่อปกป้อง เป็นเหตุให้ได้รับความพิการป่วยเจ็บ โดยส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บ จนเกิดความเจ็บป่วยหรือพิการมาจากเหตุความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลกระทบที่ผู้ป่วยราชการสนามกลุ่มนี้ได้รับ นอกจากความเจ็บป่วยด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และกระทบถึงครอบครัวอีกด้วย ผู้ป่วยจะมีข้อวิตกกังวลอย่างมากมาย ไม่ว่าจะเป็นภาพลักษณ์ของตัวเองที่เปลี่ยนไป มีความพิการเข้ามาเป็นข้อจำกัด เกิดความไม่มั่นใจกังวลว่าสังคมและครอบครัวจะยอมรับหรือไม่ สภาวะด้านเศรษฐกิจและโอกาสในการสร้างรายได้ ซึ่งเป็นที่มาของความเครียดและเป็นข้อจำกัดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ดังนั้นการรักษาเยียวยาผู้ป่วยราชการสนามเฉพาะความพิการป่วยเจ็บทางร่างกายเพียงอย่างเดียว จึงไม่เพียงพอที่จะคืนความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัวกลับไปใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข จึงเกิดโครงการ “ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยราชการสนาม” ขึ้น ตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา เพื่อเสริมและเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล ส่งเสริมกิจกรรมสังคมและการมีส่วนร่วม ส่งเสริมสุขภาพจิต รวมถึงส่งเสริมให้ตระหนักถึงคุณค่าและศักยภาพที่เหลืออยู่ของตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้ป่วยราชการสนามอย่างยั่งยืน[56]

ทั้งนี้ทหารที่ได้รับบาดเจ็บและสูญเสียที่ต้องเผชิญภาวะตึงเครียดจากการปฏิบัติหน้าที่ในสนามรบ ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นนี้ ถ้าหากมีการให้ความช่วยเหลือเยียวยาจิตใจในระยะเริ่มแรกตั้งแต่เข้ารับการรักษาความเจ็บป่วยทางกายที่ได้รับบาดเจ็บ จะทำให้เข้าใจสภาวะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สามารถมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาหรือปรับตัวได้ดีขึ้น และสามารถประเมินความต้องการเร่งด่วน ประสานถึงแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ที่มีได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที และที่สำคัญสามารถป้องกันภาวะความผิดปกติทางสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ได้ หรือถ้ามีปัญหาแล้วก็สามารถให้การรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อไปได้ในอนาคต[35]

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามนั้นมีอยู่จำนวนหนึ่ง แต่ยังมิได้ระบุชัดเจนถึงอาการความผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายซึ่งเป็นอาการที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการรักษาเยียวยา ดังนั้นผู้ศึกษาจึงคิดว่าการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการวางแผน กำหนดแนวทาง ส่งเสริมให้ทหารราชการสนามมีสุขภาพจิตที่ดี เพื่อเป็นการอนุรักษ์กำลังพลทหารอันจะนำมาซึ่งความเข้มแข็งของกองทัพไทย เนื่องจากความเข้มแข็งของกองทัพนั้นมิได้ขึ้นอยู่กับการมีอาวุธยุทธโธปกรณ์อันทันสมัยและทรงอานุภาพเท่านั้น หากแต่ยังต้องการกำลังพลที่มีพลานามัยสมบูรณ์ มีขวัญและกำลังใจที่เข้มแข็ง เพื่อใช้อาวุธในการรบเหล่านั้นอย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย

คำถามของการวิจัย (Research Question)

1. สุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นอย่างไร

2. อาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นอย่างไร

3. มีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

1. เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2. เพื่อศึกษาอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

ไม่มี

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพจิต อาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบวัดสุขภาพจิตมาตรฐาน Symptom Distress Checklist 90 (SCL.90) และแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตหลังภาวะวิกฤต General Health Questionnaire Plus - Revision (GHQ 12 Plus - R) : ส่วนที่ 2 PTSD Screening Test

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Samples)

ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้ คือผู้ป่วยทหารราชการสนามที่ได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม ซึ่งเป็นบุคคลที่มีตำแหน่งหน้าที่ในราชการทหารหรือบุคคลที่ทำการป้องกันหรือปราบปรามการกระทำอันเป็นภัยต่อความมั่นคงหรือปลอดภัยแห่งราชอาณาจักร ไม่ว่าภายในหรือภายนอกราชอาณาจักรตามที่กระทรวงกลาโหมหรือสำนักนายกรัฐมนตรีกำหนดแล้วเกิดความเจ็บป่วยขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยแพทย์ได้ลงความเห็นแล้วว่าการเจ็บป่วยนั้นมีสาเหตุมาจากการสู้รบหรือเป็นโรคที่อยู่ระหว่างการออกสนามรบจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือผู้ป่วยทหารราชการสนามที่ได้รับบาดเจ็บและเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) กล่าวคือ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกราชการสนามเป็นระยะเวลา 1 เดือนขึ้นไป สามารถพูดคุยสื่อสารได้ ไม่มีความสับสนเรื่องของวัน เวลา สถานที่ ไม่มีโรคทางจิตเวชที่ระบุอยู่ในเวชระเบียน โดยพยาบาลผู้ดูแลเห็นว่าสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ในช่วงการเก็บข้อมูล รวมทั้งเป็นผู้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Studies) โดยใช้สูตร Yamane[20] ทั้งสิ้น 108 คน ในช่วงเวลาเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 จนถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 หรือจนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน

ตัวแปรที่ศึกษา (Variables)

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

1.ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 ระดับชั้นยศ

1.2 อายุ

1.3 สถานภาพสมรส

1.4 ระดับการศึกษา

1.5 รายได้ต่อเดือน

1.6 ภูมิลำเนา

1.7 การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ มาก่อนเข้ารับการรักษา

1.8 การใช้ยาหรือสารชนิดต่าง ๆ

2. ปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร

2.1 อายุราชการ หรือระยะเวลาที่เป็นทหาร

2.2 จำนวนครั้งที่ปฏิบัติราชการสนาม

2.3 เหตุผลในการเข้ามาเป็นทหาร

2.4 ตำแหน่ง ลักษณะการปฏิบัติงาน หรือหน้าที่ในการปฏิบัติราชการสนาม

2.5 เหตุผลในการออกปฏิบัติราชการสนาม

2.6 สถานการณ์หรือภารกิจราชการสนามที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในครั้งนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3. ปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม

3.1 ประวัติการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนามในอดีต

3.2 สาเหตุที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในขณะปฏิบัติภารกิจราชการสนาม

3.3 ลักษณะความบาดเจ็บจากการปฏิบัติภารกิจราชการสนาม

3.4 ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3.5 ผู้ดูแลในขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่

1. ปัญหาสุขภาพจิต 9 ด้าน คือ

1.1 Somatization

1.2 Obsessive – Compulsive

1.3 Interpersonal Sensitivity

1.4 Depression

1.5 Anxiety

1.6 Hostility

1.7 Phobic Anxiety

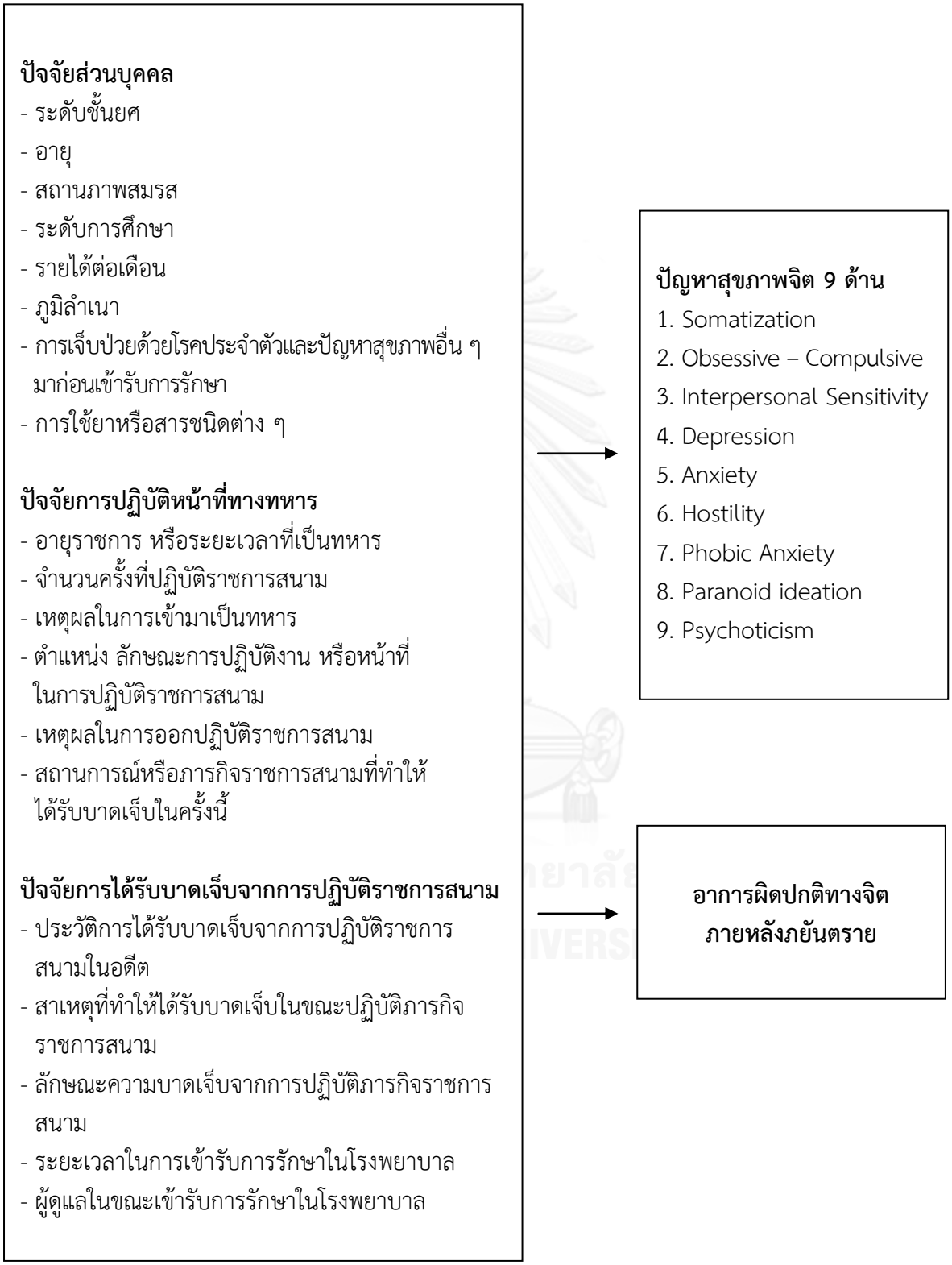
1.8 Paranoid ideation

1.9 Psychoticism

2. อาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กรอบแนวคิดในการวิจัย **(Conceptual Framework)**



การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition)

สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง ลักษณะสภาพจิตด้านต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยทหารราชการสนามแสดงออกมา เป็นพฤติกรรมโต้ตอบกับสิ่งแวดล้อม สามารถวัดได้โดยใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยา Symptom Distress Checklists 90 (SCL.90)

อาการผิดปกติภายหลังภยันตราย (Post - Traumatic Stress Symptom) หมายถึง ลักษณะสภาพจิตภายหลังการปฏิบัติราชการสนามที่ผู้ป่วยทหารราชการสนามแสดงออกมา สามารถวัดได้โดยใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยา General Health Questionnaire Plus Revision (GHQ 12 Plus - R) ส่วนที่ 2 PTSD Screening Test

ผู้ป่วยทหารราชการสนาม (Admitted Soldiers from Combat) หมายถึง บุคคลที่มีตำแหน่งหน้าที่ในราชการทหารหรือบุคคลที่ทำการป้องกันหรือปราบปรามการกระทำอันเป็นภัยต่อความมั่นคงหรือปลอดภัยแห่งราชอาณาจักร ไม่ว่าภายในหรือภายนอกราชอาณาจักรตามที่กระทรวงกลาโหมหรือสำนักนายกรัฐมนตรีกำหนดแล้วเกิดความเจ็บป่วยขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยแพทย์ได้ลงความเห็นแล้วว่าการเจ็บป่วยนั้นมีสาเหตุมาจากการสู้รบหรือเป็นโรคที่อยู่ระหว่างการออกสนามรบจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาล

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical Consideration)

การศึกษาครั้งนี้ได้ยื่นพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมการแพทย์ทหารบก เพื่อพิจารณาว่าการศึกษานี้จะไม่ก่อให้เกิดผลเสียแก่ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรม 3 ประการ ดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) ได้แก่ การเคารพในศักดิ์ศรี การเคารพในการให้คำยินยอมโดยบอกกล่าวและความเป็นอิสระ การเคารพในศักดิ์ศรีของกลุ่มเปราะบางและอ่อนแอ และการเคารพในความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ

ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยเพื่ออธิบายถึงงานวิจัยอย่างละเอียด และขอความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมงานวิจัยซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยทหารราชการสนาม โดยแจ้งถึงการเปิดโอกาสให้ตัดสินใจในการตอบคำถาม ซึ่งผู้เข้าร่วมงานวิจัยเลือกที่จะตอบคำถามหรือปฏิเสธการตอบได้อย่างอิสระโดยไม่มีการบังคับ และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่จะยังคงได้รับการรักษาพยาบาลโดยตามมาตรฐานปกติ ทั้งนี้ข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นความลับและทำการวิเคราะห์นำเสนอข้อมูลในภาพรวมของการวิจัย โดยไม่มีการระบุหรือเจาะจงถึงตัวบุคคล และเนื่องจากโครงการวิจัยนี้มีความเกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ของอาชีพทหาร ข้อมูลจากการวิจัยบางประการอาจมีผลกระทบต่อความมั่นคงของกองทัพบก ผู้วิจัยจึงศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับรูปแบบ

ในการนำเสนอข้อมูลและปรึกษาผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อให้การนำเสนอผลการวิจัยเป็นไปอย่างเหมาะสมมากที่สุด

2. หลักผลประโยชน์ (Beneficence) ได้แก่ การชั่งน้ำหนักความเสี่ยงและผลประโยชน์ การลดความเสี่ยงให้น้อยที่สุด และการสร้างประโยชน์ให้สูงสุด

การศึกษานี้อาศัยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยไม่ได้ให้สิ่งทดลองแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้อธิบายถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งทั้งนี้หากประเมินพบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหรือมีปัญหาสุขภาพจิตในระดับรุนแรง ผู้วิจัยจะแจ้งให้แพทย์หรือพยาบาล แผนกราชการสนามทราบ และดำเนินการส่งต่อเพื่อรับการรักษาจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าตามระบบ

3. หลักความยุติธรรม (Justice) ได้แก่ ความเที่ยงธรรม และความเสมอภาค

การวิจัยในครั้งนี้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยจะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน และมีเกณฑ์การคัดเข้าและออกระบุไว้อย่างชัดเจน

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยทหารราชการสนาม จึงไม่ได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อกระจายผลไปสู่กลุ่มประชากรทหารทั่วไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application)

1. ทราบถึงปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยทหารราชการสนาม
2. ทราบถึงปัญหาอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยทหารราชการสนาม
3. สามารถนำข้อมูลไปประกอบการพิจารณาส่งต่อเพื่อรักษาผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีปัญหาสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย
4. สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผน กำหนดนโยบายในการดำเนินงาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยทหารราชการสนามมีสุขภาพจิตที่ดี และลดการเกิดโรคทางจิตเวชในอนาคต
4. กองทัพบก จิตแพทย์ทหาร พยาบาล เจ้าหน้าที่ ผู้ดูแล ญาติ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนาม
5. เป็นแนวทางและข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยในเชิงวิเคราะห์ครั้งต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิต อาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย ของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี จากแหล่งข้อมูลออนไลน์ เอกสาร เอกสารราชการ หนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ รายงานการประชุม และเอกสารอื่น ๆ ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต
2. แนวคิดเกี่ยวกับอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย
3. แนวคิดเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์ทหาร
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

1.1 คำจำกัดความของสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO)[12] ได้ให้คำจำกัดความของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิตคือสภาพจิตใจที่เป็นสุข สามารถเข้าใจความสามารถของตนเอง สามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อสังคม สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและปรับตัวในสังคมและสภาพแวดล้อมได้อย่างดี รวมทั้งตอบสนองต่อความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงได้โดยไม่มีความขัดแย้งภายในจิตใจ และมิได้หมายความเฉพาะเพียงแต่ปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น *“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”*

กรมสุขภาพจิต[42] ได้ให้คำจำกัดความของสุขภาพจิตไว้ว่า เป็นสภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมาจากการมีวิธีการมองตนมองโลก รวมทั้งสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม อย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์ ภายใต้สภาพแวดล้อมและเวลาที่เปลี่ยนแปลง

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย[60] ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า หมายถึง ความสมบูรณ์ของจิตใจที่บุคคลสามารถปรับปรุงจิตใจให้มีความสุข แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับเหตุการณ์ ซึ่งสุขภาพจิตคนเราสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม

กรมการแพทย์[14] ให้ความหมายว่าสุขภาพจิตคือสภาพของบุคคลที่สามารถแก้ปัญหาปรับตัว ปรับจิตใจให้เหมาะสมกับสังคมและสภาพแวดล้อมได้ตามความเป็นจริง

U.S. Department of Health & Human Services[10] กล่าวว่าสุขภาพจิตประกอบไปด้วย อารมณ์ จิตใจ และความสุขทางสังคม ซึ่งสามารถส่งผลกับความคิด ความรู้สึก และการกระทำ สุขภาพจิตยังเป็นสิ่งที่ช่วยให้เรารับมือกับความเครียด การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการตัดสินใจ

Froncois Cloutier อดีตประธานสหพันธ์สุขภาพจิตโลก (World Federation of Mental Health)[22] ได้ให้จำกัดความของคำว่าสุขภาพจิตออกเป็น 3 ด้าน คือ เป็นสภาวะที่บุคคลไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต สภาวะความเป็นปกติ และสภาวะที่บุคคลมีความสุขและความพึงพอใจ โดยได้อธิบายเพิ่มเติมไว้เมื่อการประชุมสุขภาพจิตระหว่างชาติ ครั้งที่ 3 (The third International Mental Health Congress) ว่าสุขภาพจิตจะต้องขึ้นอยู่กับร่างกาย สติปัญญาที่สมบูรณ์ และมีพัฒนาการทางอารมณ์ที่ไปได้ดีกับสุขภาพจิตของผู้อื่น ปรับตัวได้ดีกับสังคม

จากความหมายที่ได้ยกมาข้างต้น สรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาวะของชีวิตและจิตใจที่เป็นสุข เป็นผู้ที่ปรับสภาพได้ดีในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา สามารถจัดการในการเผชิญกับปัญหาที่ประสบได้ด้วยตนเอง พร้อมกับมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีอารมณ์มั่นคงเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายที่ตนตั้งไว้ได้

1.2 ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี

Government of Western Australia Mental health Commission[4] ให้ความหมายของสุขภาพจิตที่ดีว่า หมายถึง การรับรู้ถึงความสุข ความมั่นใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งถ้าเรามีสุขภาพจิตที่ดี เราจะสามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี ใช้ความสามารถของตนเองได้เต็มศักยภาพ สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้

Mental health foundation ประเทศอังกฤษ[9] ได้กล่าวถึงผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีว่าต้องมีความสามารถที่จะเรียนรู้ได้ ความสามารถที่จะรู้สึก แสดงออก และจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ได้ดีทั้งด้านบวกและด้านลบ สร้างความสัมพันธ์และรักษาความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี มีความสามารถในการที่จะจัดการหรือปรับตัวในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี

Canadian Mental Health Association[2] ระบุลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีไว้ว่าเป็นผู้ที่สามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขได้ ในสิ่งแวดล้อมหรือกับบุคคลต่าง ๆ ในชีวิต สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่และแก้ปัญหาในช่วงเวลาที่ยากลำบาก ทั้งในชีวิตส่วนตัวและการทำงานได้ นอกจากนี้เมื่อต้องเผชิญกับความเศร้าและความโกรธ ก็สามารถที่รับมือและกลับมาใช้ชีวิตอย่างมีความสุขได้เช่นเดิม

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์จำลอง ดิษยวณิช และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พริ้มเพรา ดิษยวณิช[24] กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจที่มีความเข้มแข็งและสามารถต้านทานต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล ทั้งยังมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมทางสังคมได้ ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพจิตดีนั้น ควรมีลักษณะที่สำคัญอย่างน้อยสาม

ประการคือ ความเข้าใจตนเอง (Self-understanding) การบังคับตนเอง (Self-control) และประสบการณ์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual experiences) พร้อมกับคุณสมบัติอื่น ๆ ได้แก่

1) ความรู้สึกในคุณค่าแห่งตน หรือความภาคภูมิใจในตนเอง
2) ความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ
3) ความสามารถที่จะยอมรับความรักและให้ความรักผู้อื่น
4) ความสามารถในการตอบสนองความต้องการทางร่างกาย
5) ความสามารถในการทำตนให้เป็นประโยชน์และมีความสุข
6) ความปราศจากความตึงเครียด
7) ความยืดหยุ่นในบุคลิกภาพ
8) ความสามารถที่จะมีอำนาจเหนือสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม
9) ความอยากรู้อยากเห็น
10) การมองโลกตามความเป็นจริง
11) ความตระหนักในศักยภาพของตน และความสำเร็จที่ตนปรารถนา

นายแพทย์ไชยรัตน์ พฤกษชาติคุณากร[26] ระบุว่าคุณลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีไว้ดังนี้

1) คิดและทำอย่างมีเหตุผล โดยใช้สติปัญญาในการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม
2) แสดงอารมณ์ทางได้อย่างเหมาะสมเมื่อต้องเผชิญอุปสรรคและความตึงเครียด รวมถึงแสดงอารมณ์ออกมาอย่างสอดคล้องเหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
3) ใช้ทักษะการแสดงออกทางสังคมอย่างเหมาะสมกับกาลเทศะ รวมถึงปรับตัวและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น โดยไม่สูญเสียความเป็นตัวเอง มีบทบาทเป็นได้ทั้งผู้ให้และผู้รับ ไม่เรียกร้องหรือพึ่งพาผู้อื่นจนเกินไป
4) สนุกกับการทำงาน ทำอย่างเต็มใจ กระตือรือร้น ทำให้งานมีประสิทธิภาพ มีความสุขกับชีวิตการทำงานที่ตนถนัดและชอบ
5) รู้สึกมีคุณค่า ศรัทธาตนเอง และมีความเมตตากรุณา แบ่งปันความรักความเอื้อเฟื้อต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน
6) รู้จักและเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง

ทั้งนี้คุณลักษณะที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นถึงสภาวะจิตใจที่สมบูรณ์ ซึ่งจะทำให้ใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแก้ไขปัญหา เอาชนะอุปสรรค เลือกตัดสินใจได้อย่างฉลาดและเหมาะสม สามารถจัดการกับชีวิตของตนเองได้ ก่อให้เกิดความเจริญงอกงามส่วนบุคคล ดำเนินชีวิตให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และในทางตรงกันข้ามยังกล่าวถึงผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดีไว้ว่า

1) ไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยอาจแสดงพฤติกรรมเบี่ยงเบนจากค่านิยมสังคม ทั้งความผิดปกติที่เกิดจากความผิดปกติทางสมอง โรคจิต ประสาท บุคลิกภาพแปรปรวน โรคทางกายที่เกิดจากสาเหตุทางจิตใจ
2) มีความประพฤติที่ผิดปกติ เช่น กิริยามารยาทไม่เรียบร้อย ชอบทะเลาะ เล่นพนัน ติดยาเสพติด ฯลฯ
3) มีความผิดปกติทางด้านประสาท เช่น ฉุนเฉียว ตัดสินใจไม่ได้ หวาดกลัว ฯลฯ

4) มีลักษณะนิสัยที่ผิดปกติ เช่น กินยาก อยู่ยาก หลับยาก กัดเล็บ ดูดนิ้วมือ ปัสสาวะรดที่นอน ก้าวร้าว ย้ำคิดย้ำทำ มักมีปัญหากับผู้อื่น ฯลฯ
5) แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับวัย
6) มีบุคลิกภาพบกพร่อง
7) มีความผิดปกติทางด้านร่างกาย เช่น เจ็บป่วยบ่อย ๆ เป็นโรคกระเพาะอาหาร ปวดศีรษะข้างเดียว ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากภาวะความเครียด ความวิตกกังวล อาจมีอาการทางโรคจิตและโรคประสาท

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สเปญ อุ่นอนงค์ สรุปแนวคิดเกี่ยวกับลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีหรือปกติไว้ว่า[57]

1) คนปกติก็คือคนที่มีอะไร ๆ อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย มีความรู้สึกนึกคิดและทำอะไรได้เหมือนคนทั่วไปในสังคมนั้น แต่ในบางสังคมที่มีคนสุขภาพจิตไม่ดีหรือมีคนที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอยู่มาก เช่น สังคมที่ชอบใช้ความรุนแรง สังคมที่ใช้การฆ่าตัวตายเป็นทางแก้ปัญหา หรือสังคมที่มีการดื่มเหล้ามาก ๆ เราก็จะถือว่านั่นเป็นสิ่งปกติเพราะคนส่วนใหญ่เป็นอย่างนั้น
2) คนที่มีสุขภาพจิตดีคือคนที่ไม่ป่วยหรือไม่มีโรคทางจิตเวช นับว่าเป็นคนปกติที่มีสุขภาพจิตดี แต่ในความจริงสุขภาพจิตดีควรเป็นอะไรที่มากกว่าการไม่ป่วย คนสุขภาพจิตดีนั้นนอกจากจะต้องไม่ป่วยแล้วต้องสามารถมีความรู้สึกเป็นสุข สามารถทำอะไร ๆ ได้เต็มที่ตามศักยภาพของตนทั้งทางร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์ความรู้สึก คนที่หัวดี เรียนเก่ง ไม่ป่วย แต่อยู่กับใครหรือทำงานกับใครก็มีปัญหาไปหมดไม่ถือว่าเป็นคนที่มีสุขภาพจิตดี
3) สุขภาพจิตที่ดีและที่ไม่ดีเป็นสิ่งเดียวกันแต่ต่างกันในเชิงปริมาณหรือความรุนแรงเท่านั้น ในคนปกติบางครั้งก็มีอาการของโรคทางจิตเวชได้ เช่น บางครั้งเราล็อคประตูก่อนออกจากบ้านตามปกติแล้วแต่ในใจก็ยังเกิดความไม่แน่ใจจนอดไม่ได้ที่จะกลับมาตรวจดูใหม่ว่าล็อคประตูแล้วแน่นะ ซึ่งเป็นอาการย้ำคิดย้ำทำ แต่ถ้าอาการนั้นเป็นไม่รุนแรงและเกิดไม่บ่อยจนเกิดปัญหาเราก็ยังถือว่าเป็นพฤติกรรมปกติอยู่
4) คนปกติที่มีสุขภาพจิตดีคือคนที่ปรับตัวได้ ซึ่งคนที่ปรับตัวได้ดีไม่จำเป็นจะต้องเป็นคนที่สร้างสรรค์ มีประโยชน์ต่อสังคม หรือเป็นคนดี คนที่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ สามารถอยู่ได้ สามารถหาความสุขใส่ตัวและหลีกเลี่ยงปัญหาต่าง ๆ ได้ถือว่าเป็นคนที่มีสุขภาพ สังคมที่ดีต้องการมากกว่าการมีคนที่ปรับตัวได้มาอยู่รวมกัน
5) คนที่มีสุขภาพจิตดีต้องมีความสามารถที่จะจัดการกับสิ่งแวดล้อมได้ เช่น ถ้าเพื่อนที่โรงเรียนชอบแกล้ง บางคนก็จะทนเอา คอยระวังตัวอย่าให้เขาแกล้งได้ แต่คนที่มีสุขภาพจิตดีตามข้อนี้ควรจะสามารถหาวิธีจัดการให้เขาเลิกแกล้งหรือไม่มาแกล้งได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

6) คนที่มีสุขภาพจิตดีคือคนที่มีจิตใจที่เข้มแข็ง (Good ego strength) สามารถทนต่อความเครียดได้มาก และจัดการกับสิ่งแวดล้อมได้ดี คนที่มีจิตใจที่ไม่เข้มแข็งนั้นถึงแม้ว่าจะยังไม่ป่วย ถึงแม้ว่าจะยังปรับตัวได้ดีอยู่ แต่ก็มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าคนที่มีจิตใจที่เข้มแข็ง

จากลักษณะของสุขภาพจิตที่ดีที่กล่าวมาข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่าช่วยให้เราสามารถแก้ไขหรือปรับปรุงการดำรงชีวิตให้อยู่ในสังคมได้อย่างราบรื่น เหมาะสม มีความสุข รู้จักจุดอ่อนและจุดเด่นของตนเองเป็นอย่างดี ซึ่งจะช่วยป้องกันความคับข้องใจ ทั้งยังมีความสามารถในการรู้จิตใจ ความรู้สึกและอารมณ์ของผู้อื่น ทำให้เกิดความเข้าใจทั้งในตนเองและผู้อื่นอีกด้วย

1.3 ความสำคัญของสุขภาพจิต

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ ได้มีพระราชดำรัสตอนหนึ่งที่กล่าวถึงความสำคัญของสุขภาพจิต ในโอกาสที่คณะจิตแพทย์ นักวิชาการสุขภาพจิต อาจารย์จากมหาวิทยาลัย และผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่าง ๆ เข้าเฝ้าทูลละอองธุลีพระบาท ณ พระตำหนักภูพิงค์ราชนิเวศน์ เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2520 ความว่า *“สุขภาพจิตและสุขภาพกายนี้มีความสัมพันธ์ที่จะโยงกันอย่างยิ่ง พูดได้ว่าสุขภาพจิตสำคัญกว่าสุขภาพกายด้วยซ้ำ เพราะว่าคนไหนที่ทางกายสมบูรณ์แข็งแรง แต่จิตใจฟั่นเฟือนไม่ได้เรื่องนั้น ถ้าทำอะไรก็จะยุ่งกันได้ กายที่แข็งแรงนั้นก็จะไม่มีประโยชน์ต่อตนเองหรือสังคมอย่างใด ส่วนคนที่สุขภาพกายไม่สู้แข็งแรงแต่สุขภาพจิตดี หมายความว่าจิตใจดี รู้จักจิตใจของตัว และรู้จักปฏิบัติให้ถูกต้องย่อมเป็นประโยชน์ต่อตัวเอง และเป็นประโยชน์ต่อสังคมได้มาก ในที่สุดสุขภาพจิตที่ดีก็อาจจะพามาซึ่งสุขภาพทางกายที่ดีได้”*[40]

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จุฑารัตน์ สถิรปัญญา[25] กล่าวว่า สุขภาพจิตเป็นความสามารถของบุคคลในการดำเนินชีวิตให้ไปสู่เป้าหมายที่ได้กำหนดหรือคาดหวังไว้ กล่าวได้ว่าสุขภาพจิตเป็นปัจจัยกำหนดความสุขและความสำเร็จในชีวิตมนุษย์ดังภาษิตที่ว่า *“จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว”*

ทั้งนี้สุขภาพจิตที่ผิดปกติ อาจจะเริ่มแสดงออกตั้งแต่การมีพฤติกรรมที่ไม่เหมือนเดิม ส่งผลต่อศักยภาพในการทำงาน รวมถึงความผิดปกติของความคิดและอารมณ์ จนอาจถึงขั้นที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น ปฏิเสธไม่ได้ว่าสุขภาพจิตนี้มีผลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ในหลาย ๆ ด้าน ทั้งการศึกษา ครอบครัว หน้าที่การงาน สุขภาพร่างกาย ซึ่งเราจะเห็นว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะประสบความสำเร็จในทุก ๆ ด้านที่กล่าวถึง ดังนั้นสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญต่อชีวิตอย่างมาก

1.4 ปัญหาสุขภาพจิต

ชีวิตประจำวันของมนุษย์แต่ละคนย่อมต้องเคยเผชิญกับความไม่สบายใจ โดยเฉพาะ วัยผู้ใหญ่มักจะต้องรู้จักความเครียด (Stress) หรือความรู้สึกเครียด ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายและจิตใจของมนุษย์เราที่มีต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์อันไม่พึงปรารถนา ความเครียดนี้อาจเกิดจากเรื่องการงานอาชีพบทบาทหน้าที่ และสัมพันธภาพในสังคม สภาพสิ่งแวดล้อมหรือจากอุปนิสัยส่วนบุคคลถ้าความเครียดน้อย ๆ และปรับตัวสู้กับสิ่งนั้นได้ก็จะเป็นประโยชน์ต่อคน ๆ นั้น เช่น

คนทำงานกลัวจะเสร็จไม่ทันกำหนดที่ ผู้บังคับบัญชาสั่งไว้ เกิดความเครียดก็เร่งปรับตัวขยันทำงานจนเสร็จทันกำหนดและ ถ้าผลงานออกมาดีด้วยก็อาจได้รับคำชมเชยจากผู้บังคับบัญชาเป็นรางวัลเพิ่มเติมอีกด้วยอีก กรณีหนึ่งที่ตรงข้าม ถ้าเกิดความเครียดมากและปรับตัวไม่ได้ก็จะเกิดปัญหาซ้ำเติมจนเกิดการป่วยด้านสุขภาพจิตได้

ปัญหาสุขภาพจิตที่พบโดยทั่วไปนั้นมักพบในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ความเครียด วิตกกังวล ปรับตัวผิดปกติ บุคลิกภาพผิดปกติ โรคจิต โรคประสาท หรือโรคที่มีอาการทางกายโดยมีสาเหตุจากจิตใจ ซึ่งการจำแนกโรคทางจิตเวชของระบบสมาคมจิตแพทย์อเมริกันแบ่งออกเป็น 17 กลุ่มใหญ่ ๆ[39]

1) โรคความผิดปกติทางจิตใจ ในวัยทารกและวัยเด็ก เช่น ภาวะปัญญาอ่อน ออทิซึม ปัญหาความประพฤติผิดปกติในวัยเด็ก ปัญหาการกินสิ่งผิดปกติในวัยเด็ก เป็นต้น
2) โรคความผิดปกติทางสมอง หรือมีพยาธิสภาพทางสมอง (ที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับสิ่งเสพติด) เช่นสมองเสื่อมในวัยชราโรคทางสมองที่มีอาการแปรปรวนทางอารมณ์ร่วมด้วย
3) โรคติดสารเสพติด เช่น โรคติสุราติดยาบ้า ติดเฮโรอีน ติดสารระเหย เป็นต้น
4) โรคจิตเภท (Schizophrenia)
5) โรคจิตหวาดระแวง (Paranoid Disorders)
6) โรคจิตที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มใดโดยเฉพาะ เช่น โรคจิตชั่วคราว (Brief Reactive Psychosis) โรคจิตเภทที่มีอาการอารมณ์แปรปรวนร่วมด้วย (Schizoaffective Disorder)
7) โรคจิตอารมณ์แปรปรวน (Mood Disorders)
8) กลุ่มโรคประสาท (Anxiety Disorders)
9) โรคที่รู้สึกว่าตนเองป่วยทางกายโดยมีสาเหตุจากจิตใจ
10) โรคบุคลิกภาพแปรเปลี่ยนหรือโรคประสาทอุปาทาน (Dissociative Disorders)
11) โรคความผิดปกติทางเพศ เช่น พวกชอบอวดอวัยวะเพศในที่สาธารณะ (Exhibitionism) พวกชอบร่วมเพศกับเด็ก (Pedophilia) พวกชอบถ้ำมอง (Voyurism) เป็นต้น
12) โรคความผิดปกติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบร่างกายซึ่งประกอบด้วยความผิดปกติในการกิน ความผิดปกติในการนอน
13) โรคแกล้งทำ (Factitious Disorders)
14) โรคประสาทยั้งใจไม่อยู่ เช่น พวกชอบหยิบฉวยของในร้าน พวกชอบถอนผม
15) ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment Disorders)
16) โรคความผิดปกติทางกายที่มีสาเหตุจากจิตใจ เช่น ไมเกรน (Migraine) ข้ออักเสบรูมาตอยน์ (Rheumatoid Arthritis)
17) บุคลิกภาพผิดปกติ เช่น บุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Anisocial) บุคลิกภาพหลงตัว (Narcissistic) บุคลิกภาพหวาดระแวง (Paranoid Personality) เป็นต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

อาจกล่าวได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตนั้นมีสาเหตุจาก 3 ปัจจัยใหญ่ ๆ ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา เช่น กรรมพันธุ์ สภาพของสมอง ปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น ลักษณะของบุคลิกภาพ อุปนิสัย วิถีชีวิตของแต่ละบุคคล และปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม เช่น ความยากจน ระบบการทำงาน ความแออัดและหนาแน่นของประชากร การเคลื่อนย้ายถิ่น และการขยายความเป็นเมือง ลักษณะที่อยู่อาศัย เช่น การอยู่บนตึกสูง แฟลต มลพิษจากสิ่งแวดล้อม และอื่น ๆ อีกมากมาย สิ่งเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลร่วมก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้[28]

ทั้งนี้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจะมีอาการที่ตนรู้สึกได้เอง หรือจะแสดงอาการที่ผู้อื่นสังเกตได้แต่ตนเองไม่รู้ว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่[69]

1) มีอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ความกังวลทำให้ระบบหัวใจผิดปกติ มีอาการใจสั่น ใจเต้น แสดงอาการหอบ ท้องอืด ท้องเฟ้อ ความกังวลทำให้รับประทานอาหารไม่ได้หรือรับประทานอาหารมากเกินไป นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย ท้องผูก ประจำเดือนไม่มาตามปกติ ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ เป็นลม ชักเกร็ง ปวดข้อ ปวดหลัง เป็นต้น
2) มีอาการแสดงออกทางความคิด ได้แก่ หมกมุ่น ฟุ้งซ่าน สับสน คิดมาก หลงผิด ประสาทหลอน หูแว่ว เบื่อชีวิต คิดอยากตาย มีความคิดแปลก ๆ หรืออาจมีอาการแสดงออกทางความรู้สึก ได้แก่ รู้สึกไม่สบาย น้อยใจ ไม่รักใคร หลงตัวเอง และมีอาการแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ ซึมเศร้า กังวล อารมณ์อ่อนไหว เปลี่ยนแปลงง่าย ครื้นเครงมากเกินไป อารมณ์ไม่เหมาะสม ไม่มีสมาธิ และความจำเสื่อม เป็นต้น
3) มีพฤติกรรมการแสดงออกแตกต่างจากปกติหรือเป็นลักษณะที่ทางสังคมไม่ยอมรับ เช่น ก้าวร้าว ทำลายทรัพย์สิน ทำร้ายผู้อื่น แยกตัว ติดยาเสพติด ประพฤติผิดทางเพศ เจ้าระเบียบเกินไป ย้ำคิด ย้ำทำ พึ่งพาผู้อื่น แต่งกายไม่เหมาะสมกับเพศและวัย ลักขโมย พูดปด เป็นต้น
4) มีอาการเจ็บป่วยทางจิต

ในที่นี้ขอกล่าวถึงเฉพาะอาการที่อยู่ในแบบทดสอบวัดสุขภาพจิตมาตรฐาน Symptom Distress Checklist 90 (SCL.90) เพื่อเป็นแนวทางในการอธิบายถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่ได้ศึกษาในครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

1.3.1 ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย (Somatization)

ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากอารมณ์ โดยจะแสดงอาการออกมาทางสรีระวิทยา อันเนื่องมากจากอารมณ์ที่ถูกเก็บไว้เป็นเวลานานและมากเกินไปเพื่อหลีกเลี่ยงอาการไม่สบายใจ โดยใช้การเจ็บป่วยทางร่างกายเป็นทางแสดงออก ผู้ป่วยมักจะหมกมุ่นเกี่ยวกับสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตของตนมากเกินไป ร่วมกับมีอาการทางกายต่าง ๆ มากมายโดยไม่สามารถหาสาเหตุได้ โดยผลเหล่านี้จะทำให้เกิดพยาธิสภาพของการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายซึ่งอาจทำให้เกิดโรคขึ้นได้ ได้แก่

- ระบบทางเดินอาหาร มีอาการคลื่นไส้ หรือปั่นป่วนในท้อง, ปวดท้อง
- ระบบหายใจ มีอาการหายใจไม่สะดวก, มีอะไรมาจุกที่คอหอย, หายใจเร็ว
- ระบบไหลเวียน มีอาการปวดศีรษะ, ความดันโลหิตสูง, ปวดที่หัวใจ หรือเจ็บหน้าอก
- ระบบสืบพันธุ์ มีอาการปัสสาวะบ่อย, ปัสสาวะน้อย, หมดความรู้สึกทางเพศ
- ระบบกระดูก/กล้ามเนื้อ มีอาการปวดท้อง, อ่อนเพลีย, ปวดบั้นเอว, หนักตามแขนขา, ปวดกล้ามเนื้อ
- ระบบผิวหนัง มีอาการรู้สึกสะบัดร้อนสะบัดหนาว, ชาหรือซู่ซ่าตามตัว, คันตามที่ต่าง ๆ
- ระบบต่อมไร้ท่อ มีอาการตกใจ, ใจสั่น
- ระบบประสาท มีอาการเป็นลม, อาการสั่นที่มือและเท้า

ฯลฯ

ผู้ที่มีความรู้สึกผิดปกติของร่างกายจะมีอาการผิดปกติหลายอย่างและหลายรูปแบบดังเช่นที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ต้องมาหาแพทย์เป็นประจำ โดยแพทย์ก็ตรวจไม่พบความผิดปกติหรือพยาธิสภาพของร่างกายจริง ๆ หากผิดปกติบ้างแต่ก็ไม่พอที่จะทำให้เป็นสาเหตุของอาการเหล่านั้นได้ ทั้งนี้จะต้องไม่เป็นการเสแสร้งหรือจงใจ[27]

1.3.2 การย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive - Compulsive)

การย้ำคิดย้ำทำ มีลักษณะสำคัญ 2 ประการ[47] ได้แก่ อาการย้ำคิด (Obsession) เป็นการมีความคิดหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเองซ้ำ ๆ โดยไร้ซึ่งเหตุผล ก่อให้เกิดความกังวลใจ ความไม่สบายใจอย่างมาก และผู้ที่มีอาการนี้จะรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ทำให้ตนไม่สบายใจ เช่น คิดซ้ำ ๆ ว่าจะทำร้ายหรือทำสิ่งไม่ดีกับคนที่ตนรัก คิดซ้ำ ๆ ว่าลบหลู่หรือด่าว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ คิดซ้ำ ๆ ว่าลืมปิดแก๊สหรือลืมล็อคประตู เป็นต้น โดยไม่เข้าใจว่าเหตุใดจึงเกิดความคิดเช่นนั้น และอาการย้ำทำ (Compulsion) เป็นการกระทำอย่างมีเป้าหมายชัดเจนซ้ำ ๆ เพื่อป้องกันหรือช่วยลดความไม่สบายใจจากความย้ำคิดข้างต้น และเป็นการกระทำที่ไร้เหตุผล เช่น เช็คลูกบิดประตูหรือวาล์วแก๊สซ้ำ ๆ เพื่อให้แน่ใจว่าปิดเรียบร้อยแล้ว ล้างมือซ้ำ ๆ เพราะคิดว่ามือสกปรก เป็นต้น

การย้ำคิดย้ำทำเป็นสภาวะที่ความวิตกกังวลถูกแก้ไขหรือควบคุมโดยการคิดหรือการกระทำซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน[63] เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นเองโดนไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งกลุ่มอาการย้ำคิดย้ำทำที่เกิดขึ้นมีลักษณะใหญ่ ๆ คือ มีความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจเกิดขึ้นซ้ำ ๆ กัน, มีการกระทำซ้ำ ๆ กันอย่างไม่มีจุดหมายโดยไม่สามารถขัดขืนได้, ไม่มีสมาธิ ฯลฯ อาการนี้อาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือค่อย ๆ เกิด บางรายอาจมีอาการอยู่นานโดยไม่ทุเลาลง แต่จะเสียความสามารถทางสังคมหรือไม่ก็ได้

1.3.3 ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับผู้อื่น (Interpersonal Sensitivity)

ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับผู้อื่น อาจเนื่องมาจากการที่บุคคลนั้นมีความรู้สึกว่าตนเองบกพร่องหรือคิดว่าตนเองมีปมด้อยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น เป็นการลดความรู้สึกนิยมในตนเองลง (Self-Deprecation) กลายเป็นความรู้สึกหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเองอย่างรุนแรง และความคาดหวังว่าจะได้รับปฏิกิริยาโต้ตอบในทางลบจากบุคคลอื่น ทำให้แยกตัวออกจากสังคม บุคคลเหล่านี้มักจะมีความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งกลุ่มอา การเช่นนี้ ได้แก่ รู้สึกไม่สบาย

เมื่อผู้อื่นเฝ้ามองหรือพูด, รู้สึกว่าคนอื่นไม่เข้าใจหรือเห็นอกเห็นใจตน, รู้สึกว่าคนอื่นไม่เป็นมิตรหรือไม่ชอบตน ฯลฯ

1.3.4 การซึมเศร้า (Depression)

การซึมเศร้าเป็นโรคประสาทอย่างหนึ่ง ซึ่งมีอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่น คือ มีความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งอาจแสดงออกโดยสีหน้าซึมเศร้า หรือขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำตามปกติเกือบทุกอย่าง และมีอาการร่วมกับอาการทางกายอย่างอื่น เช่น หดหู่ สะเทือนใจและร้องไห้ได้ง่าย แยกตัว ในคนไทยอาจไม่บอกว่าเศร้าแต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม[45] นอนไม่หลับหรือหลับมากผิดปกติ อยากฆ่าตัวตาย โดยอารมณ์เศร้านั้นมีความรุนแรงในหลายระดับ ในคนปกติอาจรู้สึกเศร้า ผิดหวัง สิ้นหวัง หรือหมดความสุขได้เป็นครั้งคราว เมื่อมีความคับข้องใจหรือความสูญเสียเกิดขึ้น แต่จะเหมาะสมกับสถานการณ์และเป็นอยู่ไม่นานก็จะค่อย ๆ ลดลงแล้วหายเป็นปกติ ไม่ทำให้เกิดความผิดปกติในชีวิต แต่ในบางคนความรู้สึกเศร้านั้นจะมากหรือเกิดอยู่นานเกินไปและไม่ได้สัดส่วนกับสาเหตุ ในบางรายอาจรุนแรงจนทำให้บุคคลเสียการรับรู้สิ่งต่าง ๆ

1.3.5 ความวิตกกังวล (Anxiety)

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะความตึงเครียดที่ไม่สบาย อึดอัด หรือหวาดกลัวอันตรายซึ่งคิดว่าจะเกิดขึ้น โดยเป็นความรู้สึกที่ไม่ได้สัดส่วนกับอันตรายที่คนกลัว ความรู้สึกนี้อาจเกิดขึ้นเองภายในใจ (Internal) หรือมีสาเหตุจริง ๆ จากสิ่งภายนอกก็ได้ ทั้งนี้ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีความวิตกกังวล ได้แก่ เบื่ออาหาร, ท้องผูก, หายใจหอบ/เร็ว, กล้ามเนื้อเกร็ง/สั่น, หงุดหงิด, ตัดสินใจไม่ได้, เศร้า, ตื่นตกใจ, เสียสมาธิ ฯลฯ

1.3.6 ความเกลียดชังไม่เป็นมิตร (Hostility)

ความเกลียดชังไม่เป็นมิตรเป็นลักษณะที่สะท้อนให้เห็นถึงความคิด อารมณ์ที่มีความรู้สึกโกรธแค้น ขุ่นเคือง แสดงออกโดยความรู้สึกก้าวร้าว ซึ่งเป็นลักษณะของบุคคลที่มีความรู้สึกโต้แย้งและควบคุมอารมณ์ไม่ได้ โดยความโต้แย้งนี้จะแสดงออกกับสิ่งภายนอก เช่น วัตถุสิ่งของ หรือตัวบุคคล อาจมีความรู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผลร่วมด้วย อาการเกี่ยวกับการโกรธ ก้าวร้าว ทำลาย ได้แก่ หงุดหงิด, อยากทำลายข้าวของ และทำร้ายผู้อื่น, ตะโกน ด่า ว่าผู้อื่นให้เสียหาย, โต้แย้งกับคนบ่อย ๆ ฯลฯ

1.3.7 ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล (Phobic Anxiety)

ความกลัวโดยไม่มีเหตุผลเป็นความกลัวอย่างรุนแรงที่เกิดซ้ำแล้วซ้ำเล่าโดยไม่มีเหตุผลต่อวัตถุ กิจกรรม หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะ ทำให้ต้องพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่กลัวนั้น และก่อให้เกิดความตึงเครียด หรือรบกวนหน้าที่ทางสังคม และบทบาทของบุคคลนั้น ในบางคนเมื่อมีความรู้สึกกลัวสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว เมื่อไปพบสิ่งที่มีสัญลักษณ์คล้ายกับสิ่งนั้นก็จะมีความรู้สึกกลัวขึ้น ซึ่งคนทั่วไปเห็นเป็นสิ่งธรรมดา ความกลัวเช่นนี้เรียกว่าอย่างไม่มีเหตุผล เช่นทหารที่มีความหวั่นวิตกกับลูกระเบิด เกิดการกลัวจนกระทั่งมีอาการทางจิตขึ้น เมื่อได้ยินเสียงลูกโป่งแตกก็จะรู้สึกกลัวจนตัวสั่นและวิ่งหนีเพราะคิดว่านั่นเป็นเสียงระเบิด โดยอาการของการกลัวทั่ว ๆ ไปแล้วจะพบลักษณะดังนี้ ได้แก่ หน้าซีด, ตัวสั่น, เอะอะโวยวาย, กระวนกระวายเมื่อถูกกวดขันให้อยู่คนเดียว ฯลฯ

ทั้งนี้พลตรีสุพจน์ ขวัญมิตร[62] ระบุถึงลักษณะความกลัวของทหารในสนามรบว่ามีลักษณะต่างกับบุคคลทั่ว ๆ ไป ซึ่งได้แก่ ความกลัวตาย กลัวความเจ็บปวด กลัวภัยอันตราย หรือการที่ร่างกายจะถูกตัดแขนขาหรืออวัยวะอื่นใด ความกลัวว่าจะกลัวจนไม่สามารถป้องกันตนเองได้ และความกลัวว่าจะแสดงความกลัวออกมาให้คนอื่น ซึ่งถือเห็นเป็นการเสียหน้า ทำให้เข้ากับพรรคพวกไม่ได้

1.3.8 ความหวาดระแวง (Paranoid)

ความหวาดระแวงเป็นความรู้สึกอย่างหนึ่งของบุคคลที่คิดว่าผู้อื่นทำอะไรมีความหมายพาดพิงถึงตน มีอิทธิพลถึงตน หรือคิดว่าคนอื่นต้องการที่จะแกล้งหรือทำร้ายตน ภาวะหวาดระแวงนี้โดยปกติแล้วจะเกิดขึ้นได้กับบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่ไม่ไว้ใจผู้อื่น คิดถึงตนเอง ซึ่งมักเป็นการชดเชยความรู้สึกมีปมด้อยของตน แต่ถ้ามีความรู้สึกระแวงมากจนเกินไปนั้นจะมีความรู้สึกไว ขาดความเข้าใจในตนเอง อาจจะทำเรื่องเล็กให้กลายเป็นเรื่องใหญ่ และมีการคาดหมายที่ผิด ๆ ส่วนใหญ่มักส่งผลกระทบให้ต้องพบกับความลำบากในการทำงาน โดยกลุ่มอาการของภาวะหวาดระแวงนี้ ได้แก่ โกรธง่าย, ไม่ไว้วางใจผู้อื่น, รู้สึกว่าผู้อื่นไม่ให้ความร่วมมือ, รู้สึกว่าผู้อื่นเอาเปรียบ, ฯลฯ

1.3.9 อาการวิกลจริต (Psychoticism)

อาการวิกลจริตนี้แสดงถึงการเจ็บป่วยทางจิตของคนซึ่งมีสาเหตุที่สลับซับซ้อนยุ่งยาก ไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง ทั้งนี้เพราะไม่สามารถแบ่งร่างกายและจิตใจออกจากกันได้ ส่วนใหญ่มักมีสาเหตุมาจากอารมณ์โดยเฉพาะ แสดงลักษณะความผิดปกติในความสามารถที่จะคิด การตอบสนองต่ออารมณ์ ความจำ การสื่อสาร การเข้าใจสภาวะความเป็นจริง และพฤติกรรมบางอย่างจนไม่สามารถจะตอบสนองต่อความต้องการของชีวิตได้ โดยกลุ่มอาการที่จะบ่งชี้โรคจิตทั่ว ๆ ไป ได้แก่ ประสาทหลอน คิดว่ามีคนด่าตนเองอยู่เสมอ, หว้าเหว่ เศร้า ไม่อยากพูดกับใคร, ลังเลใจ ไม่แน่ใจ ฯลฯ

ลักษณะของโรคจิตตามที่สุวัทนา อารีพรรค[63] ได้รวบรวมไว้ คือ มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ เช่น ปกติเป็นคนสะอาด เรียบร้อย กลายเป็นคนสกปรก หยาบกระด้าง ไม่สามารถเข้าใจสภาวะต่าง ๆ ตามความเป็นจริง (Out of Reality) เช่น แปลสิ่งเร้าผิด หรือรับความรู้สึกต่าง ๆ โดยไม่มีสิ่งเร้า ไม่มีความรู้ตัว ขาดความรู้ความเข้าใจตนเองตามความเป็นจริง บ้างก็คิดว่าตนเองปกติไม่ยอมรับการรักษาจากแพทย์

1.3.10 อาการร่วมอื่น ๆ (Additional)

อาการที่สะท้อนถึงการมีภาวะสุขภาพจิตไม่ปกตินั้นมีมากมาย ส่วนใหญ่ได้กล่าวมาแล้ว แต่ยังมีอาการร่วมอื่น ๆ ที่อยู่ในแบบทดสอบวัดสุขภาพจิตมาตรฐาน Symptom Distress Checklist 90 (SCL.90) ซึ่งเป็นอาการสนับสนุนถึงภาวะสุขภาพจิตของคน เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อยากตาย มีความรู้สึกผิด อาการเหล่านี้เกิดขึ้นได้กับคนทั่วไป สำหรับคนที่มีปัญหานั้น เมื่อมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นจะตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติทางสรีระวิทยา เป็นแต่เพียงอาการที่แสดงให้เห็นว่าร่างกายกำลังเข้าสู่ภาวะไม่สมดุล เกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจขึ้น เมื่อเป็นเช่นนี้จะได้รีบแก้ไขให้ทันท่วงทีก่อนที่อาการจะคุกคามไปถึงภาวะการเป็นโรคจิตโรคหรือประสาทต่อไป โดยกลุ่มอาการร่วมอื่น ๆ ในแบบทดสอบนี้ ได้แก่ ไม่เจริญอาหาร, หลับยาก, คิดถึงเรื่องความตาย, มีความรู้สึกผิด ฯลฯ

1.4 การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี[30]

การส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีนั้น สามารถทำได้โดยการคำนึงถึงปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย ด้านชีวภาพ เช่น พันธุกรรม ด้านจิตใจ เช่น บุคลิกภาพ ลักษณะพื้นอารมณ์ (Temperament) ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความสามารถในการปรับตัว และปัญหาที่ประสบในชีวิตซึ่งส่งผลต่อจิตใจ

2. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย กฎเกณฑ์ โครงสร้าง และกระบวนการทางสังคม เช่น ความปลอดภัย ช่องว่างระหว่างชนชั้น วัฒนธรรมทางสังคม และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น บทบาทและการดำเนินงานของรัฐบาล สภาพเศรษฐกิจ การจ้างงาน ระบบสาธารณูปโภค การใช้สารเสพติด นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงความสงบสุขมั่นคงของประเทศอื่น ๆ ก็สามารถส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของประชาชนในประเทศไทยได้เช่นกัน

1.5 สถิติและงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิต

รายงานผลการสำรวจสุขภาพจิตของคนไทย พ.ศ. 2552[19]

จากรายงานผลการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2552 ของสุขภาพจิตพบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีคะแนนสุขภาพจิตอยู่ที่ 33.09 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับสุขภาพจิตของคนทั่วไป (คือ 27.01-34 คะแนน) และในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 12.8 และผู้ที่สูงกว่าคนทั่วไปร้อยละ 37.7 โดยเมื่อพิจารณาสุขภาพจิตของคนไทยตามเพศและอายุพบว่าเพศชายมีสุขภาพจิตดีกว่าเพศหญิง และผู้ที่มีอายุ 40 - 59 ปี เป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตสูงสุดเป็นอันดับหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่ากลุ่มอายุนี้มีอาชีพและฐานะทางการเงินที่มั่นคงมากกว่ากลุ่มอายุอื่น สำหรับกลุ่มคนสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีคะแนนสุขภาพจิต 32.89 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเท่ากับคนทั่วไปถึงแม้ว่าจะมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ เล็กน้อย

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในแต่ละปัจจัยยังพบว่า ระดับการศึกษาและสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กัน โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า และเมื่อพิจารณาตามการได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลพบว่า ผู้ที่ได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาล นอกจากนี้เมื่อพิจารณาตามเขตการปกครอง พบว่าคนไทยภาคใต้เป็นภาคที่มีคะแนนสุขภาพจิตสูงสุด สำหรับผู้ที่อยู่ในกรุงเทพฯ พบว่าคะแนนสุขภาพจิตลดลงจาก 32.09 เป็น 31.90 คะแนนจากปี 2551 ซึ่งอาจเนื่องจากผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจสังคม และการเมืองในช่วงปีที่ผ่านมาที่ทำให้ประชาชนทุกข์มากกว่าสุข โดยผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนคนทำงานหารายได้มากจะมีสุขภาพจิตดีกว่าครัวเรือนที่มีคนทำงานน้อย ซึ่งอาจเนื่องจากรู้สึกว่ามีความมั่นคงในชีวิตและสามารถเลี้ยงดูครอบครัวได้ เมื่อพิจารณาภาระพึ่งพิงของครัวเรือน พบว่าผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีภาระพึ่งพิงน้อยคือมีสัดส่วนของคนทำงานมากกว่าคนไม่ทำงานจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีภาระพึ่งพิงมาก แต่มีข้อสังเกตว่าผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่ไม่มีคนพึ่งพิง คือมีเฉพาะคนทำงาน กลับมีสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีภาระพึ่งพิง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคนที่มีภาระพึ่งพิงอยู่ในครัวเรือน มีความรู้สึกเป็นสุขที่ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการอยู่

เคียงข้าง ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาในยามที่ต้องเผชิญกับปัญหา ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลทำให้มีสุขภาพจิตดีกว่าคนที่ไม่มีภาระพึ่งพิงในครัวเรือนซึ่งส่วนหนึ่งพบว่าเป็นผู้ที่อยู่คนเดียว อาจจะมีความรู้สึกโดดเดี่ยว จึงทำให้สุขภาพจิตต่ำกว่า

รายงานผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย พ.ศ. 2557[16]

ล่าสุดในปี 2557 นายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เปิดเผยผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนไทย โดยกรมสุขภาพจิตซึ่งพบว่าประชาชนไทยร้อยละ 20 หรือประมาณ 1 ใน 5 หรือราว 13 ล้านคน ประสบปัญหาสุขภาพจิต เช่น เครียด วิตกกังวล และมีผู้ป่วยโรคทางจิตเวช 10 โรค เช่น โรคจิตเภท โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศในปี 2554 รวมกว่า 3 ล้านราย คาดการณ์ว่า ใน พ.ศ.2570 นี้ ปัญหาสุขภาพจิตจะมีมากขึ้น เนื่องจากผลพวงของการเปลี่ยนเป็นสภาพสังคมเมืองมากขึ้น พื้นที่ที่เป็นเขตปริมณฑลจะเป็นเขตเมืองอย่างสมบูรณ์ ประชาชนใช้ชีวิตแบบต่างคนต่างอยู่ จะทำให้สังคมไทยมีความเปราะบางขึ้น ความอบอุ่น เช่น สภาพของสังคมแบบชนบท หรือสังคมเกื้อกูลแบบเครือญาติ จะลดน้อยลงเรื่อย ๆ โดยขณะนี้ผู้ป่วยทางจิตประมาณ 1 ใน 3 หรือราว 1 ล้าน 9 หมื่นกว่าราย รักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางทั่วประเทศมีแล้ว 17 แห่ง ครอบคลุม 11 เขต รวม 72 จังหวัด และผู้ป่วยที่เหลือดูแลโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน โดยที่เขตบริการสุขภาพที่ 2 ยังไม่มีโรงพยาบาลจิตเวช ดังนั้น ในปี 2557 นี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดสรรงบประมาณเพื่อก่อสร้างโรงพยาบาลจิตเวชให้มากขึ้น

นอกจากนี้ นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขยังกล่าวว่า ในการพัฒนาบริการสุขภาพจิตได้มีการขยายการรักษาลงถึงโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง โดยจัดทำมาตรฐานแนวทางรักษา โรคจิตเวชที่พบบ่อย 10 โรค เช่น โรคซึมเศร้าซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการฆ่าตัวตาย โรคจิตเภท โรควิตกกังวล โรคความจำเสื่อม และใช้ยารักษาเหมือนกันทุกแห่ง รวมทั้งจัดระบบการรักษาผู้ป่วยโรคจิตทางไกลมีแพทย์เฉพาะทางให้คำปรึกษาแก่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถลดปัญหาการฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 12 โดยลดจาก 279 ราย ในปี 2555 เหลือ 248 ราย ในปี 2556 อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยดีขึ้น ทั้งยังจัดนำร่องการพัฒนาการจัดบริการผู้ป่วยจิตเวชภายหลังที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจิตเวชและกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อให้ได้รับการรักษากินยาต่อเนื่อง ไม่ขาดยาจนอาการกำเริบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชทุกรายใช้ชีวิตในสังคมได้ ประชาชนมีความเข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

นโยบายกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2557 - 2558[18]

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพจิต โดยเห็นได้จากนโยบายกรมสุขภาพจิตประจำปี 2557 – 2558 ที่กำหนดว่าภายใต้บริบทของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิตได้มีการเตรียมการทั้งในเชิงโครงสร้าง บทบาท ภารกิจ และกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างเข้มข้นและแข็งขัน ซึ่งทำให้กรมสุขภาพจิตมีความพร้อมในการก้าวเข้าสู่บทบาทใหม่ในการเป็น National Authority of Mental Health (NAMH) ที่มุ่งมั่นในการพัฒนาสู่ “การเป็นศูนย์กลางความเชี่ยวชาญในการพัฒนางานสุขภาพจิตของประเทศ” ที่มีความเป็นเลิศในงานบริการและวิชาการสุขภาพจิตและ

จิตเวช ด้วยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนในทุกกลุ่มวัยและในทุกสภาพการณ์ ผ่านกลไกการขับเคลื่อนในระดับชาติ ระดับพื้นที่ และระดับท้องถิ่น โดยยังคงดำเนินงานภายใต้นโยบายการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ควบคู่กับแนวทางของแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนฯ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ “ประชาชนมีสุขภาพจิตดี สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข”

2. แนวคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย

เหตุการณ์ที่เป็นภยันอันตรายหายนะที่เกิดขึ้นในโลก ไม่ว่าจะเกิดขึ้นในอดีตหรือปัจจุบัน อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติโดยไม่อาจคาดเดาได้หรือเป็นฝีมือมนุษย์ทำให้เกิดขึ้น ย่อมมีผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของมนุษย์ทุกคนที่รับทราบเหตุการณ์เหล่านั้น ในสมัย U.S. Civil War มีกลุ่มทหารที่มีอาการทางหัวใจ จึงเรียกว่า “Irritable Heart” ซึ่งอาการคล้ายกับ Posttraumatic stress disorder ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 เรียกกลุ่มอาการจากการเผชิญเหตุการณ์ในสนามรบว่า “Shell Shock Syndrome” ในสงครามโลกครั้งที่ 2 ผู้รอดชีวิตจากค่ายกักกันนาซี และผู้รอดชีวิตจากระเบิดในญี่ปุ่น มีอาการคล้ายกันเรียกว่า “Combat neurosis” หรือ “Operational Fatigue” ซึ่งไม่เพียงแค่ทหารเท่านั้นที่มีอาการ ผู้คนทั่วไปก็มีอาการรู้สึกกลัว กระสับกระส่าย อ่อนเปลี้ยเพลียแรง นอนไม่หลับ ฝันร้าย หวนระลึกถึงเหตุการณ์เหล่านั้นอยู่เรื่อย ๆ ร่วมกับมีอาการทางจิตใจมากมาย ซึ่งปัจจุบัน DSM-IV เรียกความผิดปกตินี้ว่า Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)[68]

โรคนี้เป็นที่รู้จักหลังจากแพทย์พบอาการทางจิตใจในทหารผ่านศึกที่ผ่านการสู้รบรุนแรงถึงคุกคามชีวิต หรือมีเพื่อนเสียชีวิต เมื่อกลับแนวหลังยังมีอาการทางจิตเวชหลายประการ และ PTSD อาจพบได้ในเหตุการณ์ภัยรุนแรงทุกชนิด หรือสถานการณ์อื่น ๆ เช่น ภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรืออุบัติภัยหมู่ การถูกทำร้ายทางร่างกายหรือทางเพศ การถูกทารุณทางเพศ การถูกข่มขืน ถูกทรมาน เด็กที่อยู่ในบ้านที่มีความรุนแรง คนที่อยู่ในเหตุการณ์สงคราม หรือการก่อการร้ายที่นับวันจะมีมากขึ้น ภัยที่คุกคามรุนแรงเกินภัยปกติที่คนเผชิญเหล่านั้น ล้วนทำให้เกิด PTSD ได้เช่นกัน จากการศึกษาอุบัติการณ์ของ PTSD พบได้มากเป็นอันดับ 4 ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด โดยความชุกชั่วชีวิต (Life time prevalence) พบได้ ร้อยละ 10.3 ในผู้ชาย และร้อยละ 18.3 ในผู้หญิง การศึกษาในระยะหลังพบว่าคนทั่วไปส่วนใหญ่มีโอกาสพบภัยพิบัติอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต และร้อยละ 25 ของผู้ที่ประสบภัยดังกล่าวจะเกิดโรค PTSD ซึ่งเมื่อวิเคราะห์เหตุการณ์ร้ายแรงที่พบได้บ่อยในกลุ่มประชากรทั่วไป จากการสอบถามประวัติการเกิดความเครียดและเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิต โดยแยกตามเพศพบว่า[43]

ในผู้ชาย :	
■ การเป็นพยานรู้เห็นถึงการบาดเจ็บ หรือความรุนแรง	36%
■ อุบัติเหตุที่ร้ายแรงถึงชีวิต	25%
■ การถูกทำร้ายด้วยอาวุธ	19%
■ การเกิดอัคคีภัย หรือภัยพิบัติทางธรรมชาติ	19%
■ การถูกทำร้ายร่างกาย	11%

ในผู้หญิง :	
■ การเกิดอัคคีภัย หรือภัยพิบัติทางธรรมชาติ	15%
■ การเป็นพยานรู้เห็นถึงการบาดเจ็บ หรือความรุนแรง	15%
■ อุบัติเหตุที่ร้ายแรงถึงชีวิต	14%
■ Sexual molestation	12%
■ การถูกข่มขืน	9%

ทั้งนี้ผู้ที่รอดชีวิตจากภัยพิบัติหรือภยันตราย มีโอกาสเกิดโรคทางจิตเวชอีกหลายโรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) โรคแพนิค (Panic disorder) โรคประสาทวิตกกังวล (Generalized anxiety disorder) การใช้และติดยาเสพติด (Substance use disorder or alcoholism ในเด็กและวัยรุ่นที่เคยเผชิญภัยพิบัติมาแล้ว มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค PTSD หลังเหตุภัยพิบัติอื่น และเกิดโรคทางร่างกายเช่น โรคความดันโลหิตสูง หอบหืด โรคทางกายจากความเครียด (Psychosomatic disorders) ได้ง่าย[37]

2.1 คำจำกัดความของความผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตาย

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) ถูกกำหนดขึ้นเป็นครั้งแรกใน DSM – III ซึ่งรวมถึง Posttraumatic condition ในทหารผ่านศึกสงครามเวียดนาม ซึ่งใน DSM-IV criteria จะคล้ายกับใน DSM - III-R โดยความผิดปกตินี้จัดอยู่ในกลุ่ม anxiety disorder และมีอาการสำคัญของ Extreme precipitating stressor, Intrusive vecollections collectious, Emotional numbing ว่า “เป็นเหตุการณ์ที่นอกเหนือจากประสบการณ์ในชีวิตประจำวันปกติของมนุษย์” ซึ่งยังมีความคลุมเครือและไม่น่าเชื่อถืออยู่ จึงได้นิยาม Criteria ขึ้นใหม่ โดยแบ่งออกเป็น Acute และ Chronic

ผู้เชี่ยวชาญบางท่านไม่เห็นด้วยกับนิยาม PTSD ว่าเป็น Anxiety disorder ถึงแม้จะมีอาการ Anxiety เป็นอาการเด่นก็ตาม อาการ Depression และ Dissociation ก็เป็นอาการเด่นเช่นกัน นอกจากนี้ PTSD criteria ก็มี Stress ที่แตกต่างไปจาก Anxiety หรือโรคอื่น ๆ เช่น Brief reactive psychosis, Acute stress disorder, Pathological bereavement และ Adjustment disorder

ICD - 10 ได้จัดโรคที่เกี่ยวเนื่องกับ Stress ทั้งหมด เป็น Stress related disorder

โรคใน Spectrum เดียวกับ PTSD คือ Acute stress disorder จัดอยู่ในกลุ่ม Anxiety disorder, Acute stress disorder คล้ายกับ PTSD แต่ต่างกันตรงที่ระยะเวลาเกิดอาการ คือภายใน 1 เดือน หลังเกิดเหตุการณ์[37]

DSM – IV[1] คำจำกัดความของ PTSD โดยจำกัดเฉพาะเหตุการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือทำให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรง และยังเน้นไปที่ลักษณะเด่น ๆ ได้แก่ ความกลัว (Fear) ความรู้สึกหมดหวัง (Helplessness) และความหวาดกลัว (Horror)

เหตุการณ์ที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิด PTSD แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ได้แก่ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงระหว่างบุคคล (Interpersonal violence) และเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุหรือวินาศภัยซึ่งเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ทั้งที่เกิดจากมนุษย์และธรรมชาติ ซึ่ง DSM – IV ได้ยกตัวอย่างเหตุการณ์ความรุนแรงต่าง ๆ ที่จัดว่าเป็น Traumatic events ดังนี้

- การถูกทำร้าย (ทั้งทางร่างกาย ทางเพศ การถูกปล้น หรือชิงทรัพย์
- การถูกลักพาตัว
- การถูกจับเป็นตัวประกัน
- การสู้รบในสงคราม
- การโจมตีของผู้ก่อการร้าย
- การทนทุกข์ทรมาน
- การเป็นนักโทษสงคราม หรืออยู่ในค่ายกักกัน
- การเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติหรือจากการกระทำของมนุษย์
- การเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ที่รุนแรง
- การป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรงถึงชีวิต

2.2 ลักษณะอาการของความผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตาย

หลังเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิต จิตใจเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรง ปฏิกิริยาแตกต่างกันตามวัย มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ทำให้อาการของความเครียดต่อเนื่อง ไม่สงบลงด้วยตัวเอง จนเกิดเป็นอาการต่าง ๆ หลายระบบได้ดังนี้[43]

1. ช็อกทางจิตใจ เงียบเฉย งง ขาดการตอบสนอง สับสน อารมณ์เฉยชาไม่แจ่มใสร่าเริงเหมือนเดิม ซึ่งมักเกิดในวันแรก ๆ

2. ตกใจและหวาดกลัว (Hyperarousal) เกิดจากความกลัวเหตุการณ์นั้น วิตกกังวลได้ง่าย แม้เรื่องเล็กน้อย ตกใจง่ายจากเสียงดัง ขาดสมาธิ ย้ำคิดย้ำทำ คิดวนเวียนเรื่องที่วิตกกังวลซ้ำ ๆ ถามคนรอบข้างถึงความปลอดภัยซ้ำ ๆ อาจมีอาการอารมณ์แปรปรวน ร้องไห้ ไม่สามารถควบคุมตนเอง

3. รู้สึกเหมือนอยู่ในเหตุการณ์นั้นอีก (Re-experiencing) คิดถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ ตกใจขึ้นมาเองเหมือนตัวเองอยู่ในเหตุการณ์นั้นเมื่อมีสิ่งเร้าเพียงเล็กน้อย เช่น ได้ยินเสียงปืน เสียงระเบิดดัง ๆ เสียงคนร้องตะโกนดัง ๆ คิดซ้ำ ๆ ถึงเหตุการณ์นั้น ฝันร้ายว่าอยู่ในเหตุการณ์นั้นอีก รู้สึกเหมือนอยู่

ในเหตุการณ์นั้นขึ้นมาเองและตกใจกลัว (Flash back) เกิดอาการทางร่างกายของความวิตกกังวลรุนแรง เช่น ใจสั่นมือสั่น เหงื่อออกมาก

4. กลัวและหลีกเลี่ยง (Avoidance) กลัวสถานที่หรือสถานการณ์ที่ประสบเหตุ หวาดกลัวสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ และหลีกเลี่ยงไม่กล้าเผชิญกับสิ่งเร้านั้น ๆ เช่น กลัวเสียงดัง กลัวสิ่งที่คล้าย ๆ สิ่งกระตุ้นภัยพิบัติ

อาการต่าง ๆ เหล่านี้เกิดขึ้นได้ ร้อยละ 15-40 ของผู้ประสบภัย ถ้าเกิดขึ้นใน 4 สัปดาห์แรกหลังเหตุการณ์ เรียกว่า Acute Stress Disorder อาการเหล่านั้นมักหายได้เอง แต่หากหลัง 4 สัปดาห์แล้วยังมีอาการเหล่านี้อยู่ หรืออาการเหล่านั้นเกิดขึ้นในภายหลังเรียกว่า Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

อาการที่พบร่วมด้วย ได้แก่

1. ซึมเศร้าจากการสูญเสีย (Grief Reaction) เกิดจากการสูญเสียพ่อ แม่ พี่ น้อง เพื่อน หรือบ้านเรือนทรัพย์สิน หมดหวัง ท้อแท้ รู้สึกไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ใด ๆ ได้

2. พฤติกรรมถดถอย (Regression) เป็นเด็กลงไปกว่าวัย มักพบในเด็ก มีอาการถดถอยลงไปเป็นเด็กกว่าวัย เช่น ช่วยตัวเองไม่ได้ เรียกร้องเอาแต่ใจตัว หงุดหงิดงอแง ไม่ช่วยตัวเอง กังวลต่อการพลัดพรากจากพ่อแม่หรือคนใกล้ชิด ติดพ่อแม่หรือผู้ใหญ่มากขึ้นไม่ยอมไปโรงเรียน ไม่ยอมอยู่ห่างพ่อแม่ ร้องไห้เวลาพ่อแม่ไปส่งที่โรงเรียน

3. ซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (Depression and Suicide) อาการซึมเศร้าอาจเกิดต่อเนื่องมาจากเหตุการณ์ สัปดาห์แรก หรือเริ่มเกิดภายหลัง อาการซึมเศร้ามักประกอบด้วยอาการหลายอย่างได้แก่ อารมณ์ไม่สดชื่นร่าเริงแจ่มใส เบื่อหน่ายท้อแท้ ขาดความสุข เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ หรือหลับได้ตอนหัวค่ำ แต่จะตื่นตอนตอนดึก ๆ แล้วหลับต่อได้ยาก สมาธิสั้น วอกแวกง่าย ความจำเสีย หมดแรงเหนื่อยหน่าย คิดว่าตนเองเป็นภาระให้ผู้อื่นลำบาก รู้สึกผิดที่ตนเองรอดชีวิตมาได้ หรือไม่สามารถช่วยเหลือคนอื่นได้ บางคนอาจคิดว่าตนเองเป็นสาเหตุ เช่น เป็นคนชักชวนให้ไปที่นั่น หรือตัวเองช่วยเหลือคนอื่นช้าไป คิดว่าตนเองไร้ค่า อาการซึมเศร้าอาจรุนแรงมากจนคิดว่าตนเองผิด เบื่อชีวิต คิดอยากตาย คิดฆ่าตัวตายได้ โดยอาการซึมเศร้าข้างต้นนี้ ถ้ามีมากและรุนแรงถึงเบื่อชีวิต คิดอยากตาย เรียกว่า โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) และอาการซึมเศร้าอาจมีไม่รุนแรงนัก เป็นอาการซึมเศร้าจากภาวะการปรับตัวผิดปกติที่มีอารมณ์เศร้า (Adjustment Disorder with Depressed Mood) ในเด็กบางทีอาการเศร้าอาจเห็นไม่ชัดเจนบางครั้งแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป เช่น ซึมเฉย ไม่ร่าเริง ไม่เล่น ไม่พูดคุยเหมือนเดิม ในวัยรุ่นอาการอาจมีเพียงหงุดหงิดฉุนเฉียว อารมณ์แปรปรวนแตกต่างไปจากเดิม ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจมีผลต่อการเรียน หรือพัฒนาการบุคลิกภาพในระยะยาว

4. อาการกลัวหรือโรคกลัว (Phobias) เช่น กลัวเสียงดังคล้ายระเบิด กลัวที่แคบ กลัวความมืด กลัวอยู่คนเดียว กลัวบ้านหรือสถานที่ที่เกิดเหตุ มักจะมีอาการหลบเลี่ยงหลีกเลี่ยงไม่เผชิญสิ่งที่กลัว (Phobic avoidance) ซึ่งถ้าปล่อยทิ้งไว้อาจมีผลต่อจิตใจระยะยาว เช่น ขาดความมั่นใจตนเอง ไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนเดิมหรือเหมือนเด็กอื่น อาจกลายเป็นโรคกลัวเรื้อรังรักษายาก

5. อาการวิตกกังวล บางคนจะมีความวิตกกังวลมากขึ้น กังวลในเรื่องเล็กน้อยที่ไม่น่ากังวล เครียดง่าย หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ หลับ ๆ ตื่น ๆ ตื่นแล้วหลับต่อยาก

6. อาการของสมาธิและความจำ สมาธิความจำลดลงจนอาจมีผลเสียต่อการเรียน ขาดความมั่นใจตนเอง ไม่กล้าแสดงออก อาการเหล่านี้อาจมีมากขึ้นจากเดิม จนรบกวนการทำงานหรือการดำเนินชีวิต คนที่ขี้กังวลอยู่แล้วอาจมีมากขึ้นกว่าเดิม

7. ปัญหาการทำงาน สมาธิที่ลดลงทำให้ทำงานไม่ได้ ขาดความสนใจ

8. ปัญหาพฤติกรรม หงุดหงิดก้าวร้าว ไม่รับผิดชอบตนเองเหมือนเดิม ไม่สนใจชีวิต ขาดแรงจูงใจที่จะทำอะไรเหมือนเดิม

9. ปัญหาบุคลิกภาพจากการขาดความมั่นใจตนเอง หลบเลี่ยงปัญหา บางคนก้าวร้าว

10. การใช้สุรา ยาเสพติด (Substance Use Disorders) มีการใช้เหล้าและยาเสพติดเพิ่มขึ้น เพื่อลดอาการทางจิตใจอารมณ์ ใช้บ่อยขึ้นจนเป็นโรคติดเหล้าหรือติดยาเสพติด

2.3 การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตายตามหลักเกณฑ์ DSM - IV [1]

A. ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ โดยประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้ทั้งสองข้อ

(1) ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ได้รับ พบเห็น หรือเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตหรือคุกคามต่อชีวิต หรือการบาดเจ็บ สาหัส หรือคุกคามต่อสภาพร่างกายของตนเองหรือบุคคลอื่น

(2) ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยประกอบด้วย ความหวาดกลัวอย่างรุนแรง ความรู้สึกหมดหนทาง หรือความหวาดผวา (หมายเหตุ: ในเด็กอาจแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่สับสน หรือกระวนกระวายแทน)

B. มีความรู้สึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจนี้อยู่ตลอด โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ตั้งแต่หนึ่งข้อขึ้นไป

(1) มีสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทำให้ทุกข์ทรมานผุดขึ้นมาอยู่ซ้ำ ๆ ซึ่งประกอบด้วย มโนภาพ ความคิด หรือการรับรู้ (หมายเหตุ: ในเด็กเล็ก อาจมีการเล่นซ้ำ ๆ โดยที่เนื้อหาหรือบางส่วนของเหตุการณ์แสดงออกมาในการเล่น)

(2) มีความฝันที่ทำให้ทุกข์ทรมานอยู่ซ้ำ ๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์ (หมายเหตุ: ในเด็กอาจมีฝันร้ายที่น่ากลัวโดยที่จำเนื้อหาไม่ได้)

(3) มีการกระทำหรือความรู้สึกเสมือนหนึ่งเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจเกิดขึ้นมาอีก (ประกอบด้วยความรู้สึกว่าตกอยู่ในเหตุการณ์อีกครั้งหนึ่ง, illusion, อาการประสาทหลอน และ dissociative flashback episodes ซึ่งรวมถึงกรณีที่เกิดขณะเพิ่งตื่นหรือเคลิ้มจากสาร)

(4) มีความทุกข์ทรมานใจอย่างมากเมื่อเผชิญกับสิ่งที่มาทำให้ระลึกถึง ซึ่งอาจมีความหมายต่อจิตใจหรือเป็นจากสถานการณ์ภายนอกโดยตรง ซึ่งมีลักษณะที่เป็นสัญลักษณ์หรือคล้ายคลึงกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ

(5) มีปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายเมื่อเผชิญกับสิ่งที่มาทำให้ระลึกถึง ซึ่งอาจมีความหมายต่อจิตใจหรือเป็นจากสถานการณ์ภายนอกโดยตรง ซึ่งมีลักษณะที่เป็นสัญลักษณ์หรือคล้ายคลึงกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ

C. มีการหลีกเลี่ยงอยู่ตลอดต่อสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ และการตอบสนองทั่วไปจะเป็นแบบมึนเฉย (ไม่พบลักษณะนี้ก่อนเกิดเหตุการณ์) โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ตั้งแต่สามข้อขึ้นไป

(1) พยายามเลี่ยงความคิด ความรู้สึก หรือการสนทนาที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น

(2) พยายามเลี่ยงกิจกรรม สถานที่ หรือบุคคลที่กระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์นั้น

(3) ไม่สามารถระลึกถึงส่วนที่สำคัญของเหตุการณ์นั้น

(4) ความสนใจหรือการเข้าร่วมในกิจกรรมที่สำคัญต่าง ๆ ลดลงอย่างมาก

(5) รู้สึกแปลกแยก หรือเหินห่าง ไม่สนิทสนมกับผู้อื่น

(6) ขอบเขตของอารมณ์ลดลง (เช่น ไม่สามารถมีความรู้สึกรักชอบใครได้)

(7) มองอนาคตไม่ยาวไกล (เช่น ไม่คิดหวังจะมีงานทำ แต่งงาน มีลูก หรือมีอายุยืนยาวตามปกติวิสัย)

D. มีอาการของภาวะตื่นตัวมากอยู่ตลอด (ไม่พบลักษณะนี้ก่อนเกิดเหตุการณ์) โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ตั้งแต่สองข้อขึ้นไป

(1) นอนหลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ

(2) หงุดหงิด หรือแสดงความโกรธออกมาอย่างรุนแรง

(3) ตั้งสมาธิลำบาก

(4) มีความระวังระไวมากกว่าปกติ

(5) สะดุ้งตกใจมากเกินปกติ

E. ระยะเวลาของความผิดปกติ (อาการตามเกณฑ์ข้อ B, C, และ D) นานกว่า 1 เดือน

F. อาการเหล่านี้ก่อให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่น ๆ ที่สำคัญ บกพร่องลง

ระบุ

Acute: หากระยะเวลาที่มีอาการน้อยกว่า 3 เดือน

Chronic: หากระยะเวลาที่มีอาการ ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

ระบุ

With Delayed Onset: หากเริ่มมีอาการอย่างน้อย 6 เดือนหลังมีความกดดัน

ทั้งนี้สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ได้มีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การวินิจฉัย PTSD ในปี ค.ศ. 2013[6] จากเดิมที่ใช้แบบ DSM – IV เป็น DSM 5 ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยทั้ง PTSD และ Acute Stress Disorder โดยหลักเกณฑ์สำคัญที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ได้แก่[11]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การจัดแบ่งประเภทหรือหมวดหมู่ (Classification)

PTSD และ Acute Stress Disorder จากเดิมที่ได้จัดอยู่ในกลุ่มโรค Anxiety disorders เป็นกลุ่มโรค Trauma and stressor-related disorders โดยเงื่อนไขที่จัดไปอยู่ในกลุ่มอาการนี้ ประเภทนี้จำเป็นต้องมีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นเรื่องสะเทือนใจ Traumatic หรือ Stressful event ที่เป็นเกณฑ์การวินิจฉัย ซึ่งสาเหตุที่มีการสร้างการจัดแบ่งประเภทขึ้นใหม่นี้ เนื่องมาจากตัวแปรอาการแสดงทางคลินิกเป็นผลมาจากประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์ Trauma และต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ ได้แก่ การแสดงออกที่เป็นไปในลักษณะของ Anxiety หรือ Fear, อาการ Anhedonic, Dysphoric, Externalizing anger หรืออาการก้าวร้าว, อาการ Dissociative, หรือการรวมกันของอาการที่ระบุไว้บางส่วน

เกณฑ์การวินิจฉัย (Diagnostic criteria)

โดยรวมแล้ว ส่วนใหญ่อาการของ PTSD ก็ยังคงเหมือน DSM-IV โดย DSM-5 มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญบางส่วน เช่น

- เดิม DSM – IV แบ่งกลุ่มอาการออกเป็น 3 กลุ่ม แต่ได้แบ่งเป็น 4 กลุ่มใน DSM-5 คือ อาการแทรกเข้ามาในความคิด (Intrusion), อาการหลีกเลี่ยงต่อสิ่งเร้า (Avoidance), เกิดการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ (Cognitions) โดยอารมณ์เชิงลบ และเกิดภาวะความตื่นตัวในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างมาก ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมใน DSM – IV นั้น Criterion C อาการหลีกเลี่ยงต่อสิ่งเร้าอยู่ตลอดเวลาและการตอบสนองทั่วไปแบบมึนเฉย ถูกรวมไปอยู่ใน Criteria C (avoidance) และ Criteria D (negative alterations in cognitions and mood) โดยเหตุผลในการเปลี่ยนแปลงนี้ เนื่องมาจากการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยและตอนนี้ต้องมีอย่างน้อยหนึ่งอาการหลีกเลี่ยงสำหรับการวินิจฉัย PTSD
- มีการระบุอาการใหม่เพิ่ม 3 อาการ คือ ใน Criteria D (negative alterations in cognitions and mood) มีอาการการโทษตัวเองหรือผู้อื่นและมีอารมณ์ในเชิงลบอย่างมาก และใน Criteria E (alterations in arousal and reactivity) มีพฤติกรรมเสี่ยง (reckless) หรือทำลายร่วมด้วย และอาการอื่น ๆ ก็ได้รับการแก้ไขเพื่อชี้แจงการแสดงออกของอาการ
- Criterion A2 เช่น อาการกลัว (fear), helplessness, or horror happen right after the trauma) ถูกลบออกใน DSM-5
- กลุ่มอาการย่อยทางคลินิก เช่นกลุ่มอาการภวังค์ (Dissociative) ถูกเพิ่มเข้ามา และมีผลบังคับใช้กับบุคคลที่มีอาการตรงตามเกณฑ์ PTSD และประสบการณ์ Depersonalization เพิ่มเติม และอาการ Derealization
- มีการแยกเกณฑ์วินิจฉัยสำหรับเด็กอายุ 6 ปีหรือต่ำกว่า (หรือก่อนวัยเรียน)

2.4 ความผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตายที่เกิดขึ้นกับทหาร[58]

ปัญหา PTSD นี้ ส่วนใหญ่เกิดในทหารเพศชายที่ผ่านภาวะสงคราม มีการศึกษาเชลยศึกจากค่ายกักกันในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 ในระยะ 40 ปีต่อมา พบว่าร้อยละ 67 มีอาการ PTSD ซึ่งใน

จำนวนนี้ร้อยละ 24 ยังคงมีอาการที่ไม่รุนแรงนักดำเนินอยู่ และร้อยละ 8 มีอาการรุนแรงอย่างเรื้อรัง สำหรับทหารผ่านศึกสงครามเวียดนามพบว่าร้อยละ 26 ของผู้ที่ผ่านการรบอย่างหนัก ร้อยละ 17 ของผู้ที่ผ่านการสู้รบหนักปานกลาง และร้อยละ 7 ของทหารที่ไม่ต้องเข้าสู้รบ มีอาการ PTSD และมีการศึกษาทหารกลุ่มนี้เมื่อกลับมายังสหรัฐอเมริกาแล้วเป็นเวลา 6-16 ปีต่อมา พบว่าร้อยละ 36 ของผู้ที่ผ่านการสู้รบอย่างหนัก ร้อยละ 24 ของ ผู้ที่ผ่านการสู้รบอย่างปานกลาง และร้อยละ 17 ของผู้ที่ไม่ต้องเข้าไปสู้รบมีอาการเรื้อรัง

3. แนวคิดเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์ทหาร

3.1 ประวัติจิตเวชศาสตร์ทหาร[65]

จิตเวชศาสตร์ทหารเป็นแขนงหนึ่งของการแพทย์ทหารที่มีความสำคัญต่อกองทัพทั้งในภาวะปกติและภาวะสงคราม กองทัพบกได้จัดให้มีแผนกจิตเวชศาสตร์ทหารในปี พ.ศ. 2498 โดยวงการแพทย์เริ่มสนใจปัญหาจิตเวชในการรบตั้งแต่สงครามโลกครั้งที่ 1 ซึ่งในช่วงที่มีการรบอย่างรุนแรงจากการโจมตีด้วยกระสุนปืนใหญ่ อันตรายจากสะเก็ดระเบิด ทหารบางคนจะเกิดอาการตื่นตระหนก สับสน บางรายมีอาการถึงขั้นตามองไม่เห็น หูไม่ได้ยิน และมีอาการคล้ายอัมพาต โดยที่แพทย์ตรวจไม่พบพยาธิสภาพหรือสิ่งผิดปกติทางร่างกาย จิตแพทย์ในสมัยนั้นเรียกผู้ป่วยเหล่านี้ว่าเป็นโรค Shell Shock (ตกใจจากเสียงระเบิด) และต่อมาเปลี่ยนเป็นโรคประสาทจากการรบ (War Neurosis) และเมื่อสงครามโลกครั้งที่ 2 ผู้บังคับบัญชาและแพทย์ทั่วไปเริ่มเข้าใจถึงปัญหาทางจิตใจที่เป็นผลโดยตรงจากการรบ ทหารบางคนมีอาการมือสั่น ตัวสั่น ท่าทางตื่นตระหนก แยกตัวเอง พูดจาสับสน เราเรียกอาการป่วยเหล่านี้ว่า Combat Exhaustion (อาการเหนื่อยอ่อนทั้งร่างกายและจิตใจจากการรบ) โดยเน้นถึงสาเหตุของโรคว่าเป็นเพราะแรงกดดันรอบข้างจากการรบประกอบกับบุคลิกภาพเดิมของบุคคล และต่อมาจึงเปลี่ยนเป็น Combat Reaction (ปฏิกิริยาจากการรบ)

3.2 สาเหตุความผิดปกติทางจิตเวชศาสตร์ทหาร

พลโท นายแพทย์อรุณ เชาวนาศัย[64] ได้กล่าวถึงสาเหตุของการเกิดปัญหาทางจิตเวชศาสตร์ทางทหาร ดังนี้

1) ความกดดันของทหารในสภาวะปกติ

- ระบบการเกณฑ์ชายหนุ่มเข้ารับราชการทหารในรูปแบบของการบังคับ ทำให้ผู้ที่ไม่พร้อมและไม่เต็มใจ ทั้งยังกลัวความยากลำบาก เกิดปฏิกิริยาทางจิตใจในรูปแบบต่าง ๆ

- การฝึกที่ต้องทำอย่างเข้มงวดและเต็มไปด้วยระเบียบวินัย ทำให้ทหารเกิดความเครียดและวิตกกังวล

1.3 สิ่งแวดล้อมในขอบเขตจำกัด มีคนคอยบังคับบัญชา มีความแตกต่างไปจากเดิม เช่น การกินการนอนที่เป็นเวลา ต้องทำตามระเบียบ อาหารที่ไม่ถูกปาก อีกทั้งต้องอยู่ร่วมกับคนแปลกหน้ามากมาย ซึ่งทำให้เกิดความเครียดและปัญหาจิตใจ

1.4 การโยกย้ายตำแหน่งซึ่งเกิดขึ้นกับอาชีพทหารได้บ่อยครั้ง บางคนก็อยู่ในหน่วยที่ตั้งปกติแต่บางคนต้องออกชายแดนพบกับสภาพการณ์ใหม่ที่ไม่คุ้นเคย เผชิญกับการต่อสู้และได้เห็นสภาพทหารที่ได้รับบาดเจ็บล้มตาย ต้องค้างแรมอยู่ตามแหล่งทุรกันดาร ขาดแคลนอาหาร สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดความกังวลและความเครียดที่เพิ่มมากขึ้น

1.5 นโยบายของผู้บังคับบัญชาที่ผู้ใต้บังคับบัญชาจะต้องปรับตัวปฏิบัติตาม

2) ปัญหาจิตเวชในภาวะสงคราม

2.1 สงครามและความเจ็บป่วย ซึ่งทหารต้องออกสนามเผชิญกับการต่อสู้ศัตรู ได้รับบาดเจ็บจากอาวุธสงคราม ทั้งยังต้องต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ อีก โดยสาเหตุจากอันตรายที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อนนี้จะเพิ่มความกังวลใจอยู่ตลอดเวลา

2.2 ความหวาดระแวงกลัวอันตรายที่จะถูกฆ่า โดยเฉพาะเมื่อได้เห็นเพื่อนทหารตายไปต่อหน้าต่อตาก็จะทำให้มีความหวดระแวงมากขึ้น ซึ่งคนทั่ว ๆ ไปจะมีขอบเขตของความอดทนต่อความหวาดกลัวจำกัดอยู่ในระดับหนึ่ง

2.3 สาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือเมื่อมีการรบเกิดขึ้นแล้ว บางคนไม่อาจแสดงความกล้าหาญในสนามรบเหมือนเพื่อน ๆ ได้ ทำให้เกิดความไม่สบายใจ กลัวว่าจะกลายเป็นคนขี้ขลาดต่อหน้าเพื่อนฝูง (Fear of becoming fearful) ซึ่งจิตแพทย์เชื่อว่าสาเหตุนี้เป็นเรื่องที่สำคัญที่ทำให้ทหารส่วนหนึ่งเกิดความกังวลใจอย่างรุนแรง

2.4 อันตรายจากการรบในปัจจุบันที่คาดไม่ถึง ข้อเท็จจริงจากข่าวที่ได้รับ ทำให้ทหารที่ทำการรบเกิดความกลัวหรือไม่สบายใจ เช่น แก๊สพิษ ฝนเหลือง ทหารที่ทำการรบในป่าดงดิบจะกลัวโรคมาลาเรีย ไข้เหลือง และโรคอื่น ๆ ในแต่ละพื้นที่

2.5 สารเสพติดและสุรานับเป็นสาเหตุที่สำคัญอีกข้อหนึ่งที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตระหว่างที่ทำการรบได้ เช่น สารเสพติดพวกกัญชา ยากระตุ้นประสาท ที่จะใช้กันมากในหน่วยทหารที่อยู่ในยุทธภูมิในช่วงที่ว่างจากการรบและต้องประจันหน้ากับอันตรายซึ่งมองไม่เห็นตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกัญชาที่ปลูกใช้ในบ้านเรา จะมีสารที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของจิตใจในระดับที่สูงมาก ทหารบางคนจะมีอาการทางจิตอย่างรุนแรง ประสาทหลอน หวาดระแวง และวุ่นวายมาก ส่วนยากระตุ้นประสาท Amphetamine จะกระตุ้นทำให้ตื่นเต้นง่าย ในกรณีที่ใช้เกิน 30 – 50 มิลลิกรัมต่อวัน (6 – 10 เม็ด) จะมีอาการประสาทหลอนทางหู หวาดระแวง ท่าทางตื่นกลัว ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ อาจรุนแรงมากจนถึงขั้นทำร้ายผู้อื่น และสำหรับสุราจะมีผลถึงระดับการเปลี่ยนแปลงของจิตใจต่อเมื่อดื่มติดต่อเป็นเวลานาน เมื่อเลิกใช้ทันทีทันใดจะมีอาการประสาทหลอนหลงผิด หวาดระแวง มือสั่น ตัวสั่น หรือเกิดโรคพิษสุราเรื้อรัง ทั้งนี้ในกองทัพบกอัตราการใช้สารเสพติดและสุรามีอยู่ในทุกหน่วยมากบ้างน้อยบ้าง ซึ่งนับว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการของโรคทางจิตเวชในหน่วยทหาร

2.6 พื้นฐานของจิตใจและบุคลิกภาพเดิมของทหารก่อนทำการรบ โดยจิตแพทย์เชื่อว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้สามารถอดทนต่อแรงกดดันและอันตรายที่คุกคามอยู่ตลอดเวลาได้ และรวมไปถึงวิธีการเลี้ยงดูที่ทหารได้รับมาตั้งแต่วัยเด็ก

2.7 ความมุ่งหมายของการรบ นับว่ามีความสำคัญซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจขึ้นได้ โดยทหารที่รู้ว่าต้องทำการรบเพื่อป้องกันประเทศชาติจากการรุกรานของศัตรูโดยไม่

เป็นธรรม จะมีความฮึกเหิมและตั้งใจทำการรบได้ดีกว่า และการที่ผู้บังคับบัญชาชั้นสูงชี้แจงให้ทหารที่ทำการรบรับรู้ถึงความมุ่งหมายและผลที่จะได้รับจากการต่อสู้ว่าเป็นการปกป้องประเทศชาติและเพื่อความปลอดภัยของพี่น้องร่วมชาติจะเป็นการส่งเสริมกำลังใจให้แก่ทหารอย่างดีที่สุด

2.8 ความรู้สึกผิดและบาปที่ต้องฆ่าและทำลายล้างมนุษย์ด้วยกันก็เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยที่พบมากในทหารไทยที่เป็นพุทธศาสนิกชน เมื่อต้องทำร้ายผู้อื่นหลาย ๆ ครั้ง ความรู้สึกผิดเหล่านี้จะถูกเก็บสะสมเป็นความรู้สึกผิดและบาปโดยกลไกทางจิตที่หันกลับเข้าหาตนเอง (Introjections) ถ้าบุคลิกภาพเดิมมีลักษณะอ่อนแอไม่ยืดหยุ่นและปรับตัวไม่ดีอยู่ก่อนแล้วจะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าไม่สบายใจได้

นอกจากสาเหตุดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีองค์ประกอบอื่นที่กระตุ้นให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตเวชได้อีก โดยพลจัตวา William C. Menninger ที่ปรึกษาจิตเวชของนายแพทย์ใหญ่ทหารบกสหรัฐอเมริกาในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 และคณะ พบว่าองค์ประกอบดังกล่าวมีดังต่อไปนี้

1) การมีอันตรายอันแท้จริงอยู่ตลอดเวลาในสภาวะสงคราม

2) ระยะเวลาที่ต้องทำการรบ ซึ่งความกังวลใจจะมีมากในช่วง 3 เดือนแรก และหลังจากนั้นจะปรับตัวได้ และอาการทางจิตจะปรากฏมากขึ้นอีกในช่วง 3 เดือนหลังก่อนที่จะถูกส่งตัวกลับเนื่องจากกลัวว่าจะไม่ได้กลับและกลัวว่าจะตาย

3) ความยาวของระยะเวลาที่ต้องประจำการในสนามรบ ซึ่งทหารจะเริ่มมีความเครียดหลังจากรบได้ 15 วัน และอาการจะรุนแรงมากที่สุดหลังจากรบได้ 80 วัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพพื้นฐานของทหารเหล่านั้น

4) การขาดสิ่งกระตุ้นและรางวัล รวมไปถึงจุดประสงค์ของการรบ โดยการรบเพื่อป้องกันประเทศชาติของตนคงจะเป็นรางวัลที่แตกต่างไปจากการรบเพื่อประเทศอื่น การส่งกำลังบำรุงที่พร้อมเพรียงทั้งอาหารและของใช้ รวมทั้งการอนุญาตให้มีการพักผ่อนตามกำหนดเวลา และการได้รับการยกย่องจากผู้บังคับบัญชาและคนในชาตินับว่าเป็นกำลังใจที่สำคัญ

5) การคัดเลือกคนไข้ทหารเพื่อส่งกลับเกิดความผิดพลาด ซึ่งจิตแพทย์หรือแพทย์ทั่วไปในสนามควรระมัดระวังในการส่งตัวทหารที่ป่วยทางจิตกลับแนวหลัง และทำในกรณีที่จำเป็นจริง ๆ เช่น โรคจิต เป็นต้น สำหรับทหารที่เป็นโรคประสาทชานิดต่าง ๆ ควรจะให้รับการรักษาใกล้แนวรบให้มากที่สุดและส่งกลับไปแนวรบทันทีที่อาการดีขึ้น วิธีนี้จะป้องกันไม่ให้ทหารอื่นเอาอย่างจากการป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ และไม่เป็นการเอารัดเอาเปรียบซึ่งกันและกัน

6) การส่งกำลังไปทดแทนไม่เรียบร้อย เกิดความล่าช้าหรือไม่พอเพียง เช่น กระสุน อาวุธ และกำลังทหาร จะทำให้กำลังที่ประจำอยู่ขาดกำลังใจ ท้อถอย และจะกลายเป็นความหวาดกลัวในที่สุดจนทำให้การรบไม่ได้ผล

7) ความบกพร่องในการฝึกและในตัวผู้นำของหน่วย ซึ่งการฝึกก่อนส่งไปประจำในสนามควรจะทำอย่างรอบคอบและรัดกุม ตรงกับวิธีการรบที่ทหารต้องไปเผชิญ ฝึกให้มีความอดทน มีกำลังใจที่ดี และรวมไปถึงการแจ้งให้รู้ถึงวัตถุประสงค์ของการรบว่าเพื่อเป็นการป้องกันประเทศของเราจะเป็นในทางตรงหรือทางอ้อมก็ตาม ทั้งนี้ผู้บังคับบัญชาทหารต้องเป็นบุคคลที่ทุ่มเท รักและเข้าใจผู้ใต้บังคับบัญชา เข้มแข็งและรู้จักผ่อนสั้นผ่อนยาวได้ สามารถให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเห็นว่ากล้าหาญ ไม่

เห็นแก่ตัว ไม่รับความดีความชอบแต่เพียงผู้เดียว การวางตัวแบบหยิ่งยโส กอบโกย แสดงตนเองว่าเก่งเพียงคนเดียว รับความดีความชอบโดยไม่สนใจผู้ใต้บังคับบัญชานับว่าเป็นปัญหาอย่างยิ่งในการรบ

8) บทบาทของผู้บังคับบัญชาหน่วยที่จะป้องกันการสูญเสียกำลังพลได้นั้น ผู้บังคับบัญชาทหารควรจะรอบคอบในการส่งกำลังออกไปรบเพื่อผลประโยชน์อย่างแท้จริง

3.3 ปฏิกิริยาตอบสนองต่อสงคราม (Combat Reaction)[64]

1) Normal Battle Reaction ช่วงที่มีการเผชิญหน้าในสงคราม ทหารจะมีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อความกังวลใจ ความกลัว ออกมาในรูปของอาการทางร่างกาย เช่น ใจสั่น เหงื่อออกมาก และอาการทางจิตใจ เช่น ตื่นตระหนก นอนไม่หลับ เดินไปมา หงุดหงิด

2) Neurotic Disorders

2.1 Anxiety Reaction เมื่อมีการปะทะระหว่างสองฝ่าย และเริ่มมีการสูญเสีย ทหารจะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองรุนแรงขึ้น อาการกังวลใจอาจรุนแรงจนกลายเป็นตื่นตระหนก (panic) ตัวสั่น ใจสั่น วุ่นวาย ทำอะไรไม่ถูกหรือลืมตัวชั่วคราว

2.2 Conversion Reaction เมื่อมีการปะทะรุนแรงและการสูญเสียมากขึ้น ทหารบางนายที่ต้องเผชิญกับอันตรายที่ร้ายแรง จะเปลี่ยนจากความไม่สบายใจมาเป็นความพิการของร่างกาย อาการแสดงจะชัดเจนและรุนแรงกว่าในสภาวะปกติ เช่น Deaf, Mute, Blind, Paralysis และ Comptocormia (หลังค่อม ยืดให้ตรงไม่ได้ พบในทหารที่ต้องอยู่ในที่ซ่อนเป็นเวลานาน)

3) Post – traumatic Stress Disorder เป็นอาการทางจิตที่เกิดขึ้นจากผลของแรงกดดันอย่างรุนแรง อันตรายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ การปะทะในสนามรบที่มีการสูญเสียมาก ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์และรอดชีวิตมาได้จะมีอาการแสดงอย่างเฉียบพลัน สำหรับผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับเหตุการณ์จะมีอาการแสดงออกช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป และเรื้อรังอยู่นาน

อาการแสดงที่เด่นชัด คือ นอนไม่หลับ ฝันร้ายถึงเรื่องที่เกิดขึ้นมาแล้วซ้ำ ๆ ตกใจง่ายต่อแรงกระตุ้น เช่น เสียงดัง หรือมีเหตุการณ์คล้าย ๆ กับที่ผ่านมาแล้ว ความคิดสับสนวุ่นวาย บางรายจะมีประสาทหลอนได้ และในผู้ป่วยเรื้อรัง อาจจะมีบุคลิกภาพเปลี่ยนไปจากเดิม กลายเป็นคนก้าวร้าว ขาดความรับผิดชอบ

Psychoanalytic Theory อธิบายว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นปฏิกิริยาจากความหวาดกลัวอันตราย ซึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานจิตใจของบุคคล โดยใช้กลไกทางจิตแบบ Regressive, Repression และ Denial ส่วน Theory of Coping Mechanism กล่าวเกี่ยวกับกลไกของการปรับตัวในอดีตว่า ผู้ที่มีจิตใจมั่นคง เคยผ่านเหตุการณ์ทำนองเดียวกันนี้มาก่อน รวมไปถึงการปฏิบัติการรบอย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อเกียรติภูมิของชาติหรือเพื่อตนเอง จะทำให้อาการที่เกิดขึ้นน้อยลงหรืออาจเผชิญปัญหาได้โดยไม่มีอาการทางจิตเลย

ระยะต่าง ๆ ของปฏิกิริยาตอบสนอง (Stage of Reaction)

ก. Excitement ผู้ป่วยจะมีอาการตื่นตระหนก หวาดกลัว ในระยะแรกเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ร้ายแรง

ข. Participation ผู้ป่วยส่วนมากจะสามารถรับเหตุการณ์ได้ และร่วมแก้ปัญหาช่วยเหลือผู้อื่นได้เป็นอย่างดี

ค. Recoil เมื่อเหตุการณ์ร้ายแรงสงบลง ผู้ป่วยมีเวลานึกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมา ทำให้เกิดความหวาดกลัว ตื่นตระหนกต่อสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นรอบตัว เช่น เสียงผิดประตู เสียงรถ และเสียงฟ้าร้อง เป็นต้น

ง. Reaction Formation ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตในรูปแบบต่าง ๆ กันตามความรุนแรงของแรงกระตุ้นและพื้นฐานของสภาพจิตใจเดิม

4) Pseudo – psychotic Reaction อาการทางจิตที่แสดงออกในรูปแบบของความสับสน ไม่รู้จักตัวเอง ตัดสินใจผิด หูแว่วและหวาดระแวง ไม่อาจควบคุมตนเองได้ บางครั้งอาการคล้าย Schizophrenia หรือแสดงออกมาในรูปของความกล้าบ้าบิ่น วิ่งเข้าหาศัตรูโดยไม่คิดถึงอันตราย หรือหลบซ่อนโดยไม่มีเหตุผล อาการทางจิตนี้จะมีอยู่ชั่วคราว หากได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดหรือย้ายกลับมารับการรักษาตัวในภายกลัง อาการจะดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

3.4 อาการจิตประสาทจากการรบ (Battle Fatigue)[54]

Battle Fatigue: BF พบมากที่สุดในบรรดาปัญหาทางจิตจากสนามรบ เป็น Combat stress reaction ชนิดหนึ่งซึ่งมีอาการและปฏิกิริยาเฉพาะคัว คือไม่ร่าเริงและหน้าตาเป็นทุกข์ รบกวนสมรรถภาพการปฏิบัติหน้าที่ แต่สามารถแก้ไขได้ผลดีมาก แต่ทั้งนี้ Battle Fatigue ไม่ใช่ความขี้ขลาด (Cowardice) หรือการหมดกำลังใจ (Lack of motivation) โดยทหารที่มีอาการนี้ต้องการปฏิบัติหน้าที่แต่ไม่สามารถทำได้เป็นการชั่วคราวเพราะมีความเครียดเกิดขึ้นอย่างมาก (Overwhelming stress) มีความรุนแรงเกินกว่าที่จะใช้ Psychological Defenses ใด ๆ มาลดอาการที่เกิดขึ้นได้

อุบัติการณ์ของ Battle Fatigue (BF) ในการรบมีอัตราส่วนต่อ ความบาดเจ็บ หรือ Wounded in Action (WIA) แตกต่างกันได้ โดยการรบที่รุนแรงจะพบ BF:WIA ประมาณ 1:3 และการทำการรบเป็นเวลานานและได้รับการต่อต้านอย่างรุนแรง พบอัตราส่วนประมาณ 1:2 แต่ในขณะที่หน่วยจู่โจมและพลร่มพบ BF:WIA น้อยกว่า 1:10 ซึ่งทั้งนี้การส่งกลับ Battle Fatigue ไปเขตหลังมีส่วนทำให้เกิดความพิการทางจิตเรื้อรังตามมาภายหลัง สถิติเหล่านี้ใช้สำหรับวางแผนบริการทางการแพทย์ในการรบ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด Battle Fatigue

1. ประสบการณ์การรบและการฝึก ซึ่งทหารที่ปฏิบัติหน้าที่ครั้งแรก ๆ จะเกิดความเครียดสูงกว่าผู้ที่เคยมีประสบการณ์

2. ความรุนแรงของการรบ ถ้ามีความรุนแรงมากจะก่อให้เกิดความเครียดได้สูง

3. ความล้าเมื่อใช้กล้ามเนื้อมากและอดหลับอดนอนก่อให้เกิดความเครียดทั้งทางกายและใจ

4. ภาระทางยุทธวิธี คือสถานการณ์ระหว่างการรบ เช่น ภาวะไม่แน่นอน คาดไม่ถึง มีความสงสัย การต้องคาดเดา เป็นต้น

5. สภาพแวดล้อม เช่น อากาศเย็นชื้นหรือร้อนชื้นจะลดความต้านทางของร่างกาย ถ้าอากาศหนาวกล้ามเนื้อจะแข็งเกร็ง

6. การระบาดของโรคในพื้นที่การรบ

7. ร่างกายขาดอาหาร น้ำ และสุขอนามัย

8. ความเป็นปึกแผ่นของกลุ่ม (Group cohesion) ถ้ามีความสามัคคีกลมเกลียวก็จะต่อต้านภาวะ Battle Fatigue ได้มาก

9. ความศรัทธาอย่างแรงกล้าและอุทิศชีวิตเพื่อหน่วย (Esprit de corps) จะทำให้เกิดพลังความพร้อมในการรบ

10. ผู้บังคับบัญชาซึ่งเป็นผู้นำบกพร่องจะก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ใต้บังคับบัญชา

11. ความโน้มเอียงเฉพาะบุคคล (Personal predisposition) คือบุคลิกภาพของทหารแต่ละคนซึ่งเป็นผลต่อความเสียง

12. ระยะเวลาในการอยู่ในสนามรบ หากอยู่ในสนามรบนาน ๆ จะเกิดความกดดันสะสม

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นิดดา โรจน์จิรนันท์[34] ศึกษาสาเหตุการป่วยทางจิตของทหารที่รับไว้รักษา ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ.2520 จำนวน 32 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นพลทหาร ร้อยละ 62.5 ซึ่งถูกเกณฑ์มาเข้ารับราชการทหารด้วยความไม่สมัครใจ เป็นโสดและมีอายุระหว่าง 21-25 ปี ร้อยละ 78.12 มีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษาซึ่งเป็นการศึกษาภาคบังคับ ร้อยละ 71.82 นับว่าอยู่ในขั้นที่ต่ำมาก ซึ่งผู้ศึกษาได้อภิปรายเกี่ยวกับประเด็นนี้ไว้ว่าประสบการณ์การเรียนรู้ในระดับการศึกษานี้จึงยังไม่พอที่จะนำไปแก้ไขหรือตัดสินปัญหาต่าง ๆ ได้ จึงต้องใช้แรงงานมากกว่าธรรมดา จะเห็นได้ว่าพลทหารเป็นกลุ่มคนที่ต้องใช้กำลังมาก ทั้งรายได้ก็มีไม่มากนัก ยังต้องมีภาระรับผิดชอบมากมาย คงไม่สามารถที่จะเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ จึงทำให้เกิดความคับข้องใจอีกประการหนึ่ง เมื่อต้องใช้กำลังมากก็ทำให้ร่างกายเกิดความเมื่อยล้า อ่อนเพลีย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สุขภาพจิตเสียได้ และยังพบอีกว่าทหารที่ป่วยทางจิตนั้นเป็นทหารโสดมากกว่าทหารที่สมรสแล้ว อาจเป็นเพราะมีอายุระหว่าง 21 – 25 ปี ซึ่งเป็นวัยที่เริ่มจะเข้าสู่ความเป็นผู้ใหญ่ ต้องรับผิดชอบตัวเองให้มากขึ้น ต้องดิ้นรนเพื่อสร้างฐานะของตนให้มั่นคง ทั้งยังต้องประสบปัญหาและสถานการณ์ใหม่ ๆ ที่ไม่เคยประสบมาก่อน ถ้าไม่สามารถแก้ปัญหาหรือปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์นั้นได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่โสดด้วยแล้ว ไม่มีคู่คิดคู่ปรึกษาหรือไม่มีแม้แต่ผู้รับฟังเรื่องราว เกิดความรู้สึกว้าเหว่ได้ง่าย ย่อมเกิดความวิตกกังวลได้ ซึ่งถ้าความวิตกกังวลนั้นมีอยู่เสมอ โอกาสที่จะป่วยทางจิตย่อมจะมีอย่างแน่นอน นอกจากนี้ยังพบว่าสิ่งที่กดดันทางจิตใจของผู้ป่วยมากที่สุดขณะรับราชการคือการฝึกทหาร ร้อยละ 31.25 และผู้ป่วยไม่ชอบไปปฏิบัติราชการชายแดนเนื่องจากรู้สึกทารุณจิตใจมากที่ต้องเห็นเพื่อนทหารบาดเจ็บและล้มตายอยู่เสมอ ร้อยละ 28.57

ถาวร บุตรโสมตา[29] ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ.2525 จำนวน 139 คน โดยใช้แบบทดสอบ SCL.90 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามมีระดับอาการทางด้านสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยแล้วอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนใหญ่เป็นทหารชั้นประทวน โสด อายุอยู่ในระหว่าง 21-29 ปี จบการศึกษาจากสถาบันการศึกษาทางทหาร ส่วนใหญ่สมัครมาเป็นทหารเพราะรักชีวิตทหาร และออกปฏิบัติงานชายแดนเพราะต้องการมีประสบการณ์ สาเหตุที่ได้รับบาดเจ็บส่วนใหญ่ถูกระเบิด และได้รับความพิการระดับน้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าความพิการต่อร่างกายทั้งหมด จากการศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ที่ตั้งสมติฐานไว้พบว่า

ผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีสถานภาพโสดกับสมรสมีสภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้ป่วยทหารราชการสนามชั้นสัญญาบัตรกับชั้นประทวนก็มีสภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน รวมถึงปัจจัยอายุก็พบว่าผู้ที่มีอายุน้อย (21 – 39 ปี) กับผู้ที่มีอายุมาก (40 ปีขึ้นไป) มีสภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน แต่ปัจจัยที่ทำให้สภาวะสุขภาพจิตมีความแตกต่างกันคือลักษณะความพิการ ซึ่งผู้ป่วยทหารที่มีความพิการน้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าความพิการต่อร่างกายทั้งหมด มีสภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีความพิการมากกว่าร้อยละ 50 ของค่าความพิการต่อร่างกายทั้งหมด และทหารราชการสนามที่ผ่านการศึกษาจากสถาบันทหารโดยตรงมีสภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ผ่านการศึกษาจากสถาบันอื่น ๆ แต่ถึงอย่างไรทั้งสองกลุ่มก็อยู่ในเกณฑ์ภาวะสุขภาพจิตปกติ

อรุณรัศมิ์ ปกมนตรี[66] ศึกษาสุขภาพจิตของทหารผ่านศึกพิการ ที่รับการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลทหารผ่านศึก พ.ศ.2537 จำนวน 50 คน โดยใช้แบบทดสอบ SCL.90 พบว่าทหารผ่านศึกมีปัญหาสุขภาพจิตทางด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย ย้ำคิดย้ำทำ ซึมเศร้า หวาดกลัวโดยไม่มีเหตุผล และมีแนวโน้มเป็นโรคจิตมากที่สุดตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตที่พบคือ กลุ่มอายุ 41 ปีขึ้นไปมีปัญหาสุขภาพจิตด้านความวิตกกังวล และด้านความรู้สึกไม่เป็นมิตร ส่วนสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน และผลการศึกษาด้านปัจจัยสถานภาพสมรสพบว่ากลุ่มที่สมรสแล้วอยู่ด้วยกันมีปัญหาสุขภาพจิตด้านความรู้สึกไม่เป็นมิตร ส่วนสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน โดยผู้ศึกษาได้เสนอแนะแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตของทหารผ่านศึกพิการ ว่าควรมีการเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งแพทย์ จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอย่างใกล้ชิดและทั่วถึง และควรจัดให้มีนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบในการให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ อารมณ์และสังคม เพราะทหารผ่านศึกพิการที่เข้ารับการบำบัดรักษา ณ โรงพยาบาลทหารผ่านศึกโดยเฉลี่ยจะใช้เวลาพักรักษาตัวนาน 1.82 ปี ซึ่งภายในช่วงเวลาดังกล่าวผู้ป่วยอาจประสบกับปัญหาต่าง ๆ และต้องการผู้ช่วยเหลือ รวมไปถึงการจัดให้มีสถานพักฟื้นทหารผ่านศึกพิการโดยกระจายไปสู่ชุมชน และข้อเสนอแนะด้านการวิจัยได้เสนอว่าควรศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของทหารผ่านศึกพิการที่มีระยะเวลาพิการที่ต่างกัน เพื่อศึกษาความเปลี่ยนแปลงของสุขภาพจิตของทหารผ่านศึกพิการที่ประสบกับความพิการในช่วง 1 ปีแรก ศึกษาปัญหาและความต้องการของทหารผ่านศึกพิการและครอบครัว เช่น ปัญหา Sexual Life ของทหารผ่านศึกพิการ ระดับของความพิการที่มีผลต่อสุขภาพจิตของทหารผ่านศึกพิการ ศึกษาปัญหาและความต้องการของบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทหารผ่านศึก

อโนทัย สมานทรัพย์[61] ศึกษาสุขภาพจิตข้าราชการทหาร สังกัดกองบัญชาการช่วยรบที่ 3 ค่ายสมเด็จพระเอกาทศรถ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ.2537 จำนวน 30 คน โดยใช้เครื่องมือแบบทดสอบ SCL.90 ผลการวิจัยพบว่าข้าราชการทหารมีสุขภาพจิตรวมปกติทุกด้าน ทั้งนี้สุขภาพจิตด้านความผิดปกติร่างกาย ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความกลัว โดยปราศจากเหตุผล ความหวาดระแวง และอาการโรคจิต มีความแตกต่างกัน ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน ผู้ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันทุกด้าน ผู้ที่มีรายได้ที่แตกต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันทุกด้าน ผู้ที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกัน มีสุขภาพจิตด้านอาการซึมเศร้าแตกต่างกัน ส่วนด้านอื่น ๆ

ไม่แตกต่างกัน ผู้ที่มีเวลารับราชการที่แตกต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันทุกด้าน ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันทุกด้าน และข้าราชการทหารที่มีประสบการณ์การไปราชการสนามรบที่แตกต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันทุกด้าน

อำนาจ รัตนวิลัยและคณะ[70] ศึกษาความเครียดและทัศนคติของกำลังพลกองทัพบกไทยที่ปฏิบัติภารกิจในประเทศติมอร์ตะวันออก พ.ศ.2546 จำนวน 300 คน ด้วยแบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดและทัศนคติเกี่ยวกับสาเหตุของความเครียด แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ช่วงเวลาเดือนแรกและเดือนสุดท้ายที่กำลังพลปฏิบัติภารกิจ พบว่าทหารส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอารมณ์ปกติมีจำนวน 188 ราย กลุ่มอารมณ์เครียดกว่าปกติเล็กน้อยมีจำนวน 40 ราย และกลุ่มอารมณ์เครียดปานกลางถึงมากมีจำนวน 14 ราย ในเดือนสุดท้ายที่ปฏิบัติภารกิจพบว่าผลที่ได้คล้ายคลึงกับในเดือนแรก ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับสาเหตุของความเครียดในการปฏิบัติภารกิจพบว่าเกี่ยวข้องกับครอบครัว สิ่งแวดล้อม ระยะเวลาที่ปฏิบัติภารกิจ หน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และปัญหาส่วนตัว

บุษกร โรจนพรทิพย์[38] ศึกษาสุขภาพจิตของทหารผ่านศึกที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลทหารผ่านศึก พ.ศ.2548 จำนวน 137 คน โดยใช้แบบทดสอบ SCL.90 (Symptom Checklist) และแบบสอบถามบุคลิกภาพ MPI (Maudsley Personality Inventory) พบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึกมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 86.9 โดยในจำนวนนี้พบปัญหาสุขภาพจิต คือ ปัญหาความรู้สึกผิดปกติทางด้านร่างกายมากที่สุด ร้อยละ 89.8 ความหวาดกลัวโดยไม่มีเหตุผล ร้อยละ 67.2 มีพฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต ร้อยละ 65.0 มีความรู้สึกหวาดระแวง ร้อยละ 55.5 มีความรู้สึกไม่เป็นมิตร ร้อยละ 54.7 ซึมเศร้า ร้อยละ 48.2 มีความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น ร้อยละ 47.5 การย้ำคิดย้ำทำ ร้อยละ 10.2 และมีความวิตกกังวล ร้อยละ 8.8 ตามลำดับ โดยพบว่าปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส อายุราชการ จำนวนเงินที่ได้รับต่อเดือน ชั้นบัตรทหารนอกประจำการ จำนวนครั้งที่ไปราชการสนาม ระยะเวลาที่พิการ สาเหตุที่ได้รับความพิการ สาเหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้ การใช้สารเสพติด บุคลิกภาพด้าน N Scale ปัจจัยด้านครอบครัว และการได้รับความช่วยเหลือ มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต

อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามนั้นมีอยู่จำนวนหนึ่ง แต่ยังมิได้ระบุชัดเจนถึงอาการความผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายซึ่งเป็นอาการที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการรักษาเยียวยา ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างนั้นมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ทหารราชการสนามคือผู้ได้รับบาดเจ็บที่ยังคงต้องปฏิบัติหน้าที่ราชการทหารเมื่อการรักษาสิ้นสุดลง แต่ทหารผ่านศึกนั้นเป็นทหารซึ่งปลดประจำการมิได้ปฏิบัติราชการทหารต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross – sectional descriptive design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้ป่วยทหารราชการสนามที่ได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนามจากทุกภารกิจ

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) คือ ผู้ป่วยทหารราชการสนามที่ได้รับบาดเจ็บและเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นระยะเวลา 1 เดือนขึ้นไป ที่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ ไม่มีความสับสนเรื่องของวัน เวลา สถานที่ ไม่มีโรคทางจิตเวช และยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยพยาบาลผู้ดูแลเห็นว่าสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ในช่วงการเก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ป่วยทหารราชการสนามที่ได้รับบาดเจ็บและเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยในแผนกราชการสนาม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในช่วงการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 หรือจนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน รวมทั้งต้องเป็นผู้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หลักเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria): ผู้ป่วยทหารราชการสนามที่ได้รับบาดเจ็บและเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นระยะเวลา 1 เดือนขึ้นไป สามารถพูดคุยสื่อสารได้ ไม่มีความสับสนเรื่องของวัน เวลา สถานที่ ไม่มีโรคทางจิตเวชที่ระบุอยู่ในเวชระเบียน และยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยพยาบาลผู้ดูแลเห็นว่าสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ในช่วงการเก็บข้อมูล

หลักเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria): ผู้ป่วยทหารราชการสนามที่ได้รับบาดเจ็บและเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่มีโรคทางจิตเวชมาก่อน โดยได้รับการระบุไว้ในเวชระเบียน ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ จนอาจเกิดความกระทบกระเทือนต่อสมอง ส่งผลให้มีความสับสนเรื่องของวัน เวลา สถานที่ โดยพยาบาลผู้ดูแลเห็นว่าไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ในช่วงการเก็บข้อมูล

<u>ขนาดตัวอย่าง</u> (Sample size) คำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Studies) โดยใช้สูตร Yamane[20]

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร คือ 130 คน จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ.2553

e = ความคลาดเคลื่อนในระดับนัยสำคัญ 0.05

แทนค่า $n = \frac{130}{1 + 130(0.05)^2}$

$n = 98.11$

เพื่อป้องกันความผิดพลาดจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 10%

ดังนั้นต้องใช้ตัวอย่างทั้งสิ้น 108 คน

แต่เนื่องจากจำนวนตัวอย่างนั้นมีจำนวนใกล้เคียงกับประชากรทั้งหมด ในการศึกษาครั้งนี้จึงพิจารณาเก็บข้อมูลจากประชากร ในช่วงเวลาเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 หรือจนกว่าจะได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement)

<u>ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป</u>

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเป็นแบบสอบถามที่จะระบุถึงปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร และปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นด้วยตนเองจากการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลระดับชั้นยศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ภูมิลำเนา การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ มาก่อนเข้ารับการรักษา การใช้ยาหรือสารชนิดต่าง ๆ ลักษณะการปฏิบัติงานหรือหน้าที่ในขณะปฏิบัติภารกิจราชการสนาม ความบาดเจ็บที่ได้รับจากการปฏิบัติราชการสนาม และผู้ดูแลในขณะพักรักษาตัว

<u>ตอนที่ 2 แบบทดสอบวัดสุขภาพจิตมาตรฐาน Symptom Distress Checklist 90 (SCL.90)</u>

แบบทดสอบวัดสุขภาพจิตมาตรฐาน Symptom Distress Checklist 90 (SCL.90) เป็นแบบทดสอบที่ละเอียด ชูประยูร[48] ได้แปลมาจากแบบทดสอบของ Leonard R. Derogatis และ Limo Covi แห่ง John Hopkins University, School of Medicine, Baltimore, Mary และ Ronald S. Lipman แห่ง Psychopharmacology Research Branch, National Institute of Mental Health, Rockwell Maryland ประกอบด้วยข้อความสั้น ๆ 90 ข้อ ซึ่งกล่าวถึงความรู้สึกต่าง ๆ ของบุคคลเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง โดยกำหนดวิธีการตอบให้บุคคลประเมินความรู้สึกของตนเอง โดยแบ่งประเภทสุขภาพจิตออกเป็น 9 ด้าน ดังนี้

1) ความผิดปกติของร่างกาย (Somatization) จำนวน 12 ข้อ
ได้แก่ ข้อ 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 และ 58
2) การย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive – Compulsive) จำนวน 10 ข้อ
ได้แก่ ข้อ 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 และ 65
3) ความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น (Interpersonal Sensitivity) จำนวน 9 ข้อ
ได้แก่ ข้อ 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 และ 73
4) ซึมเศร้า (Depression) จำนวน 13 ข้อ
ได้แก่ ข้อ 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 และ 79
5) วิตกกังวล (Anxiety) จำนวน 10 ข้อ
ได้แก่ ข้อ 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 และ 86
6) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) จำนวน 6 ข้อ
ได้แก่ ข้อ 11, 24, 63, 67, 74 และ 81
7) ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล (Phobic Anxiety) จำนวน 7 ข้อ
ได้แก่ ข้อ 13, 25, 47, 50, 70, 75 และ 82
8) ความรู้สึกหวาดระแวง (Paranoid Ideation) จำนวน 6 ข้อ
ได้แก่ ข้อ 8, 18, 43, 68, 76 และ 83
9) พฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต (Psychoticism) จำนวน 10 ข้อ
ได้แก่ ข้อ 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 และ 90
ส่วนข้อ 19, 60, 44, 59, 64, 66 และ 89 เป็นความผิดปกติอื่น ๆ (Additional Items)

วิธีการตอบแบบทดสอบ SCL.90 กำหนดให้บุคคลประเมินความรู้สึกของตนเองว่ามีความรู้สึกมากน้อยเพียงใดกับลักษณะอาการในแต่ละข้อ ซึ่งลักษณะคำตอบจะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยใช้เทคนิคการวัดความคิดเห็นแบบ Likert Scale และมีการประมาณค่าของคำตอบ (Rating Scale) เป็น 5 ระดับ ที่แสดงว่าปัญหานั้นรบกวนผู้ตอบแบบสอบถามปริมาณมากเพียงใดในรอบ 1 เดือน โดยให้ความหมาย ดังนี้

คะแนน 0	ไม่มีเลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความทุกข์หรือปัญหานั้นเลย
คะแนน 1	น้อย	หมายถึง	ท่านมีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นอยู่บ้าง แต่ไม่สม่ำเสมอและเป็นจำนวนน้อย
คะแนน 2	ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นสม่ำเสมอ และเป็นจำนวนพอประมาณ ไม่รุนแรงนัก
คะแนน 3	มาก	หมายถึง	ท่านมีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นสม่ำเสมอ และเป็นจำนวนมาก
คะแนน 4	มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นมาก มีความถี่และรุนแรง

เกณฑ์การให้คะแนน คือ

ไม่มี	ให้คะแนนเท่ากับ	0 คะแนน
เล็กน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ	1 คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนนเท่ากับ	2 คะแนน
มาก	ให้คะแนนเท่ากับ	3 คะแนน
มากที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ	4 คะแนน

โดยลักษณะภาวะสุขภาพจิตทั้ง 9 ด้าน จะมีคะแนนรวมจากต่ำถึงสูงสุดตามลำดับ ดังนี้

ความผิดปกติของร่างกาย	มีจำนวน 12 ข้อ เท่ากับ 0 – 48 คะแนน
การย้ำคิดย้ำทำ	มีจำนวน 10 ข้อ เท่ากับ 0 – 40 คะแนน
ความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น	มีจำนวน 9 ข้อ เท่ากับ 0 – 36 คะแนน
ซึมเศร้า	มีจำนวน 13 ข้อ เท่ากับ 0 – 52 คะแนน
วิตกกังวล	มีจำนวน 10 ข้อ เท่ากับ 0 – 40 คะแนน
ความรู้สึกไม่เป็นมิตร	มีจำนวน 6 ข้อ เท่ากับ 0 – 24 คะแนน
ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล	มีจำนวน 7 ข้อ เท่ากับ 0 – 28 คะแนน
ความรู้สึกหวาดระแวง	มีจำนวน 6 ข้อ เท่ากับ 0 – 24 คะแนน
พฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต	มีจำนวน 10 ข้อ เท่ากับ 0 – 40 คะแนน

จากนั้นนำคะแนนมาแปลผลภาวะสุขภาพจิตในแต่ละด้านเทียบตามเกณฑ์มาตรฐานของบุคคลทั่วไป ตามเกณฑ์ปกติที่คณะผู้วิจัยโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาศึกษาและจัดทำไว้ หากด้านใดมีคะแนนไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติถือว่ามีปัญหาสุขภาพจิตในด้านนั้น (คะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านได้จากการนำคะแนนรวมของแต่ละด้านหารด้วยจำนวนข้อคำถามในด้านนั้น) ดังนี้

ปัญหาสุขภาพจิต	เกณฑ์ปกติ	เทียบคะแนนปกติ
1) ความผิดปกติของร่างกาย	0.10 – 1.30	2 – 15
2) การย้ำคิดย้ำทำ	0.61 – 1.81	6 – 18
3) ความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น	0.08 – 1.79	1 – 16
4) ซึมเศร้า	0.42 – 1.43	6 – 18
5) วิตกกังวล	0.14 – 1.91	2 – 19
6) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร	0.14 – 1.39	1 – 8
7) ความกลัวโดยไม่มีเหตุผล	0.18 – 1.21	2 – 8
8) ความรู้สึกหวาดระแวง	0.28 – 1.71	1 – 10
9) พฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต	0.03 – 1.28	1 – 12

ทั้งนี้แบบทดสอบ SCL.90 ได้รับการหาเกณฑ์มาตรฐาน หาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นโดยผู้วิจัยหลายท่าน และมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9287

ตอนที่ 3 แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตหลังภาวะวิกฤต General Health Questionnaire Plus Revision (GHQ 12 Plus - R) : ส่วนที่ 2 PTSD Screening Test

แบบประเมิน General Health Questionnaire Plus Revision (GHQ 12 Plus - R) เป็นแบบสำรวจสภาวะสุขภาพจิตหลังภาวะวิกฤตที่ใช้กับกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้ประสบภัยพิบัติผู้ใหญ่ อายุ 15 ปีขึ้นไป โดยเป็นผู้ประสบภัยพิบัติที่ส่งต่อมาเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือบรรเทาอาการทางจิตใจ หรือเป็นผู้ที่บุคลากรสาธารณสุขดูแลและสงสัยว่าอาจมีปัญหาทางสุขภาพจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้สำรวจอาการและความผิดปกติทางด้านจิตใจกับกลุ่มผู้ประสบภัยพิบัติที่สงสัยว่าอาจมีปัญหาทางสุขภาพจิต[51]

แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 GHQ 12 สอบถามถึงสุขภาพทั่วไป

ส่วนที่ 2 PTSD Screening Test

ส่วนที่ 3 Suicidal Idea Screening Test

ส่วนที่ 4 ผลกระทบที่มีความรุนแรง (Social–Occupational Functioning Impact Screening Test)

ส่วนที่ 5 Alcohol Screening Test/CAGE

แต่ในการวิจัยนี้ต้องการเพียงประเมินความผิดปกติทางจิตหลังภยันตราย จึงขอนำเฉพาะส่วนที่ 2 PTSD Screening Test มาใช้เท่านั้น

PTSD Screening Test มีข้อคำถาม 8 ข้อ สอบถามถึงความคิดความรู้สึก พฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ประสบภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นปัญหาที่นำไปสู่ความผิดปกติทางจิตใจ ที่พบในช่วง 2 – 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา

PTSD Screening Test มีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่

ถ้าตอบ "ไม่ใช่" = 0 คะแนน

ถ้าตอบ "ใช่" = 1 คะแนน

คะแนนรวมสูงสุด 8 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไปแสดงว่าอาจมีภาวะผิดปกติทางจิตใจหลังประสบภาวะวิกฤต

Thai GHQ นั้นเป็นเพียงแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่บอกเพียงว่าบุคคลนั้นน่าจะมีความผิดปกติทางจิตเวชเท่านั้น ซึ่งไม่สามารถบ่งชี้หรือวินิจฉัยได้ว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชชนิดใด[50] และผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตหลังภาวะวิกฤต General Health Questionnaire Plus Revision (GHQ 12 Plus - R) : ส่วนที่ 2 PTSD Screening Test ซึ่งพัฒนามาจากแบบทดสอบข้างต้นมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากไม่สามารถวินิจฉัยโรคความผิดปกติภายหลังภยันตราย (PTSD) ได้ด้วยตนเอง ผลที่ได้จึงเป็นเพียงการประเมินความผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายเท่านั้น

ทั้งนี้ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะผู้ศึกษาได้นำ General Health Questionnaire มาแปลเป็นภาษาไทย และทำการศึกษาเพื่อทดสอบความเชื่อถือได้และความแม่นตรงของเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนเมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ) ทุกฉบับ ทั้งฉบับเต็มคือ Thai GHQ 60 และฉบับอื่น ๆ ที่ตัดตอนมาจากฉบับเต็มคือ Thai GHQ 30, Thai GHQ 28 และ Thai GHQ 12 มีค่าความเชื่อถือได้และความแม่นตรงอยู่ในเกณฑ์ดี ได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistencies) ของข้อคำถาม มีค่า Cronbach's alpha coefficients ตั้งแต่ 0.86 ถึง 0.95 และมีค่าความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7 สมควรนำมาใช้เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในประชากรไทยได้[31]

การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าข้อมูล โดยผู้วิจัยศึกษาจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ เอกสาร เอกสารราชการ หนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ รายงานการประชุม และเอกสารอื่น ๆ ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ

2. ผู้วิจัยยื่นพิจารณาการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. ผู้วิจัยขอหนังสือจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยส่งโครงการวิจัยให้วิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้า เพื่อรับการพิจารณาจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมการแพทย์ทหารบก

5. นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลยื่นต่อโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล แผนกราชการสนาม มวก.5 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

7. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

7.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับผู้เข้าร่วมวิจัย โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนการระบุชื่อและเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ รวมทั้งจะเปิดเผยข้อมูลเฉพาะในรูปแบบของการสรุปผลรวมของการวิจัยเท่านั้น จากนั้นจึงขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบแบบสอบถาม พร้อมชี้แจงให้ทราบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเลือกตอบได้อย่างอิสระโดยไม่มีการบังคับ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานปกติ

7.2 ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด คือ

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ
2) แบบทดสอบวัดสุขภาพจิต จำนวน 90 ข้อ
3) แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตหลังภาวะวิกฤต จำนวน 8 ข้อ

8. ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามและทำแบบทดสอบ

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบของแบบสอบถาม ถ้าพบข้อมูลขาดหายไปผู้วิจัยจะซักถามผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อให้ได้ข้อความและข้อมูลครบสมบูรณ์ทุกข้อ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ทางสถิติ (Data Analysis)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำมาลงรหัสและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง จึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Pack for Social Science) for Window Version 16 โดยวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการบรรยายลักษณะประชากร

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของทหารราชการสนามด้วย Chi-square และใช้ Logistic Regression Analysis เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรทีละคู่ (Univariate Analysis) กำหนดค่าสถิติที่ได้ให้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและมาตรการในการแก้ไข (Obstacle and Strategies to solve the problems)

1. ความไม่เข้าใจในข้อคำถามของผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งสามารถแก้ไขโดยการอธิบายในรายละเอียดของข้อคำถามนั้น ซึ่งเนื่องจากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีจำนวนไม่มากนักทำให้ผู้วิจัยสามารถเข้าไปทำการอธิบายได้ด้วยตนเอง

2. เวลาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถาม เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องรับการรักษาต่อเนื่องกับแผนกอื่น ๆ เช่น การทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การเข้ารับการผ่าตัดเพื่อรักษาเพิ่มเติม หรือกรณีอื่น ๆ ซึ่งสามารถแก้ไขโดยหาช่วงเวลาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสะดวกและมีความพร้อมในการตอบแบบสอบถามเมื่อพักอยู่ในแผนกราชการสนาม

3. ความรู้สึกไม่ไว้ใจหรือไม่สนิทสนมของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีต่อผู้วิจัย จากการที่ผู้วิจัยเป็นบุคคลภายนอกซึ่งไม่ใช่บุคลากรภายในโรงพยาบาล อาจทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องการตอบคำถามบางข้อในแบบทดสอบ หรือไม่เปิดเผยข้อมูลบางประการต่อผู้วิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรภายในแผนกราชการสนามให้เข้าไปแนะนำตัวกับผู้เข้าร่วมวิจัย และทำความรู้จักกับแต่ละคนในระยะหนึ่งก่อนการเก็บข้อมูลซึ่งทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดความคุ้นเคยและสนิทสนม มีความไว้วางใจต่อผู้วิจัยเป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยก็ยังต้องศึกษาข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนบางประการจากพยาบาลผู้ดูแลประจำแผนกราชการสนาม และสืบค้นได้จากเวชระเบียนตามที่ได้รับอนุญาตจากพยาบาลหรือผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในแผนกราชการสนาม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 108 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพจิต
ส่วนที่ 3 ข้อมูลอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย
ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะสุขภาพจิต
ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย
ส่วนที่ 6 ปัจจัยทำนายอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามระดับชั้นยศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และภูมิลำเนา

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
ระดับชั้นยศ		
นายทหารชั้นสัญญาบัตร	5	4.6
นายทหารชั้นประทวน	50	46.3
พลทหาร	21	19.4
ทหารพราน	32	29.6
อายุ (ปี) (Min = 20.00, Max = 54.00) (Mean = 30.72) (Median = 28.00) (S.D. = 8.79)		
น้อยกว่า 30 ปี	60	55.6
ระหว่าง 30 ถึง 39 ปี	32	29.6
มากกว่า 39 ปี	16	14.8

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามระดับชั้นยศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และภูมิลำเนา

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	53	49.1
สมรส	53	49.1
หย่าร้าง	2	1.9
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี จากสถาบันการศึกษาทางทหาร	38	35.2
ต่ำกว่าปริญญาตรี จากสถาบันการศึกษาอื่น ๆ	66	61.1
ปริญญาตรี จากสถาบันการศึกษาทางทหาร	1	0.9
ปริญญาตรี จากสถาบันการศึกษาอื่น ๆ	3	2.8
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	30	27.8
10,001 ถึง 15,000 บาท	43	39.8
มากกว่า 15,000 บาท	35	32.4
ภูมิลำเนา		
ภาคใต้	40	37.0
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	39	36.1
ภาคเหนือ	12	11.1
ภาคกลาง	12	11.1
กรุงเทพมหานคร	5	4.6

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามส่วนใหญ่เป็นนายทหารชั้นประทวน ร้อยละ 46.3 ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 55.6 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 30.72 ปี มีสถานภาพสมรสและสถานภาพโสดจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 49.1 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จากสถาบันการศึกษาอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่สถาบันการศึกษาทางทหาร ร้อยละ 61.1 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน ตั้งแต่ 10,001 ถึง 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 39.8 และส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคใต้ ร้อยละ 37.0

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ มาก่อนเข้ารับการรักษาในแผนกราชการสนาม

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ		
ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ มาก่อนเข้ารับการรักษาในแผนกราชการสนาม	96	88.9
มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ มาก่อนเข้ารับการรักษาในแผนกราชการสนาม	12	11.1
โรคความดันโลหิตสูง	7	6.5
โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	2	1.9
โรคภูมิแพ้	2	1.9
โรคปวดหลังเรื้อรัง	1	0.9

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ มาก่อนเข้ารับการรักษาในแผนกราชการสนาม ร้อยละ 88.9 และกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ มาก่อนเข้ารับการรักษาในแผนกราชการสนามนั้นมีอยู่ร้อยละ 11.1 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6.5

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามการใช้ยาหรือสารชนิดต่าง ๆ

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
การใช้ยาหรือสารชนิดต่าง ๆ		
สุราหรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์		
ยังคงใช้อยู่	67	62.0
เคยใช้แต่เลิกใช้แล้ว	31	28.7
ไม่เคยใช้	10	9.3
เครื่องดื่มกาแฟ		
ยังคงใช้อยู่	64	59.3
เคยใช้แต่เลิกใช้แล้ว	17	15.7
ไม่เคยใช้	27	25.0
บุหรี่		
ยังคงใช้อยู่	51	47.2
เคยใช้แต่เลิกใช้แล้ว	41	38.0
ไม่เคยใช้	16	14.8

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามส่วนใหญ่ยังคงดื่มสุราหรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ร้อยละ 62.2 ยังคงสูบบุหรี่ ร้อยละ 47.2 และยังคงดื่มเครื่องดื่มกาแฟ ร้อยละ 59.3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามตามปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร จำแนกตามอายุราชการหรือระยะเวลาที่เป็นทหารและจำนวนครั้งที่ปฏิบัติราชการสนาม

ปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
อายุราชการ หรือ ระยะเวลาที่เป็นทหาร (ปี)		
(Min = 1.00, Max = 33.00) (Mean = 8.76) (S.D. = 9.17)		
จำนวนครั้งที่ปฏิบัติราชการสนาม		
ครั้งแรก	52	48.1
มากกว่า 1 ครั้ง	41	38.0
ตลอดอายุราชการ	15	13.9

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามมีอายุราชการเฉลี่ย 8.76 ปี และส่วนใหญ่ออกปฏิบัติราชการสนามเป็นครั้งแรก ร้อยละ 48.1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามตามปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร จำแนกตามเหตุผลในการเข้ามาเป็นทหาร

ปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
เหตุผลในการเข้ามาเป็นทหาร		
รักชีวิตทหาร		
ใช่	79	73.1
ไม่ใช่	29	26.9
สำเร็จหลักสูตรของสถาบันการศึกษาทางทหาร		
ใช่	40	37.0
ไม่ใช่	68	63.0
ต้องการยศ/ตำแหน่งและความก้าวหน้าในการทำงาน		
ใช่	19	17.6
ไม่ใช่	89	82.4
ถูกเกณฑ์ทหาร		
ใช่	18	16.7
ไม่ใช่	90	83.3
อื่น ๆ		
ใช่	40	37.0
(ได้แก่ ต้องการเป็นอาสาสมัคร 12 คน, มีสมาชิกหรือคนในครอบครัวเป็นทหาร 9 คน, สมัครเข้ามาตอนเกณฑ์ทหาร 7 คน, ครอบครัวต้องการให้เป็นทหาร 5 คน, ต้องการตอบแทนบุญคุณแผ่นดิน 2 คน, สอบบรรจุเข้ามา 2 คน, ต้องการเงินเดือนเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว 1 คน, ต้องการทำตามความใฝ่ฝัน 1 คน และชอบความเสี่ยง 1 คน)		
ไม่ใช่	68	63.0

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามส่วนใหญ่เข้ามาเป็นทหารเพราะรักชีวิตทหาร ร้อยละ 73.1 และเหตุผลอื่น ๆ ร้อยละ 37.0 ได้แก่ ต้องการเป็นอาสาสมัคร 12 คน มีสมาชิกหรือคนในครอบครัวเป็นทหาร 9 คน สมัครเข้ามาตอนเกณฑ์ทหาร 7 คน ครอบครัวต้องการให้เป็นทหาร 5 คน ต้องการตอบแทนบุญคุณแผ่นดิน 2 คน, สอบบรรจุเข้ามา 2 คน ต้องการเงินเดือนเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว 1 คน ต้องการทำตามความใฝ่ฝัน 1 คน และชอบความเสี่ยง 1 คน

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามตามปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร จำแนกตามตำแหน่ง ลักษณะการปฏิบัติงาน หรือหน้าที่ในการปฏิบัติราชการสนาม

ปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
ตำแหน่ง ลักษณะการปฏิบัติงาน หรือหน้าที่ในการปฏิบัติราชการสนาม		
ลาดตระเวนเส้นทาง รายงานสถานการณ์ รักษาการณ์		
ใช่	88	81.5
ไม่ใช่	20	18.5
รักษาความปลอดภัยสถานที่, บุคคลสำคัญ, ผู้บังคับบัญชา, เจ้าหน้าที่, ครู, พระสงฆ์ และอื่น ๆ		
ใช่	57	52.8
ไม่ใช่	51	47.2
ควบคุมกำลังพล		
ใช่	20	18.5
ไม่ใช่	88	81.5
วางแผนยุทธศาสตร์หรือการปฏิบัติงาน		
ใช่	14	13.0
ไม่ใช่	94	87.0
ธุรการหรือการประสานงาน		
ใช่	11	10.2
ไม่ใช่	97	89.8
ปฏิบัติการจิตวิทยา จัดกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ และงานมวลชนกับกลุ่มคนในพื้นที่		
ใช่	10	9.3
ไม่ใช่	98	90.7
งานช่างต่าง ๆ		
ใช่	6	5.6
ไม่ใช่	102	94.4
บังคับสุนัขสะกดรอย		
ใช่	5	4.6
ไม่ใช่	103	95.4
พลขับ		
ใช่	4	3.7
ไม่ใช่	104	96.3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามตามปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร จำแนกตามตำแหน่ง ลักษณะการปฏิบัติงาน หรือหน้าที่ในการปฏิบัติราชการสนาม

ปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
สืบหาข่าวและข้อมูลต่าง ๆ		
ใช่	3	2.8
ไม่ใช่	105	97.2
อื่น ๆ		
ใช่	5	4.6
(ได้แก่ ตรวจทุ่นระเบิด 2 คน, การพยาบาล 2 คน, และเสมียน 1 คน)		
ไม่ใช่	103	95.4

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามส่วนใหญ่มีหน้าที่ลาดตระเวนเส้นทาง รายงานสถานการณ์ และรักษาการณ์ ร้อยละ 81.5 และมีลักษณะการปฏิบัติงานหรือหน้าที่ในการปฏิบัติราชการสนามอื่น ๆ ร้อยละ 4.6 ได้แก่ ตรวจทุ่นระเบิด 2 คน การพยาบาล 2 คน และเสมียน 1 คน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามตามปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร จำแนกตามเหตุผลในการออกปฏิบัติราชการสนาม

ปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
เหตุผลในการออกปฏิบัติราชการสนาม		
ได้รับมอบหมายตามตำแหน่งหน้าที่		
ใช่	105	97.2
ไม่ใช่	3	2.8
ทำตามอุดมการณ์และด้วยความศรัทธา		
ใช่	53	49.1
ไม่ใช่	55	50.9
อยากมีประสบการณ์		
ใช่	34	31.5
ไม่ใช่	74	68.5
ต้องการค่าตอบแทน		
ใช่	22	20.4
ไม่ใช่	86	79.6
อื่น ๆ		
ใช่	13	12.0
(ได้แก่ อาศัยอยู่ในพื้นที่สนามอยู่แล้ว 5 คน, สมัครตามเพื่อนที่เป็นอาสาสมัคร 5 คน , รู้สึกมีศักดิ์ศรีและได้รับเกียรติ 2 คน และถือว่าเป็นการได้รับใช้ชาติ 1 คน)		
ไม่ใช่	95	88.0

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามส่วนใหญ่มีออกปฏิบัติราชการสนามเพราะได้รับมอบหมายตามตำแหน่งหน้าที่ ร้อยละ 97.2 และเหตุผลอื่น ๆ ร้อยละ 12.0 ได้แก่ อาศัยอยู่ในพื้นที่สนามอยู่แล้ว 5 คน สมัครตามเพื่อนที่เป็นอาสาสมัคร 5 คน รู้สึกมีศักดิ์ศรีและได้รับเกียรติ 2 คน และถือว่าเป็นการได้รับใช้ชาติ 1 คน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามตามปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร จำแนกตามสถานการณ์หรือภารกิจราชการสนามที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในครั้งนี้

ปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
สถานการณ์หรือภารกิจราชการสนามที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในครั้งนี้		
สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้	94	87.0
สถานการณ์ความขัดแย้งบริเวณชายแดนเขาพระวิหาร	6	5.6
สถานการณ์การรักษาความสงบบริเวณชายแดนอื่น ๆ	8	7.4

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บจากภารกิจสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ร้อยละ 87.0

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามตามปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม จำแนกตามประวัติการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนามในอดีต

ปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
ประวัติการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนามในอดีต (ครั้ง)		
(Min = 1.00, Max = 5.00) (Mean = 1.19) (S.D. = 0.62)		
ได้รับบาดเจ็บเป็นครั้งแรก	95	88.0
ได้รับบาดเจ็บมากกว่า 1 ครั้ง	13	12.0

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บจากการออกปฏิบัติราชการสนามเป็นครั้งแรก ร้อยละ 88.0 โดยจำนวนครั้งในการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนามเฉลี่ย 1.19 ครั้ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามตามปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม จำแนกตามสาเหตุที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในขณะปฏิบัติภารกิจราชการสนาม

ปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
สาเหตุที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในขณะปฏิบัติภารกิจราชการสนาม		
ถูกลอบวางระเบิด		
ใช่	59	54.6
ไม่ใช่	49	45.4
ถูกสะเก็ดระเบิด		
ใช่	43	39.8
ไม่ใช่	65	60.2
ถูกลอบยิง		
ใช่	14	13.0
ไม่ใช่	94	87.0
ถูกยิง		
ใช่	11	10.2
ไม่ใช่	97	89.8
อุบัติเหตุขณะปฏิบัติภารกิจ		
ใช่	11	10.2
ไม่ใช่	97	89.8
เหยียบกับระเบิด		
ใช่	8	7.4
ไม่ใช่	100	92.6
อื่น ๆ		
ใช่	6	4.6
(ได้แก่ ปืนลั่น 5 คน และกู้ระเบิด 1 คน)		
ไม่ใช่	102	94.4

จากตารางที่ 10 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บในขณะปฏิบัติภารกิจราชการสนามจากการถูกลอบวางระเบิด ร้อยละ 54.6 และสาเหตุอื่น ๆ ร้อยละ 4.6 ได้แก่ ปืนลั่น 5 คน และกู้ระเบิด 1 คน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามตามปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม จำแนกตามลักษณะความบาดเจ็บจากการปฏิบัติภารกิจราชการสนาม

ปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
ลักษณะความบาดเจ็บจากการปฏิบัติภารกิจราชการสนาม		
บาดแผลบริเวณต่าง ๆ		
ใช่	79	73.1
ไม่ใช่	29	26.9
ขาหัก		
ใช่	26	24.1
ไม่ใช่	82	75.9
แขนหัก		
ใช่	16	14.8
ไม่ใช่	92	85.2
ขาขาด		
ใช่	14	13.0
ไม่ใช่	94	87.0
อื่น ๆ		
ใช่	69	63.9
(ได้แก่ อวัยวะบางส่วนกระดูกร้าว 15 คน, เส้นประสาทได้รับความเสียหาย 9 คน, กระดูกสันหลังหัก 5 คน, หูอื้อหรือประสาทหูเสื่อม 5 คน, ผิวหนังถูกไฟไหม้ 4 คน, ตาบอด 4 คน, เลือดคั่งในสมอง 4 คน, เลือดคั่งในปอด 4 คน, ปวดหลัง 3 คน, เอ็นหัวเข่าขาด 3 คน, นิ้วมือติดเชื้อ 2 คน, ซี่โครงหัก 2 คน, ศีรษะถูกกระแทกได้รับความกระทบกระเทือน 2 คน, ลำไส้ได้รับบาดเจ็บ 2 คน, ตับได้รับบาดเจ็บ 1 คน, ไตได้รับบาดเจ็บ 1 คน, เลือดออกในลูกตา 1 คน, อัณฑะขาด 1 คน และมีอาการป่วย 1 คน)		
ไม่ใช่	39	36.1

จากตารางที่ 11 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามส่วนใหญ่มีลักษณะความบาดเจ็บจากการปฏิบัติภารกิจราชการสนามโดยเกิดบาดแผลบริเวณต่าง ๆ ร้อยละ 73.1 และลักษณะความบาดเจ็บอื่น ๆ ร้อยละ 63.9 ได้แก่ อวัยวะบางส่วนกระดูกร้าว 15 คน เส้นประสาทได้รับความเสียหาย 9 คน กระดูกสันหลังหัก 5 คน หูอื้อหรือประสาทหูเสื่อม 5 คน ผิวหนังถูกไฟไหม้ 4 คน ตาบอด 4 คน เลือดคั่งในสมอง 4 คน เลือดคั่งในปอด 4 คน ปวดหลัง 3 คน เอ็นหัวเข่าขาด 3 คน นิ้วมือติดเชื้อ 2 คน ซี่โครงหัก 2 คน ศีรษะถูกกระแทกได้รับความกระทบกระเทือน 2 คน ลำไส้ได้รับบาดเจ็บ 2 คน ตับได้รับบาดเจ็บ 1 คน ไตได้รับบาดเจ็บ 1 คน เลือดออกในลูกตา 1 คน อัณฑะขาด 1 คน และมีอาการป่วย 1 คน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามตามปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม จำแนกตามระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (เดือน)		
(Min = 1.00, Max = 12.00) (Mean = 3.28) (S.D. = 3.23)		
น้อยกว่า 3 เดือน	64	59.3
3 ถึง 6 เดือน	25	23.1
มากกว่า 6 เดือน	19	17.6

จากตารางที่ 12 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลาน้อยกว่า 3 เดือน ร้อยละ 59.3 โดยคิดเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 3.28 เดือน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามตามปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม จำแนกตามผู้ดูแลในขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม	จำนวน (n=108 คน)	ร้อยละ
ผู้ดูแลในขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
คู่สมรส	35	32.4
ญาติ	16	14.8
บิดาหรือมารดา	14	13.0
แฟน	6	5.6
ผู้ใต้บังคับบัญชาหรือเพื่อนร่วมหน่วยงาน	5	4.6
เพื่อน	3	2.8
ไม่มีผู้ดูแล	29	26.9

จากตารางที่ 13 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามส่วนใหญ่มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลในขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 32.4 และยังพบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 26.9

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพจิต

2.1 ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนาม

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามจำแนกตามภาวะสุขภาพจิต

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน (n=108)	ร้อยละ
สุขภาพจิตปกติ	29	26.9
มีปัญหาสุขภาพจิต	79	73.1

จากตารางที่ 14 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 73.1 และมีผู้ป่วยทหารราชการสนามที่ภาวะสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 26.9

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.2 ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามทั้ง 9 ด้าน

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามจำแนกตามปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละด้าน

ปัญหาสุขภาพจิต*	จำนวน (n=79)	ร้อยละ
มีการย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive – Compulsive) (Min = 0.00, Max = 30.00) (Mean = 7.88) (S.D. = 6.02)	54	50.0
มีความรู้สึกหวาดระแวง (Paranoid Ideation) (Min = 0.00, Max = 16.00) (Mean = 2.45) (S.D. = 2.94)	49	45.4
มีความกลัวโดยไม่มีเหตุผล (Phobic Anxiety) (Min = 0.00, Max = 21.00) (Mean = 2.61) (S.D. = 3.30)	47	43.5
มีซึมเศร้า (Depression) (Min = 0.00, Max = 38.00) (Mean = 9.25) (S.D. = 7.35)	43	39.8
มีพฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต (Psychoticism) (Min = 0.00, Max = 18.00) (Mean = 3.17) (S.D. = 3.86)	33	30.6
มีความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility) (Min = 0.00, Max = 12.00) (Mean = 2.14) (S.D. = 2.11)	26	24.1
มีความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น (Interpersonal Sensitivity) (Min = 0.00, Max = 23.00) (Mean = 4.19) (S.D. = 4.30)	24	22.2
มีวิตกกังวล (Anxiety) (Min = 0.00, Max = 23.00) (Mean = 5.33) (S.D. = 4.68)	21	19.4
มีความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย (Somatization) (Min = 0.00, Max = 36.00) (Mean = 9.41) (S.D. = 5.88)	19	17.6

*ผู้ป่วยทหารราชการสนามอาจมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า 1 ด้าน

จากตารางที่ 15 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการย้ำคิดย้ำทำ ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือความรู้สึกหวาดระแวง ร้อยละ 45.4 มีความกลัวโดยไม่มีเหตุผล ร้อยละ 43.5 มีซึมเศร้า ร้อยละ 39.8 มีพฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต ร้อยละ 30.6 มีความรู้สึกไม่เป็นมิตร ร้อยละ 24.1 มีความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น ร้อยละ 22.2 มีวิตกกังวล ร้อยละ 19.4 และน้อยที่สุดคือมีความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย ร้อยละ 17.6

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีปัญหาสุขภาพจิต ตั้งแต่ 1 ด้าน ถึง 9 ด้าน

ปัญหาสุขภาพจิต	จำนวน (n=108)	ร้อยละ
มีปัญหาสุขภาพจิต 1 ด้าน	17	15.7
มีปัญหาสุขภาพจิต 2 ด้าน	12	11.1
มีปัญหาสุขภาพจิต 3 ด้าน	10	9.3
มีปัญหาสุขภาพจิต 4 ด้าน	9	8.3
มีปัญหาสุขภาพจิต 5 ด้าน	6	5.6
มีปัญหาสุขภาพจิต 6 ด้าน	7	6.5
มีปัญหาสุขภาพจิต 7 ด้าน	9	8.3
มีปัญหาสุขภาพจิต 8 ด้าน	7	6.5
มีปัญหาสุขภาพจิต 9 ด้าน	2	1.9

จากตารางที่ 16 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต 1 ด้าน ร้อยละ 15.7 รองลงมาคือมีปัญหาสุขภาพจิต 2 ด้าน ร้อยละ 11.1 มีปัญหาสุขภาพจิต 3 ด้าน ร้อยละ 9.3 มีปัญหาสุขภาพจิต 4 และ 7 ด้าน ร้อยละ 8.3 มีปัญหาสุขภาพจิต 6 และ 8 ด้าน ร้อยละ 6.5 มีปัญหาสุขภาพจิต 5 ด้าน ร้อยละ 5.6 และมีปัญหาสุขภาพจิต 9 ด้านเป็นจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 1.9

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ส่วนที่ 3 ข้อมูลอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย

ตารางที่ 17 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามจำแนกตามอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย

อาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย	จำนวน (n=108)	ร้อยละ
ไม่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย	84	77.8
มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย	24	22.2
(Min = 0.00, Max = 8.00) (Mean = 1.81) (S.D. = 1.90)		

จากตารางที่ 17 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย ร้อยละ 77.8 และมีอาหารผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย ร้อยละ 22.2

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 18 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามระดับชั้นยศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และภูมิลำเนา

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=24 คน)	ร้อยละ
ระดับชั้นยศ		
นายทหารชั้นสัญญาบัตร	1	4.2
นายทหารชั้นประทวน	13	54.2
พลทหาร	1	4.2
ทหารพราน	9	37.5
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30 ปี	8	33.3
ระหว่าง 30 ถึง 39 ปี	9	37.5
มากกว่า 39 ปี	7	29.2
สถานภาพสมรส		
สมรส	17	70.8
โสด	6	25.0
หย่าร้าง	1	4.2
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี จากสถาบันการศึกษาอื่น ๆ	13	54.2
ต่ำกว่าปริญญาตรี จากสถาบันการศึกษาทางทหาร	11	45.8
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	4	16.7
10,001 ถึง 15,000 บาท	11	45.8
มากกว่า 15,000 บาท	9	37.5
ภูมิลำเนา		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	10	41.7
ภาคใต้	6	25.0
ภาคกลาง	4	16.7
ภาคเหนือ	3	12.5
กรุงเทพมหานคร	1	4.2

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 18 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย ส่วนใหญ่เป็นนายทหารชั้นประทวน ร้อยละ 54.2 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 ถึง 39 ปีร้อยละ 37.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 70.8 ส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี โดยจบการศึกษาจากสถาบันการศึกษาอื่น ๆ ร้อยละ 54.2 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 10,001 ถึง 15,000 บาทร้อยละ 45.8 และส่วนใหญ่มีอยู่ในภูมิลำเนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 41.7

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 19 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายตามปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ และการใช้ยาหรือสารชนิดต่าง ๆ

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=24 คน)	ร้อยละ
การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพอื่นๆ		
ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ มาก่อนเข้ารับการรักษาในแผนกราชการสนาม	19	79.2
มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ มาก่อนเข้ารับการรักษาในแผนกราชการสนาม	5	20.8
การใช้ยาหรือสารชนิดต่าง ๆ		
เครื่องดื่มกาแฟ		
ใช้	12	50.0
ไม่ใช้	12	50.0
สุราหรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์		
ใช้	17	70.8
ไม่ใช้	7	29.2
บุหรี่		
ใช้	9	37.5
ไม่ใช้	15	62.5

จากตารางที่ 19 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ มาก่อนเข้ารับการรักษาในแผนกราชการสนาม ร้อยละ 79.2 ส่วนใหญ่ยังคงดื่มสุราหรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ร้อยละ 70.8 มีทั้งผู้ที่ยังคงดื่มกาแฟและไม่ดื่มจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.0 และยังคงสูบบุหรี่ ร้อยละ 37.5

ตารางที่ 20 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายตามปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร จำแนกตามอายุราชการหรือระยะเวลาที่เป็นทหารและจำนวนครั้งที่ปฏิบัติราชการสนาม

ปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร	จำนวน (n=24 คน)	ร้อยละ
อายุราชการ หรือ ระยะเวลาที่เป็นทหาร (ปี)		
(Min = 2.00, Max = 33.00) (Mean = 13.92) (S.D. = 1.16)		
จำนวนครั้งที่ปฏิบัติราชการสนาม		
ครั้งแรก	8	33.3
มากกว่า 1 ครั้ง	11	45.8
ตลอดอายุราชการ	5	20.8

จากตารางที่ 20 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายมีอายุราชการหรือระยะเวลาที่เป็นทหาร 13.92 ปี โดยส่วนใหญ่ออกปฏิบัติภารกิจราชการสนามแล้วมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 45.8

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 21 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายตามปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร จำแนกตามเหตุผลในการเข้ามาเป็นทหาร

ปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร	จำนวน (n=24 คน)	ร้อยละ
เหตุผลในการเข้ามาเป็นทหาร		
รักชีวิตทหาร		
ใช่	18	75.0
ไม่ใช่	6	25.0
สำเร็จหลักสูตรของสถาบันการศึกษาทางทหาร		
ใช่	11	45.8
ไม่ใช่	13	54.2
ต้องการยศ/ตำแหน่งและความก้าวหน้าในการทำงาน		
ใช่	7	29.2
ไม่ใช่	17	70.8
ถูกเกณฑ์ทหาร		
ใช่	2	8.3
ไม่ใช่	22	91.7
อื่นๆ ใช่	12	50.0
(ได้แก่ มีสมาชิกหรือคนในครอบครัวเป็นทหาร 5 คน, ต้องการเป็นอาสาสมัคร 3 คน , สมัครเข้ามาตอนเกณฑ์ทหาร 1 คน, ครอบครัวต้องการให้เป็นทหาร 1 คน, ต้องการตอบแทนบุญคุณแผ่นดิน 1 คน,ต้องการเงินเดือนเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว 1คน)		
ไม่ใช่	12	50.0

จากตารางที่ 21 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายส่วนใหญ่เข้ามาเป็นทหารโดยมีเหตุผลว่ารักชีวิตทหารมากที่สุด ร้อยละ 75.0 และมีเหตุผลอื่นๆ ร้อยละ 50.0 ได้แก่ มีสมาชิกหรือคนในครอบครัวเป็นทหาร 5 คน ต้องการเป็นอาสาสมัคร 3 คน สมัครเข้ามาตอนเกณฑ์ทหาร 1 คน ครอบครัวต้องการให้เป็นทหาร 1 คน ต้องการตอบแทนบุญคุณแผ่นดิน 1 คน และต้องการเงินเดือนเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว 1 คน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 22 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายตามปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร จำแนกตามตำแหน่งลักษณะการปฏิบัติงาน หรือหน้าที่ในการปฏิบัติราชการสนาม

ปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร	จำนวน (n=24 คน)	ร้อยละ
ตำแหน่ง ลักษณะการปฏิบัติงาน หรือหน้าที่ในการปฏิบัติราชการสนาม		
ลาดตระเวนเส้นทาง รายงานสถานการณ์ รักษาการณ์		
ใช่	19	79.2
ไม่ใช่	5	20.8
รักษาความปลอดภัยสถานที่, บุคคลสำคัญ, ผู้บังคับบัญชา, เจ้าหน้าที่, ครู, พระสงฆ์ และอื่น ๆ		
ใช่	10	41.7
ไม่ใช่	14	58.3
ควบคุมกำลังพล		
ใช่	4	16.7
ไม่ใช่	20	83.3
วางแผนยุทธศาสตร์หรือการปฏิบัติงาน		
ใช่	3	12.5
ไม่ใช่	21	87.5
ธุรการหรือการประสานงาน		
ใช่	2	8.3
ไม่ใช่	22	91.7
พลขับ		
ใช่	2	8.3
ไม่ใช่	22	91.7
งานช่างต่าง ๆ		
ใช่	1	4.2
ไม่ใช่	23	95.8
สืบหาข่าวและข้อมูลต่าง ๆ		
ใช่	1	4.2
ไม่ใช่	23	95.8

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 22 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายตามปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร จำแนกตามตำแหน่งลักษณะการปฏิบัติงาน หรือหน้าที่ในการปฏิบัติราชการสนาม

ปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร	จำนวน (n=24 คน)	ร้อยละ
อื่น ๆ		
ใช่ (ได้แก่ การพยาบาล 1 คน)	1	4.2
ไม่ใช่	23	95.8

จากตารางที่ 22 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายส่วนใหญ่มีหน้าที่ลาดตระเวนเส้นทาง รายงานสถานการณ์ รักษาการณ์ ร้อยละ 79.2 และมีลักษณะการปฏิบัติงานหรือหน้าที่ในการปฏิบัติราชการสนามอื่น ๆ ร้อยละ 4.2 คือ การพยาบาล 1 คน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 23 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายตามปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร จำแนกตามเหตุผลในการออกปฏิบัติราชการสนาม

ปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร	จำนวน (n=24 คน)	ร้อยละ
เหตุผลในการออกปฏิบัติราชการสนาม		
ได้รับมอบหมายตามตำแหน่งหน้าที่		
ใช่	23	95.8
ไม่ใช่	1	4.2
ทำตามอุดมการณ์และด้วยความศรัทธา		
ใช่	15	62.5
ไม่ใช่	9	37.5
อยากมีประสบการณ์		
ใช่	8	33.3
ไม่ใช่	16	66.7
ต้องการค่าตอบแทน		
ใช่	6	25.0
ไม่ใช่	18	75.0
อื่น ๆ		
ใช่	2	8.3
(ได้แก่ สมัครตามเพื่อนที่เป็นอาสาสมัคร 1 คน และรู้สึกมีศักดิ์ศรีและได้รับเกียรติ 1 คน)		
ไม่ใช่	22	91.7

จากตารางที่ 23 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายส่วนใหญ่ออกปฏิบัติราชการสนามเพราะได้รับมอบหมายตามตำแหน่งหน้าที่ ร้อยละ 95.8 และเหตุผลอื่น ๆ ร้อยละ 8.3 ได้แก่ สมัครตามเพื่อนที่เป็นอาสาสมัคร 1 คน และรู้สึกมีศักดิ์ศรีและได้รับเกียรติ 1 คน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 24 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายตามปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม จำแนกตามสถานการณ์หรือภารกิจราชการสนามที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในครั้งนี้

ปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ทางทหาร	จำนวน (n=24 คน)	ร้อยละ
สถานการณ์หรือภารกิจราชการสนามที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในครั้งนี้		
สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้	22	91.7
สถานการณ์ความขัดแย้งบริเวณชายแดนเขาพระวิหาร	1	4.2
สถานการณ์การรักษาความสงบบริเวณชายแดนอื่น ๆ	1	4.2

จากตารางที่ 24 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บจากภารกิจสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ร้อยละ 91.7

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 25 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายตามปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม จำแนกตามประวัติการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนามในอดีต

ปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม	จำนวน (n=24 คน)	ร้อยละ
ประวัติการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนามในอดีต (ครั้ง) (Min = 1.00, Max = 3.00) (Mean = 1.25)		
ครั้งแรก	20	83.3
มากกว่า 1 ครั้ง	4	16.7

จากตารางที่ 25 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บจากการออกปฏิบัติราชการสนามเป็นครั้งแรก ร้อยละ 83.3 โดยจำนวนครั้งในการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนามเฉลี่ย 1.25 ครั้ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 26 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายตามปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม จำแนกตามสาเหตุที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในขณะปฏิบัติภารกิจราชการสนาม

ปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม	จำนวน (n=24 คน)	ร้อยละ
สาเหตุที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในขณะปฏิบัติภารกิจราชการสนาม		
ถูกลอบวางระเบิด		
ใช่	15	62.5
ไม่ใช่	9	37.5
ถูกสะเก็ดระเบิด		
ใช่	11	45.8
ไม่ใช่	13	54.2
ถูกลอบยิง		
ใช่	5	20.8
ไม่ใช่	19	79.2
เหยียบกับระเบิด		
ใช่	2	8.3
ไม่ใช่	22	91.7
อุบัติเหตุขณะปฏิบัติภารกิจ		
ใช่	1	4.2
ไม่ใช่	23	95.8

จากตารางที่ 26 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บในขณะปฏิบัติภารกิจราชการสนามจากการถูกลอบวางระเบิด ร้อยละ 62.5

ตารางที่ 27 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายตามปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม จำแนกตามลักษณะความบาดเจ็บจากการปฏิบัติภารกิจราชการสนาม

ปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม	จำนวน (n=24 คน)	ร้อยละ
ลักษณะความบาดเจ็บจากการปฏิบัติภารกิจราชการสนาม		
บาดแผลบริเวณต่าง ๆ		
ใช่	17	70.8
ไม่ใช่	7	29.2
ขาหัก		
ใช่	7	29.2
ไม่ใช่	17	70.8
แขนหัก		
ใช่	5	20.8
ไม่ใช่	19	79.2
ขาขาด		
ใช่	3	12.5
ไม่ใช่	21	87.5
อื่น ๆ		
ใช่	14	58.3
(ได้แก่ กระดูกสันหลังหัก 4 คน, เส้นประสาทได้รับความเสียหาย 2 คน, อวัยวะบางส่วนกระดูกร้าว 2 คน, ปวดหลัง 1 คน, ตาบอด 1 คน, นิ้วมือติดเชื้อ 1 คน, ไตได้รับบาดเจ็บ 1 คน, อื้อหรือประสาทหูเสื่อม 1 คน และเลือดคั่งในสมอง 1 คน)		
ไม่ใช่	10	41.7

จากตารางที่ 27 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายส่วนใหญ่มีลักษณะความบาดเจ็บจากการปฏิบัติภารกิจราชการสนามโดยเกิดบาดแผลบริเวณต่าง ๆ ร้อยละ 70.8 และลักษณะความบาดเจ็บอื่น ๆ ร้อยละ 58.3 ได้แก่ กระดูกสันหลังหัก 4 คน เส้นประสาทได้รับความเสียหาย 2 คน อวัยวะบางส่วนกระดูกร้าว 2 คน ปวดหลัง 1 คน ตาบอด 1 คน นิ้วมือติดเชื้อ 1 คน ไตได้รับบาดเจ็บ 1 คน อื้อหรือประสาทหูเสื่อม 1 คน และเลือดคั่งในสมอง 1 คน

ตารางที่ 28 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายตามปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม จำแนกตามระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม	จำนวน (n=24 คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (เดือน)		
(Min = 1.00, Max = 12.00) (Mean = 4.38) (S.D. = 4.02)		
น้อยกว่า 3 เดือน	12	50.0
3 ถึง 6 เดือน	4	16.7
มากกว่า 6 เดือน	8	33.3

จากตารางที่ 28 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลาน้อยกว่า 3 เดือน ร้อยละ 50.0 โดยคิดเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 4.38 เดือน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 29 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายตามปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม จำแนกผู้ดูแลในขณะข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัจจัยการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม	จำนวน (n=24 คน)	ร้อยละ
ผู้ดูแลในขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
คู่สมรส	11	45.8
ญาติ	3	12.5
ผู้ใต้บังคับบัญชาหรือเพื่อนร่วมหน่วยงาน	3	12.5
บิดาหรือมารดา	1	4.2
ไม่มีผู้ดูแล	6	25.0

จากตารางที่ 29 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายส่วนใหญ่มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลในขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 45.8 และยังพบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 25.0

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 30 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายตามภาวะสุขภาพจิต

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน (n=24)	ร้อยละ
สุขภาพจิตปกติ	3	12.5
มีปัญหาสุขภาพจิต	21	87.5

จากตารางที่ 30 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 87.5

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 31 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายจำแนกตามปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละด้าน

ปัญหาสุขภาพจิต*	จำนวน (n=24)	ร้อยละ
มีการย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive – Compulsive)	12	50.0
มีความกลัวโดยไม่มีเหตุผล (Phobic Anxiety)	11	45.8
มีความรู้สึกหวาดระแวง (Paranoid Ideation)	9	37.5
มีซึมเศร้า (Depression)	8	33.3
มีความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)	8	33.3
มีความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย (Somatization)	8	33.3
มีพฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต (Psychoticism)	7	29.2
มีความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น (Interpersonal Sensitivity)	6	25.0
มีวิตกกังวล (Anxiety)	4	16.7

*ผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย
อาจมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า 1 ด้าน

จากตารางที่ 31 พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการย้ำคิดย้ำทำ ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือความกลัวโดยไม่มีเหตุผล ร้อยละ 45.8 มีความรู้สึกหวาดระแวง ร้อยละ 37.5 มีซึมเศร้า ความรู้สึกไม่เป็นมิตร และความรู้สึกผิดปกติของร่างกายจำนวนเท่ากน คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีพฤติกรรมบ่งชี้อาการวิกลจริต ร้อยละ 29.2 มีความรู้สึกบกพร่องในการติดต่อกับผู้อื่น ร้อยละ 25.0 และน้อยที่สุดคือมีวิตกกังวล ร้อยละ 16.7

Chulalongkorn University

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะสุขภาพจิต

ตารางที่ 32 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนาม โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยต่าง ๆ (n=108คน)	ภาวะสุขภาพจิตปกติ (n=29คน)		มีปัญหาสุขภาพจิต (n=79คน)		χ^2	*p* value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับชั้นยศ					4.101	0.251
นายทหารชั้นสัญญาบัตร	2	40.0	3	60.0		
นายทหารชั้นประทวน	9	18.0	41	82.0		
พลทหาร	8	38.1	13	61.9		
ทหารพราน	10	31.2	22	68.8		
อายุ					1.805	0.405
น้อยกว่า 30 ปี	19	31.7	41	68.3		
30 ถึง 39 ปี	6	18.8	26	81.2		
มากกว่า 39 ปี	4	25.0	12	75.0		
สถานภาพสมรส					0.010	0.920
โสด	15	27.3	40	72.7		
คู่	14	26.4	39	73.6		
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี					1.333	0.292
ใช่	27	26.0	77	74.0		
ไม่ใช่	2	50.0	2	50.0		
ปริญญาตรี					1.333	0.292
ใช่	2	50.0	2	50.0		
ไม่ใช่	27	26.0	77	74.0		
ต่ำกว่าปริญญาตรีจากสถาบันการศึกษาทางทหาร					0.300	0.584
ใช่	9	23.7	29	76.3		
ไม่ใช่	20	28.6	50	71.4		
ปริญญาตรีจากสถาบันการศึกษาทางทหาร					2.750	0.269
ใช่	1	100.0	0	0.0		
ไม่ใช่	28	26.2	79	73.8		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 32(ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนาม โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยต่าง ๆ (n=108คน)	ภาวะสุขภาพจิตปกติ (n=29คน)		มีปัญหาสุขภาพจิต (n=79คน)		χ^2	*p* value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้ต่อเดือน					1.737	0.420
น้อยกว่า 10,000 บาท	6	20.0	24	80.0		
10,001 ถึง 15,000 บาท	11	25.6	32	74.4		
มากกว่า 15,000 บาท	12	34.3	23	65.7		
ภูมิลำเนา					4.256	0.372
ภาคใต้	14	35.0	26	65.0		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	7	17.9	32	82.1		
ภาคกลาง	4	33.3	8	66.7		
ภาคเหนือ	2	16.7	10	83.3		
กรุงเทพมหานคร	2	40.0	3	60.0		
การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ก่อนเข้ารับการรักษาในแผนกราชการสนาม					0.289	0.730
ไม่มีโรคประจำตัว	25	26.0	71	74.0		
มีโรคประจำตัว	4	33.3	8	66.7		
การใช้ยาหรือสารชนิดต่าง ๆ						
เครื่องดื่มกาแฟ					1.547	0.214
ใช้	20	31.2	44	68.8		
ไม่ใช้	9	20.5	35	79.5		
สุราหรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์					1.790	0.181
ใช้	15	22.4	52	77.6		
ไม่ใช้	14	34.1	27	65.9		
บุหรี่					0.018	0.894
ใช้	14	27.5	37	72.5		
ไม่ใช้	15	26.3	42	73.7		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 32(ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนาม โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยต่าง ๆ (n=108คน)	ภาวะสุขภาพจิตปกติ (n=29คน)		มีปัญหาสุขภาพจิต (n=79คน)		χ^2	*p* value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนครั้งที่ปฏิบัติราชการสนาม					0.000	1.000
ครั้งแรก	14	26.9	38	73.1		
มากกว่า 1 ครั้ง	11	26.8	30	73.2		
ตลอดอายุราชการ	4	26.7	11	73.3		
เหตุผลในการเข้ามาเป็นทหาร						
รักชีวิตทหาร					0.353	0.552
ใช่	20	25.3	59	74.7		
ไม่ใช่	9	31.0	20	69.0		
สำเร็จหลักสูตรของสถาบันการศึกษาทางทหาร					0.014	0.907
ใช่	11	27.5	29	72.5		
ไม่ใช่	18	26.5	50	73.5		
ต้องการยศ/ตำแหน่งและความก้าวหน้าในการทำงาน					1.172	0.297
ใช่	7	36.8	12	63.2		
ไม่ใช่	22	24.7	67	75.3		
ถูกเกณฑ์ทหาร					1.593	0.247
ใช่	7	38.9	11	61.1		
ไม่ใช่	22	24.4	68	75.6		
ตำแหน่ง ลักษณะการปฏิบัติงาน หรือหน้าที่ในการปฏิบัติราชการสนาม						
ลาดตระเวนเส้นทาง รายงานสถานการณ์ รักษาการณ์					0.043	0.836
ใช่	24	27.3	64	72.7		
ไม่ใช่	5	25.0	15	75.0		
รักษาความปลอดภัยสถานที่, บุคคลสำคัญ, ผู้บังคับบัญชา, เจ้าหน้าที่, ครู, พระสงฆ์ และอื่น ๆ					0.322	0.570
ใช่	14	24.6	43	75.4		
ไม่ใช่	15	29.4	36	70.6		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 32(ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนาม โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยต่าง ๆ (n=108คน)	ภาวะสุขภาพจิตปกติ (n=29คน)		มีปัญหาสุขภาพจิต (n=79คน)		χ^2	*p* value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ควบคุมกำลังพล					0.043	0.836
ใช่	5	25.0	15	75.0		
ไม่ใช่	24	27.3	64	72.7		
วางแผนยุทธศาสตร์หรือการปฏิบัติงาน					0.241	0.755
ใช่	3	21.4	11	78.6		
ไม่ใช่	26	27.7	68	72.3		
ธุรการหรือการประสานงาน					0.564	0.481
ใช่	4	36.4	7	63.6		
ไม่ใช่	25	25.8	72	74.2		
ปฏิบัติการจิตวิทยา จัดกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์และงานมวลชนกับกลุ่มคนในพื้นที่					1.593	0.282
ใช่	1	10.0	9	90.0		
ไม่ใช่	28	28.6	70	71.4		
งานช่างต่าง ๆ					0.336	1.000
ใช่	1	16.7	5	83.3		
ไม่ใช่	28	27.5	74	72.5		
บังคับสุนัขสะกดรอย					1.925	0.321
ใช่	0	0.0	5	100.0		
ไม่ใช่	29	28.2	74	71.8		
พลขับ					1.525	0.572
ใช่	0	0.0	4	100.0		
ไม่ใช่	29	27.9	75	72.1		
สืบหาข่าวและข้อมูลต่าง ๆ					0.066	1.000
ใช่	1	33.3	2	66.7		
ไม่ใช่	28	26.7	77	73.3		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 32(ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนาม โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยต่าง ๆ (n=108คน)	ภาวะสุขภาพจิตปกติ (n=29คน)		มีปัญหาสุขภาพจิต (n=79คน)		χ^2	*p* value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เหตุผลในการออกปฏิบัติราชการสนาม						
ได้รับมอบหมายตามตำแหน่งหน้าที่					1.133	0.562
ใช่	29	27.6	76	72.4		
ไม่ใช่	0	0.0	3	100.0		
ทำตามอุดมการณ์และด้วยความศรัทธา					0.590	0.442
ใช่	16	30.2	37	69.8		
ไม่ใช่	13	23.6	42	76.4		
อยากมีประสบการณ์					1.801	0.180
ใช่	12	35.3	22	64.7		
ไม่ใช่	17	23.0	57	77.0		
ต้องการค่าตอบแทน					0.347	0.556
ใช่	7	31.8	15	68.2		
ไม่ใช่	22	25.6	64	74.4		
ประวัติการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนามในอดีต					0.107	1.000
ครั้งแรก	26	27.4	69	72.6		
มากกว่า 1 ครั้ง	3	23.1	10	76.9		
สถานการณ์หรือภารกิจราชการสนามที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในครั้งนี้					2.583	0.275
สามจังหวัดชายแดนใต้	23	24.5	71	75.5		
ชายแดนเขาพระวิหาร	2	33.3	4	66.7		
ชายแดนอื่น ๆ	4	50.0	4	50.0		
สาเหตุที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในขณะปฏิบัติภารกิจราชการสนาม						
ถูกลอบวางระเบิด					1.537	0.215
ใช่	13	22.0	46	78.0		
ไม่ใช่	16	32.7	33	67.3		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 32(ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนาม โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยต่าง ๆ (n=108คน)	ภาวะสุขภาพจิตปกติ (n=29คน)		มีปัญหาสุขภาพจิต (n=79คน)		χ^2	*p* value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ถูกสะเก็ดระเบิด					4.066	0.044*
ใช่	7	16.3	36	83.7		
ไม่ใช่	22	33.8	43	66.2		
ถูกลอบยิง					0.241	0.755
ใช่	3	21.4	11	78.6		
ไม่ใช่	26	27.7	68	72.3		
ถูกยิง					2.158	0.161
ใช่	5	45.5	6	54.5		
ไม่ใช่	24	24.7	73	75.3		
อุบัติเหตุขณะปฏิบัติภารกิจ					0.564	0.481
ใช่	4	36.4	7	63.6		
ไม่ใช่	25	25.8	72	74.2		
เหยียบกับระเบิด					0.015	1.000
ใช่	2	25.0	6	75.0		
ไม่ใช่	27	27.0	73	73.0		
ลักษณะความบาดเจ็บจากการปฏิบัติภารกิจราชการสนาม						
บาดแผลบริเวณต่าง ๆ					0.149	0.700
ใช่	22	27.8	57	72.2		
ไม่ใช่	7	24.1	22	75.9		
ขาหัก					2.293	0.130
ใช่	4	15.4	22	84.6		
ไม่ใช่	25	30.5	57	69.5		
แขนหัก					1.084	0.361
ใช่	6	37.5	10	62.5		
ไม่ใช่	23	25.0	69	75.0		

* $p < 0.05$

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ปัจจัยต่าง ๆ (n=108คน)	ภาวะสุขภาพจิตปกติ (n=29คน)		มีปัญหาสุขภาพจิต (n=79คน)		χ^2	*p* value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ขาขาด					0.024	1.000
ใช่	4	28.6	10	71.4		
ไม่ใช่	25	26.6	69	73.4		
ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล					5.306	0.070
น้อยกว่า 3 เดือน	15	23.4	49	76.6		
3 ถึง 6 เดือน	11	44.0	14	56.0		
มากกว่า 6 เดือน	3	15.8	16	84.2		
ผู้ดูแลในขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล					1.276	0.259
คนในครอบครัว	20	30.8	45	69.2		
คนนอกครอบครัว	9	20.9	34	79.1		

จากตารางที่ 32 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนาม โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่าสาเหตุที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในขณะปฏิบัติภารกิจราชการสนามด้วยการถูกสะเก็ดระเบิด มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ก่อนเข้ารับการรักษาในแผนกราชการสนาม การใช้ยาหรือสารชนิดต่าง ๆ เหตุผลในการเข้ามาเป็นทหาร เหตุผลในการออกปฏิบัติราชการสนาม ประวัติการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนามในอดีต สถานการณ์หรือภารกิจราชการสนามที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในครั้งนี้ ลักษณะการปฏิบัติงานที่มีตำแหน่งหน้าที่ในการสืบหาข่าวและข้อมูลต่าง ๆ ขณะปฏิบัติราชการสนาม ลักษณะความบาดเจ็บจากการปฏิบัติภารกิจราชการสนาม ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ดูแลในขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย

ตารางที่ 33 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนาม โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยต่าง ๆ (n=108คน)	ภาวะสุขภาพจิตปกติ (n=29คน)		มีปัญหาสุขภาพจิต (n=79คน)		χ^2	*p* value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับชั้นยศ					4.776	0.189
นายทหารชั้นสัญญาบัตร	4	80.0	1	20.0		
นายทหารชั้นประทวน	37	74.0	13	26.0		
พลทหาร	20	95.2	1	4.8		
ทหารพราน	10	31.2	22	68.8		
อายุ					7.678	0.022*
น้อยกว่า 30 ปี	52	86.7	8	13.3		
30 ถึง 39 ปี	23	71.9	9	28.1		
มากกว่า 39 ปี	9	56.2	7	43.8		
สถานภาพสมรส					4.780	0.020*
โสด	48	87.3	7	12.7		
คู่	36	67.9	17	32.1		
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี					1.187	0.573
ใช่	80	76.9	24	23.1		
ไม่ใช่	4	100.0	0	0.0		
ปริญญาตรี					1.187	0.573
ใช่	4	100.0	0	0.0		
ไม่ใช่	80	76.9	24	23.1		
ต่ำกว่าปริญญาตรีจากสถาบันการศึกษาทางทหาร					1.534	0.215
ใช่	27	71.1	11	28.9		
ไม่ใช่	57	81.4	13	18.6		

* $p < 0.05$

ตารางที่ 33 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนาม โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยต่าง ๆ (n=108คน)	ภาวะสุขภาพจิตปกติ (n=29คน)		มีปัญหาสุขภาพจิต (n=79คน)		χ^2	*p* value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปริญญาตรีจากสถาบันการศึกษาทางทหาร					0.288	1.000
ใช่	1	100.0	0	0.0		
ไม่ใช่	83	77.6	24	22.4		
รายได้ต่อเดือน					1.899	0.387
น้อยกว่า 10,000 บาท	26	86.7	4	13.3		
10,001 ถึง 15,000 บาท	32	74.4	11	25.6		
มากกว่า 15,000 บาท	26	74.3	9	25.7		
ภูมิลำเนา					2.396	0.663
ภาคใต้	34	85.0	6	15.0		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	29	74.4	10	25.6		
ภาคเหนือ	9	75.0	3	25.0		
ภาคกลาง	8	66.7	4	33.3		
กรุงเทพมหานคร	4	80.0	1	20.0		
การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ก่อนเข้ารับการรักษาในแผนกราชการสนาม					1.168	0.361
ไม่มีโรคประจำตัว	71	79.8	18	20.2		
มีโรคประจำตัว	13	68.4	6	31.6		
การใช้ยาหรือสารชนิดต่าง ๆ						
เครื่องดื่มกาแฟ					1.096	0.295
ใช้	52	81.2	12	18.8		
ไม่ใช้	32	72.7	12	27.3		
สุราหรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์					1.014	0.314
ใช้	50	74.6	17	25.4		
ไม่ใช้	34	82.9	7	17.1		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 33 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนาม โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยต่าง ๆ (n=108คน)	ภาวะสุขภาพจิตปกติ (n=29คน)		มีปัญหาสุขภาพจิต (n=79คน)		χ^2	*p* value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
บุหรี่					1.170	0.279
ใช้	42	82.4	9	17.6		
ไม่ใช้	42	73.7	15	26.3		
จำนวนครั้งที่ปฏิบัติราชการสนาม					2.982	0.225
ครั้งแรก	44	84.6	8	15.4		
มากกว่า 1 ครั้ง	30	73.2	11	26.8		
ตลอดอายุราชการ	10	66.7	5	33.3		
เหตุผลในการเข้ามาเป็นทหาร						
รักชีวิตทหาร					0.054	0.816
ใช่	61	77.2	18	22.8		
ไม่ใช่	23	79.3	6	20.7		
สำเร็จหลักสูตรของสถาบันการศึกษาทางทหาร					1.024	0.312
ใช่	29	72.5	11	27.5		
ไม่ใช่	55	80.9	13	19.1		
ต้องการยศ/ตำแหน่งและความก้าวหน้าในการทำงาน					2.851	0.126
ใช่	12	63.2	7	36.8		
ไม่ใช่	72	80.9	17	19.1		
ถูกเกณฑ์ทหาร					1.543	0.352
ใช่	16	88.9	2	11.1		
ไม่ใช่	68	75.6	22	24.4		
ตำแหน่ง ลักษณะการปฏิบัติงาน หรือหน้าที่ในการปฏิบัติราชการสนาม						
ลาดตระเวนเส้นทาง รายงานสถานการณ์ รักษาการณ์					0.110	0.769
ใช่	69	78.4	19	21.6		
ไม่ใช่	15	75.0	5	25.0		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 33 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภัยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนาม โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยต่าง ๆ (n=108คน)	ภาวะสุขภาพจิตปกติ (n=29คน)		มีปัญหาสุขภาพจิต (n=79คน)		χ^2	*p* value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รักษาความปลอดภัยสถานที่, บุคคลสำคัญ, ผู้บังคับบัญชา, เจ้าหน้าที่, ครู, พระสงฆ์ และอื่น ๆ					1.529	0.216
ใช่	47	82.5	10	17.5		
ไม่ใช่	37	72.5	14	27.5		
ควบคุมกำลังพล					0.070	1.000
ใช่	16	80.0	4	20.0		
ไม่ใช่	68	77.3	20	22.7		
วางแผนยุทธศาสตร์หรือการปฏิบัติงาน					0.006	1.000
ใช่	11	78.6	3	21.4		
ไม่ใช่	73	77.7	21	22.3		
ธุรการหรือการประสานงาน					0.116	1.000
ใช่	9	81.8	2	18.2		
ไม่ใช่	75	77.3	22	22.7		
ปฏิบัติการจิตวิทยา จัดกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์และงานมวลชนกับกลุ่มคนในพื้นที่					3.149	0.113
ใช่	10	100.0	0	0.0		
ไม่ใช่	74	75.5	24	24.5		
งานช่างต่าง ๆ					0.113	1.000
ใช่	5	83.3	1	16.7		
ไม่ใช่	79	77.5	23	22.5		
บังคับสุนัขสะกดรอย					1.498	0.585
ใช่	5	100.0	0	0.0		
ไม่ใช่	79	76.7	24	23.3		
พลขับ					1.854	0.213
ใช่	2	50.0	2	50.0		
ไม่ใช่	82	78.8	22	21.2		
สืบหาข่าวและข้อมูลต่าง ๆ					0.220	0.533
ใช่	2	66.7	1	33.3		
ไม่ใช่	82	78.1	23	21.9		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 33 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนาม โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยต่าง ๆ (n=108คน)	ภาวะสุขภาพจิตปกติ (n=29คน)		มีปัญหาสุขภาพจิต (n=79คน)		χ^2	*p* value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เหตุผลในการออกปฏิบัติราชการสนาม						
ได้รับมอบหมายตามตำแหน่งหน้าที่					0.220	0.533
ใช่	82	78.1	23	21.9		
ไม่ใช่	2	66.7	1	33.3		
ทำตามอุดมการณ์และด้วยความศรัทธา					2.226	0.136
ใช่	38	71.7	15	28.3		
ไม่ใช่	46	83.6	9	16.4		
อยากมีประสบการณ์					0.049	0.825
ใช่	26	76.5	8	23.5		
ไม่ใช่	58	78.4	16	21.6		
ต้องการค่าตอบแทน					0.408	0.569
ใช่	16	72.7	6	27.3		
ไม่ใช่	68	79.1	18	20.9		
ประวัติการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนามในอดีต					0.625	0.480
ครั้งแรก	75	78.9	20	21.1		
มากกว่า 1 ครั้ง	9	69.2	4	30.8		
สถานการณ์หรือภารกิจราชการสนามที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในครั้งนี้					0.621	0.733
สามจังหวัดชายแดนใต้	72	76.6	22	23.4		
ชายแดนเขาพระวิหาร	5	83.3	1	16.7		
ชายแดนอื่น ๆ	7	87.5	1	12.5		
สาเหตุที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในขณะปฏิบัติภารกิจราชการสนาม						
ถูกลอบวางระเบิด					0.771	0.380
ใช่	44	74.6	15	25.4		
ไม่ใช่	40	81.6	9	18.4		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 33 (ต่อ)แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนาม โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยต่าง ๆ (n=108คน)	ภาวะสุขภาพจิตปกติ (n=29คน)		มีปัญหาสุขภาพจิต (n=79คน)		χ^2	*p* value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ถูกสะเก็ดระเบิด					0.466	0.495
ใช่	32	74.4	11	25.6		
ไม่ใช่	52	80.0	13	20.0		
ถูกลอบยิง					1.694	0.298
ใช่	9	64.3	5	35.7		
ไม่ใช่	75	79.8	19	20.2		
ถูกยิง					3.499	0.118
ใช่	11	100.0	0	0.0		
ไม่ใช่	73	75.3	24	24.7		
อุบัติเหตุขณะปฏิบัติภารกิจ					1.222	0.450
ใช่	10	90.9	1	9.1		
ไม่ใช่	74	76.3	23	23.7		
เหยียบกับระเบิด					0.039	1.000
ใช่	6	75.0	2	25.0		
ไม่ใช่	78	78.0	22	22.0		
ลักษณะความบาดเจ็บจากการปฏิบัติภารกิจราชการสนาม						
บาดแผลบริเวณต่าง ๆ					0.084	0.772
ใช่	62	78.5	17	21.5		
ไม่ใช่	22	75.9	7	24.1		
ขาหัก					0.438	0.508
ใช่	19	73.1	7	26.9		
ไม่ใช่	65	79.3	17	20.7		
แขนหัก					0.886	0.343
ใช่	11	68.8	5	31.2		
ไม่ใช่	73	79.3	19	20.7		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 33 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนาม โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยต่าง ๆ (n=108คน)	ภาวะสุขภาพจิตปกติ (n=29คน)		มีปัญหาสุขภาพจิต (n=79คน)		χ^2	*p* value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ขาขาด					0.000	1.000
ใช่	11	78.6	3	21.4		
ไม่ใช่	73	77.7	21	22.3		
ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล					5.352	0.069
น้อยกว่า 3 เดือน	52	81.2	12	18.8		
3 ถึง 6 เดือน	21	84.0	4	16.0		
มากกว่า 6 เดือน	11	57.9	8	42.1		
ผู้ดูแลในขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล					0.069	0.793
คนในครอบครัว	50	76.9	15	23.1		
คนนอกครอบครัว	34	79.1	9	20.9		

จากตารางที่ 33 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนาม โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่าอายุและสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนระดับชั้นยศ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ภูมิลำเนา การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ก่อนเข้ารับการรักษาในแผนกราชการสนาม การใช้ยาหรือสารชนิดต่าง ๆ จำนวนครั้งที่ปฏิบัติราชการสนาม เหตุผลในการเข้ามาเป็นทหาร ลักษณะการปฏิบัติงานหรือหน้าที่ในการปฏิบัติราชการสนาม เหตุผลในการออกปฏิบัติราชการสนาม ประวัติการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนามในอดีต สถานการณ์หรือภารกิจราชการสนามที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในครั้งนี้ สาเหตุที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในขณะปฏิบัติภารกิจราชการสนาม ลักษณะความบาดเจ็บจากการปฏิบัติภารกิจราชการสนาม ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ดูแลในขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับอาหารผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย

ส่วนที่ 6 ปัจจัยทำนายอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย

ตารางที่ 34 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย ของผู้ป่วยทหารราชการสนาม โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอย Logistic Regression Analysis ด้วยวิธี Forward LR

ปัจจัย	b	S.E(b)	*P* value	Adjusted OR (95% CI)
สถานภาพสมรสที่เป็นคู่	1.175	0.500	0.019	3.238 (1.215 – 8.633)
Constant	-1.925	0.405	0.000	

จากตารางที่ 34 เมื่อนำตัวแปรจากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย (Univariate Analysis) ได้แก่ อายุและสถานภาพสมรส มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ด้วยวิธี Forward LR พบว่าเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้ว สถานภาพสมรสที่เป็นคู่ มีความเสี่ยงต่อการมีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายเป็น 3.238 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.019)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาสุขภาพจิต อาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงภาวะสุขภาพจิต อาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย และตรวจสอบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามที่เข้ารับการรักษาในแผนกราชการสนาม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ร้อยละ 73.1 มีปัญหาสุขภาพจิต โดยมีปัญหาสุขภาพจิตด้านการย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive – Compulsive) มากที่สุด ร้อยละ 50.0 และพบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนาม ร้อยละ 77.8 ไม่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย ทั้งนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต คือ สาเหตุที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในขณะปฏิบัติภารกิจราชการสนามด้วยการถูกสะเก็ดระเบิด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย ได้แก่ อายุและสถานภาพ โดยสถานภาพสมรสที่เป็นคู่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด

อภิปรายผล

ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในแผนกราชการสนาม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่ตอบแบบสอบถามอย่างสมบูรณ์ได้ทั้งหมด 108 ฉบับ แต่อาจมีข้อจำกัดบางประการในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากความรู้สึกไม่ไว้ใจหรือไม่สนิทสนมของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อผู้วิจัย จากการที่ผู้วิจัยเป็นบุคคลภายนอกซึ่งไม่ใช่บุคลากรภายในโรงพยาบาล อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบคำถามบางข้อในแบบทดสอบ หรือไม่เปิดเผยข้อมูลบางประการต่อผู้วิจัย ผู้วิจัยจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลจากพยาบาลผู้ดูแลประจำแผนกราชการสนาม และสืบค้นจากเวชระเบียนตามที่ได้รับอนุญาตจากพยาบาลหรือผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้วิจัยได้ศึกษาข้อควรระวังในการสัมภาษณ์ผู้ที่ประสบภัยหรือภาวะวิกฤตนั้นพบว่ามีข้อจำกัดอยู่หลายประการ จำเป็นจะต้องหลีกเลี่ยง ระมัดระวัง การซ้ำเติมทางจิตใจ (Retraumatization) การสำรวจลงลึกในเหตุภัยพิบัติโดยไม่มีวิธีการประคับประคองทางจิตใจ จะทำให้เกิดความเครียดรุนแรง ถ้าซักถามหลาย ๆ ครั้ง ในช่วงแรก ๆ หลังเกิดเหตุใหม่ ๆ จะยิ่งทำให้เกิด

อาการมากขึ้น รุนแรงขึ้น อาจมีผลต่อการฟื้นตัวของจิตใจ และนอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้ยังมีความเกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ของอาชีพทหาร ซึ่งข้อมูลจากการวิจัยบางประการอาจมีผลกระทบต่อความมั่นคงของกองทัพบก ผู้วิจัยจึงต้องปรับรูปแบบในการนำเสนอข้อมูลและปรึกษาผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อให้การนำเสนอผลการวิจัยเป็นไปอย่างเหมาะสมมากที่สุด อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือว่ามีความสมบูรณ์และเชื่อถือได้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาในประเด็นสำคัญมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในแผนกราชการสนามโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 108 คน ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 79 คน ร้อยละ 73.1 โดยพบว่ามีความผิดปกติด้านการย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive – Compulsive) มากที่สุด ร้อยละ 50.0 และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิตเพียง 1 ด้าน (จากทั้งหมด 9 ด้าน) ร้อยละ 15.7 พบว่ามีความแตกต่างจากผลการศึกษาของร้อยเอกหญิงถาวร บุตรโสมตา[29] ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในปี พ.ศ. 2525 ซึ่งผู้ป่วยทหารราชการสนามมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นส่วนใหญ่ โดยอภิปรายได้ว่าปัจจัยที่ทำให้ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกันนั้น อาจเป็นเพราะบริบทของช่วงเวลาในการศึกษาที่มีระยะเวลาห่างกันกว่า 30 ปี ทั้งนี้การศึกษาของร้อยเอกหญิงถาวร บุตรโสมตานั้น มีวิธีดำเนินการวิจัยโดยใช้กลุ่มตัวอย่างประชากรเป็นทหารราชการสนามที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างไรก็ตาม การใช้แบบทดสอบ Symptom Distress Checklist 90 (SCL.90) เป็นเครื่องมือในการวัดสุขภาพจิตเหมือนกับการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้ ทำให้สามารถเห็นความแตกต่างของผลการวิจัยได้อย่างชัดเจนกว่าการเปรียบเทียบกับผลการศึกษาอื่น ๆ

ทั้งนี้ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของบุษกร โรจนพรทิพย์[38] ซึ่งศึกษาสุขภาพจิตของทหารผ่านศึกพิการที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลทหารผ่านศึก โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 86.9 แต่มีความขัดแย้งกันในส่วนของด้านที่มีความผิดปกติ กล่าวคือบุษกร โรจนพรทิพย์ พบว่าผู้ป่วยทหารผ่านศึกส่วนใหญ่มีความผิดปกติด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย (Somatization) มากที่สุด ร้อยละ 89.8 แต่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความผิดปกติด้านความรู้สึกผิดปกติทางร่างกายเป็นด้านที่พบน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 17.6

นอกจากนี้พลโท นายแพทย์อรุณ เชาวนาศัย[65] ได้ให้คำจำกัดความและระบาดวิทยาเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์ทหารไว้ว่าในภาวะปกติปัญหาทางสุขภาพจิตของกำลังพลคงไม่แตกต่างไปจากที่พบในประชาชนทั่ว ๆ ไป แต่สำหรับในภาวะสงครามนั้นทหารที่อยู่ในแนวรบจะได้รับแรงกดดันของภัยจากการรบ อันตรายที่มีอยู่รอบด้านจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางจิตใจ อาการเจ็บป่วยทางจิตใจจึงมักจะรุนแรงและมีมากกว่าภาวะปกติซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในแผนกราชการสนาม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คือ สาเหตุที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในขณะปฏิบัติภารกิจราชการสนามด้วยการถูกสะเก็ดระเบิด มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.5 มีหน้าที่ในการลาดตระเวนเส้นทาง รายงานสถานการณ์ รักษาการณ์ อันถือเป็นการปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงต่อการถูกระเบิดได้สูง ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับข้อมูลที่พบว่าทหารราชการสนามส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บจากการถูกสะเก็ดระเบิดมากเป็นอันดับที่สอง ร้อยละ 39.8 โดยจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ถูกสะเก็ดระเบิดยังพบว่าผู้ป่วยหลายรายมีอาการนอนไม่หลับ ฝันร้ายถึงเรื่องราวหรือสถานการณ์ที่ได้ประสบมา บางรายมีอาการตกใจง่ายเมื่อได้ยินเสียงดัง ซึ่งเป็นอาการของปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะสงคราม (Combat Reaction)[64] ที่บ่งชี้ต่อความเสี่ยงในการเกิดอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายด้วย

นอกจากนี้ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามดังกล่าวยังมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของร้อยเอกหญิงถาวร บุตรโสมตา[29] ที่ศึกษาสุขภาพจิตผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ.2525 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสาเหตุที่ได้รับบาดเจ็บจากการถูกระเบิด และการศึกษาของบุษกร โรจนพรทิพย์[38] เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของทหารผ่านศึกพิการที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลทหารผ่านศึก โดยพบว่าหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้ป่วย คือ สาเหตุที่เข้ารับการรักษาพยาบาลหรือสาเหตุที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บในขณะปฏิบัติราชการสนาม

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าภาวะสงครามที่ทหารต้องออกสนามเผชิญกับการต่อสู้ศัตรูนั้นอาจทำให้ได้รับบาดเจ็บจากอาวุธสงคราม โดยสาเหตุจากอันตรายที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อนนี้จะเพิ่มความกังวลใจอยู่ตลอดเวลา ซึ่งพลโท นายแพทย์อรุณ เชาวนาศัย[64] ระบุเกี่ยวกับประเด็นนี้ว่าวงการแพทย์เริ่มสนใจปัญหาจิตเวชในการรบตั้งแต่สงครามโลกครั้งที่ 1 ซึ่งในช่วงที่มีการรบอย่างรุนแรง ทหารส่วนใหญ่ได้รับอันตรายจากสะเก็ดระเบิด บางคนเกิดอาการผิดปกติทางจิต ตื่นตระหนก สับสน บางรายมีอาการถึงขั้นตามองไม่เห็น หูไม่ได้ยิน และมีอาการคล้ายอัมพาต โดยที่แพทย์ตรวจไม่พบพยาธิสภาพหรือสิ่งผิดปกติทางร่างกาย จิตแพทย์ในสมัยนั้นเรียกผู้ป่วยเหล่านี้ว่าเป็นโรค Shell Shock หรือตกใจจากเสียงระเบิด และเมื่อสงครามโลกครั้งที่ 2 ผู้บังคับบัญชาและแพทย์ทั่วไปเริ่มเข้าใจถึงปัญหาทางจิตใจที่เป็นผลโดยตรงจากการถูกระเบิดจากการรบมากขึ้น ทั้งนี้จำนวนทหารที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตจะมีมากหรือน้อยก็ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการรบนั้น ๆ และยังมีองค์ประกอบอื่นที่กระตุ้นให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้อีก โดยพลจัตวา William C. Menninger ที่ปรึกษาจิตเวชของนายแพทย์ใหญ่ทหารบกสหรัฐอเมริกาในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 และคณะพบว่าหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญคือการมีอันตรายอันแท้จริงอยู่ตลอดเวลาในสภาวะสงคราม

อย่างไรก็ตามแผนกราชการสนาม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามอย่างยิ่ง เนื่องจากเห็นว่าภารกิจปกป้องประเทศชาตินั้นทำให้ทหารยอมเสียสละความสุขส่วนตัว ชีวิต และเลือดเนื้อเพื่อปกป้อง เป็นเหตุให้ได้รับบาดเจ็บจนเกิดความพิการป่วยเจ็บ ซึ่งผลกระทบที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับนอกจากความเจ็บป่วยด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และกระทบถึงครอบครัวอีกด้วย โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีข้อวิตกกังวลอย่างมากมาย ไม่ว่าจะเป็นภาพลักษณ์ของตัวเองที่เปลี่ยนไป มีความพิการเข้ามาเป็นข้อจำกัด เกิดความไม่มั่นใจกังวลว่าสังคมและครอบครัวจะยอมรับหรือไม่ สภาวะด้านเศรษฐกิจและโอกาสในการสร้างรายได้ อันเป็นที่มาของความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิตนานาประการ ทั้งยังเป็นข้อจำกัดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต แผนกราชการสนามจึงเล็งเห็นว่าการรักษาเยียวยาผู้ป่วยเฉพาะเจ็บป่วยทางร่างกายเพียงอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอที่จะคืนความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัวกลับไปใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข จึงเกิดโครงการ “ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยราชการสนาม” ขึ้น ตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา โดยโครงการนี้ได้ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 7 ปีแล้ว ได้เสริมและเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล ส่งเสริมกิจกรรมสังคมและการมีส่วนร่วม ที่สำคัญได้ส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าและศักยภาพที่เหลืออยู่ของตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้ป่วยราชการสนามอย่างยั่งยืน[56]

นอกจากนี้นาวาอากาศเอกวิชัย มนัสศิริวิทยา[53] ระบุว่าการปฏิบัติการทางทหารเป็นภาวะที่มีความกดดันทางสุขภาพจิตสูง ความสามารถในการจัดการความกดดันหรือสร้างความกดดันได้อย่างถูกต้องเป็นปัจจัยทางยุทธศาสตร์หนึ่ง ซึ่งถูกนำมาใช้ในการวางแผนในภารกิจทางทหาร โดยปัจจุบันการรบได้เปลี่ยนจากการรบแบบดั่งเดิม กลายเป็นการปฏิบัติการที่ไม่ใช่การรบมากขึ้น(MOOTW) ซึ่งปัจจัยทางจิตใจยิ่งมีผลมากขึ้น บุคลากรสายแพทย์ควรมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวเพื่อช่วยเตรียมกำลังพลของส่วนปฏิบัติการก่อนลงพื้นที่ (Pre-deployment) สนับสนุนการปฏิบัติการภาคสนาม (Deployment) การจัดการหลังปฏิบัติการ (Post-deployment) และการให้คำปรึกษาผู้บังคับบัญชา ซึ่งมีความสำคัญมากเช่นกัน

อาการผิดปกติภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

อาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในแผนกราชการสนาม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 108 คนนั้น พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามร้อยละ 77.8 ไม่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย โดยยังไม่พบว่ามีข้อมูลการศึกษาที่เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของทหารราชการสนามในประเทศไทย ผู้วิจัยมีความตั้งใจที่จะริเริ่มศึกษาภาวะอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของกลุ่มตัวอย่างทหารราชการสนามนี้ เพื่อเป็นข้อมูลที่จะสามารถนำไปศึกษารายละเอียดเชิงลึกอื่น ๆ ที่น่าสนใจต่อไป

การศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมาระบุว่าปัญหาความผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายที่เกิดขึ้นนั้นพบมากในเพศชาย[5] ซึ่งเป็นกลุ่มทหารที่กลับมาจากสงคราม[3] โดยพบว่ามีการศึกษาเชลยศึกจากค่ายกักกันในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 ในระยะ 40 ปีต่อมา ซึ่งร้อยละ 67 มีอาการผิดปกติทางจิต

ภายหลังภยันตราย โดยร้อยละ 24 ในจำนวนนี้ ยังคงมีอาการที่ไม่รุนแรงนักดำเนินอยู่ และร้อยละ 8 มีอาการรุนแรงอย่างเรื้อรัง สำหรับทหารผ่านศึกสงครามเวียดนามพบว่าร้อยละ 26 ของผู้ที่ผ่านการรบอย่างหนัก ร้อยละ 17 ของผู้ที่ผ่านการสู้รบหนักปานกลาง และร้อยละ 7 ของทหารที่ไม่ต้องเข้าสู้รบ มีอาการ PTSD และมีการศึกษาทหารกลุ่มนี้เมื่อกลับมายังสหรัฐอเมริกาแล้วเป็นเวลา 6-16 ปีต่อมา พบว่าร้อยละ 36 ของผู้ที่ผ่านการสู้รบอย่างหนัก ร้อยละ 24 ของ ผู้ที่ผ่านการสู้รบอย่างปานกลาง และร้อยละ 17 ของผู้ที่ไม่ต้องเข้าไปสู้รบมีอาการเรื้อรัง[58] ทั้งนี้เมื่อศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับภาวะความผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย หรือ PTSD ของกลุ่มทหารในประเทศไทยพบว่ามีเพียงผลการศึกษาที่เกี่ยวกับบุคคลทั่วไปเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม รองศาสตราจารย์ นายแพทย์รณชัย คงสกนธ์[46] กล่าวว่าจากการศึกษาอุบัติการณ์ของอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายแสดงให้เห็นว่าอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายพบได้มากเป็นอันดับ 4 ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด โดยความชุกชั่วชีวิต (Life time prevalence) พบได้ ร้อยละ 10.3 ในผู้ชาย และร้อยละ 18.3 ในผู้หญิง โรคนี้เป็นที่รู้จักหลังจากแพทย์พบอาการทางจิตใจในทหารผ่านศึกที่ผ่านการสู้รบรุนแรงถึงคุกคามชีวิตหรือมีเพื่อนเสียชีวิต เมื่อกลับแนวหลังยังมีอาการทางจิตเวชหลายประการ อาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายนี้อาจพบได้ในเหตุการณ์ภัยรุนแรงทุกชนิด โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์สงครามหรือการก่อการร้ายที่นับวันจะมีมากขึ้น ภัยที่คุกคามรุนแรงเกินภัยปกติที่คนเผชิญเหล่านั้นล้วนทำให้เกิดอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายได้ การศึกษาในระยะหลังพบว่าคนทั่วไปส่วนใหญ่มีโอกาสพบภัยพิบัติอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต และร้อยละ 25 ของผู้ที่ประสบภัยดังกล่าวจะเกิดอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย[68] ซึ่งมีความใกล้เคียงกับผลการศึกษาของผู้วิจัยที่พบว่าผู้ป่วยทหารราชการสนามมีอาหารผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย ร้อยละ 22.2

ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ผลการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติภายหลังภยันตรายในครั้งนี้ พบว่าส่วนใหญ่ของผู้ที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายร้อยละ 87.5 มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย และปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวคือความผิดปกติด้านการย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive – Compulsive) มากที่สุด ร้อยละ 50.0 ซึ่งสอดคล้องกับแพทย์หญิงบุญพร้อม เชษฐรตานนท์[37] กล่าวถึง National Comorbidity Survey ซึ่งระบุว่าหนึ่งในความผิดปกติร่วม หรือ Comorbidity ที่พบร่วมบ่อย ๆ ได้แก่ OCD โดยเมื่อผู้วิจัยค้นคว้าเพิ่มเติมก็พบข้อมูลที่แสดงอัตราการเกิดโรคร่วมของ PTSD ซึ่งเป็นการศึกษาของ National Comorbidity Survey (NCS) และ Epidemiological Catchment Area (ECA) แสดงว่า OCD หรืออาการความผิดปกติย้ำคิดย้ำทำนั้นเกิดขึ้นกับผู้ที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย ร้อยละ 11.8[13] และผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พนม เกตุมาน[43] ที่กล่าวถึงอาการของความผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายว่าผู้ป่วยอาจมีอาการตกใจและหวาดกลัว (Hyper arousal) เกิดจากความกลัวเหตุการณ์ที่ประสบ วิตกกังวลง่ายแม้แต่เรื่องเล็กน้อย ตกใจง่ายจากเสียงดัง ขาดสมาธิ ย้ำคิดย้ำทำ คิดวนเวียนในเรื่องที่วิตกกังวลซ้ำ ๆ ถามคนรอบข้างถึงความปลอดภัยซ้ำ ๆ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในแผนกราชการสนาม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แก่ อายุและสถานภาพสมรส โดยมีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับที่รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวันเพ็ญ ธุรกิตต์วัณณการ[52] อธิบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ด้านปัจจัยของอายุของคนทั่วไปว่าผู้ที่อายุน้อยและสูงอายุมีกลไกในการเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจที่มีประสิทธิภาพน้อยกว่าวัยกลางคน เนื่องจากผู้ที่อายุน้อยมีกลไกในการแก้ปัญหาชีวิต (Coping mechanism) ที่ยังพัฒนาไม่เต็มที่ ส่วนผู้ที่สูงอายุมีทักษะในการแก้ปัญหาชีวิตที่แข็งปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ลำบาก ทั้งยังอธิบายว่าอาการของความผิดปกติทางจิตจะมีความรุนแรงเพียงใดขึ้นอยู่กับชนิดและความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการนี้ในผู้ชายส่วนใหญ่เป็นเรื่องของสงคราม และในประเทศไทยเองก็มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการความผิดปกตินี้ โดยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอัมพร โอตระกูล และคณะ[67] ศึกษาพบว่าปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดปัญหาทางจิตใจหลังประสบภัยร้าย กล่าวคือถ้าอายุมากขึ้นจะมีปฏิกิริยาแสดงมากขึ้น หรือผู้ที่มีอายุมากจะมีปฏิกิริยาแสดงมากกว่าผู้มีอายุน้อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของผู้วิจัยที่พบว่าอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายนั้นมีความสัมพันธ์กับอายุในขณะปฏิบัติภารกิจราชการสนามนั้น ทั้งยังสอดคล้องกับผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พนม เกตุมาน[43] ที่ระบุว่าหลังเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิต จิตใจจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรง โดยปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นนั้นมีความแตกต่างกันตามช่วงอายุ โดยแต่ละวัยก็อาจมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ทำให้อาการของความเครียดต่อเนื่อง ไม่สงบลงด้วยตัวเอง จนเกิดเป็นอาการต่าง ๆ หลายระบบก็ได้

อย่างไรก็ตามพันตรี นายแพทย์ณัฐพล โชคไมตรี จิตแพทย์ประจำกองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชศาสตร์ทางทหาร ได้ให้ข้อเสนอแนะประเด็นที่น่าสนใจและมีความสำคัญเกี่ยวกับการวิเคราะห์ผลการศึกษาเกี่ยวกับอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของทหารราชการสนามในครั้งนี้ว่าผู้วิจัยควรศึกษาปัจจัยในเรื่องของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างละเอียด เนื่องจากในความผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายนั้นมักมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่ประสบ กล่าวคือผู้วิจัยควรศึกษาให้ทราบว่าขณะประสบเหตุร้ายแรงจากการปฏิบัติราชการสนามนั้น ผู้ป่วยมีภาวะการรู้สึกตัวหรือการรับรู้เป็นอย่างไร โดยเฉพาะการหมดสติหรือสลบไปในขณะได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ในการรบมีผลต่อการเกิดอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายเป็นอย่างมาก เพราะหากผู้ป่วยไม่ได้หมดสติหรือสลบแต่กลับมองเห็นและรับรู้ภัยอันตรายนั้นอยู่ในขณะเกิดเหตุอาจทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายได้สูง แต่เนื่องจากข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยซึ่งค่อนข้างมีความเปราะบาง ผู้วิจัยจึงไม่สามารถสอบถามข้อมูลดังกล่าวได้อย่างสมบูรณ์ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการแปลผลส่วนนี้ด้วย

ปัจจัยทำนายอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากผลการวิจัยพบว่าเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้ว สถานภาพสมรสที่เป็นคู่ มีความเสี่ยงต่อการมีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายเป็น 3.238 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.019) ซึ่งขัดแย้งกับที่รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวันเพ็ญ ธุรกิตต์วัณณการ[52] ระบุว่าอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของคนทั่วไปมักจะเกิดในคนโสด หย่าร้าง หรือเป็นหม้าย

แต่อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทหารราชการสนาม พบว่าผู้ป่วยที่มีสมรสแล้วนั้นรู้สึกว่าตนเองมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งต้องรับผิดชอบชีวิตความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความวิตกกังวลเมื่อตนได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนามจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเหตุให้ไม่สามารถดำรงบทบาทดังกล่าวได้อย่างเต็มที่ สอดคล้องกับที่ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดาวชมพู พัฒนประภาพันธุ์[32] กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลกระทบจากการเจ็บป่วยข้อหนึ่งคือการที่ผู้ป่วยต้องรักษาความสัมพันธ์กับครอบครัวไว้ การเจ็บป่วยจนต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลนั้นอาจทำให้ความสัมพันธ์กับบุคลรอบข้างเปลี่ยนไป เพราะอยู่ในฐานะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาคนอื่น ความสัมพันธ์คู่สมรสก็อาจเปลี่ยนไป ประกอบกับผู้ป่วยบางรายที่ได้รับบาดเจ็บสาหัสและรับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวมีภาวะความเครียดต่ออาการของตน ก็ยิ่งมีความวิตกกังวลมากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผู้วิจัยพบว่าการมีสถานภาพสมรสที่เป็นคู่มีความเสี่ยงต่อการมีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังกล่าวถึงการได้รับความช่วยเหลือหลังจากการเข้ารับการรักษา โดยเฉพาะในรายที่มีความพิการเกิดขึ้นจนไม่สามารถกลับไปปฏิบัติหน้าที่ทหารได้อีก ผู้ป่วยมักวิตกกังวลเกี่ยวกับบทบาทความเป็นหัวหน้าครอบครัว เนื่องจากเกรงว่าจะส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของคู่สมรสหรือบุตร ซึ่งในประเด็นนี้มีความเกี่ยวข้องสอดคล้องกับผลการสำรวจของกรมสุขภาพจิตที่พบว่าสถานภาพของครอบครัวนั้นเข้ามาที่ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสภาวะทางจิตใจ[19] โดยครอบครัวที่มีผู้มีหน้าที่การงานที่รับผิดชอบหารายได้มากจะมีสภาวะจิตใจดีกว่าครอบครัวที่มีผู้ที่ทำงานน้อย ซึ่งอาจเนื่องจากรู้สึกว่ามีความมั่นคงในชีวิตและสามารถเลี้ยงดูครอบครัวได้ และเมื่อพิจารณาภาระพึ่งพิงของครอบครัวก็พบว่าผู้ที่อยู่ในครอบครัวที่มีภาระพึ่งพิงน้อยจะมีสภาวะทางจิตดีกว่าผู้ที่อยู่ในครอบครัวที่มีภาระพึ่งพิงมาก แต่มีข้อสังเกตในทางกลับกันว่าผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่ไม่มีคนพึ่งพิงกลับมีสภาวะทางจิตใจต่ำกว่าผู้ที่อยู่ในครอบครัวที่มีภาระพึ่งพิง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีภาระพึ่งพิงอยู่ในครอบครัว มีความรู้สึกเป็นสุขที่ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการอยู่เคียงข้าง ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาในยามที่ต้องเผชิญกับปัญหา ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลทำให้มีสภาพจิตใจที่ดีกว่าผู้ที่ไม่มีภาระพึ่งพิงในครอบครัวซึ่งส่วนหนึ่งพบว่าเป็นผู้ที่อยู่คนเดียว อาจจะมีความรู้สึกโดดเดี่ยว

นายแพทย์เกษม ตันติผลาชีวะ[23] ได้ให้ความเห็นที่สอดคล้องเกี่ยวกับสถานภาพสมรสและบทบาทภายในครอบครัวไว้ว่า เมื่อครอบครัวเกิดภาวะวิกฤตขึ้น บุคคลในครอบครัวก็จะมีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นความพยายามที่จะปรับตัวต่อภาวะเครียดเพื่อไม่ให้เกิดภาวะวิกฤต หากปรับตัวได้ไม่ดีก็อาจเกิดภาวะวิกฤตในครอบครัวได้ ครอบครัวจะสามารถปรับตัวได้ดี (Bonadaptation) หรือไม่สามารถปรับตัวได้ดี (Maladaptation) นั้น แหล่งสนับสนุนทั้งภายในและภายนอกครอบครัว รวมถึงการเลือกใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหาของครอบครัว ส่งผลต่อการปรับตัวดังกล่าว อีกทั้งบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่ถูกคาดหวังให้เพศชายเป็นผู้มีบทบาทหลักในการปกป้องคุ้มครองครอบครัวให้มั่นคงก็มีผลต่อผู้มีบทบาทนั้นด้วย[7]

ทั้งนี้รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวันเพ็ญ ธุรกิตต์วัณณการ[52] ได้กล่าวถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากสังคม (Social supports) ไว้ว่าถ้ามีการช่วยเหลือจากสังคมภายนอกเป็นอย่างดี ปัญหาของอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายจะน้อยและไม่ค่อยเป็นเรื้อรัง ซึ่งเหมือนกับที่ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมภพ เรืองตระกูล[59] กล่าวถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุ (Aetiology) ของการเกิดอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายซึ่งระบุว่าหากขณะเผชิญกับเหตุการณ์ ผู้ป่วยขาดความช่วยเหลือหรือขาดกำลังใจโดยสิ้นเชิงก็จะเป็นที่มาของอาการดังกล่าวได้ ดังนั้นจึงควรมีการให้ความสนใจในประเด็นนี้ด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

ผลการศึกษาครั้งนี้อาจนำข้อมูลไปประกอบการพิจารณาส่งต่อเพื่อรักษาผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือประยุกต์ใช้ในเชิงนโยบายสำหรับแผนกผู้ป่วยราชการสนามโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อีกทั้งยังสามารถนำข้อมูลไปขยายผลเพื่อใช้ในการวางแผน กำหนดนโยบายในการดำเนินงาน หรือนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับกำลังพลทหารของกองทัพบกในการส่งเสริมให้ผู้กำลังพลทหารราชการสนามมีสุขภาพจิตที่ดี

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต และโดยเฉพาะอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย เพื่อให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น รวมทั้งควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้สามารถตรวจสอบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของปัจจัยต่าง ๆ นอกจากนี้ควรมีการขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีผู้ป่วยทหารราชการสนามเข้ารับการรักษา และอาจขยายการศึกษานอกเหนือจากกลุ่มผู้ป่วยเป็นทหารที่ปฏิบัติราชการสนามในหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้ผลสรุปครอบคลุมประชากรทั่วไปได้มากขึ้น

รายการอ้างอิง

1 American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. ed. by 4 (Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000).

2 Canadian Mental Health Association, 2014) <http://www.cmha.ca/mental_health/benefits-of-good-mental-health/#.UzzVPfmSxvo>.

3 Brian I O'Toole Brian I. O'Toole, Richard P. Marshall, Ralph J. Schureck , and Matthew Dobson, 'Posttraumatic Stress Disorder and Comorbidity in Australian Vietnam Veterans: Risk Factors, Chronicity and Combat Australian and New Zealand Journal of Psychiatry', 32 (1998), 32.

4 Government of Western Australia Mental Health Commission, 2010) <http://www.mentalhealth.wa.gov.au/mental_illness_and_health/mh_whatis.aspx>.

5 Eaton WW, Addington A, Judith Bass, Valerie Forman, Stephanie Gilbert, Kathleen Hayden, and Michelle Mielke, 'Risk Factors or Major Mental Disorders: A Review of the Epidemiology Literature'2002) <http://www.jhu.edu/>.

6 Friedman, Matthew J, Resick, Patricia A, Bryant, Richard A, Brewin, and Chris R, 'Considering Ptsd for Dsm-5. Depression and Anxiety ', (2011), pp. 750 - 69.

7 H.I. McCubbin, and A. Patterson, *Stress and the Family Stress, Coping, and Social Support* (Illinois: Charles C. Thomas, 1983).

8 John A Bostrom, *Management of Combat Reaction* (USARV Medical Bulletin, USARV PAM, 1967).

9 Mental Health Foundation in UK, 'What Is Good Mental Health'2011) <http://www.mentalhealth.org.uk/help-information/an-introduction-to-mental-health/what-is-good-mental-health>.

10 U.S. Department of Health & Human services, 2014) <http://www.mentalhealth.gov/basics/what-is-mental-health/index.html>.

11 U.S. Department of Veterans Affairs, 'Dsm-5 Diagnostic Criteria for Ptsd Released' <http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/diagnostic_criteria_dsm-5.asp>.

12 World Health Organization, 'Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice: Summary Report / a Report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in Collaboration with the Victorian', Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne, (2004) <http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf>.

13 Yehuda, Rachel, and Jonathan Davidson, *Clinician's Manual on Posttraumatic Stress Disorder* (London: Schence Press, 2000).
14 กรมการแพทย์, มาตรฐานบริการสุขภาพจิต (2553).
15 กรมกำลังพลทหาร, แผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคลกองทัพไทย พ.ศ.2551-2555.
16 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 'สธ.เผยขณะนี้คนไทยเกือบ 13 ล้านคนมีปัญหาสุขภาพจิต ป่วยแล้วกว่า 3 ล้านราย ชี้แนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสภาพสังคมไทยเปราะบางขึ้น'2557) <http://beid.ddc.moph.go.th/th_2011/news.php?items=1661>.
17 กรมสุขภาพจิต, กรอบการวิจัยสุขภาพจิต (พ.ศ.2548 - 2552) (กรุงเทพฯ: เบสท์สเต็ปแอ็ดเวอร์ไทซิ่ง จำกัด, 2548).
18 ———, 'กรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตและแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) และนโยบายกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2557 – 2558'2557) <http://www.dmh.go.th/ebook/files/ทิศทางยุทธ์-นโยบายกรม 57-58>.
19 ———, 'รายงานการสำรวจสุขภาพจิตคนไทยไปพร้อมกับการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี 2552', (กรุงเทพ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2552).
20 ประคอง กรรณสูต, สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535).
21 กองทัพบก, คู่มือราชการสนาม 100 – 1 ถึง 4 ว่าด้วยหลักนิยมกองทัพบก พ.ศ. 2539 (กรุงเทพฯ: กรมยุทธศึกษาทหารบก).
22 กัญญา ธัญมันตา, สุขภาพจิตและมนุษยสัมพันธ์ในชุมชน (*Mental Health and Human Relations in Community)*. ed. by 5 (กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2550).
23 เกษม ตันติผลาชีวะ, สุขภาพจิตครอบครัว (กรุงเทพฯ: พรีเมียร์ เมย์ ออฟเซ็ท, 2542).
24 จำลอง ดิษยวณิช, and พริ้มเพรา ดิษยวณิช, ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ (เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545).
25 จุฑารัตน์ สถิรปัญญา, สุขภาพจิต *Mental Health*. ed. by 3 (สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ, 2554).
26 ไชยรัตน์ พฤกษชาติคุณากร, จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน (เชียงใหม่: โรงพิมพ์นันทพันธ์, 2542).
27 ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, and สเปญ อุ่นอนงค์, *Somatoform Disorders*. ed. by มาโนช หล่อตระกูล and ปราโมทย์ สุคนิชย์, จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552).
28 เด่นเดชา ประทุมเพ็ชร์, 'สุขภาพดีกับแพทย์ทหารเรือ ตอนแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในกองทัพเรือ ' <http://www.navy.mi.th/navic/document/850107b.html>.
29 ถาวร บุตรโสมตา, 'สุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า' (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525).

30 ทานตะวัน สุรเดชาสกุล, สุขภาพจิตและระบบบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย. ed. by มาโนช หล่อตระกูล and ปราโมทย์ สุคนิชย์, จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552).

31 ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, and ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ, 'ความเชื่อถือได้และความแม่นตรงของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย', วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (2539), 2 - 17.

32 ธนา นิลชัยโกวิทย์, and ดาวชมพู พัฒนประภาพันธุ์, ปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยทางกาย. ed. by มาโนช หล่อตระกูล and ปราโมทย์ สุคนิชย์, จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552).

33 นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร ปีการศึกษาพุทธศักราช 2549 – 2550, ยุทธศาสตร์ชาติ 2551 – 2555 (กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ).

34 นิดดา โรจน์จิรนันท์, 'สาเหตุการป่วยทางจิตของทหารที่รับไว้รักษา ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า' (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2520).

35 นุสรา วรภัทราทร, 'ความเครียดและการจัดการความเครียดของทหารประจำการ กองพันทหารราบที่ 4 กรมทหารราบที่ 1 รักษาพระองค์', วารสารพยาบาลทหารบก, 8 (2550).

36 บัณฑิต ศรไพศาล, เอกสารวิชาการบูรณาการสุขภาพจิต ทิศทางใหม่ในงานสุขภาพ. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พระธรรมขันต์ขอนแก่น, 2547).

37 บุญพร้อม เชษฐรตานนท์, 'Inter Interesting Topic เรื่อง Post – Traumatic Stress Disorder' <http://www.ramamental.com/topics/ptsd.pdf>.

38 บุษกร โรจนพรทิพย์, 'สุขภาพจิตของทหารผ่านศึกที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลทหารผ่านศึก' (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548).

39 เด่นเดชา ประทุมเพ็ชร์, 'สุขภาพดีกับแพทย์ทหารเรือ สุขภาพจิตในกองทัพเรือ' <http://www.navy.mi.th/navic/document/841206b.html>.

40 'ประมวลพระบรมราโชวาทและพระราชดำรัสเกี่ยวกับความสุขในการดำเนินชีวิต', <http://www.sufficiencyeconomy.org/kamphorsorn/web/page041.html>.

41 ประเสริฐ ธีรคุปต์, 'บ้านแตกสาแหรกขาด', ยุทธโกษ, 84 (2519), 20.

42 ปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์, สุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2545 – 2546 (กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546).

43 พนม เกตุมาน, คู่มือช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ประสบภัยและโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภยันตราย (*Post-Traumatic Stress Disorder)* (สงขลา: คณะทำงานการสื่อสารกับประชาชนเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลานครินทร์, 2552).

44 ภิสักก์ ก้อนเมฆ, 'การปฏิบัติทางทหารกับปัญหาทางจิตใจ'2551) <http://www.navy.mi.th/navic/document/910606a.html>.

45 มาโนช หล่อตระกูล, โรคอารมณ์แปรปรวน. ed. by มาโนช หล่อตระกูล and ปราโมทย์ สุคนิชย์, จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552).

46 รณชัย คงสกนธ์, ภาวะผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์วินาศภัย (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สหประชาพาณิชย์, 2548).

47 รัตนา สายพานิชย์, and สุวรรณี พุทธิศรี, โรควิตกกังวล. ed. by มาโนช หล่อตระกูล and ปราโมทย์ สุคนิชย์, จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552).

48 ละเอียด ชูประยูร, 'การศึกษาแบบทดสอบ Scl-90 ในคนไข้โรคประสาท', วารสารจิตวิทยาคลินิก, 9 (2521).

49 ละเอียด นวลเปล่ง, 'ทหารใหม่', 371 (2519), 41.

50 วนิดา ชนินทยุทธวงศ์, คู่มือครู การดูแลช่วยเหลือเด็กนักเรียนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้ (กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2551).

51 ———, คู่มือบุคลากรสาธารณสุข การดูแลช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้ (กรุงเทพ: สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2551).

52 วันเพ็ญ ธุรกิตต์วัณณการ, 'Anxiety Disorders' <http://www.docstoc.com/docs/26753657///ANXIETY-DISORDERS_3>.

53 วิชัย มนัสศิริวิทยา, <medical.nmd.go.th/model/course/info.php?id=13>.

54 วิโรจน์ อารีย์กุล และคณะ, ตำราเวชศาสตร์ทหาร (กรุงเทพฯ: โครงการตำราวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า, 2548).

55 ศูนย์จิตเวชทหารและยาเสพติด, <http://academy.pmk.ac.th/p09.htm>.

56 ศูนย์บริหารงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 'แผนงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยราชการสนามโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ปี 2552'2555) <http://sites.google.com/site/qolpmk/Home/home/customer-1/soldier-1>.

57 สเปญ อุ่นอนงค์, 'คนสุขภาพจิตดีเป็นอย่างไร อย่างไรคือคนปกติ' <http://thaipsychiatry.wordpress.com/คนสุขภาพจิตดีเป็นอย่างไร>.

58 สมบูรณ์ ดอนสนธิ์, 'ทหารก็มีสิทธิ์เป็น Ptsd ได้' <http://www.navy.mi.th/navic/document/900808a.html>.

59 สมภพ เรืองตระกูล, ตำราจิตเวชศาสตร์. ed. by 6 (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2542).

60 สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (2553).

61 อโนทัย สมานทรัพย์, 'สุขภาพจิตข้าราชการทหาร สังกัดกองบัญชาการช่วยรบที่ 3 ค่ายสมเด็จพระเอกาทศรถ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก' (มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2537).

62 สุพจน์ ขวัญนิมิตร, จิตเวชศาสตร์ทหาร. ed. by สุพัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา, ตำราจิตเวชศาสตร์สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย, 2520).

63 สุวัทนา อารีพรรค, ความผิดปกติทางจิต (กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524).

64 อรุณ เชาวนาศัย, 'จิตเวชศาสตร์ทหาร', ตำราจิตเวชศาสตร์ (2536).

65 ———, ปัญหาจิตเวชในกองทัพบก (วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2528).

66 อรุณรัศมิ์ ปกมนตรี, 'สุขภาพจิตของทหารผ่านศึกพิการ ที่รับการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลทหารผ่านศึก' (มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537).

67 อัมพร โอตระกูล, สุวัฒน์ ศรีสรฉัตร, and ชัยวัตร วงศ์อาษา, 'ปฏิกิริยาชุมชนต่อการตอบสนองวินาศภัย', วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 33 (2531), 205 - 10.

68 อัมพล สูอำพัน, ความผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตราย. ed. by เกษม ตันติผลาชีวะ, ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์, 2536).

69 'อาการแสดงออกของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต', <http://www.swu.ac.th/royal/book6/b6c4t5.html>.

70 อำนาจ รัตนวิลัยและคณะ, ความเครียดและทัศนคติของกำลังพลกองทัพบกไทยที่ปฏิบัติภารกิจในประเทศติมอร์ตะวันออก (กรุงเทพฯ: กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2546).

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)

การวิจัยเรื่อง ภาวะสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่รับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผู้ทำวิจัย
ชื่อ นางสาวกังสดาล เพ็งล่อง
ที่อยู่ 672/3 ซอยธิดา ถนนศรีปราชญ์ ตำบลคลัง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
เบอร์โทรศัพท์ 086-555-0801

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนามซึ่งเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว บุคคลที่ท่านไว้วางใจ หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าท่านจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

<u>เหตุผลความเป็นมา</u>

เนื่องจากทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนาม ต้องเผชิญภาวะตึงเครียดจากการปฏิบัติหน้าที่ในสนามรบและสถานการณ์ต่าง ๆ ก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางจิตใจ จึงทำให้กำลังพลบางรายอาจมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่เป็นผลกระทบมาจากการปฏิบัติหน้าที่ราชการสนาม

<u>วัตถุประสงค์ของการศึกษา</u>

1. เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. เพื่อศึกษาอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 108 คน ณ แผนกราชการสนาม มวก.5 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

<u>วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย</u>

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ จะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ ผู้วิจัยจะขอซักประวัติเพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบวัดสุขภาพจิต จำนวน 90 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตหลังภาวะวิกฤต จำนวน 8 ข้อ

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ให้ท่านได้กรอกประวัติส่วนตัวของท่าน และตอบแบบสอบถามทั้งหมด 3 ส่วนนี้ด้วยตัวท่านเอง โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าการตอบแบบสอบถามทั้งหมดนี้จะใช้เวลาประมาณ 30 นาที และท่านจะอยู่ในการวิจัยเฉพาะการตอบแบบสอบถามครั้งเดียวเท่านั้น

ข้อมูลประการสำคัญที่ท่านควรทราบ คือ การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลใด ๆ ต่อท่านในทุกกรณี ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใด ๆ เป็นพิเศษทั้งสิ้น และข้อมูลที่เกี่ยวกับตัวท่านซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัว ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปสรุปผลการวิจัยเท่านั้น การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งได้ และหากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้คลอดเวลา การขอถอนตัวจากการวิจัยจะไม่มีผลต่อท่านไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

<u>ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</u>

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยอย่างเคร่งครัด และสอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ ในการตอบแบบสอบถามได้ระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย

<u>ความเสี่ยงที่อาจได้รับ</u>

ท่านอาจจะมีความเสี่ยง เช่น เสียเวลา ไม่ได้พักผ่อน หงุดหงิด ปวดศีรษะ ตาลาย ไม่สบายระหว่างตอบคำถามในแบบสอบถาม

กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่พบอาการดังกล่าวข้างต้น หรืออาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วยระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้วิจัยทราบโดยเร็ว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้วิจัยทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะนำมาเป็นข้อมูลสำหรับกองทัพไทย บุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดแนวทางส่งเสริมให้ทหารราชการสนามมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งทั้งนี้หากประเมินพบว่าท่านมีความเสี่ยงด้านปัญหาสุขภาพจิต ผู้วิจัยจะแจ้งให้แพทย์หรือพยาบาล แผนกราชการสนามทราบ และดำเนินการส่งต่อเพื่อรับการรักษาจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าตามระบบต่อไป

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ข้อให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลพื้นฐานของท่าน และประเมินภาวะสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของท่านแก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวกังสดาล เพ็งล่อง ที่อยู่ 672/3 ซอยธิดา ถนนศรีปราชญ์ ตำบลคลัง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช โทรศัพท์ 086-555-0801 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือในกรณีด่าง ๆ อาทิเช่น ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย เป็นต้น

<u>การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร</u>

ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่านจะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยและผู้สนับสนุนการวิจัย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาว กังสดาล เพ็งล่อง ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

<u>สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</u>

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ คำแนะนำเกี่ยวกับแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้ทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่หรือการหลอกลวง

หากท่านมีข้อสงสัยหรือคำถามใด ๆ เกี่ยวกับสิทธิ์ของท่านในเรื่องการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามผู้ทำวิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ที่หมายเลขโทรศัพท์ 086-555-0801 หรือผู้ทำวิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิดล ชั้น 3 ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 หรือ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2256-4455 หรือ 0-2256-4493 ต่อ 13 หรือ 14 ในวันและเวลาราชการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ภาวะสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการ สนามที่รับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... .....
ที่อยู่..... .....
ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนามและวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยและแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าไม่พอใจ

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม โดยข้าพเจ้ามีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จะนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้ในรูปสรุปผลรวมของการวิจัย

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์ เพื่อความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าจะให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลพื้นฐานและประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้าเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อจะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....นางสาวกังสดาล เพ็งล่อง.....) ชื่อผู้ทำวิจัยตัวบรรจง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยานตัวบรรจง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบสอบถาม

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามในโครงการวิจัยเรื่องภาวะสุขภาพจิตและอาการผิดปกติทางจิตภายหลังภยันตรายของผู้ป่วยทหารราชการสนามที่รับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งมีการใช้แบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบทดสอบวัดสุขภาพจิต จำนวน 90 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตหลังภาวะวิกฤต จำนวน 8 ข้อ

ขอให้ท่านอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนและพิจารณาคำถามอย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ตรงสภาพของท่านมากที่สุด และโปรดตอบคำถามทุกข้อ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

(นางสาวกังสดาล เพ็งล่อง)
ผู้วิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

<u>ส่วนที่ 1</u> แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

<u>คำชี้แจง</u> กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ตรงกับสภาพของท่าน

1. ระดับชั้นยศ
   - ☐ พลทหาร
   - ☐ นายทหารชั้นประทวน ระดับชั้นยศ _____
   - ☐ นายทหารชั้นสัญญาบัตร ระดับชั้นยศ _____

2. อายุ _____ ปี

3. สถานภาพสมรส
   - ☐ โสด
   - ☐ สมรส
   - ☐ หม้าย
   - ☐ หย่า
   - ☐ แยกกันอยู่ (เลิกกันโดยไม่ได้หย่าตามกฎหมาย)

4. ระดับการศึกษาสูงสุด
   - ☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี จาก ☐ สถาบันการศึกษาทางทหาร (ระบุ _____)
     ☐ อื่น ๆ
   - ☐ ปริญญาตรี จาก ☐ สถาบันการศึกษาทางทหาร (ระบุ _____)
     ☐ อื่น ๆ
   - ☐ สูงกว่าปริญญาตรี จาก ☐ สถาบันการศึกษาทางทหาร (ระบุ _____)
     ☐ อื่น ๆ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

5. เงินเดือนและรายได้พิเศษอื่นๆต่อเดือน
   - ☐ ต่ำกว่า 10,000 บาท
   - ☐ 10,001 – 15,000 บาท
   - ☐ 15,001 – 20,000 บาท
   - ☐ 20,001 – 25,000 บาท
   - ☐ 25,001 – 30,000 บาท
   - ☐ มากกว่า 30,000 บาท

6. ภูมิลำเนาเดิม

☐ กรุงเทพมหานคร
☐ ภาคกลาง
☐ ภาคเหนือ
☐ ภาคใต้
☐ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

7. โรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพ

☐ ไม่มี
☐ มี โปรดระบุ _____

8. ประวัติการใช้ยาหรือสารต่าง ๆ

โปรดตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวา โดยในกรณีที่ท่านใช้ยาหรือสารดังกล่าวและยังคงใช้อยู่ต่อเนื่อง โปรดระบุความถี่ (จำนวนครั้ง) ในการใช้

ยาหรือสาร	ไม่เคยใช้	เคยใช้แต่เลิกแล้ว	ใช้ (ยังใช้ต่อเนื่อง)	ความถี่ต่อสัปดาห์ (ระบุจำนวนครั้ง)
1. บุหรี่ ยาเส้น/ยาสูบ				
2. สุราหรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์				
3. กาแฟ				

9. ข้อมูลการปฏิบัติงาน/หน้าที่ทางทหาร

9.1 เหตุผลที่ท่านสมัครมาเป็นทหาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ รักชีวิตทหาร
☐ สำเร็จหลักสูตรของสถาบันทหาร
☐ ต้องการยศ/ตำแหน่ง และโอกาสก้าวหน้าในการงาน
☐ ถูกเกณฑ์ทหาร
☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____

9.2 ระยะเวลาที่ท่านเป็นทหาร หรือ อายุราชการ _____ ปี

9.3 จำนวนครั้งที่ท่านปฏิบัติราชการสนาม _____ ครั้ง

9.4 ตำแหน่ง ลักษณะการปฏิบัติงาน หรือหน้าที่ของท่าน _____

9.5 เหตุผลที่ท่านปฏิบัติราชการสนาม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ได้รับมอบหมายตามตำแหน่งหน้าที่
☐ ทำตามอุดมการณ์และด้วยความศรัทธา
☐ อยากมีประสบการณ์
☐ ต้องการค่าตอบแทน
☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____

10. ข้อมูลอาการบาดเจ็บที่ได้รับจากการปฏิบัติราชการสนาม

10.1 ประวัติการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนามในอดีต

☐ ครั้งนี้เป็นครั้งแรก
☐ ครั้งนี้เป็นครั้งที่ _____
(โปรดระบุรายละเอียดเหตุการณ์และอาการบาดเจ็บในครั้งที่ผ่านมา _____
_____)

10.2 ประวัติการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติราชการสนามในครั้งนี้

10.2.1 ผลการวินิจฉัยของแพทย์เกี่ยวกับอาการบาดเจ็บ

_____

10.2.2 ท่านเข้ารับการรักษาในแผนกราชการสนาม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ตั้งแต่ _____ เป็นระยะเวลา _____ วัน/เดือน/ปี

10.2.3 สถานการณ์ที่เป็นเหตุให้ท่านได้รับบาดเจ็บ (โปรดระบุ)

_____

_____

10.2.4 สาเหตุที่ท่านได้รับบาดเจ็บครั้งนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ เหยียบกับระเบิด ☐ ถูกสะเก็ดระเบิด ☐ ถูกลอบวางระเบิด
☐ ถูกยิง ☐ ถูกลอบยิง ☐ อุบัติเหตุขณะภารกิจ
☐ กระโดดร่ม ☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____

10.2.5 ลักษณะความบาดเจ็บ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ขาหัก ☐ แขนหัก
☐ ขาขาด ☐ แขนขาด
☐ บาดแผล บริเวณ _____
☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____

11. ผู้ดูแลขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

☐ คู่สมรส ☐ บุตร-ธิดา ☐ ญาติ ☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____

<u>ส่วนที่ 2</u> แบบทดสอบสุขภาพจิต Symptom Distress Checklists 90 (SCL.90)

<u>คำชี้แจง</u> ต่อไปนี้เป็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับท่านเป็นบางครั้ง โปรดพิจารณาคำถามแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงตามความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาว่าปัญหานั้นได้รบกวนท่านมากเพียงใด<u>ในสัปดาห์ที่ผ่านมาจนกระทั่งถึงวันนี้</u> (โปรดตอบคำถามทุกข้อ) โดยคำตอบจะมี 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0	ไม่มีเลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความทุกข์ หรือปัญหานั้นเลย
คะแนน 1	น้อย	หมายถึง	ท่านมีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นอยู่บ้าง แต่ไม่สม่ำเสมอ และเป็นจำนวนน้อย
คะแนน 2	ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นสม่ำเสมอ และเป็นจำนวนพอประมาณ ไม่รุนแรงนัก
คะแนน 3	มาก	หมายถึง	ท่านมีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นสม่ำเสมอ และเป็นจำนวนมาก
คะแนน 4	มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความทุกข์เกี่ยวกับอาการนั้นมาก มีความถี่ และรุนแรง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อ	ข้อความ	ไม่มีเลย 0	น้อย 1	ปานกลาง 2	มาก 3	มากที่สุด 4
1	ปวดศีรษะ					
2	ประสาทอ่อนหรือประหม่าง่าย					
3	ความคิดซ้ำซาก					
4	เป็นลมหรือวิงเวียน					
5	ขาดความสนใจทางเพศ					
6	ความรู้สึกวิพากษ์วิจารณ์คนอื่น					
7	มีความคิดว่าผู้หนึ่งผู้ใดมีความสามารถควบคุมความคิดของท่าน					
8	รู้สึกว่าคนอื่น ๆ ควรได้รับคำตำหนิที่ทำให้ท่านได้รับความลำบาก					
9	จำอะไรไม่ค่อยได้					
10	กังวลเกี่ยวกับความสะเพร่าของตนเอง					
11	ความรู้สึกโกรธและหงุดหงิดง่าย					
12	ปวดที่หัวใจหรือหน้าอก					
13	รู้สึกกลัวที่โล่งแจ้งหรือถนน					
14	รู้สึกไม่มีเรี่ยวแรงหรือเชื่องช้า					
15	คิดอยากตาย					
16	ได้ยินเสียงที่คนอื่นไม่ได้ยิน					
17	อาการตัวสั่น					
18	รู้สึกไม่ไว้ใจผู้อื่น					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อ	ข้อความ	ไม่มีเลย 0	น้อย 1	ปานกลาง 2	มาก 3	มากที่สุด 4
19	ไม่เจริญอาหาร					
20	ร้องไห้					
21	รู้สึกอายหรืออึดอัดเมื่ออยู่ต่อหน้าเพศตรงข้าม					
22	รู้สึกว่าถูกกักขังหรือถูกควบคุม					
23	มีอารมณ์พลุ่งที่ระงับไม่ได้					
24	กลัวโดยไม่มีเหตุผล					
25	รู้สึกกลัวเมื่อออกนอกบ้านคนเดียว					
26	ตำหนิตัวเองในเรื่องต่าง ๆ					
27	ปวดบั้นเอว					
28	รู้สึกลำบากในการทำงานให้สำเร็จ					
29	รู้สึกเหงา					
30	รู้สึกเศร้า					
31	กังวลในสิ่งต่าง ๆ มากเกินไป					
32	รู้สึกไม่สนใจในสิ่งต่าง ๆ					
33	รู้สึกกลัว					
34	รู้สึกสะเทือนใจง่าย					
35	คนอื่นล่วงรู้ความคิดในใจของท่าน					
36	รู้สึกว่าคนอื่น ๆ ไม่เข้าใจหรือเห็นอกเห็นใจท่าน					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อ	ข้อความ	ไม่มีเลย 0	น้อย 1	ปานกลาง 2	มาก 3	มากที่สุด 4
37	รู้สึกว่าคนอื่นไม่เป็นมิตรหรือไม่ชอบท่าน					
38	ต้องทำงานช้า ๆ เพื่อให้แน่ใจว่าถูกต้อง					
39	หัวใจเต้นแรงและเร็ว					
40	คลื่นไส้หรือปั่นป่วนในท้อง					
41	รู้สึกว่าด้อยกว่าคนอื่น					
42	ปวดกล้ามเนื้อ					
43	รู้สึกถูกจ้องมองหรือกล่าวถึง					
44	มีปัญหาเรื่องหลับยาก					
45	ตรวจตราสิ่งที่ทำไปแล้วซ้ำแล้วซ้ำอีก					
46	มีความลำบากในการตัดสินใจ					
47	รู้สึกกลัวการเดินทางโดยรถประจำทางหรือรถไฟ					
48	หายใจไม่สะดวก					
49	รู้สึกสะบัดร้อนสะบัดหนาว					
50	หลีกเลี่ยงบางสิ่ง บางอย่าง สถานที่บางแห่ง					
51	จิตใจว่างเปล่า					
52	รู้สึกชาหรือซู่ซ่าตามตัว					
53	มีก้อนอะไรมาจุกอยู่ที่คอหอย					
54	รู้สึกสิ้นหวังเกี่ยวกับอนาคต					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อ	ข้อความ	ไม่มีเลย 0	น้อย 1	ปานกลาง 2	มาก 3	มากที่สุด 4
55	ไม่มีสมาธิ					
56	รู้สึกว่าบางส่วนของร่างกายไม่มีแรง					
57	รู้สึกตึงเครียด					
58	รู้สึกหนักตามแขนขา					
59	คิดถึงเรื่องความตาย					
60	รับประทานมากเกินไป					
61	รู้สึกไม่สบายใจเมื่อคนเฝ้ามอง					
62	มีความคิดที่ไม่ใช่เป็นความคิดของตนเอง					
63	อยากทำร้ายคนอื่น					
64	ตื่นแต่เช้ามืด					
65	ทำอะไรซ้ำซาก เป็นต้นว่า แตะ นับ ล้าง					
66	หลับไม่สนิท					
67	อยากทำลายข้าวของ					
68	รู้สึกว่าคนอื่นไม่เห็นด้วยและไม่ร่วมมือกับท่าน					
69	รู้สึกว่าคนอื่นมุ่งความสนใจมาที่ตัวท่าน					
70	รู้สึกอึดอัดเมื่อมีคนมาก เช่น เมื่อไปซื้อของหรือไปชมภาพยนตร์					
71	รู้สึกว่าการทำทุกสิ่งทุกอย่างต้องใช้ความพยายาม					
72	รู้สึกตกใจเป็นบางครั้ง					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อ	ข้อความ	ไม่มีเลย 0	น้อย 1	ปานกลาง 2	มาก 3	มากที่สุด 4
73	รู้สึกอึดอัดเมื่อต้องกินหรือดื่ม ในที่สาธารณะ					
74	มีเรื่องโต้แย้งกับคนอื่นอยู่บ่อย ๆ					
75	รู้สึกกระวนกระวายเมื่อถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว					
76	คนอื่นไม่ให้ความเชื่อถือในความสำเร็จของท่าน					
77	รู้สึกหว้าเหว่ แม้ว่าจะอยู่ท่ามกลางผู้คน					
78	รู้สึกนั่งไม่ติด					
79	รู้สึกตัวเองไม่มีค่า					
80	รู้สึกว่าสิ่งที่คุ้นเคยมาก่อนดูแปลกไป					
81	อยากตะโกนหรือขว้างปาข้าวของ					
82	รู้สึกกลัวจะเป็นลมในที่สาธารณะ					
83	รู้สึกว่าคนอื่นจะเอาเปรียบถ้าท่านยอม					
84	ความคิดเรื่องเพศรบกวนท่านค่อนข้างมาก					
85	มีความคิดว่าท่านควรได้รับโทษจากบาป					
86	รู้สึกว่ามีอะไรมาผลักดันให้ทำสิ่งต่าง ๆ					
87	มีความคิดว่าบางสิ่งบางอย่างที่ผิดปกติอย่างร้ายแรงเกิดขึ้นกับร่างกายท่าน					
88	ไม่เคยมีความรู้สึกสนิทสนมกับผู้อื่น					
89	มีความรู้สึกผิด					
90	มีความคิดว่าบางสิ่งบางอย่างที่ผิดปกติเกิดขึ้นกับจิตใจท่าน					

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

<u>ส่วนที่ 3</u> แบบประเมิน General Health Questionnaire Plus Revision (GHQ 12 Plus - R) สำรวจภาวะสุขภาพจิตหลังภาวะวิกฤต สำหรับผู้ใหญ่อายุ มากกว่า 15 ปีขึ้นไป: PTSD Screening Test

<u>คำชี้แจง</u> กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย✓หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่าน <u>ในปัจจุบันหรือในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา</u>มากที่สุด โดยไม่นับรวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีตที่นานกว่านี้ (โปรดตอบคำถามทุกข้อ)

ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมามีเหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นกับตัวท่านบ้างหรือไม่

1. การรับรู้ต่อสิ่งรอบข้างของคุณลดลง ใช่หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. คุณมักจะคิดถึงเหตุการณ์ภัยอันตรายจากสนามรบนั้น ทั้งที่ไม่ได้ตั้งใจ ใช่หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

3. ภาพที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ภัยอันตรายจากสนามรบนั้น มักจะผุดขึ้นมาในใจคุณโดยที่คุณไม่ได้ต้องการ ใช่หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

4. คุณนอนหลับยากหรือหลับไม่สนิทเพราะเกิดภาพหรือความคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์ภัยอันตรายจากสนามรบนั้นผุดขึ้นมาในใจ ใช่หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

5. คุณพยายามหลีกหนีจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้คิดถึงเหตุการณ์ภัยอันตรายจากสนามรบนั้น ใช่หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

6. คุณรู้สึกกังวล กระวนกระวายและเครียดอยู่ตลอดเวลา ใช่หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

7. คุณรู้สึกจิตหม่นหมองเกือบตลอดทั้งวัน ใช่หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

8. คุณรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ใช่หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกังสดาล เพ็งล่อง

เกิดวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2529 จังหวัดนครศรีธรรมราช ปัจจุบันอายุ 28 ปี

ปี พ.ศ.2552 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี คณะครุศาสตร์ สาขาวิชามัธยมศึกษา (มนุษยศาสตร์-สังคมศาสตร์) วิชาเอกภาษาไทยและจิตวิทยาการปรึกษาและแนะแนว จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัจจุบันศึกษาต่อระดับปริญญามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University