

2015-01-01

สินามิ-พลิกวิกฤตให้เป็นโอกาสการเรียนรู้วิทยาศาสตร์สุขภาพในประเทศไทย

สมฤดี จิตประไพ

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/cuej>



Part of the [Environmental Sciences Commons](#)

Recommended Citation

จิตประไพ, สมฤดี (2015) "สินามิ-พลิกวิกฤตให้เป็นโอกาสการเรียนรู้วิทยาศาสตร์สุขภาพในประเทศไทย," *Environmental Journal*: Vol. 19: Iss. 1, Article 7.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/cuej/vol19/iss1/7>

This Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Environmental Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

สึนามิ - พลิกวิกฤตให้เป็นโอกาสการเรียนรู้ วิทยาศาสตร์สุขภาพในประเทศไทย

โดย อาจารย์ ดร.สมฤดี จิตประไพ

สึนามิที่เกิดขึ้นภายหลังแผ่นดินไหวความแรงขนาด (Seismic Moment Magnitude, Mw) 9.1-9.3 [1] เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2547 จนมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 250,000 คน มีประชาชนหลายล้านคนในประเทศรอบมหาสมุทรอินเดียไร้ที่อยู่อาศัย หรือได้รับผลกระทบ ในประเทศไทยนั้นมีผู้เสียชีวิตมากถึง 5,393 คน ผู้ได้รับบาดเจ็บ 8,457 คน และสูญหาย 3,062 คน ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในพื้นที่เขาหลัก จ.พังงา และพื้นที่ชายฝั่งของจังหวัดภูเก็ต และจังหวัดกระบี่[2] นับเป็นจุดเริ่มต้นทศวรรษของภัยธรรมชาติทางทะเลของโลก เหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยทางธรรมชาตินี้ได้ปลุกกระแสความตื่นตัว และความตระหนักถึงความเปราะบางของมนุษย์ที่มีต่อภัยธรรมชาติขึ้นอย่างมากมาโดยเฉพาอย่างยิ่งในสังคมไทย

ทันทีที่คลื่นสึนามิสงบลงการให้ความช่วยเหลือฉุกเฉินในระยะแรก (Disaster and Emergency Response) ได้เริ่มขึ้น ในประเทศไทยนั้นการให้ความช่วยเหลือนี้ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยภาครัฐ หน่วยทหาร ชาวบ้านในท้องถิ่น และอาสาสมัครบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งต่างเร่งช่วยเหลือและให้การรักษายาบาลผู้ประสบภัย แต่เนื่องจากผู้ได้รับบาดเจ็บมีจำนวนมาก มีลักษณะบาดแผลและความเจ็บปวดที่ต่างจากอุบัติเหตุทั่วไปการให้การรักษาและพยาบาลผู้ประสบภัยสึนามิจึงแตกต่างจากการปฏิบัติงานที่ทุกคนคุ้นเคย นับเป็นประเด็นที่ท้าทายอย่างยิ่งของทีมแพทย์ พยาบาล และนักจิตวิทยา ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายในการฟื้นฟูสภาพจิตใจและร่างกายของผู้ประสบภัยเหล่านี้



ตลอดระยะเวลา 10 ปีหลังเหตุการณ์สึนามิในมหาสมุทรอินเดียที่ผ่านมา นักวิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพทั่วโลก รวมทั้งนักวิชาการชาวไทยได้ค้นคว้าวิจัยนำเสนอความก้าวหน้าของผลการศึกษา และตีพิมพ์เผยแพร่องค์ความรู้ใหม่ ๆ มากมายในวารสารทางวิชาการชั้นนำต่าง ๆ ทั่วโลก แต่เป็นที่น่าเสียดายที่องค์ความรู้ใหม่ ๆ เหล่านี้ถูกจำกัดอยู่ในแวดวงนักวิชาการ วัตถุประสงค์หลักของบทความนี้จึงเพื่อรวบรวมและนำเสนอผลงานการศึกษาวิจัยเหล่านี้ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย สื่อสารเข้าถึงประชาชนทั่วไป เพื่อเป็นการพลิกวิกฤตจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ ให้เป็นโอกาสในการเรียนรู้ เพิ่มพูนความเข้าใจเกี่ยวกับภัยธรรมชาติทางทะเลในวงกว้าง นำชุมชนและสังคมไทยไปสู่การพัฒนาแนวทางป้องกันปรับตัว และเตรียมรับภัยธรรมชาติที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1. การประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมหลังเหตุการณ์สึนามิ

การประเมินสถานการณ์ความต้องการทางการแพทย์อย่างรวดเร็วที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากเมื่อพิบัติภัยสงบลง ทั้งนี้เพื่อให้หน่วยงานผู้ให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยสามารถทำงานได้อย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และลดความซ้ำซ้อน ช่วงเวลาดังกล่าวนี้กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กระทรวงกลาโหม ซึ่งเป็นหน่วยงานร่วมกับสถาบันวิจัยทางการแพทย์ทหารสหรัฐอเมริกา ได้เป็นกำลังสำคัญในการประเมินสถานการณ์ดังกล่าว^[3] โดยได้นำแนวทางของข้อตกลงการประเมินด้านสุขภาพอย่างรวดเร็วในสถานการณ์ฉุกเฉินที่กำหนดขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies)^[4] มาประเมินสถานการณ์ในพื้นที่ประสบภัยในช่วงสัปดาห์แรกหลังเหตุการณ์สึนามิ ข้อตกลงนี้แบ่งแนวทางการประเมินเป็น 10 ด้าน ครอบคลุมกรอบการประเมินที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว เหมาะสมกับสถานการณ์ และภูมิศาสตร์ของสถานที่ประสบภัย อาทิ การประเมินแหล่งกำเนิดโรคติดต่อ การควบคุมการเกิดโรคระบาดการดูแลผู้ไร้ที่อยู่อาศัย รวมไปถึงการดูแลสภาพแวดล้อมที่อาจมีผลกระทบต่อกลุ่มผู้รอดชีวิต ซึ่งผลจากการประเมินนี้พบว่า การตอบสนองความต้องการทางการแพทย์ของระบบสาธารณสุขในประเทศไทยต่อภัยระลอกเป็นไปอย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ และยังสามารถเพียงพอที่จะช่วยเหลือประเทศอื่นที่ประสบภัยในเวลาเดียวกันนั้น^[5] ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขมีแผนการจัดการผู้ป่วยจำนวนมากจากภัยพิบัติที่ชัดเจน และพร้อมแจกจ่ายแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องทุกระดับ นอกจากนั้นการขนส่งบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ทำได้ดี เพราะถนนสายหลักตั้งอยู่บนที่สูงไม่ได้รับความเสียหายจากคลื่นสึนามิ มีเพียงการเก็บกวาดซากปรักหักพังที่กีดขวางทางออกเท่านั้น การที่โรงพยาบาลในพื้นที่ประสบภัยเกือบทั้งหมดตั้งอยู่ในพื้นที่ปลอดภัยไม่ได้รับความเสียหายจากคลื่น มีระบบสาธารณสุขปกคลุม ไฟฟ้า น้ำ โทรศัพท์ ครบถ้วน ทำให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยดำเนินไปได้ ปัญหาสำคัญในช่วงสองวันแรกหลังสึนามิ คือ การขาดแคลนเลือด อุปกรณ์ทางการแพทย์ และจำนวนผู้ป่วยที่มากกว่า 6,500 คน^[6] แต่ปัญหาเหล่านี้หมดไปเมื่อโรงพยาบาลเหล่านี้ได้รับเลือดและอุปกรณ์จากส่วนกลางและหน่วยงานนอกพื้นที่ประสบภัย รวมถึงการหลังไหลของอาสาสมัครทางการแพทย์จากส่วนอื่น ๆ ของประเทศที่มาให้การช่วยเหลือ รวมทั้งการที่สามารถกระจายส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ นอกพื้นที่ประสบภัยที่มีความพร้อมได้

ส่วนการประเมินสภาพแวดล้อมในพื้นที่ประสบภัยนั้น คณะทำงานพบว่าแหล่งน้ำอุปโภคบริโภคได้รับผลกระทบและเกิดแอ่งน้ำสกปรกตามพื้นที่ต่าง ๆ ประชาชนจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคติดต่อ อาทิ ท้องร่วง โรคที่มีุงเป็นพาหะ และโรคติดเชื้ออื่น ๆ ได้สูง ซึ่งทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการเฝ้าระวังโรคเหล่านี้เป็นพิเศษและสามารถควบคุมการแพร่กระจายของโรคได้ดี แต่อย่างไรก็ตามการประเมินนี้ได้ชี้ให้เห็นถึงความขาดแคลนบุคลากรด้านจิตเวชและแผนการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัย ที่แม้จะได้รับความช่วยเหลือด้านร่างกายแล้วยังระทมทุกข์และไม่สามารถฟื้นฟูจิตใจได้ แม้เวลาจะผ่านไปนานนับปี ในด้านการจัดการศพผู้เสียชีวิตที่มีมากมายนั้น ประเทศไทยปฏิบัติแตกต่างจากประเทศอื่นคือไม่ทำการฝังศพแบบรวมหมู่ แต่พยายามจำแนกอัตลักษณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งในแง่หนึ่งนั้นเป็นการช่วยเหลือที่ดีด้านจิตใจต่อญาติพี่น้องของผู้เสียชีวิต แต่ก็ทำให้เกิดความท้าทายอย่างมากต่อการจัดการศพที่มีจำนวนมากมาย ^{[3] [6] [7] [8] [9]}

2. ลักษณะเฉพาะของการบาดเจ็บจากภัยสึนามิ

การวินิจฉัยภาวะการบาดเจ็บของผู้ประสบภัยสึนามิด้วยการเอกซเรย์นั้นพบว่ามีความแตกต่างอย่างมากจากผู้ประสบภัยธรรมชาติในลักษณะอื่น ๆ^[10] เช่น ในกรณีผู้ประสบภัยจากแผ่นดินไหวมักได้รับบาดเจ็บเนื่องจากอาคารถล่มทับ ทำให้กระดูกหัก หรือการถูกซากอาคารกดทับเป็นระยะเวลาอันยาวนานกว่าจะได้รับการช่วยเหลือ แต่ในกรณีผู้ประสบภัยสึนามินี้มักถูกกระแทกด้วยคลื่นน้ำความเร็วสูงในทันทีทันใด และร่างกายกระแทกกับอาคารหรือต้นไม้บริเวณชายฝั่งอย่างแรงร่างกายจึงบอบช้ำอย่างมากจากแรงกระแทก ผู้ป่วยบางรายมีภาวะกระดูกหัก ร่วมกับมีบาดแผลฉีกขาดที่ผิวหนังเนื่องจากถูกเศษซากอินทรีย์วัตถุต่างๆ ทิ่มตำรวมทั้งการสำลักน้ำทะเลที่มีน้ำดินโคลน นอกจากนี้ผลการวินิจฉัยโดยละเอียดโดยการเอกซเรย์ยังพบทรายหรือสิ่งแปลกปลอมในหลอดเลือด และโพรงจมูกซึ่งพบในผู้ประสบภัยสึนามิที่ผ่านการจมน้ำซึ่งที่ผ่านมานี้ไม่เคยมีรายงานการพบลักษณะนี้มาก่อน^[10] ซึ่งสิ่งแปลกปลอมเหล่านี้สามารถนำไปสู่การติดเชื้อแบคทีเรียทั้งในระบบไหลเวียนโลหิต และระบบทางเดินหายใจได้ในเวลาต่อมา

สภาพบาดแผลดังกล่าวของผู้ประสบภัยนั้นสอดคล้องกับรายงานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อที่พบว่าผู้ได้รับบาดเจ็บจากคลื่นสึนามิมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคมะลิออยโดสิส (Meliodosis) ซึ่งเป็นภาวะติดเชื้อแบคทีเรียรุนแรงในกระแสเลือด และทางเดินหายใจ ซึ่งโดยปกติแล้วพบผู้ป่วยโรคนี้น้อยมากในพื้นที่ชายฝั่งอันดามัน แต่มีพบมากทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีภาวะบกพร่องทางภูมิคุ้มกัน อาทิ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคไต รวมถึงกลุ่มผู้ดื่มสุราจัด^{[11] [12]} การที่ผู้ประสบภัยสึนามิมีความเสี่ยงสูงต่อการรับเชื้อโรคดังกล่าวนี้เนื่องจากผู้ป่วยผ่านการสำลักน้ำหรือน้ำโคลนที่มีเชื้อนี้ปนเปื้อนหรือได้รับบาดเจ็บแผลฉีกขาดที่ผิวหนังเป็นบริเวณกว้าง รวมถึงมีบาดแผลฉีกขาดลึก^{[12][13] [14]} การติดเชื้อดังกล่าวจึงเป็นเหตุให้ผู้รอดชีวิตจากคลื่นสึนามิบางรายกลับต้องพักฟื้นเนื่องจากแพทย์จำเป็นต้องตัดอวัยวะแขน ขาที่มีการติดเชื้อรุนแรงออก หรือบางรายกลับเสียชีวิตในเวลาต่อมาเนื่องจากเชื้อโรคชนิดนี้ใช้เวลาพักตัวนานและไม่แสดงอาการในระยะแรก^[12] นอกจากนี้ยังพบการเกิดโรคมะลิออยโดสิสกับผู้รอดชีวิตจากสึนามิหลายรายทั้งในประเทศอินโดนีเซีย และศรีลังกาด้วย^{[13] [14]} ดังนั้นจึงเป็นจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรผู้ให้การรักษาผู้ประสบภัยจากสึนามิต้องเฝ้าระวังโรคนี้อย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษ และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อลดความสูญเสียที่อาจตามมา

3. ภัยสึนามิกับแผลบาดเจ็บจิตใจ

ผู้รอดชีวิตจากสึนามิหลายรายนั้นไม่ได้รับบาดเจ็บทางกายแต่อย่างใด แต่เมื่อมีการติดตามผลกระทบด้านสุขภาพในระยะเวลาประมาณ 1-2 ปีให้หลัง^{[15][16]} กลับพบว่าผู้ผ่านเหตุการณ์ดังกล่าวมีอาการความเจ็บปวดด้านร่างกายในหลายระบบ อาทิ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal system) ระบบหายใจและไหลเวียนโลหิต (Cardiorespiratory system) ระบบประสาท (Neurological system) และระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal system) โดยพบว่าอาการเหล่านี้สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของประสบการณ์ที่ผู้รอดชีวิตจากสึนามิได้รับ อาทิ การได้เห็นผู้อื่นบาดเจ็บและเสียชีวิต แต่ตนเองรอดชีวิตมาได้ รวมทั้งการพบเห็นผู้เสียชีวิตจำนวนมาก หรือความเสียหายอย่างมาก จึงจัดผู้รอดชีวิตเหล่านี้ไว้ในกลุ่มของผู้ป่วยโรคทางกายจากความเครียด (Psychosomatic disorders)

นอกจากนี้ยังมีรายงานการเกิดโรคความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) ซึ่งเป็นอาการที่มักเกิดขึ้นหลังจากบุคคลผ่านเหตุการณ์อันเลวร้าย^[17] ซึ่งมีลักษณะอาการสำคัญคือในวันแรก ๆ มักมีอาการช็อค เจ็บเฉย ขาดการตอบสนอง สับสน เฉยชา ไม่แจ่มใสร่าเริง นอกจากนั้นมักมีอาการตกใจหวาดกลัว ตื่นตัวสะดุ้งตกใจง่าย ไม่มีสมาธิ เห็นภาพเหตุการณ์สึนามิซ้ำแล้วซ้ำอีกในจินตนาการบางคนมีอาการใจสั่นมือสั่น เหงื่อออกมาก หลายคนมีอาการหลีกเลี่ยงหวาดกลัวทะเลและสิ่งเชื่อมโยงต่อเหตุการณ์สึนามิ สภาพจิตตึงเครียด รวมถึงพบอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าร่วมด้วย^[18] อนึ่งอาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นในช่วง 4 สัปดาห์แรกหลังเหตุการณ์เรียกว่า Acute Stress Disorder แต่หากอาการเหล่านี้ยังคงอยู่ หรือเกิดขึ้นในภายหลังจึงเรียกว่า PTSD^[17]

เป็นที่น่าสนใจว่าระดับความรุนแรงของอาการดังกล่าวนี้ พบมากเป็นพิเศษในกลุ่มผู้ประสบภัยที่เป็นผู้หญิงอายุมากกว่า 65 ปี^[19] โดยอาการนี้สัมพันธ์กับปัจจัยการสูญเสียคนใกล้ชิดในครอบครัว บ้านเรือน ทรัพย์สิน ไร่ที่อยู่อาศัย สูญเสียอาชีพ ได้รับบาดเจ็บหมดหวัง ท้อแท้ หรือ รู้สึกไร้ความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ใดในชีวิตของตน^{[18] [20] [21]}



ภาพที่ 1 หญิงชราผู้ประสบภัยกับบ้านพักชั่วคราวในพื้นที่จังหวัดพังงา (ภาพถ่ายโดยผู้เขียน เมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2548)

4. การช่วยเหลือฟื้นฟูจิตใจเด็กน้อยผู้ประสบภัยสึนามิ

การศึกษาถึงภาวะของโรค PTSD อาการวิตกกังวล และซึมเศร้าในเด็กอายุ 7-14 ปี ที่ประสบภัยสึนามิพบว่าระดับของอาการดังกล่าวสัมพันธ์กับการได้รับการช่วยเหลือที่ล่าช้า การเผชิญกับความหวาดกลัวสุดขีด การที่ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวตกอยู่ในกระแสน้ำจากคลื่นสึนามิและได้รับบาดเจ็บ นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อเปรียบเทียบระดับของภาวะดังกล่าวในช่วงเวลา 8 สัปดาห์แรก และ 9 เดือนหลังจากสึนามินั้นพบว่าภาวะนี้ไม่ลดลง^[22] จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานต่าง ๆ จะต้องให้ความสนใจช่วยเหลือเป็นพิเศษ เนื่องจากมักเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากต่าง ๆ เริ่มลดการช่วยเหลือหรือถอนตัวออกจากพื้นที่ประสบภัย

สำหรับการติดตามการฟื้นฟูสภาพจิตใจในระยะยาวโดยเฉพาะเด็ก ๆ ในพื้นที่ประสบภัยนั้นพบว่ามีการศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องโดยคณะทำงานด้านสุขภาพจิตในช่วงเวลา 1-5 ปี หลังเหตุการณ์สึนามิ^{[21] [23] [24] [25]} ซึ่งพบข้อมูลที่น่าสนใจว่าในระยะ 6 สัปดาห์แรกหลังสึนามินั้นการปรากฏของภาวะ PTSD ในเด็กนั้นสูงที่สุดถึงร้อยละ 57.3 แต่ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 7.6 เมื่อเวลาผ่านไป 2 ปี^[23] และแม่เด็ก ๆ ที่ประสบภัยจะได้รับการสนับสนุนด้านทุนการศึกษา และการฟื้นฟูด้านสุขภาพกายและจิตแต่พบว่าเมื่อเวลาผ่านไป 5 ปี ยังมีเด็ก ๆ อีกร้อยละ 2.7 ที่ยังอยู่ในภาวะ PTSD ที่ยังต้องการการดูแลด้านจิตใจอย่างใกล้ชิด^[25]



ภาพที่ 2 เด็กๆ ชาวมอแกนในบ้านพักที่สร้างขึ้นใหม่หลังเหตุการณ์พิบัติภัยสึนามิ ในเขตอุทยานแห่งชาติหมู่เกาะสุรินทร์ จังหวัดพังงา (ภาพถ่ายโดยผู้เขียน เมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2548)

ผลการศึกษาดังกล่าวนี้ส่งสัญญาณไปยังภาครัฐ รวมทั้งหน่วยงานผู้ให้การช่วยเหลือผู้ประสบสาธารณภัยในลักษณะเดียวกัน ที่ต้องให้ความสนใจดูแลเป็นพิเศษแก่กลุ่มเด็กและผู้ประสพภัยที่เป็นหญิงสูงอายุ^{[19] [25]} เนื่องจากจัดอยู่ในกลุ่มผู้มีความเปราะบางสูง (Highly vulnerable persons) โดยเฉพาะในเด็กนั้นการถูกละเลยด้านการฟื้นฟูสภาพจิตใจอาจนำไปสู่ปัญหาต่อเนื่องด้านอื่น ๆ อาทิ ปัญหาการเรียน ปัญหาพฤติกรรม ปัญหาการพัฒนาบุคลิกภาพ ปัญหาการใช้สุรา ยาเสพติด ซึ่งนำไปสู่ปัญหาสังคมต่อไปได้^[17]

จิตแพทย์ หรือหน่วยงานผู้ให้การช่วยเหลือมีบทบาทความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือเด็ก ๆ ในระยะแรกหลังประสบภัยเนื่องจากเป็นสถานะที่ผู้ใหญ่หรือผู้ปกครองเด็กเองอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถให้การดูแลเด็ก ๆ ได้การช่วยเหลือเบื้องต้นที่สามารถทำได้คือ การจัดสภาพแวดล้อมให้เด็กรู้สึกปลอดภัย สงบ เย็น ไปด้วยกับบุคคลใกล้ชิดจิต นอกจากนี้ควรป้องกันการซ้ำเติมทางจิตใจ อาทิ การถูกสัมภาษณ์เพื่อหาข้อมูลจากบุคคลภายนอก การรับรู้ข่าวเกี่ยวกับภัยพิบัติจากสื่อต่าง ๆ รวมไปถึงการเป็นผู้รับฟังที่ดี ให้เด็กมีโอกาสแสดงออก แสดงความคิดเห็น ไม่ปิดกั้นความรู้สึก การให้ความรู้แก่เด็กเพื่อให้เด็กเข้าใจอาการของตนเอง และวิธีการผ่อนคลายความเครียดอย่างง่าย^[17] ซึ่งในระยะนี้หากแยกให้เด็กได้ทำกิจกรรมนันทนาการเป็นกลุ่ม หรือทำศิลปะบำบัดระหว่างวันคล้ายกับการไปโรงเรียนนั้น จะเป็นผลดีกับทุกฝ่าย ทั้งยังเป็นการกระทำเชิงสัญลักษณ์ถึงการกลับมาใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ ช่วยให้การฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ประสพภัยในภาพรวมเป็นไปได้ดีขึ้น^[26] ทั้งนี้หน่วยงานผู้ให้การช่วยเหลือควรมีแผนงานที่ต่อเนื่อง ติดตามเด็กผู้ที่มีความเสี่ยงในระยะยาว มีกระบวนการคัดกรองผู้ที่มีปัญหา เพื่อส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตไปรับบริการที่เหมาะสมต่อไป

5. ภัยสึนามิกับงานด้านนิติเวช

การปฏิบัติงานด้านนิติเวชศาสตร์นับเป็นงานอีกด้านหนึ่งที่มีความท้าทายอย่างยิ่งภายหลังภัยสึนามิ เนื่องจากประเทศไทยไม่น่าวิธีการฝังศพรวมมาใช้กับศพของผู้เสียชีวิตที่มีจำนวนมาก แต่พยายามใช้วิธีจำแนกผู้ตายเป็นรายบุคคล สภาพอากาศร้อนชื้นทำให้ศพเสื่อมสภาพอย่างรวดเร็ว เจ้าหน้าที่จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการจำแนกผู้ตาย^{[6] [7]} กระบวนการดังกล่าวนี้สามารถทำได้หลายวิธี อาทิ เอกสารสำคัญในร่างกาย ทรัพย์สินที่ติดตัว การแต่งกาย รูปพรรณสัณฐาน ข้อมูลประวัติการทำฟัน ลายนิ้วมือและการพิสูจน์สารพันธุกรรม (ดีเอ็นเอ) ทั้งนี้ผลการศึกษาพบว่าการใช้ประวัติการทำฟันในการจำแนกบุคคลนั้นเป็นวิธีที่ทำได้ไม่ยากมีความแม่นยำสูง (แม้สภาพศพจะเสื่อมสลายไปมาก แต่หากมีโครงสร้างที่ครบถ้วนก็ยังสามารถทำได้) ค่าใช้จ่ายน้อย และสะดวกรวดเร็วที่สุด ทำให้สามารถส่งผู้เสียชีวิตเหล่านี้กลับบ้านได้ภายใน 1-4 เดือนแรกหลังพิบัติภัยสึนามิ^{[6] [8][9]}

อย่างไรก็ตามจากสภาพความเป็นจริงพบว่าวิธีการใช้ประวัติการทำฟันคัดแยกนี้ใช้ได้ผลดีกับผู้เสียชีวิตในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเฉพาะจากกลุ่มประเทศยุโรป และอเมริกา (ร้อยละ 76) เนื่องจากประเทศเหล่านี้มีการเก็บข้อมูลประวัติการทำฟันอย่างเป็นระบบระเบียบ มีภาพถ่ายเอ็กซเรย์ฟันที่ครบถ้วนได้มาตรฐาน แต่สำหรับผู้เสียชีวิตชาวไทยนั้น มีข้อมูลประวัติการทำฟันน้อยมาก (คือร้อยละ 2 ของผู้เสียชีวิตชาวไทยทั้งหมด) รวมทั้งประวัติที่ได้มักมีข้อมูลไม่ครบถ้วนการจดบันทึกใช้ตัวอักษรย่อที่ทราบเฉพาะบุคคล ไม่เป็นมาตรฐานที่เพียงพอเพื่อใช้ในการจำแนกบุคคล นอกจากนี้หากผู้เสียชีวิตตรวจรักษากับคลินิกทันตกรรมในพื้นที่ประสบภัย พบว่าเพิ่มเอกสารประวัติการทำฟันก็สูญหายไปกับสึนามิด้วยด้วยเหตุนี้เองทำให้การพิสูจน์บุคคลในกลุ่มผู้เสียชีวิตชาวไทยนั้นต้องสืบจากข้อมูลอื่น คือ ลายนิ้วมือ หรือการตรวจดีเอ็นเอ ซึ่งมีขั้นตอนที่ซับซ้อนใช้เวลานาน ค่าใช้จ่ายสูงกว่า บวกกับศพที่เสื่อมสภาพไปมาก ทำให้ผู้เสียชีวิตชาวไทยหลายรายนั้นไม่สามารถจำแนกบุคคลได้เลย นอกจากนี้เนื่องจากประเทศไทยมีผู้ป่วยในกลุ่มเลือดพิการแต่กำเนิด เช่น ทาลัสซีเมีย อยู่ในอัตราส่วนประชากรสูง ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวรบกวนโครงสร้างของกระดูกและฟันได้ ซึ่งอาจทำให้การคาดเดาค่าอายุจากกระดูกและฟันในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอายุน้อยกว่าอายุจริงไปถึง 3 ปี ซึ่งอาจต้องคำนึงถึงความจริงในข้อนี้หากต้องพิสูจน์อัตลักษณ์ของผู้เสียชีวิตที่เป็นเด็กในกลุ่มดังกล่าว^[27]

ดังนั้นเพื่อประโยชน์ในการพิสูจน์ทราบด้านนิติเวชในอนาคต จึงขอเสนอแนะว่าภาครัฐของไทยควรกำหนดนโยบายและมาตรฐานการจัดเก็บข้อมูลการทำฟันของประชาชนให้เป็นระบบ ประเด็นนี้แม้จะฟังดูยุ่งยากและเป็นระบบที่ต้องลงทุนสูง แต่ในระยะยาวนั้นระบบการจัดเก็บข้อมูลฟันนี้จะประโยชน์อย่างมากหากเกิดกรณีภัยพิบัติเช่นนี้หรือการพิสูจน์บุคคลในกรณีอื่น ๆ นอกจากนี้ในการสืบค้นข้อมูลการศึกษาวิจัยด้านนิติเวชศาสตร์กับการพิสูจน์บุคคลโดยนักวิชาการไทยนั้น พบว่ามีจำนวนน้อยมาก ซึ่งอาจสะท้อนถึงความสนใจในศาสตร์นี้ หรือด้วยงบประมาณที่จำกัดในหลายระดับ

6. เมื่อผู้ให้การช่วยเหลือตกเป็นผู้ประสบภัยเสียเอง

แม้ระบบสาธารณสุขของไทยจะได้รับคำชื่นชมจากนานาชาติในด้านประสิทธิภาพการให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยสึนามิ^[5] แต่สิ่งที่ถูกละเลยไปอย่างมากในยามเกิดเหตุพิบัติภัยและการฟื้นฟูสภาพ คือ คุณภาพชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และอาสาสมัครผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยในด้านต่าง ๆ ที่ทำงานต่อเนื่องยาวนานในสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ และเต็มไปด้วยความเครียดและความกดดัน ซึ่งหากพิจารณาอย่างถ่วงถ่วงแล้วคนกลุ่มนี้ก็ถูกจัดอยู่ในกลุ่มผู้ประสบภัยสึนามิเช่นกัน แต่กลับเป็นกลุ่มผู้ประสบภัยที่ถูกหลงลืมจากระบบการให้การช่วยเหลือฟื้นฟู ผลกระทบด้านสุขภาพที่คนกลุ่มนี้ได้รับนั้น พบว่ามีทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ^{[28] [29] [30] [31] [32] [33]}

ในด้านร่างกายนั้นพบว่ากลุ่มบุคลากรด้านนิติเวชซึ่งต้องปฏิบัติงานชันสูตรศพผู้เสียชีวิตจำนวนมากในสภาพความชื้นสูง ที่อุณหภูมิประมาณ 40 องศาเซลเซียส และเต็มไปด้วยไอระเหยของฟอร์มาลีนเข้มข้นนั้น พบรายงาน

ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ และผิวหนัง^{[30] [33]} ในด้านผลกระทบด้านสุขภาพจิตนั้น พบว่ากลุ่มผู้ให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยนี้มีจำนวนมากที่ต้องเผชิญกับสภาพ PTSD ของตนเอง โดยระดับของ PTSD ที่คนกลุ่มนี้ประสบนั้นขึ้นกับระดับของประสบการณ์ที่แต่ละบุคคลได้รับจากเหตุการณ์สึนามิ เช่น การที่ตนเองสูญเสียบุคคลในครอบครัว แต่ตนต้องมาปฏิบัติหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้อื่น การพบเห็นชิ้นส่วนมนุษย์และศพจำนวนมากมาย การได้กลิ่นศพเน่าเหม็น การพบเห็นสภาพความเสียหาย การพบเห็นและให้การช่วยเหลือแก่เด็กเล็ก ๆ ที่สูญเสียพ่อแม่ และความจำเป็นในการปฏิเสธการให้ความช่วยเหลือ^{[29] [31]} ประสบการณ์เหล่านี้นำมาสู่ความเครียด โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ความต้องการความช่วยเหลือมีมากจนล้นมือ ทำให้เจ้าหน้าที่เหล่านี้จำเป็นต้องปฏิเสธการให้ความช่วยเหลือ ส่งผลต่อความรู้สึกผิดในใจ (Guilt) จนทำให้มีผลต่อภาวะเครียดในระยะยาว^{[29] [31][32]}



ภาพที่ 3 การพบเห็นผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก และสภาพความเสียหายเป็นบริเวณกว้างในพื้นที่เขาหลัก จังหวัดพังงา ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของทั้งผู้ประสบภัย และผู้ให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัย (ภาพถ่ายโดยผู้เขียน เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2548)

กระบวนการดูแลสภาพจิตของตนเองและจัดการกับภาวะความเครียดและภาวะ PTSD ของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และอาสาสมัครผู้ให้ความช่วยเหลือเหล่านี้มีวิธีการที่แตกต่างกันไป^{[29] [31]} ในกลุ่มอาสาสมัครชาวต่างชาติที่เดินทางมาให้การช่วยเหลือในประเทศไทย และเดินทางกลับไปยังประเทศของตนเมื่อภัยพิบัติคลี่คลายนั้น พบว่ามีอัตราการใช้จ่ายในกลุ่มยาคลายเครียด ยานอนหลับ ยาต้านอาการซึมเศร้า เพิ่มขึ้นอย่างมาก^[32] โดยเฉพาะในกลุ่มเจ้าหน้าที่หญิงที่มีภาวะ PTSD และพบว่าหากเจ้าหน้าที่หญิงเหล่านี้มีระดับประสบการณ์ที่ใกล้ชิดกับสึนามิมากขึ้นเท่าใด ระดับของการใช้สุรา ภัยสุขภาพ และกลุ่มยาคลายเครียดก็จะเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น ส่วนในกลุ่มเจ้าหน้าที่ชายนั้น พบว่ามีการใช้ยากกลุ่มคลายเครียด ดื่มสุรา เสพกัญชา และสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลเหล่านี้ตกอยู่ในภาวะ PTSD โดยไม่เกี่ยวกับระดับประสบการณ์ที่ได้รับจากสึนามิอย่างไรก็ตามเนื่องจากเจ้าหน้าที่เหล่านี้เดินทางมาปฏิบัติงานเป็น

การชั่วคราวในพื้นที่ประสบภัยเพียงระยะสั้น เมื่อปฏิบัติงานเสร็จสิ้นก็เดินทางกลับประเทศของตน กลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัยย่อมทำให้เจ้าหน้าที่เหล่านี้ฟื้นฟูตนเองจากสภาพ PTSD ได้อย่างไม่ยากเย็นนัก แต่ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ชาวไทยที่อาศัย มีครอบครัว มีอาชีพที่ต้องปฏิบัติงานต่อเนื่องในพื้นที่ประสบภัยนั้นพบว่า กลุ่มคนเหล่านี้ต้องเผชิญกับภาวะ PTSD ที่หนักหนากว่ามากจึงมีกระบวนการในการจัดการตนเองที่ต่างออกไปซึ่งจะกล่าวถึงในกรณีศึกษาต่อไป

7. กรณีศึกษา-บทบาทของศาสนาและวัฒนธรรมในการฟื้นฟูจิตใจเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

กรณีศึกษาเชิงลึกโดย Varley และคณะ^[29] เกี่ยวกับสึนามิและผลกระทบด้านจิตใจโดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพในพื้นที่จังหวัดพังงา ซึ่งนับเป็นพื้นที่ที่มีผู้ประสบภัยมากที่สุด และเสียชีวิตมากที่สุดเป็นจำนวนกว่า 4,300 คน^[34] นั้นพบว่าภัยสึนามิส่งผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่กลุ่มนี้อย่างมาก เนื่องจากหลายรายเป็นทั้งผู้ประสบภัยเอง โดยสูญเสียบุคคลในครอบครัว เพื่อนญาติใกล้ชิด หรือทรัพย์สิน ขณะเดียวกันยังต้องให้การช่วยเหลือดูแลทางการแพทย์แก่ผู้ประสบภัยอื่น ๆ ตามหน้าที่ที่ตนรับผิดชอบ การรับภาระดังกล่าวต่อเนื่องยาวนานเช่นนี้ย่อมมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ปฏิบัติงาน

7.1 เผชิญหน้ากับความท้าทาย

ความท้าทายในการฟื้นฟูสภาพจิตใจของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ให้บริการด้านสุขภาพในพื้นที่ประสบภัยนั้น มีสาเหตุหลายประการ อาทิ การอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภัยสึนามิ การทำงานที่ทุกวันยังต้องทำงานให้บริการผู้ประสบภัย การรับเอาประสบการณ์ความสูญเสียของผู้ป่วยที่ตนดูแลมาเป็นความทุกข์ของตนเอง การเดินทางผ่านสภาพแวดล้อมที่ได้รับความเสียหายทุก ๆ วัน รวมไปถึงการต้องเป็นคนกลางในการนำเจ้าหน้าที่จากส่วนกลาง หรือนักวิจัยไปตามบ้านผู้ประสบภัย ได้พบเห็นการสัมผัสที่เป็นการรื้อฟื้นความเจ็บปวด สิ่งเหล่านี้จึงเป็นการยากที่จะหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ชวนให้นึกถึงเหตุการณ์ นอกจากนั้นอุปสรรคในการเดินทางของเจ้าหน้าที่ในการมาทำงานที่สำคัญและมักถูกมองข้าม หรือถูกมองว่าไร้สาระจากสังคมภายนอกหรือวงการวิชาการคือประสบการณ์ทางวิญญาณหรือเรื่องเล่าเกี่ยวกับวิญญาณของผู้เสียชีวิตจากภัยสึนามิที่พบเห็นตามถนนหนทาง และสถานที่ต่าง ๆ ในพื้นที่ ซึ่งประเด็นนี้ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ที่มักต้องเดินทางผ่านไปปฏิบัติงานยังสถานที่ต่าง ๆ ในเวลามืดหรือสว่าง ดังนั้นจึงไม่แปลกใจเลยว่าแม้ ณ เวลาที่ทำการศึกษาก็ผ่านไปแล้วเกือบ 3 ปี แต่คนกลุ่มนี้ยังต้องเผชิญกับภาวะ PTSD ของตนเองในการทำงาน^[29] อาการที่คนกลุ่มนี้ประสบและมีผลกระทบต่อการทำงานนั้นส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มโรคทางกายจากความเครียด เช่น อาการปวดหลัง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ใจสั่นหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ รวมไปถึงอาการในกลุ่ม PTSD และอาการซึมเศร้า

7.2 ยา ศาสนา และวัฒนธรรม

แนวทางการบำบัดฟื้นฟูสภาพจิตใจตนเองจากสภาพ PTSD ของเจ้าหน้าที่ชาวไทยกลุ่มนี้แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลโดยพบว่า เจ้าหน้าที่บางรายหิบบยา หรือหายาในกลุ่มยาคลายความเครียดรับประทานเองเงียบๆ โดยไม่ผ่านกระบวนการทางจิตเวช เนื่องจากเกรงใจไม่อยากจะเพื่อนร่วมงานรับรู้ปัญหาของตน จึงทำให้คนเหล่านี้เสียโอกาสที่จะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อคลายความเครียด อย่างไรก็ตามนอกเหนือจากการใช้ยาบำบัดแล้วพบว่าเจ้าหน้าที่เหล่านี้ได้ประยุกต์ใช้หลักคิดทางศาสนาและวัฒนธรรมมาใช้ในการจัดการฟื้นฟูสภาพจิตใจของตนเอง โดยเฉพาะหลักธรรมทางพระพุทธศาสนา หลักกรรม การปลงสังเวย หลักความเข้าใจในวิภูสงสาร เกิด แก่ เจ็บ ตาย มาช่วยในการจัดการกับภาวะ PTSD และการทำงาน นอกจากนั้นวัฒนธรรมความเชื่อท้องถิ่นเกี่ยวกับการตั้งศาลพระภูมิ ศาลเจ้าที่ ศาลเพียงตา ร่วมกับการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา การทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้กับผู้เสียชีวิตจากภัยสึนามิ ในโอกาสต่าง ๆ มีส่วนสำคัญอย่างมากในการช่วยลดความไม่มั่นคงปลอดภัยทางจิตใจที่เกิดจากความเชื่อเรื่องวิญญาณ

เจ้าหน้าที่เหล่านี้ยังยึดหลักจิตวิทยาในการเบี่ยงเบนความรู้สึกทุกข์ของตนเอง ด้วยการเร่งมุ่งมั่นให้ความช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง



ภาพที่ 4 พระพุทธรูปและหิ้งพระกลางแจ้ง พบเห็นได้ทั่วไปในพื้นที่ประสภภัยของจังหวัดพังงา แสดงถึงบทบาทสำคัญของศาสนาและวัฒนธรรมในกระบวนการฟื้นฟูสภาพจิตใจของประชาชนทั่วไปในพื้นที่ประสภภัย (ภาพถ่ายโดยผู้เขียน เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2548)

8. บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การรวบรวมผลการศึกษา ผลงานวิจัย และการค้นพบเกี่ยวกับบทเรียนจากสึนามิในปี 2547 ในบทความนี้ เปิดโอกาสให้เราทุกคนได้เรียนรู้จากความไม่รู้ในอดีต ให้เกิดความรู้เท่าทันต่อภัยธรรมชาติชายฝั่ง สามารถรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ และมีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อภัยมา อาทิ อุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อในผู้ประสภภัยสึนามิ ซึ่งทำให้เราระมัดระวังดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากขึ้นเพื่อลดความสูญเสีย ความไม่พร้อมของข้อมูลบุคคลในการสืบหาอัตลักษณ์ ซึ่งทำให้เราเก็บข้อมูลเหล่านี้ให้เป็นระบบระเบียบมากขึ้น การให้ความสำคัญต่อระบบโครงสร้างทางกายภาพต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ประสภภัยนั้นมีความสำคัญยิ่ง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาผลกระทบของภัยสึนามิที่มีต่อสุขภาพจิตนั้นเน้นย้ำคำกล่าวที่ว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือองค์กรผู้ให้การช่วยเหลือจะต้องให้ความสำคัญ

แก่ประเด็นผลกระทบของภัยพิบัติที่มีต่อสภาพจิตใจให้มากขึ้น และบรรจุแนวทางการให้ความรู้ในการดูแลสภาพจิตใจลงในแผนการเตรียมรับมือภัยพิบัติ หรือบรรเทาสาธารณภัยทั้งในระดับชุมชน หรือระดับภูมิภาค เพื่อประโยชน์ทั้งแก่ผู้ประสบภัยและเจ้าหน้าที่ผู้ให้การช่วยเหลือเอง และเมื่อมีภัยพิบัติเกิดขึ้น หน่วยงานต้นสังกัดส่วนกลางจำเป็นต้องให้การดูแลด้านสุขภาพทางจิตแก่บุคลากรผู้ให้บริการทางการแพทย์ในพื้นที่ประสบภัยอย่างใกล้ชิดและควรรีความสำคัญต่อการทำงานเป็นทีมไม่ทอดทิ้ง เนื่องจากมีผลต่อโดยตรงต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรเหล่านี้ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว

นอกจากนี้เนื่องจากค่านิยมของสังคมไทยยังไม่ให้การยอมรับการรักษาฟื้นฟูจิตใจในรูปแบบคลินิกทางการแพทย์มากนัก ผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือด้านจิตใจจึงมักหลีกเลี่ยงช่องทางดังกล่าว และหันไปใช้หลักความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม หรือประเพณีของท้องถิ่นในการช่วยเหลือจิตใจตนเองดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรพิจารณานำหลักศาสนาและวัฒนธรรมนี้มาประยุกต์กับทฤษฎีด้านจิตเวช และปรับรูปแบบการให้การช่วยเหลือด้านจิตใจที่สอดคล้องกับค่านิยมของชุมชนท้องถิ่นให้มากขึ้น เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายรวมทั้งส่งเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางสภาพจิตใจในระดับชุมชน ควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพกายในองค์กรรวม

สึนามิเป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติที่ได้ให้บทเรียนแก่นมนุษยชาติอย่างมาก โดยเฉพาะบทเรียนที่ให้นุชนัยแก่เราชาวไทยในพลังอำนาจของธรรมชาติผู้ให้กำเนิดสรรพสิ่งบนโลก สึนามิได้สอนให้นุชนัยพร้อมรับกับสถานการณ์จากภัยธรรมชาติที่ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ เพราะเราอาจทราบได้ว่าในวันหนึ่งเราอาจตกเป็นผู้ประสบภัยเสียเอง หรืออาจต้องสวมบทบาทผู้ช่วยเหลือผู้ประสบภัย ดังนั้นหน้าที่ของพวกเราทุกคนในขณะนี้จึงจำเป็นต้องเรียนรู้ ซักซ้อม ปรับตัว และเตรียมตนให้พร้อมรับกับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต คุณล่ะ...พร้อมรึยัง?

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะนักวิจัยและบุคลากรของสถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเดินทางศึกษาภาคสนามในพื้นที่ประสบภัยสึนามิในช่วงระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2548

เอกสารอ้างอิง

- [1] Lay, T., Kanamori, H., Ammon, C. J., Nettles, M., Ward, S. N., Aster, R. C., Beck, S. L., Bilek, S. L., Brudzinski, M. R., Butler, R., DeShon, H. R., Ekström, G., Satake, K. and Sipkin, S. 2005. The great Sumatra-Andaman earthquake of 26 December 2004. *Science*, 308(5725), 1127-1133.
- [2] Peduzzi, P., Allenbach, K., Chatenoux, B., Giuliani, G., Harayama, A., Kanala, R., Kluser, S. and Naville, F. 2005. After the tsunami: Rapid environmental assessment. United Nations Environment Programme. United Nations Environment Programme. Available from: <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:32358> [2014, October 28]
- [3] Gere๑๑-Burgue๑๑, F., Jongsakul, K., Smith, B. L., Ittiverakul, M., and Chiravaratanond, O. 2006. Rapid assessment of health needs and medical response after the tsunami in Thailand, 2004-2005. *Military medicine*, 171(10 Suppl 1), 8-11.
- [4] World Health Organization. 1999. Rapid health assessment protocols for emergencies. World Health Organization.
- [5] Jonathan Watts. 2005. Thailand shows the world it can cope alone. *The Lancet* , 365(9456), 284.

- [6] Petju, M., Suteerayongprasert, A., Thongpud, R. and Hassiri, K. 2007. Importance of dental records for victim identification following the Indian Ocean tsunami disaster in Thailand. *Public Health*, 121(4), 251–257
- [7] Schuller-Götzburg, P. and Suchanek, J. 2007. Forensic odontologists successfully identify tsunami victims in Phuket, Thailand. *Forensic Science International* 171(2–3), 204–207.
- [8] David Sweet. 2006. Solving certain dental records problems with technology–The Canadian solution in the Thailand tsunami response. *Forensic Science International* 159 (Suppl. 15), S20–S23.
- [9] Perrier, M., Bollmann, M., Girod, A., and Mangin, P. (2006). Swiss DVI at the tsunami disaster: Expect the unexpected. *Forensic science international*, 159, S30–S32.
- [10] Kaewlai, R., Srisuwan, T., Prasitvoranant, W., Meennuch, W., Yenarkarn, P., Kitayaporn, D., and Chuapetcharasopon, C. 2007. Radiologic findings in tsunami trauma: Experience with 225 patients injured in the 2004 tsunami. *Emergency Radiology*, 14(6), 395–402.
- [11] เสาวพักตร์ เหล่าศิริถาวร และธีรศักดิ์ ชักนำ. 2006. ความรู้เรื่องโรคเมลิออยโดสิส. กระทรวงสาธารณสุข. Available from: <http://www.boe.moph.go.th/fact/Melioidosis.htm> [2014, June 26]
- [12] Wuthiekanun, V., Chierakul, W., Rattalernavee, J., Langa, S., Sirodom, D., Wattanawaitunechai, C., Winothai, W., White, N. J., Day, N., and Peacock, S. J. 2006. Serological evidence for increased human exposure to *Burkholderia pseudomallei* following the tsunami in southern Thailand. *Journal of clinical microbiology*, 44(1), 239–240.
- [13] Chierakul, W., Winothai, W., Wattanawaitunechai, C., Wuthiekanun, V., Rugtaengan, T., Rattalernavee, J., Jitpratoom, P. and Peacock, S. J. 2005. Melioidosis in 6 tsunami survivors in southern Thailand. *Clinical infectious diseases*, 41(7), 982–990.
- [14] Kongsangdao, S., Bunnag, S., and Siriwiattanakul, N. 2005. Treatment of survivors after the tsunami. *New England Journal of Medicine*, 352(25), 2654–2655.
- [15] Keskinen-Rosenqvist, R., Michlén, H., Schulman, A., and Wahlström, L. 2011. Physical symptoms 14 months after a natural disaster in individuals with or without injury are associated with different types of exposure. *Journal of psychosomatic research*, 71(3), 180–187.
- [16] Isaranuwatjai, W., Coyte, P. C., McKenzie, K., and Noh, S. 2013. Impact of the 2004 tsunami on self-reported physical health in Thailand for the subsequent 2 years. *American journal of public health*, 103(11), 2063–2070.
- [17] พนม เกตุมาน. 2550. ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (Post-Traumatic Stress Disorder). *คลินิกจิต-ประสาท*. Available from: http://www.psychclin.co.th/new_page_81.htm. [2014, October 22]

- [18] Van Griensven, F., Chakkraband, M. S., Thienkrua, W., Pengjuntr, W., Cardozo, B. L., Tantipiwatanaskul, P., and Thailand Post-Tsunami Mental Health Study Group. (2006). Mental health problems among adults in tsunami-affected areas in southern Thailand. *Jama*, 296(5), 537-548.
- [19] Prueksaritanond, S. and Kongsakol, R. 2007. Biopsychosocial impacts on the elderly from a tsunami-affected community in southern Thailand. *J Med Assoc Thai*, 90(8), 1501-5.
- [20] Thavichachart, N., Tangwongchai, S., Kanchanatawan, B., Suppapitiporn, S., na Pattalung, A. S., and Roomruangwong, C. 2009. Posttraumatic stress disorder of the Tsunami survivors in Thailand. *J Med Assoc Thai*, 92(3), 420-9.
- [21] Piyasil, V., Ketumarn, P., Prubrukarn, R., Pacharakaew, S., Dumrongphol, H., Rungsri, S., and Chatchavalitsakul, W. 2008. Psychiatric disorders in children at one year after the tsunami disaster in Thailand. *J Med Assoc Thai*, 91(Suppl 3), S15-S20.
- [22] Thienkrua, W., Cardozo, B. L., Chakkraband, M. S., Guadamuz, T. E., Pengjuntr, W., Tantipiwatanaskul, P., and Thailand Post-Tsunami Mental Health Study Group. (2006). Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among children in tsunami-affected areas in southern Thailand. *Jama*, 296(5), 549-559.
- [23] Piyasil, V., Ketuman, P., Plubrukarn, R., Jotipanut, V., Tanprasert, S., Aowjinda, S., and Thaeeromanophap, S. (2007). Post traumatic stress disorder in children after tsunami disaster in Thailand: 2 years follow-up. *Medical journal of the Medical Association of Thailand*, 90(11), 2370-2376.
- [24] Ularntinon, S., Piyasil, V., Ketumarn, P., Sitdhiraksa, N., Pityaratstian, N., Lerthattasilp, T., and Pimratana, W. (2008). Assessment of psychopathological consequences in children at 3 years after tsunami disaster. *J Med Assoc Thai*, 91(Suppl 3), S69-S75.
- [25] Piyasil, V., Ketumarn, P., Plubrukarn, R., Ularntinon, S., Sitdhiraksa, N., Pithayaratsathien, N., Pariwatcharakul, P., Lerthattasilp, T., Chinajitphant, N., Liamwanich, K., Wadchareudomkarn, N., Sookatup, J., Wanlieng, T., Yongpitayapong, C., Paveenchana, P., Tasri, L., Chaiyakun, P. and Sanguanpanich., N. 2011. Post-traumatic stress disorder in children after the tsunami disaster in Thailand: a 5-year follow-up. *Journal of the Medical Association of Thailand* 94 (8 Suppl.3): 138-144.
- [26] Meprasert, S. 2006. The 2004 Indian Ocean tsunami: tourism impacts and recovery progress in Thailand's marine national parks. Ph.D. diss., Oregon State University, Corvallis, Oregon.
- [27] Viroj Wiwanitkit. 2012. Skeletal X-ray and dental methods in child victims of the Southeast Asian Tsunami. *Forensic Science, Medical & Pathology* 8: 204.

- [28] Armagan, E., Engindeniz, Z., Devay, A. O., Erdur, B., and Ozcakil, A. 2006. Frequency of post-traumatic stress disorder among relief force workers after the tsunami in Asia: do rescuers become victims?. *Prehospital and disaster medicine*, 21(03), 168–172.
- [29] Varley, E., Isaranuwatjai, W., and Coyte, P. C. 2012. Ocean waves and roadside spirits: Thai health service providers' posttsunami psychosocial health. *Disasters*, 36(4), 656–675.
- [30] Huusom, A. J., Agner, T., Backer, V., Ebbelstj, N., and Jacobsen, P. 2012. Skin and respiratory disorders following the identification of disaster victims in Thailand. *Forensic science, medicine, and pathology*, 8(2), 114–117.
- [31] Thoresen, S., Tønnessen, A., Lindgaard, C. V., Andreassen, A. L., and Weiseth, L. 2009. Stressful but rewarding: Norwegian personnel mobilised for the 2004 tsunami disaster. *Disasters*, 33(3), 353–368.
- [32] Vetter, S., Rossegger, A., Rossler, W., Bisson, J. I., and Endrass, J. 2008. Exposure to the tsunami disaster, PTSD symptoms and increased substance use: an Internet based survey of male and female residents of Switzerland. *BMC public health*, 8(1), 92.
- [33] Carballo, M., Heal, B., and Horbaty, G. 2006. Impact of the tsunami on psychosocial health and well-being. *International Review of Psychiatry*, 18(3), 217–223.
- [34] กรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง. ไม่ปรากฏปีที่เผยแพร่. การให้ความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ และความช่วยเหลือที่ชุมชนได้รับภายหลังเหตุการณ์ธรณีพิบัติ. กรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม: กรุงเทพฯ