

บทความพิเศษ

บทเรียนจากการปฏิบัติงานของทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT) ในสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนไทย-กัมพูชา : กรณีศึกษาในเขตสุขภาพที่ 10

วันรับ : 23 มกราคม 2569

วันแก้ไข : 27 กุมภาพันธ์ 2569

วันตอบรับ : 24 มีนาคม 2569

โกศล วราห์ศวปติ, พ.บ., อีราภา ธาณี, ศษ.ม., วิริย์อร จุมพระบุตร, พ.บ.,
กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, พ.บ., สุพัตรา สุขาวท, พร.ด., ณิชญา ชมพูนุตร, พย.ม.,
สุภัทรา ก้อนคำดี, พย.ม., พัทธนี พิมพ์บุตร, พย.ม.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดอุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การถอดบทเรียนครั้งนี้วิเคราะห์ปัจจัยสำเร็จ อุปสรรค และประเด็นที่ควรเรียนรู้และได้รับการพัฒนา เพื่อปรับปรุงและยกระดับการทำงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center: EOC) และทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Teams: MCATT) จากสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนไทย-กัมพูชาในเขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มสหวิชาชีพ รวม 149 คน

ผลการดำเนินงานพบว่า ทีม MCATT สามารถคัดกรองสุขภาพจิตในประชาชนที่ได้รับผลกระทบในพื้นที่สีแดงและสีส้มได้ครอบคลุมทุกคน โดยผู้ที่มีความเครียดสูงและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง 3,437 คน การติดตามในระยะต่อเนื่องพบว่า หลังได้รับมาตรการเยียวยาจิตใจ ร้อยละ 94 - 95 มีความเสี่ยงลดลง ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ระบบบริหารจัดการภายใต้ศูนย์ EOC ที่เข้มแข็งและยืดหยุ่น การนำนวัตกรรมมาใช้ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เช่น ระบบจิตเวชทางไกลและการบริหารคลังยา และระบบการคัดกรองและส่งต่อที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ทั้งนี้ ข้อเสนอแนะสำคัญ ได้แก่ การจัดทำระบบฐานข้อมูลกลางที่สามารถเข้าถึงได้ทันทีเพื่อลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล การยกระดับศักยภาพและสวัสดิการของผู้ปฏิบัติงาน และการวางแผนเชิงรุกเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับเหตุการณ์วิกฤตในอนาคต

คำสำคัญ : ความไม่สงบในชายแดน, ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ, ไทย-กัมพูชา, ภาวะวิกฤต

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สุพัตรา สุขาวท ; e-mail: sstboon@gmail.com

Special article

Lessons learned from the operations of Mental Health Crisis Assessment and Treatment Teams (MCATT) in response to the Thai-Cambodian border conflict: a case study of Health Region 10

Received : 23 January 2026

Revised : 27 February 2026

Accepted : 24 March 2026

Koson Wara-asawapati, M.D., Teerapa Thanee, M.Ed.,

Wireeon Joomprabutra, M.D., Kanokkarn Wiroteurairuang, M.D.,

Supattra Sukhawaha, Ph.D., Nutthiya Chompoobutr, M.N.S.,

Supattra Konkhamdee, M.N.S., Pushanee Pimpaboot, M.N.S.

Prasimahabhodi Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ubon Ratchathani Province

Abstract

This article aims to analyze success factors, barriers, and key lessons learned to enhance the operational effectiveness of the Emergency Operations Center (EOC) and Mental Health Crisis Assessment and Treatment Teams (MCATT) during the Thai-Cambodian border conflict in the Health Region 10. Data were collected through in-depth interviews and focus group discussions with 149 multidisciplinary professionals.

The findings revealed that MCATT achieved full coverage of initial mental health screening among affected populations in red and orange zones, identifying 3,437 individuals with high levels of stress and suicide risk who required continuous follow-up. Subsequent follow-up showed that, after psychological interventions, 94 - 95% of these individuals demonstrated reduced stress levels and suicide risk. Key success factors were identified, including a robust and flexible management system under the EOC, the appropriate and effective use of screening tools and technological innovations (e.g., telepsychiatry and medication stock-sharing system), and a clear and context-sensitive screening and referral system. Key recommendations included the development of an integrated, real-time data system to reduce redundancy, strengthening the capacity and welfare of operational staff, and enhancing proactive planning and preparedness for future emergencies.

Keywords: border conflict, crisis, MCATT, Thai-Cambodian

Corresponding author: Supattra Sukhawaha; e-mail: ssstboon@gmail.com

ความรู้เดิม : การเยียวยาจิตใจในภาวะวิกฤตมักอาศัยแนวทางมาตรฐาน เช่น การคัดกรองความเสี่ยง และการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจเบื้องต้นตามคู่มือการปฐมพยาบาลทางใจ (PFA)

ความรู้ใหม่ : การเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดน ต้องอาศัยการบริหารจัดการที่เข้มแข็งควบคู่กับความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ขณะที่การปฏิบัติงานในพื้นที่ควรให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของผู้ปฏิบัติงาน (MCATT) การใช้เครื่องมือ นวัตกรรม และแนวทางการดูแลและส่งต่อที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ รวมทั้งการดูแลแบบองค์รวมและการมีส่วนร่วมของบุคลากรในพื้นที่

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานและระบบสนับสนุนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินในอนาคต โดยเฉพาะในพื้นที่ติดชายแดน

บทนำ

สถานการณ์ความไม่สงบบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา เริ่มมีเหตุการณ์ปะทะในรอบที่ 1 เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2568 และการปะทะในรอบที่ 2 ในวันที่ 8 ธันวาคม 2568 ส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ ประชาชนจำนวนมากได้รับผลกระทบด้านจิตใจ เกิดความหวาดกลัว วิดตกังวล และโศกเศร้าจากการสูญเสีย อีกทั้งบางส่วนยังต้องอพยพไปยังศูนย์พักพิงชั่วคราว

เขตสุขภาพที่ 10 โดยเฉพาะจังหวัดศรีสะเกษและอุบลราชธานี เป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากสถานการณ์ดังกล่าว โดยจังหวัดศรีสะเกษมีพื้นที่สีแดง 4 อำเภอได้แก่ กันทรลักษ์ ขุนหาญ ภูสิงห์ และขุขันธ์ พื้นที่สีส้ม 8 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเบญจลักษณ์ ศรีรัตนะ ไพรบึง พุทธิ ปรารักษ์ วังหิน โนนคูณ และน้ำเกลี้ยง และพื้นที่สีเหลือง 4 อำเภอ ได้แก่ กันทรามย์ เมืองศรีสะเกษ อุทุมพรพิสัย และห้วยทับทัน ส่วนจังหวัดอุบลราชธานีมีพื้นที่สีแดง 3 อำเภอ ได้แก่ น้ำยืน น้ำขุ่น และนาจะหลวย และพื้นที่สีเหลือง 2 อำเภอ ได้แก่ บุณฑริก และทุ่งศรีอุดม ซึ่งพบว่าประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจำนวนมาก

กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 ได้ดำเนินการติดตามผู้ประสบภาวะวิกฤตในพื้นที่ ตามเกณฑ์ในคู่มือการปฏิบัติงานทีมเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต ฉบับปรับปรุง ปี 2567¹ โดยมุ่งค้นหาผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในระยะหลังได้รับผลกระทบ ซึ่งตามคู่มือแบ่งเป็น 2 กลุ่มตามช่วงวัย กลุ่มที่ 1 อายุ 18 ปีขึ้นไป มี 6 กลุ่มย่อย ได้แก่ 1) ผู้บาดเจ็บ 2) ญาติของผู้เสียชีวิต 3) ผู้มีประวัติรักษาทางจิตเวช 4) ผู้อยู่ในเหตุการณ์/ผู้รอดชีวิตจากเหตุการณ์ 5) ผู้ที่มีความเครียด กังวล ท้อแท้สิ้นหวัง จนรบกวนการดำเนินชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ 6) ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มที่ 2 อายุต่ำกว่า 18 ปี มี 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ 1) ผู้บาดเจ็บ 2) ญาติผู้เสียชีวิต 3) ผู้มีประวัติการรักษาทางจิตเวช 4) ผู้อยู่ในเหตุการณ์/ผู้รอดชีวิตจากเหตุการณ์ และ 5) ผู้ที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ตามแบบประเมิน symptoms checklist¹ โดยมีการประเมินปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย และความเสี่ยงโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) และรายงานการมีความเสี่ยงเมื่อผลการประเมินเป็นบวกในเครื่องมือใดเครื่องมือหนึ่ง (ตารางที่ 1)

สรุปผลการดำเนินงาน แบ่งตามรอบการปะทะและระยะการประเมิน ตามเกณฑ์ในคู่มือการปฏิบัติงานทีมเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต ฉบับปรับปรุงปี 2567¹ ดังนี้

ผลการประเมินในการปะทะระลอกที่หนึ่ง (24 กรกฎาคม - 24 ตุลาคม 2568)

กลุ่มญาติผู้เสียชีวิต ผู้บาดเจ็บ จังหวัดอุบลราชธานี มีญาติผู้เสียชีวิตในเหตุการณ์ระเบิดอำเภอน้ำยืน 8 คน ผู้บาดเจ็บ 7 คน จังหวัดศรีสะเกษ มีญาติผู้เสียชีวิตในเหตุการณ์ร้านสะดวกซื้อ 45 คน ผู้ได้รับบาดเจ็บ 19 คน ทุกกลุ่มพบความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 100 การติดตามหลังเกิดเหตุ 2 สัปดาห์ - 3 เดือน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มญาติผู้เสียชีวิตยังมีความเสี่ยง 6 คน (ร้อยละ 75.0) ไม่มีผู้ได้รับบาดเจ็บที่ยังมีความเสี่ยง จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มญาติผู้เสียชีวิตยังมีความเสี่ยง 7 คน (ร้อยละ 15.6) ผู้ได้รับบาดเจ็บยังมีความเสี่ยง 3 คน (ร้อยละ 15.8)

ตารางที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินปัญหาสุขภาพจิตในผู้ใหญ่ เด็กและวัยรุ่น

	วัยผู้ใหญ่ (อายุ 18 ปีขึ้นไป)	เด็กและวัยรุ่น (อายุต่ำกว่า 18 ปี)
ความเครียด	แบบประเมินความเครียด (visual analog scale) ¹	แบบประเมิน symptoms checklist ¹
ภาวะซึมเศร้า	แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q plus, 9Q ²	แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Patient Health Questionnaire Adolescent: PHQ-A) ³
การฆ่าตัวตาย	2Q plus ข้อที่ 3	แบบประเมิน PHQ-A ข้อ 9 ³
โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD)	แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (2P) และแบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ - 10 (Psychological Impact Scale for Crisis Event - 10: PISCES-10) ⁴	แบบประเมิน symptoms checklist ¹ และแบบสอบถามผลกระทบจากเหตุการณ์ต่อเด็ก (The Children’s Revised Impact of Event Scale: CRIES-8) ⁵

กลุ่มประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป มีจำนวนผู้ได้รับผลกระทบทั้งหมด 121,945 คน แบ่งเป็นจังหวัดอุบลราชธานี 34,381 คน จังหวัดศรีสะเกษ 87,564 คน ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตร้อยละ 100 จังหวัดอุบลราชธานี พบกลุ่มเสี่ยง 1,950 คน (ร้อยละ 5.7) จังหวัดศรีสะเกษ พบกลุ่มเสี่ยง 1,487 คน (ร้อยละ 1.7) รวมกลุ่มเสี่ยงในเขตสุขภาพที่ 10 ที่ต้องติดตามในระยะที่ 2 ทั้งสิ้น 3,437 คน (ร้อยละ 2.8) การติดตามหลังเกิดเหตุ 2 สัปดาห์ - 3 เดือน จังหวัดอุบลราชธานียังพบกลุ่มเสี่ยง 92 คน (ร้อยละ 4.7) จังหวัดศรีสะเกษยังพบกลุ่มเสี่ยง 229 คน (ร้อยละ 15.4) รวมจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ต้องติดตามต่อเนื่อง 321 คน (ร้อยละ 9.3)

กลุ่มเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี มีผู้ได้รับผลกระทบทั้งหมด 4,211 คน แบ่งเป็นจังหวัดอุบลราชธานี 2,358 คน จังหวัดศรีสะเกษ 1,853 คน ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตร้อยละ 100 จังหวัดอุบลราชธานี พบกลุ่มเสี่ยง 31 คน (ร้อยละ 1.3) จังหวัดศรีสะเกษพบกลุ่มเสี่ยง 46 คน (ร้อยละ 2.5) รวมกลุ่มเสี่ยงเด็กและวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 10 ที่ต้องติดตามในระยะที่ 2 ทั้งสิ้น 77 คน (ร้อยละ 1.8) การติดตามหลังเกิดเหตุ 2 สัปดาห์ - 3 เดือน จังหวัดอุบลราชธานียังพบกลุ่มเสี่ยง 10 คน (ร้อยละ 32.3) จังหวัดศรีสะเกษยังพบกลุ่มเสี่ยง 15 คน (ร้อยละ 32.6) รวมเด็กและวัยรุ่นที่ต้องติดตามต่อเนื่อง 25 คน (ร้อยละ 32.5)

ผลการประเมินในการปะทะระลอกที่สอง (8 - 29 ธันวาคม 2568)

จังหวัดอุบลราชธานีมีการปะทะที่ช่องอานม้าและช่องบก อำเภอน้ำยืน ส่วนจังหวัดศรีสะเกษมีการปะทะที่

ช่องสง่า อำเภอกุสิงห์ และอำเภอกันทรลักษ์ มีประชาชนเสียชีวิต 3 ราย (ทางตรง 2 รายและทางอ้อม 1 ราย) ทหารเสียชีวิต 6 นาย และยังคงมีการเฝ้าระวังตามแนวชายแดน

จากเหตุการณ์ดังกล่าว มีโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 ที่ปิดบริการ 20 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปิดบริการ 240 แห่ง การติดตาม ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2568 พบว่า มีโรงพยาบาลกลับมาเปิดตามปกติแล้ว 13 แห่ง เปิดบางส่วน 7 แห่ง และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่กลับมาเปิดตามปกติแล้ว 218 แห่ง

จากการคัดกรองประชาชนทั้งหมด 96,124 คน จากศูนย์พักพิงทั้งหมด 564 แห่ง พบผู้มีความเครียดสูง 567 คน (ร้อยละ 0.59) ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 212 คน (ร้อยละ 0.22) ผู้ที่ต้องได้รับการส่งต่อเพื่อรับการประเมินและรักษาโดยแพทย์ 221 คน (ร้อยละ 0.23) ผลการติดตามกลุ่มเสี่ยง พบว่า กลุ่มเครียดสูงได้รับการดูแลจนความเสี่ยงลดลง 567 คน (ร้อยละ 100) กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายได้รับการดูแลจนความเสี่ยงลดลง 204 คน (ร้อยละ 96.23) (ข้อมูล ณ วันที่ 6 มกราคม 2569) โดยแบ่งการคัดกรองสุขภาพจิตรายจังหวัด ดังนี้

จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิตทั้งหมด 38,322 คน พบผู้มีความเครียดสูง 167 คน (ร้อยละ 0.44) ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 32 คน (ร้อยละ 0.08) รวมจำนวน 199 คน กลุ่มเครียดสูงและเสี่ยงฆ่าตัวตายได้รับการติดตามครบทุกราย ได้รับการดูแลจนความเสี่ยงลดลง 199 คน (ร้อยละ 100) และส่งพบแพทย์/รับยา จำนวน 50 คน

จังหวัดศรีสะเกษมีผู้ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิตทั้งหมด 57,802 คน พบผู้มีความเครียดสูง 400 คน (ร้อยละ 0.69) ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 180 คน (ร้อยละ 0.31) รวมจำนวน 580 คน ได้ติดตามกลุ่มเครียดสูงและเสี่ยงฆ่าตัวตายครบทุกคน ได้รับการดูแลจนความเสี่ยงลดลง 572 คน (ร้อยละ 98.62) และส่งพบแพทย์/รับยา 171 คน

การคัดกรองสุขภาพจิตในเด็กอายุ 0 - 5 ปี 7,063 คน และเด็กและวัยรุ่นอายุ 6 - 17 ปี 3,859 คน ในศูนย์พักพิงด้วยแบบประเมิน Symptom Checklist ดำเนินการในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มให้เด็กมานั่งรวมกัน แล้วสอบถามอาการไปที่ละข้อ หากใครมีอาการที่ผู้ประเมินถามให้ยกมือขึ้น จากนั้นผู้ประเมินจะถามรายละเอียดรายบุคคลในเด็กที่ยกมือหลังจากทำกิจกรรมกลุ่มแล้ว เพื่อประเมินความเสี่ยงอย่างละเอียดต่อไป หลังการคัดกรองไม่พบผู้มีความเสี่ยง ทั้งนี้ได้มีการจัดกิจกรรมสันทนาการหลังการคัดกรอง เช่น วาดภาพ ระบายสี เล่นดนตรี เต้นเข้าจังหวะ และเล่นเกมตามกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยเด็กเล็กและเด็กโตในศูนย์พักพิงนั้น

โครงสร้างการบริหารจัดการการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบ

การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบในเขตสุขภาพที่ 10 ดำเนินงานโดยทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team : MCATT) ภายใต้การบริหารโดยศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center: EOC) ซึ่งมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นประธาน โดยแบ่งทีมบริหารจัดการเป็น 4 ทีมได้แก่ 1) Operation มีหน้าที่ออกปฏิบัติงานร่วมกับทีม MCATT ตามพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย มีรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์เป็นหัวหน้าทีม 2) Liaison มีหน้าที่ประสานความร่วมมือระหว่าง MCATT กับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข มีรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลเป็นหัวหน้าทีม 3) Situation Awareness Team (SAT) และ Strategic and Technical Advisory Group (STAG) มีหน้าที่รายงานข้อมูล MCATT และสถานการณ์ประจำวัน รวมทั้งการวางยุทธศาสตร์ในการทำงานของ MCATT มีรองผู้อำนวยการด้านยุทธศาสตร์และ

การพัฒนาเป็นหัวหน้าทีม และ 4) Stockpiling and Logistics มีหน้าที่สนับสนุนการทำงานของ MCATT ในด้านต่าง ๆ เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็น อาหาร เครื่องดื่ม และยานพาหนะ มีรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารเป็นหัวหน้าทีม

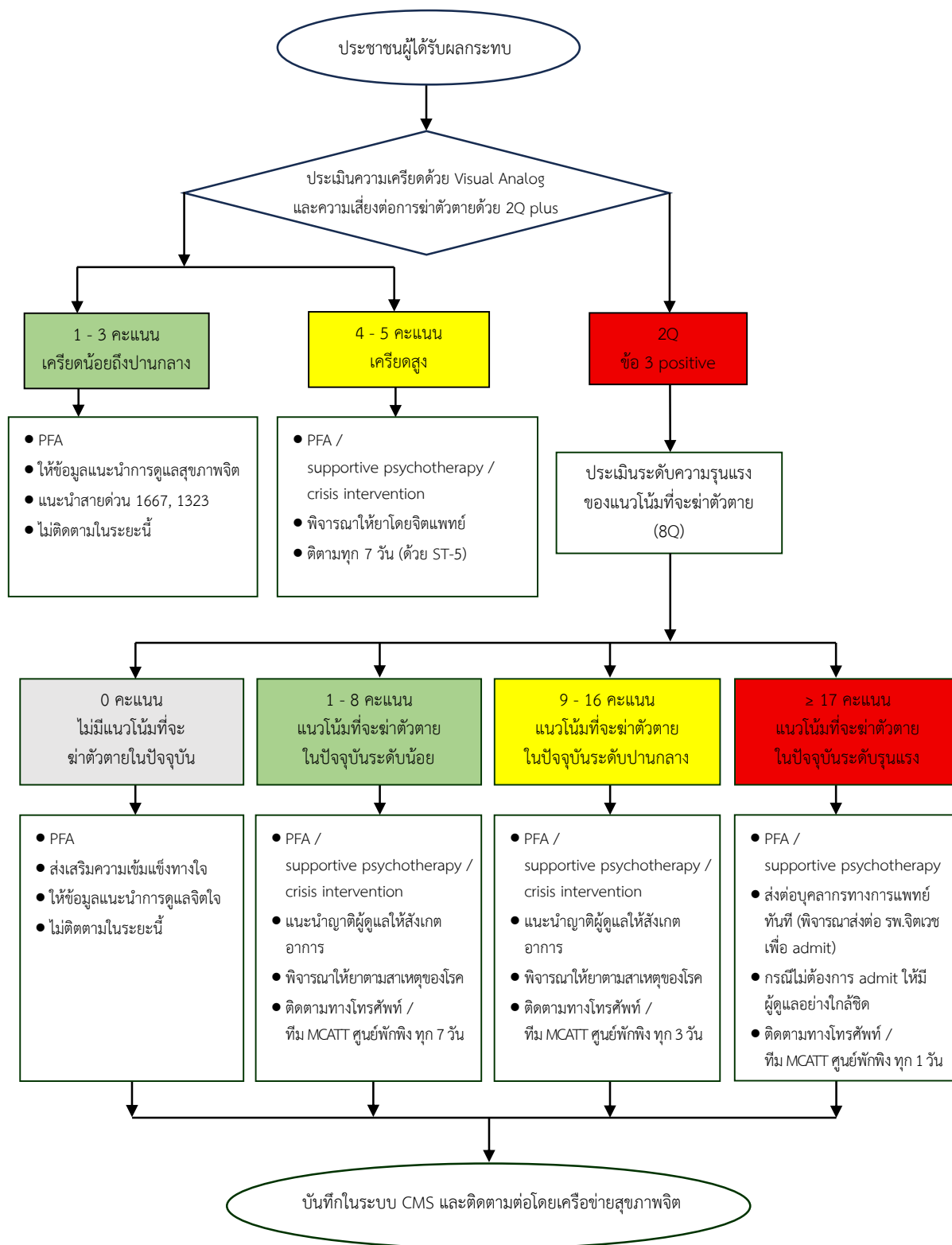
การเยียวยาจิตใจตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต¹

การดำเนินงานให้ความช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตของทีม MCATT แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) *ระยะเตรียมการ* ประกอบด้วยการเตรียมบุคลากรด้านความรู้และทักษะ โดยการฝึกอบรมเกี่ยวกับการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต และการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) *ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน (ตั้งแต่เกิดเหตุ - 2 สัปดาห์)* ประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์และกำหนดความเร่งด่วน การลงพื้นที่เพื่อค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ตามเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับวัยผู้ใหญ่และเด็ก จากนั้นแบ่งกลุ่มผู้ที่ต้องได้รับการติดตามและเฝ้าระวัง (psychological triage) ตามความรุนแรงของผลกระทบและความใกล้ชิดกับเหตุการณ์ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยงสูง (แดง) กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (เหลือง) และกลุ่มเสี่ยงต่ำ/ไม่เสี่ยง (เขียว) และการให้การเยียวยาจิตใจ เช่น การปฐมพยาบาลทางใจ (psychological first aid: PFA) กรณีพบกลุ่มเสี่ยงมีความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาต้องได้รับการส่งต่อเพื่อพบแพทย์ทันที (แผนภาพที่ 1) และ 3) *ระยะหลังเกิดเหตุการณ์ (2 สัปดาห์ - 3 เดือน)* ประกอบด้วย การติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อเนื่องและการประเมินปัญหาสุขภาพจิตผู้ประสบภาวะวิกฤตรายใหม่ โดยแบ่งระดับความเสี่ยงของผู้ประสบภาวะวิกฤตตามผลการประเมินด้วยเครื่องมือ

ผลการถอดบทเรียนการปฏิบัติงานเยียวยาจิตใจในภาวะวิกฤตสุขภาพจิต

การสนทนากลุ่มเชิงลึก (focus group discussion) ทีมสหวิชาชีพและผู้ร่วมปฏิบัติงานทีม MCATT ในการเยียวยาจิตใจในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและศรีสะเกษ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด เจ้าหน้าที่งานพัสดุ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 149 คน เพื่อถอดบทเรียนการปฏิบัติงานของทีมเยียวยาใจ โดยมีรายละเอียดตามประเด็นดังต่อไปนี้

แนวทางการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจในภาวะวิกฤต ระยะวิกฤต (ตั้งแต่เกิดเหตุ - 2 สัปดาห์)¹



แผนภาพที่ 1 การเยียวยาจิตใจตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต

1. บทเรียนจากการบริหารจัดการ

1.1 การบริหารจัดการใน EOC มีหลักการดำเนินงานสำคัญ คือ การทำความเข้าใจบริบทของพื้นที่แต่ละจังหวัดที่เกิดการปะทะ ซึ่งมีระบบบริหารจัดการภายในและกลไกการสั่งการของ EOC ที่แตกต่างกัน ขณะเดียวกัน ยังมีความจำเป็นที่จะต้องผลักดันให้การดำเนินงานหลักยังอยู่ภายใต้กรอบทิศทางเดียวกันตามแนวทางของ EOC ระดับเขตสุขภาพและระดับกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงต้องมีความสอดคล้องกับแนวทางของกรมสุขภาพจิต ทั้งในด้านหลักวิชาการและระบบฐานข้อมูล ซึ่งถือเป็นความท้าทายในการเชื่อมโยงนโยบายสู่การปฏิบัติงาน ที่ต้องการความเป็นเอกภาพควบคู่กับความเหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ ดังนั้น การตัดสินใจผลักดันมาตรการใดมาตรการหนึ่งต้องคำนึงถึงการสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องใน EOC ทุกระดับ เพื่อสร้างความเข้าใจถึงเหตุผลและความจำเป็นของการดำเนินการ เช่น การบูรณาการทีมเยียวยาจิตใจภายในเขตสุขภาพ เพื่อมาเสริมกำลังในแต่ละจังหวัดที่มีระดับความจำเป็นแตกต่างกัน ตลอดจนการบูรณาการทีมจากนอกเขตสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน มหาวิทยาลัย และภาคเอกชน เพื่อให้สามารถลงพื้นที่เยียวยาจิตใจประชาชนร่วมกับทีมจังหวัดได้อย่างราบรื่น กระบวนการดังกล่าวต้องอาศัยการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับผู้บริหารหลักในระดับจังหวัด โดยนายแพทย์และรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้เกิดความเห็นร่วมและร่วมกันผลักดันผ่านกลไก EOC ในแต่ละระดับอย่างเป็นระบบ ควบคู่กับการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ การแสดงความคิดเห็นนอกเหนือใจ และการดูแลความเหน็ดเหนื่อยของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการดำเนินงานในพื้นที่อย่างราบรื่น

1.2 ทีม Operation ควรเน้นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมและการสื่อสารร่วมกันตั้งแต่ก่อนลงพื้นที่ (orientation) เพื่อให้ MCATT แต่ละทีมมีแนวทางการดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน รวมถึงการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (after action review: AAR) เพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง และควรมีการจัดเตรียมผู้ประสานในทีมสำหรับกรณีมีหน่วยงานจากภายนอกเขตร่วมปฏิบัติงาน การทำงานของ MCATT ควรเน้นความยืดหยุ่นตามความสะดวกและ

ความต้องการของพื้นที่ โดยไม่ยึดแนวทางของทีมฝ่ายเดียว รวมถึงการเข้าใจข้อจำกัดและการชื่นชมผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ การบันทึกและจัดการข้อมูลควรทำในช่วงเวลาที่เหมาะสม เช่น หลังการปฏิบัติงานหรือระหว่างเดินทาง เพื่อไม่ให้เกิดภาระการทำงานหนัก การคัดกรองที่ศูนย์พักพิงควรครอบคลุมประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในช่วงเวลาที่ทีมลงปฏิบัติงาน เนื่องจากพบกรณีมีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยเสริมทักษะการประเมินความเสี่ยงให้ผู้นำชุมชนและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และเลือกเครื่องมือประเมินที่ใช้ง่าย ไม่เพิ่มภาระงานของพื้นที่ที่ไม่จำเป็น เช่น visual analog scale (VAS) นอกจากนี้ ทีมสหวิชาชีพควรดูแลประชาชนแบบองค์รวม ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

การประเมินทุกครั้งควรมีการแยกกลุ่มความเสี่ยงตามการได้รับผลกระทบ เพื่อใช้ในการวางแผนติดตาม มี 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม A คือ กลุ่มญาติผู้เสียชีวิต ผู้ได้รับบาดเจ็บ และญาติผู้สูญหาย กลุ่ม B คือ กลุ่มญาติผู้บาดเจ็บ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ที่ถูกโจมตี หรืออยู่ในเหตุการณ์ กลุ่ม C คือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการเคลื่อนย้ายจากสถานการณ์ ประชาชนที่ต้องอพยพเนื่องจากอยู่ในพื้นที่ไม่ปลอดภัย และผู้มาช่วยเหลือ และกลุ่ม D คือ ประชาชนทั่วไปนอกพื้นที่ประสบภัย โดยควรระบุตัวกลุ่ม A ก่อนเพื่อตรวจประเมิน ติดตาม และส่งต่อหากพบความเสี่ยงปัญหาทางสุขภาพจิต ทั้งนี้ กลุ่ม A ส่วนใหญ่มักได้รับการดูแลเบื้องต้นจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มาก่อนแล้ว ส่วนกลุ่ม B และ C ที่ได้รับการประเมินและไม่พบความเสี่ยงควรได้รับกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและลดความเครียด โดยเลือกรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับช่วงอายุ เช่น กิจกรรมศิลปะและเกมสำหรับเด็ก กิจกรรมผ่านโทรศัพท์มือถือสำหรับวัยรุ่น และกิจกรรมที่เน้นการผ่อนคลายสำหรับผู้ใหญ่และสูงอายุ

1.3 ทีม Liaison ควรเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทุกระดับ ทั้งพื้นที่ จังหวัด และเขตสุขภาพ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงยุติธรรม ด้วยเทคนิคการมีส่วนร่วมและการสื่อสารสองทาง โดยก่อนออกปฏิบัติงานทุกวันควรจัดการประชุมเพื่อให้ทุกฝ่ายรับฟังนโยบาย ขั้นตอน และแนวทางการดำเนินงาน หลังปฏิบัติงานควรจัดการประชุมเพื่อให้ทุกทีมแบ่งปันผลการดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ โดยทีม liaison สรุปผล รายงานและนำเสนอทีมบริหารใน EOC เพื่อปรับและวางแผนการทำงานทั้งระยะสั้น (รายวัน) ระยะกลาง และระยะยาว นอกจากนี้ ทีม liaison ควรมีบทบาทกำหนดเวลาการปฏิบัติงาน และการสรุปผลของทีมให้ชัดเจน เพื่อไม่ให้เกิดการสรุปข้อมูลซ้ำซ้อนหรือกระทบต่อทีมอื่น ทั้งนี้ ควรให้ทีมมีส่วนร่วมในการกำหนด โดยอาจมีการปรับกำหนดการได้ตามสถานการณ์จริง

สำหรับการประสานงานกับทีม MCATT ควรเน้นความต่อเนื่อง (continuity) และความสม่ำเสมอ (consistency) ผ่านผู้ประสานหลักของแต่ละทีมตลอดภารกิจ โดยทีม liaison ควรทบทวนข้อมูลและสถานการณ์ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนการจัดทีม MCATT เพื่อลงพื้นที่ตามความสำคัญหรือเร่งด่วน เช่น งานศพ โรงพยาบาลที่รับผู้บาดเจ็บ รวมถึงแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในพื้นที่ เช่น การจัดทีมทดแทนหรือย้ายทีมออกจากพื้นที่เมื่อมีเหตุจำเป็นหรือเป็นอันตราย ทั้งนี้ ควรคำนึงถึงความปลอดภัยของ MCATT เป็นสำคัญ รวมทั้งสอบถาม รับฟัง และสะท้อนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของทีมอย่างครบถ้วน ด้วยความสุภาพและจริงใจ แม้มีบางประเด็นที่ไม่สามารถแก้ไขได้ขณะนั้น นอกจากนี้ ควรจัดมุมผ่อนคลายและของว่างสำหรับก่อนและหลังออกปฏิบัติงาน เพื่อเสริมสร้างขวัญกำลังใจ ลดความเหนื่อยล้า และสร้างบรรยากาศการทำงานที่อบอุ่นและเอื้อต่อความร่วมมือของทีม

1.4 ทีม SAT และ STAG ควรเน้นการรวบรวม วิเคราะห์ และรายงานข้อมูลอย่างถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว ควบคู่กับการวางระบบการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับบริบท และมีความเป็นไปได้ในการดำเนินงานของพื้นที่ ทีมต้องมีความรู้และทักษะในการวิเคราะห์และวางแผนเชิงระบบ รวมถึงการสื่อสารข้อมูลต่อผู้บริหารและทีมปฏิบัติงาน โดยควรมีการเชื่อมโยงข้อมูล (data linkage) ร่วมกับการเฝ้าระวังเชิงรุก (proactive surveillance) เหตุวิกฤต และรายงานทีม MCATT โดยทันที (real-time) เช่น การรายงานเหตุการณ์เบื้องต้น (spot report) เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ และวางแผนดูแลช่วยเหลือของทีม เช่น การปฐมพยาบาลทางใจ (PFA) รวมถึงควรมีการประเมินความเสี่ยงร่วมกัน (joint risk assessment) ด้วยเครื่องมือประเมินแบบรวดเร็ว (rapid risk assessment) ในการคัดกรองและคัดแยกกลุ่มเสี่ยง และพื้นที่ที่มีความจำเป็นเร่งด่วนในการดูแลช่วยเหลือ

การสื่อสารความเสี่ยง (risk communication) โดยการส่งต่อข้อมูลที่ชัดเจน เพื่อให้ MCATT สื่อสารกับชุมชนได้อย่างถูกต้องและลดความตื่นตระหนก และการใช้ฐานข้อมูลระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต (Crisis Mental Health Surveillance System: CMS) เพื่อติดตามผู้ประสบภัยต่อเนื่อง นอกจากนี้ ควรมีการจัดทำแนวปฏิบัติมาตรฐาน (standard operating procedure: SOP) ร่วมกันระหว่าง SAT และ MCATT เพื่อให้แต่ละฝ่ายเข้าใจบทบาทหน้าที่ และมีแนวทางปฏิบัติงานที่ชัดเจน และควรมีการฝึกซ้อมการบัญชาการเหตุการณ์ (incident command system: ICS) ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ

1.5 ทีม Stockpiling and Logistics บุคลากรที่จะอยู่ในทีมนี้ส่วนหนึ่งควรเป็นผู้ที่ออกปฏิบัติงาน MCATT ด้วย เพื่อให้เข้าใจบริบทของพื้นที่และความต้องการของผู้ปฏิบัติงานหน้างานได้อย่างชัดเจนมากขึ้น นำมาซึ่งการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ และทรัพยากรที่ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างครอบคลุมและเพียงพอกับความต้องการ หากมีการเตรียมอาหารและเครื่องดื่มไปไว้สำรองในการออกปฏิบัติงานจะทำให้สะดวกในการออกปฏิบัติงานมากขึ้น รวมทั้งต้องวางแผนเตรียมการสำรองด้านเวชภัณฑ์และเงินสดในกรณีที่เครือข่ายอินเทอร์เน็ตหรือระบบขัดข้อง เพื่อให้มีวัสดุอุปกรณ์ใช้ในภาวะฉุกเฉินได้ทันเวลา

2. บทเรียนจากการปฏิบัติงานในพื้นที่และศูนย์พักพิง

2.1 ด้านบุคลากร ทีม MCATT ที่ลงปฏิบัติงานใน 48 ชั่วโมงแรกควรประกอบด้วยบุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินงานและเคยร่วมงานกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่มาก่อน เพื่อความรวดเร็วในการบริหารจัดการและการแบ่งบทบาทหน้าที่ในการประเมินสถานการณ์ ค้นหา คัดกรอง และดูแลเยียวยาเบื้องต้น และเพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญที่ครอบคลุมและทันเวลาสำหรับทีมบริหารในวางแผนการช่วยเหลือในระยะต่อไป ซึ่งจะเริ่มมีอัตรากำลังใจจากต่างอำเภอเข้ามาหมุนเวียนช่วยปฏิบัติงาน ทั้งนี้ อสม. เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานการคัดกรองและช่วยเหลือประชาชนในชุมชน เนื่องจากเข้าใจบริบทของพื้นที่ และสามารถระบุประชาชนกลุ่มเปราะบางที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น มารดาตั้งครรภ์ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีผู้ดูแลหรือขาดยา นอกจากนี้ บุคลากร

จากภาคส่วนอื่น เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ ยังมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้อพยพและการประสานงานเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้พลัดถิ่นและกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการดูแลรักษาอย่างทัน่วงที

2.2 ด้านการประเมิน คัดกรองความเสี่ยง และ เยียวยาจิตใจ ในช่วงแรกของการปะทะพบปะ การประเมินในพื้นที่ด้วยแบบประเมินเป็นกระดาษร่วมกับ Mental Health Check-In ใช้เวลานานและล่าช้า เนื่องจากปัญหาสัญญาณอินเทอร์เน็ตและคำถามแต่ละหัวข้อมีจำนวนมาก ทีม operation จึงได้ตัดสินใจให้ MCATT ใช้แบบประเมิน VAS ทั้งโดยการเปิดโทรศัพท์ของทีมและการจัดทำในรูปแบบกระดาษขนาดใหญ่ เพื่อประเมินอารมณ์ปัจจุบันของประชาชน พบว่ามีความสะดวกและสามารถค้นหาผู้มีความเสี่ยงเบื้องต้นได้มากขึ้น เมื่อพบความเสี่ยงจึงใช้การประเมินซ้ำด้วยแบบประเมินความเสี่ยงรายบุคคลเพิ่มเติมเพื่อให้การบำบัดรักษาต่อไป โดยแพทย์ที่ร่วมออกปฏิบัติงานประเมินและสั่งการรักษาด้วยยาให้กับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จากนั้นทีมพยาบาลในศูนย์พักพิงประสานเบิกยากับโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบและจ่ายให้ผู้ป่วยในวันต่อไป พร้อมทั้งขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเพื่อติดตามการรักษาต่อเนื่อง กรณีเป็นผู้ป่วยเก่าและไม่ได้นำยาติดตัวมาด้วย มีการค้นประวัติการรักษาเดิมและประสานการเบิกจ่ายยาจากโรงพยาบาลชุมชนที่เกี่ยวข้อง

สำหรับการประเมินและดูแลเยียวยาจิตใจประชาชนในศูนย์พักพิงควรคำนึงถึงความยืดหยุ่น โดยสามารถปรับขั้นตอนตามความเหมาะสม เช่น การประเมินอาการควบคู่ไปกับการสนับสนุนและให้กำลังใจ โดยไม่จำเป็นต้องยึดตามโครงสร้างคำถาม การเยียวยาจิตใจและกิจกรรมที่คำนึงถึงความเหมาะสมกับกลุ่มวัย โรคประจำตัว และระดับภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ การสื่อสารกับประชาชนในพื้นที่ด้วยภาษาท้องถิ่น ร่วมกับการสอบถามและตรวจประเมินอาการทางกายควบคู่ไปด้วยจะช่วยให้ประชาชนเข้าใจและร่วมมือกับผู้ปฏิบัติงานมากขึ้น

2.3 ด้านนวัตกรรมและระบบบริหารจัดการ ควรจัดให้มีบริการจิตเวชทางไกล (telepsychiatry) ในศูนย์พักพิงสำหรับการตรวจประเมินและสั่งการรักษาโดยจิตแพทย์ และการให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพ ควบคู่การเปิดช่องทาง

รับคำปรึกษาทางโทรศัพท์โดยบุคลากรเฉพาะทางตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีการหมุนเวียนบุคลากรระหว่างโรงพยาบาลในพื้นที่ และหลังการให้บริการแต่ละครั้งควรมีการประชุมและส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลจิตใจประชาชนในศูนย์พักพิงมีความต่อเนื่องแม้ในกรณีไม่มีบุคลากรเฉพาะทางลงไปพื้นที่ นอกจากนี้โรงพยาบาลแต่ละระดับในพื้นที่ควรมีการเชื่อมโยงระบบยา (stock sharing) เพื่อป้องกันปัญหาการขาดแคลนยาจิตเวชในศูนย์พักพิงตลอดจนควรมีการปรับลดเกณฑ์และขั้นตอนการส่งต่อและรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช แม้เป็นผู้ที่ยังไม่มีอาการรุนแรงเพื่อบรรเทาภาระของญาติและป้องกันการกำเริบซ้ำในช่วงเวลาวิกฤต

3. ข้อเสนอเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาการปฏิบัติงาน

3.1 การพัฒนาระบบข้อมูลและการส่งต่อ ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางในการรายงานและบันทึกข้อมูลครอบคลุมทะเบียนรายชื่อ การบำบัด และการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้มีการรวบรวมข้อมูลที่จุดเดียวและไม่ซ้ำซ้อน สามารถเข้าถึงและส่งต่อได้แบบ real-time ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของข้อมูล และการกำหนดผู้มีสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูล

3.2 การเสริมศักยภาพบุคลากรและสวัสดิการทีม บุคลากรควรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ เช่น หลักสูตรอบรม MCATT สำหรับหัวหน้าทีมที่ออกปฏิบัติงานควรมีทักษะความสามารถในการปรับเปลี่ยนแผนทำงาน การประสานงานในพื้นที่ และการสื่อสารภายในทีมปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ควรให้ความสำคัญกับสวัสดิการและความปลอดภัยของทีมปฏิบัติงาน โดยจัดให้มีการทำประกันชีวิตสำหรับบุคลากรที่ลงพื้นที่ รวมถึงการพิจารณาค่าตอบแทนการปฏิบัติงานที่เหมาะสม ทั้งในและนอกเวลาราชการ

3.3 การวางแผนเชิงรุกและเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน ระหว่างการลงพื้นที่หรือศูนย์พักพิงควรจัดเตรียมรถฉุกเฉินประจำตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อรองรับการรับ-ส่ง ผู้ปฏิบัติงานกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินเร่งด่วน และควรมีการกำหนดพื้นที่ปลอดภัยที่ชัดเจนในแต่ละอำเภอ เช่น จุดรวมพล (assembly point) หรือหลุมหลบภัย เพื่อใช้เป็นจุดรวมตัวของบุคลากรที่ออกปฏิบัติงานเมื่อเกิดเหตุให้ต้องเคลื่อนย้าย

ออกจากพื้นที่อย่างเร่งด่วน นอกจากนี้ ควรพิจารณาความจำเป็นและความเหมาะสมในการปฏิบัติงานของ MCATT ใน 24 ชั่วโมงแรก เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่มุ่งเน้นการอพยพและการตอบสนองปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต การลงพื้นที่ในช่วงเวลาดังกล่าวจึงอาจเพิ่มความยากลำบากต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในพื้นที่

4. บทเรียนเชิงวัฒนธรรมและการปรับตัวของผู้ประสบภัยในศูนย์พักพิง

4.1 ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่น (socio-cultural factors) ต่อการเยียวยาจิตใจ จากสถานการณ์ครั้งนี้พบว่า แม้จะเกิดเหตุการณ์รุนแรง แต่ด้วยวัฒนธรรมของภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีความเป็นมิตร มีอารมณ์ขัน และมีการรวมกลุ่มเล่าเรื่องราวทำกิจกรรมให้มีความสุข จึงทำให้ประชาชนผู้ประสบภัยโดยทั่วไปยังมีรอยยิ้ม เกิดความคุ้นชินและปรับตัวได้ดีในการใช้ชีวิตในศูนย์พักพิง ดังกรณีตัวอย่างผู้สูงอายุในครอบครัวหนึ่ง ในรอบแรกของการปะทะ ได้อพยพมาอยู่กับลูกหลานในตัวอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี แต่เมื่อมาอยู่ในตัวเมืองเกิดความรู้สึกเหงา ไม่คุ้นชิน เพราะลูกหลานไปทำงานในกลางวัน รู้สึกว่าจะเป็นซึมเศร้า หลังเกิดเหตุปะทะในรอบที่สอง จึงตัดสินใจไปอยู่ในศูนย์พักพิง ทำให้รู้สึกมีความสุขและคุ้นชิน แม้มีลำบากทางร่างกายบ้าง

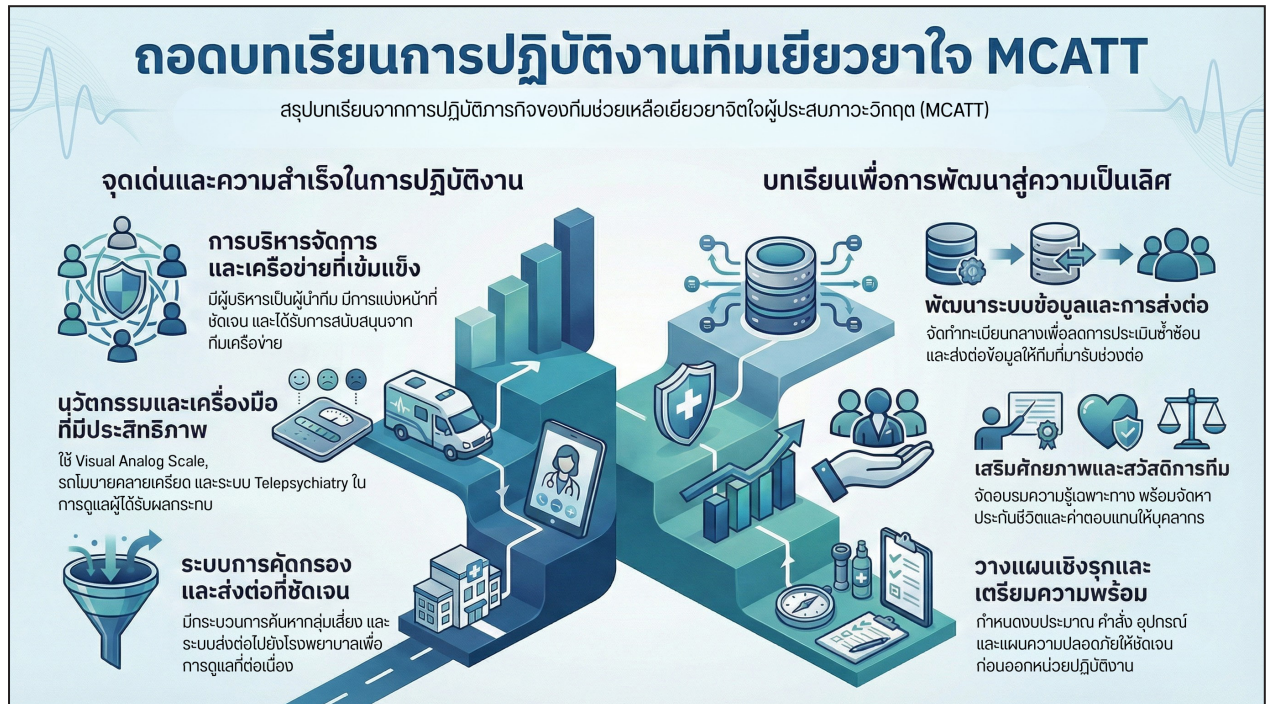
4.2 ความมุ่งมั่นและการปรับตัวของประชาชนและบุคลากรในภาวะวิกฤต พบว่าประชาชนมีความรู้สึกรักและหวงแหนประเทศชาติ รวมทั้งชื่นชมการปฏิบัติหน้าที่ของทหาร ส่งผลให้ทุกคนอยากปฏิบัติหน้าที่ของตนเองในฐานะประชาชนไทยอย่างเต็มที่ ทั้งทีม MCATT กลุ่มอาสาสมัครและกลุ่มบุคลากรวิชาชีพอื่น เช่น ครู ซึ่งพบว่าในประเด็นการเรียนการสอนของเด็กวัยเรียน ทั้งครูและนักเรียนเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ เนื่องจากโรงเรียนบางแห่งตั้งอยู่ในพื้นที่เสี่ยง ศูนย์พักพิงบางแห่งจึงมีการจัดการให้เด็กไปเรียนในโรงเรียนที่อยู่ใกล้ศูนย์พักพิง บางแห่งมีการจัดการเรียนการสอนในศูนย์พักพิง ทำให้ระบบการเรียนยังดำเนินการได้ แสดงถึงความมุ่งมั่นในการปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มความสามารถและการปรับตัวต่อสถานการณ์ของประชาชนในพื้นที่

วิจารณ์

จากการถอดบทเรียนกรณีสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนไทย-กัมพูชา พบว่า ความสำเร็จในการปฏิบัติงานครั้งนี้มีรากฐานมาจากโครงสร้างการบริหารที่มีความชัดเจนแต่ยืดหยุ่น และการดำเนินงานที่คำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยมีการแบ่งการบริหารจัดการเป็นทีม มีหัวหน้าทีม EOC เป็นผู้วางแผนและสั่งการ การลดขั้นตอนปฏิบัติที่ซ้ำซ้อนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาหน้างานแบบทันที (real-time) การใช้นวัตกรรมและเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ และระบบการคัดกรองและส่งต่อที่ชัดเจนสำหรับแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานต่อไป ได้แก่ การพัฒนาระบบการบันทึกและส่งต่อข้อมูลกลาง การเสริมศักยภาพบุคลากรและสวัสดิการทีม และการวางแผนเชิงรุกและเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน ดังแผนภาพที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบการดำเนินงานกับแนวทางปฏิบัติของคณะกรรมการประสานงานระหว่างหน่วยงาน (Inter-Agency Standing Committee: IASC) ว่าด้วยสุขภาพจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Mental Health and Psychosocial Support: MHPSS)⁶ ในสถานการณ์ฉุกเฉินซึ่งครอบคลุมทั้งจากความขัดแย้งทางอาวุธและภัยพิบัติทางธรรมชาติ พบว่าสถานการณ์ครั้งนี้มีความสอดคล้องกับขอบเขตของความขัดแย้งทางอาวุธในแนวทางดังกล่าว ในประเด็นการก่อให้เกิดผลกระทบที่ทับซ้อนกัน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ 1) ปัญหาด้านสังคม เช่น ความยากจนลงของประชาชนในพื้นที่ จากการขาดรายได้จากการอพยพจากบ้านเรือนเพื่อไปอยู่ในศูนย์พักพิง และความเสี่ยงต่อการสูญเสียทรัพย์สินสิ่งของเพิ่มเติมจากผลกระทบของอาวุธสงคราม และ 2) ปัญหาด้านจิตใจ จากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น ความโศกเศร้าจากการสูญเสีย (grief and bereavement) ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และ PTSD โดยเฉพาะเมื่อครอบครัวผู้สูญเสียเป็นกลุ่มเปราะบาง

การดำเนินการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจของทีม MCATT ในครั้งนี้สอดคล้องกับหลักการพื้นฐาน (core principles) ของการดำเนินงานด้าน MHPSS ได้แก่ 1) สิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียม (human rights and equity) โดยปกป้องกลุ่มเสี่ยงจากการถูกละเมิด และ



แผนภาพที่ 2 ภาพรวมการถอดบทเรียนการปฏิบัติงานของทีมเยียวยาใจ

สร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงความช่วยเหลือให้กับประชาชนทุกคนในพื้นที่ 2) การมีส่วนร่วม (participation) โดยส่งเสริมให้บุคลากร อาสาสมัคร และประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการวางระบบ การประเมินความเสี่ยง การประสานงาน และส่งต่อ เพื่อสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเกิดการช่วยเหลือที่ความยั่งยืน 3) การดำเนินการที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (do no harm) โดยลดความเสี่ยงจากความช่วยเหลือที่ไม่เหมาะสม ผ่านการประชุมวางแผนก่อนดำเนินงาน และการทำ AAR หลังปฏิบัติงาน 4) การมุ่งเน้นเสริมสร้างศักยภาพในพื้นที่ (building on available resources and capacities) โดยการส่งเสริมให้บุคลากรและอสม. ในพื้นที่สามารถค้นหาและระบุประชาชนกลุ่มเสี่ยง และ 5) การบูรณาการระบบสนับสนุนช่วยเหลือ (integrated support systems) โดยการให้บริการแบบองค์รวมที่มีการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยและกลุ่มเปราะบาง ด้วยวิธีการที่หลากหลาย

สรุป

การถอดบทเรียนจากการดูแลเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนไทย-กัมพูชา ในเขตสุขภาพที่ 10 พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและศรีสะเกษ พบว่า ความสำเร็จของการดำเนินงานขึ้นอยู่กับ

โครงสร้างการบริหารที่ชัดเจนและยืดหยุ่น การประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่าง EOC ทีมปฏิบัติการ (MCATT) และหน่วยงานต่าง ๆ การประเมิน คัดกรองความเสี่ยง และเยียวยาผู้ประสบภัยที่เป็นระบบและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ การดูแลแบบองค์รวมและเหมาะสมกับกลุ่มวัยและความเปราะบาง การใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือประเมินที่เหมาะสม และการสนับสนุนจากชุมชน อาสาสมัคร และวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งช่วยให้ผู้ประสบภัยปรับตัวได้ดีแม้ในสถานการณ์ยากลำบาก ทั้งนี้ ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลกลางเพื่อการส่งต่อและติดตาม การเสริมศักยภาพและสวัสดิการของทีมปฏิบัติงาน การวางแผนเชิงรุกและเตรียมความพร้อมในพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินหรือสถานการณ์วิกฤตซ้ำในอนาคต

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

โกศล วรวิศวัต : เขียนบทความ ; ธีราภา ธาณี : เขียนบทความ ; วิริย์อร จุมพระบุตร : เขียนบทความ ; กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง : เขียนบทความ ; สุพัตรา สุขาวท : เขียนบทความ วิเคราะห์ข้อมูล ; ญัฐิยา ชมพูปุตร : เก็บรวบรวมข้อมูล ; สุภัทรา ก้อนคำดี : เก็บรวบรวมข้อมูล ; พัทธนี พิมพ์บุตร : เก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health. Operational manual for Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team (MCATT). Revised ed. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2024. (in Thai)
2. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 Questions Depression Rating Scale revised for Thai Central dialect. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2018;63(4):321-34. (in Thai)
3. Panyawong W, Pavasuthipaisit C, Santitadaku R. Validation of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) in adolescent psychiatric patients. *International Journal of Child Development and Mental Health*. 2020;8(1):30-40.
4. Boonyamalik P. The establishment of the psychological impact scale for crisis events-10 (PISCES-10). *Journal of Srithanya Hospital*. 2014;15(1):8-21. (in Thai)
5. Ketumarn P, Piyasilpa V, Sitdhiraksa N, Pithayaratsathien N, Plubrukan R, Dumrongphol H, et al. Concurrent validity testing of CRIES-8 screening questionnaire for PTSD from the study of post-traumatic stress disorder in students, 23 months after tsunami. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2008;53(2):177-86. (in Thai)
6. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Interim briefing note addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak [Internet]. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2020 [cited 2026 Feb 24]. Available from: <https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2020-04/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Thai%29.pdf> (in Thai)