



การเยียวยาด้านจิตใจผู้ได้รับผลกระทบ จากความรุนแรงทางการเมือง

ชัชวาลย์ ศิรินิรันดร์, พ.บ.¹

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, พ.บ.²

บุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, ปร.ด.³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินโครงการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความรุนแรงทางการเมืองปี ๒๕๕๓ ในภาคเหนือของไทย

วัสดุและวิธีการ รวบรวมข้อมูลจากเอกสารและรายงานต่างๆ แล้ววิเคราะห์สถิติ ร้อยละ และเก็บข้อมูลคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข แล้ววิเคราะห์เนื้อหา ตามแบบจำลอง CIPP model

ผล ด้านบริบท (C) มีนโยบายชัดเจน มีความเร่งด่วน เห็นควรผสมกิจกรรมเยียวยา เข้ากับงานประจำและเพิ่มการประชาสัมพันธ์ ด้านปัจจัยนำเข้า (I) พบเจ้าหน้าที่มีจำนวนมาก และสมรรถนะสูง มีเครือข่ายบริการถึงระดับชุมชน มีเครื่องมือพร้อมใช้งาน และมีงบประมาณชัดเจน เห็นควรทบทวนการเลือกใช้เครื่องวัดและจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสม ด้านกระบวนการ (P) พบ แนวทางเยียวยาจิตใจทางการเมืองมีความเหมาะสมสามารถนำไปปฏิบัติภาคสนามได้จริง การจัดแบ่งพื้นที่ปฏิบัติงานเป็นการเพิ่มความสะดวกของการเข้าถึงบริการ ส่วนการรายงานผลมีความซับซ้อนไม่กระชับ พบปัญหาการประสานงานกับหน่วยงานของกระทรวงอื่น และการสนับสนุนงบประมาณและแรงจูงใจไม่เหมาะสม และด้านผลิผล (P) ร้อยละ 74.4 ของผู้ได้รับผลกระทบได้รับการเยี่ยมเยียน

สรุป โครงการเยียวยาได้ดำเนินการบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ และผลการประเมินสามารถนำไปพัฒนาวางแผนการบริหารจัดการโครงการและการกำหนดนโยบายต่อไป

คำสำคัญ : การเยียวยาด้านจิตใจ ความรุนแรงทางการเมือง

¹ โรงพยาบาลนครพิงค์

² โรงพยาบาลสวนปรุง

³ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต



A mental remedy for whom affected by political crisis

Chatchaval Sirinirundr, M.D.¹

Suwat Mahatnirunkul, M.D.²

Bupawan Phuaphanprasert, Ph.D.³

Abstract

Objective To evaluate the mental remedy project for those affected by Thai's political crisis in 2010 in the Northern part of Thailand.

Materials and methods This research collected and collated data from various document and reports and analyzed them by using percentage statistic, supported by in-depth interview from service providers under the Ministry of Public Health, and then analyzed contents by CIPP Model.

Results In term of content evaluation (C), it found that the policy was clear and had urgent content. Mental remedy work should be combined with routine work and public relation should be intensified. In term of input evaluation (I), a number of staffs joining the program contained competency potential and had wide community networks. Measures were well developed for use and allocated budget was planned. However, measure usage and budget allocation method should be reviewed. In term of process evaluation (P), it found that mental remedy guideline was appropriate and can be used in real situations. Also, good area assignment enhanced convenience to service accessibility. However, the report was complicated not friendly-user manner. There were coordination problems among operation units. Budget support and motivation were inappropriate. In term of product evaluation (P), it found that 74% of visited political victims were remedied.

Conclusion The result from the political remedy program has fulfilled its objectives and can be used to support the development of program management and to determine policy-setting.

Key words : mental remedy, political crisis

¹ Nakornping Hospital

² Suanprung Hospital

³ Devision of Plaining, Department of Mental Health

บทนำ

ตั้งแต่ ค.ศ. 2004 วิกฤตการณ์ของประเทศไทยหรือในเจอร์ อันเนื่องมาจากความขัดแย้งทางความคิดเห็นทางการเมืองนำไปสู่สงครามกลางเมืองส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพของประเทศอย่างต่อเนื่อง^{1,2} สำหรับประเทศไทยความขัดแย้งทางความคิดเห็นทางการเมืองเริ่มก่อตัวตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๗ จนกระทั่งนำไปสู่เหตุการณ์วิกฤติทางการเมืองตั้งแต่ตุลาคม ๒๕๕๑ โดยเฉพาะตั้งแต่วันที่ ๑๒ มีนาคม จนถึง ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๕๓ เกิดเหตุการณ์รุนแรงจนต้องประกาศภาวะฉุกเฉินใน 24 จังหวัดรวมกรุงเทพมหานคร² ผลกระทบของเหตุการณ์รุนแรงนอกจากการสูญเสียชีวิตทรัพย์สินของประชาชน ยังเกิดผลกระทบด้านจิตใจ จากรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพจิตของ กรมสุขภาพจิต³ พบว่า ประชาชนที่ติดตามสถานการณ์ทางการเมืองมีความรู้สึกสลดใจ/เศร้าใจ/หดหู่ ร้อยละ 50.1 ส่วนผู้เข้าร่วมชุมนุมมีอาการ เครียด วิตกกังวล กลัว ร้อยละ 47 และเกิดการทะเลาะวิวาทและขัดแย้งกันในสังคมเป็นวงกว้าง เกิดความขัดแย้งทางความคิดเห็นของคนในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 23

ดังนั้นรัฐบาลจึงมีมติ เมื่อวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๕๓ ให้ความเห็นชอบหลักเกณฑ์การให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับความเสียหายจากเหตุการณ์ความไม่สงบตั้งแต่วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๕๓ เป็นต้นไป⁴⁻⁶ ภายใต้ชื่อโครงการเยียวยาจิตใจแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความรุนแรงทางการเมือง (โครงการเยียวยาการเมือง) วัตถุประสงค์โครงการเพื่อบูรณาการการบริหารจัดการร่วมกันขององค์กรต่างๆ ที่มีบทบาทร่วมกันในการดูแลฟื้นฟูบุคคล/ครอบครัว/ชุมชน ที่ได้รับผลกระทบทางสุขภาพ

จากการชุมนุม โดยมอบให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการฟื้นฟูจิตใจผู้ได้รับความเสียหาย กำหนดกลุ่มเป้าหมายคือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบ ด้านการเยียวยาสุขภาพจิตใจ เตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ และพัฒนาพลังชุมชนรองรับการดำเนินงานในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเครือข่ายวิทยากรระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ ในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต

อย่างไรก็ตาม การดำเนินโครงการเยียวยาจิตใจแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความรุนแรงทางการเมืองของประเทศไทยในครั้งนี้ มีการดำเนินการเป็นครั้งแรกและยังไม่มีจรรยาบรรณผลการประเมินมาก่อน จากการสืบค้นวรรณกรรมมีการเยียวยาซึ่งส่วนมากเป็นภัยพิบัติจากธรรมชาติ ไม่พบการรายงานการเยียวยาที่มีผลเนื่องจากวิกฤติการณ์ทางการเมือง ดังนั้นรายงานฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการเยียวยาจิตใจแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความรุนแรงทางการเมืองของประเทศไทยปี ๒๕๕๓^{4,6} ในมุมมองของกรมสุขภาพจิต โดยเน้นในเขตพื้นที่ภาคเหนือ ที่มีประชาชนเข้าร่วมชุมนุมทางการเมืองในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 47.3³ การประเมินผลดำเนินงานตามแนวคิด context input process product model (CIPP Model)^{7,8} เพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและปรับแนวทางการดำเนินงานต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการวิจัยประเมินผลโครงการตามแนวคิด CIPP model^{8,9} ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกข้อมูลรายงานการประชุม รายงานผล

การปฏิบัติงาน การนิเทศ และผลการปฏิบัติงาน ในโครงการเยียวยาการเมือง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติร้อยละ และจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการ สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ในกลุ่มผู้ให้ บริการ มีช่วงเวลาที่ดำเนินการหลังโครงการเสร็จสิ้น ใหม่ๆ โดยโครงการนี้มีระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่การออกนโยบาย จนถึงการติดตามประเมิน ผลเป็นเวลารวม 6 เดือน (ตั้งแต่มีกฎหมาย- พกคจิกายน ๒๕๕๓) การเลือกกลุ่มตัวอย่างกำหนด เป็นแบบเจาะจง เลือกเฉพาะเจ้าหน้าที่ผู้ร่วมปฏิบัติ งานเยียวยาการเมืองในเขตภาคเหนือ 13 จังหวัด ของเขตตรวจราชการที่ 15, 16 และ 17 ประกอบด้วย ผู้บริหารจำนวน 4 คน วิทยากรคณะทำงาน ระดับเขตที่เป็นพยาบาลโรงพยาบาลสวนปรุงและ นักจิตวิทยา จำนวน 7 คน คณะทำงานระดับ อำเภอที่เป็นพยาบาลจิตเวชประจำโรงพยาบาล ชุมชน (รพช.) จำนวน 10 คน และเจ้าหน้าที่ระดับ ชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 2 คน เพื่อดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยการ สัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวและการสัมภาษณ์ผ่านทาง โทรศัพท์ กำหนดประเด็นที่สัมภาษณ์กำหนด ครอบคลุมปัจจัย 7 ประเด็น ดังต่อไปนี้ การกำหนด วัตถุประสงค์ของนโยบาย การกำหนดภารกิจและ การมอบงาน การวางแผนดำเนินงาน สมรรถนะ องค์การ การสนับสนุนจากผู้นำ แรงจูงใจ การมีส่วนร่วม การยอมรับนโยบายของผู้ปฏิบัติ และ สภาวะทางการเมือง

ผล

การประเมินบริบทหรือสภาวะแวดล้อม

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับนโยบายนี้มาก คณะผู้บริหารระดับสูงสุด คือ รัฐมนตรีว่าการ กระทรวงสาธารณสุขและปลัดกระทรวงได้ให้ความสำคัญโดยจัดการประกาศชี้แจงนโยบายด้วยตนเอง มีการมอบให้กรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานหลัก ทำงานร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โครงการนี้ ขับเคลื่อนด้วยคณะกรรมการ 3 ระดับ คือ (1) คณะกรรมการอำนวยการ ที่เป็นผู้แทนกรมใน กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สมาชิกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และองค์กรสนับสนุน (2) คณะกรรมการระดับกรม มีหน้าที่วางแผนการปฏิบัติการเยียวยาจิตทุกกลุ่ม เป้าหมาย และ (3) ศูนย์เยียวยาจิตใจ (ศยจ.) มีหน้าที่ ปฏิบัติการเยียวยาจิตทุกกลุ่มเป้าหมาย¹⁰ โครงการนี้ มีการกำหนดเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ได้รับผลกระทบ ทั้งรายบุคคลและครอบครัวได้รับการดูแลและฟื้นฟู ผลิตปัญหาสุขภาพ และให้ชุมชนที่ได้รับผลกระทบ ได้รับการฟื้นฟูเสริมสร้างสัมพันธภาพ

กรมสุขภาพจิตได้กำหนดแผนในการฟื้นฟู สุขภาพจิตใจดังนี้

ระยะสั้น เน้นกลุ่มครอบครัวของผู้เสียชีวิต และผู้ได้รับบาดเจ็บ ผู้มาชุมนุมและครอบครัว และ ประชาชนทั่วไป

ส่วนระยะยาว เน้นชุมชน โดยสร้างแนวทาง ยุติความขัดแย้งด้วยสันติวิธี มีการวางแผนการ ทำงานจัดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับชุมชน กำหนดกลยุทธ์การทำงาน โดยปฏิบัติการดูแลฟื้นฟูให้สอดคล้องกับ

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มีการใช้ระบบรายงานและฐานข้อมูล และมีการติดตามผลการดำเนินงาน กำหนดกรอบระยะเวลาการทำงาน 6 เดือน แบ่งเป็น 4 ระยะ ระยะเตรียมการ เริ่มเมื่อสิ้นสุดเหตุการณ์รุนแรงทางการเมือง ระยะเร่งด่วน (วิกฤติและฉุกเฉิน: ภายในเดือนมิถุนายน ๒๕๕๓) ระยะสั้น (หลังได้รับผลกระทบ: มิถุนายน-สิงหาคม ๒๕๕๓) และระยะต่อเนื่อง (ฟื้นฟู: กันยายน-พฤศจิกายน ๒๕๕๓)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก พบว่าเจ้าหน้าที่เห็นว่า โครงการนี้เป็นโครงการที่ดี มีประโยชน์ มีการกำหนดวัตถุประสงค์โครงการชัดเจน มีเจ้าหน้าที่บางคนเห็นว่า การชี้แจงนโยบายระดับจังหวัดไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่แต่ละระดับมีความคิดเห็นต่อสภาวะทางการเมืองแตกต่างกัน เจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดและระดับอำเภอบางคนมีทัศนคติที่ไม่สนับสนุนการดำเนินโครงการเยียวยาการเมือง (ไปเยียวยาทำไม ไม่เห็นจำเป็นเลย) เจ้าหน้าที่บางคนมีความเชื่อว่า ผู้ประสบภัยไม่ใช่ผู้วยที่ต้องมาให้การเยียวยาจึงไม่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติตามโครงการ และเจ้าหน้าที่ทุกคนเชื่อว่า น่าจะมีนโยบายเยียวยาการเมืองเช่นนี้อีกในอนาคต เพราะสถานการณ์ทางการเมืองยังไม่มีความสงบอย่างแท้จริง

สภาวะแวดล้อมก่อนมีโครงการ (ช่วงมีปัญหาวิกฤติทางการเมือง ตั้งแต่ ๑๒ มีนาคม-๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๓) มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีโครงการเยียวยาการเมือง เพื่อลดขนาดและเป็นการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกคนมีความเข้าใจเกี่ยวข้องกับโครงการ ดังนั้นแนวทางการตัดสินใจเพื่อการวางแผน

(planning decisions) จากการประเมินส่วนนี้ เมื่อพิจารณาข้อมูลจากการประเมินบริบทไปประกอบการกำหนดจุดประสงค์และสอดคล้องกับแผนการดำเนินการเห็นว่า สมควรมีการดำเนินนโยบายเยียวยาการเมืองเช่นนี้ต่อไป โดยควรประยุกต์กิจกรรมเข้ากับงานบริการประจำ และควรมีการปรับทัศนคติเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติต่อนโยบายของโครงการ ให้เป็นที่เข้าใจถูกต้องตรงกันก่อนไปทำกิจกรรมเยียวยาต่างๆ (ไม่ว่าจะอยู่กลุ่มไหน สีไหน ก็ทำงานเยียวยาได้)

การประเมินปัจจัยนำเข้า

หน่วยงานที่ปฏิบัติการในโครงการนี้ เป็นหน่วยงานที่มีโครงสร้างอยู่ในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด มีแนวทางการดำเนินงานจากหน่วยงานระดับเขตหรือจังหวัดไปสู่ระดับอำเภอและชุมชน ผ่านระบบการสนับสนุนของโรงพยาบาลจิตเวชและสำนักงานสาธารณสุขทุกจังหวัดสู่โรงพยาบาลชุมชนและกระจายสู่สถานีอนามัยทั่วประเทศ มีหน่วยปฏิบัติงานพร้อมเครือข่ายจำนวนมากกระจายทั่วทุกพื้นที่ชุมชน จึงสามารถเสาะหาและเข้าถึงผู้ประสบภัยได้ง่าย ในขณะที่ผู้ประสบภัยกลุ่มเป้าหมายมีจำนวนน้อย (ในเขตภาคเหนือมีจำนวนตามบัญชีรายชื่อเพียง 523 ราย)

ด้านงบประมาณพบว่า มีงบประมาณสนับสนุนตามเป้าหมาย มีการจัดแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ งบประมาณผ่านกรมสุขภาพจิตจำนวน 19.49 ล้านบาท สำหรับการดำเนินการ จัดอบรม จัดกิจกรรม และจัดหาสื่อหรือเทคโนโลยีต่างๆ โดยคณะทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา) ของโรงพยาบาลส่วนประจักษ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์สุขภาพจิตในเขตภาคเหนือ

งบประมาณผ่านสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 21 ล้านบาท โอนให้สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด (สสจ.) จำนวน 42 จังหวัด จังหวัดละ 500,000 บาท สำหรับการดูแลและฟื้นฟูและบริการสุขภาพเคลื่อนที่ และงบประมาณผ่านกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (กอง สช.) จำนวน 11.44 ล้านบาท เป็นงบกลาง กรณีฉุกเฉินและจำเป็น สำหรับการอบรมฟื้นฟู อสม. จำนวน 51,880 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) และสถานีอนามัย (สอ.)

ด้านบุคลากรพบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโครงการมีจำนวนมากและมีคุณภาพเหมาะสมกับงานที่รับมอบหมาย เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอเกือบทั้งหมดมีการเตรียมตัวเข้าเยี่ยมกลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างดี มีหน่วยงานจัดการภาวะวิกฤติอยู่ในโครงสร้างการทำงานประจำ เจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์การเยี่ยมญาติพิบัติต่างๆ ยิ่งกว่านั้นยังมีการจัดเตรียมความพร้อมปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการระดับต่างๆ หลายครั้ง

ด้านเครื่องมือหรือเครื่องวัดในการดำเนินการพบว่า มีการกำหนดให้มีการใช้เครื่องวัดสำหรับตรวจประเมินผู้ประสบภัยจำนวน 5 รายการ โดยเครื่องวัดทั้งหมดได้ผ่านการทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยาเรียบร้อยแล้ว ประกอบด้วย แบบประเมินความเครียด (Suanprung Stress Test: SPST 20 ข้อ)¹¹ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q)¹² แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ)¹³ เวชระเบียนเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ (DISA. M 1 Version 5.1), และแบบประเมินผลกระทบจิตใจหลังเกิด

เหตุการณ์วิกฤติ (Psychological Impact Scale for Crisis Event-18: PISCE-18)¹⁴⁻¹⁶

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก พบว่า เจ้าหน้าที่ที่เห็นควรมีการทบทวนรายละเอียดการจัดสรรงบประมาณตามจำนวนผู้ประสบภัยกลุ่มเป้าหมายและภาระงานที่ได้รับมอบหมายเพื่อความเป็นธรรม (เดิมมีการจัดสรรงบประมาณของแต่ละจังหวัดในจำนวนเท่ากัน คือ จังหวัดละ 500,000 บาท) เพราะจำนวนผู้ประสบภัยกลุ่มเป้าหมายและขนาดภาระงานแต่ละจังหวัดได้รับมอบหมายมีความแตกต่างกัน (เช่น กลุ่มเป้าหมายที่ต้องเยี่ยมเยียนของจังหวัดเชียงใหม่มีจำนวน 201 ราย ในขณะที่จังหวัดแม่ฮ่องสอนมีจำนวน 5 ราย) ส่วนงบประมาณที่ได้สนับสนุนจัดอบรม อสม. (จำนวนเท่ากัน อำเภอละ 12,400 บาท) เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอที่เป็นพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนผู้รับผิดชอบเห็นว่า งบมีจำนวนไม่พอเพียง ทำให้ต้องมีการบริหารจัดการขอการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น และพบการจัดสรรงบประมาณมีความล่าช้าในบางพื้นที่

ด้านบุคลากร เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโครงการมีจำนวนมากและมีคุณภาพเหมาะสมกับงานที่รับมอบหมาย เจ้าหน้าที่ที่เห็นด้วยและเห็นความสำคัญของโครงการเยี่ยมเยียนทางการแพทย์ครั้งนี้ เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอเกือบทั้งหมดมีการเตรียมตัวเข้าเยี่ยมกลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างดี มีเทคนิคปรับใช้เมื่อลงพื้นที่ เจ้าหน้าที่ทั้งหมดไม่ได้แสดงตนเป็นเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติการ เพื่อลดและป้องกันความหวาดระแวงที่จะไม่ให้เข้าเยี่ยมจึงมีการใช้กลยุทธ์แตกต่างกันไป การทำตัวกลมกลืนกับการเยี่ยมบ้านปกติ เยี่ยมบ้านหลายครัวเรือนในบริเวณเดียวกันโดยมีบ้านเป้าหมายรวมในกลุ่มนั้น ออกเยี่ยมเพื่อนบ้าน

ที่เป็นโรคเรื้อรังแล้วแหวะหักทลายผู้ประสพภัยโดยไม่ให้รู้ตัว ขณะลงพื้นที่ใช้รถของสถานีอนามัยแทนรถโรงพยาบาล หรือทำตัวเป็นลูกค้าไปซื้อของจากร้านค้าของผู้ประสพภัย

เจ้าหน้าที่ส่วนมากมีความยินดีและร่วมมือทำงานในโครงการเป็นอย่างดี เกือบทุกคนยินดีเข้าร่วมเตรียมความพร้อมและมีความภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือผู้ประสพภัย (ดีใจ ได้ช่วยคนอื่น ดีใจได้ช่วยเหลือเขา ลูกเขาตายแล้ว เอ็นดู) บางคนเป็นคนในพื้นที่และรักบ้านเกิด บางคนตั้งใจจริงและหวังดีอยากเห็นชุมชนเข้มแข็งเป็นสุข บางคนสามารถบอกเล่าเรื่องราวที่ได้ทำงานช่วยเหลือผู้ประสพภัยได้อย่างชัดเจนด้วยความภาคภูมิใจ (เช่น ผู้ประสพภัยรายหนึ่งได้มีงานทำจากโครงการการเยียวยาครั้งนี้ และผู้ประสพภัยอีกราย ได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจรักษาโรคทางจิตที่ขอนแก่นอยู่และกำลังรับการรักษาต่อเนื่อง) บางคนเห็นว่า เป็นโอกาสดีที่ได้มาประชุมฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการ ทำให้สามารถนำความรู้จากการจัดประชุมไปเป็นแนวปฏิบัติและเครื่องวัดที่ได้รับไปประยุกต์ปรับใช้กับการงานประจำได้ โดยเฉพาะการจัดการผู้ประสพภัยในภาวะวิกฤติต่างๆ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับการดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคมได้

จุดอ่อน เจ้าหน้าที่เห็นว่า การเยียวยาจิตใจผู้ประสพภัยทางการเมืองเพิ่งได้ร่วมกิจกรรมเป็นครั้งแรก เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการทำงานผู้ออกตรวจเยี่ยมบ้านรู้สึกไม่มั่นใจ รู้สึกเป็นงานที่ยาก และมีความซับซ้อนมากกว่าการเยียวยาภัยพิบัติจากธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม แผ่นดินไหว สึนามิ หรือภัยหนาว (เยียวยาการเมือง เวลาไป เขาก็ไม่ให้พบทำยาก แต่เยียวยาน้ำท่วม เขามาหาเรา เขา

ยินดีที่เราไปช่วย) ด้านการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นพบว่า ไม่มีการทำงานร่วมกับหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุขอย่างบูรณาการ

ด้านเครื่องวัดพบว่า เจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดและอำเภอคุ้นเคยกับเครื่องวัด SPST 20 ข้อ 2Q และ RQ ฉบับ 20 ข้อ เป็นอย่างดี

ส่วนเครื่องวัด DISA M1 และ PISCE-18 เป็นเครื่องวัดใหม่ ไม่เคยใช้มาก่อนจึงไม่เป็นที่คุ้นเคย ทำให้ความรู้สึกยุ่งยากในการใช้งานจริง เจ้าหน้าที่ส่วนมากเห็นว่า เอกสารคู่มือเครื่องวัดที่ส่วนกลางแจกจ่ายให้มีประโยชน์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานประจำ และชีวิตส่วนตัวได้ โดยเฉพาะคู่มือการประเมินและจัดการความเครียด (อยากขอคู่มืออีก อยากให้ทุก สอ. มีใช้เพราะง่ายและใช้จัดการปัญหาความเครียดได้เลย) อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่ทุกคนเห็นว่า เนื้อหาของเครื่องวัดมีจำนวนมากเกินไป มีความยุ่งยากเมื่อใช้งานภาคสนาม และวัดถูประสงค์การใช้งานเครื่องวัดแต่ละรายการไม่สอดคล้องกับงานที่ได้รับมอบหมาย ควรมีการทบทวนรายละเอียดใหม่ เน้นการลดจำนวนลง และสรรหาเครื่องวัดที่มีวัดถูประสงค์ตรงกับการใช้งาน ควรมีการติดตามความเหมาะสมของการใช้งานเครื่องวัด (เขาเป็นทุกข์ ร้องไห้ พุ่มพวย แต่คะแนนวัดกลับเป็นลบ) และสรรหาเครื่องวัดที่เหมาะสมสำหรับการเยียวยาการเมืองต่อไป เพื่อให้ง่ายต่อการใช้งานภาคสนามและสะดวกต่อการบันทึกรายงานในส่วนของผู้เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ/ชุมชน

การประเมินกระบวนการ

การประเมินผลกระบวนการในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง กระบวนการมอบนโยบาย

กระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ซึ่งเป็น การประเมินเชิงปริมาณ ส่วนกระบวนการการบริหารจัดการในภาพรวมวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

กระบวนการมอบนโยบาย

ในการมอบนโยบายและชี้แจงโครงการ มีการจัดประชุมระดับเขตสาธารณสุข มีกลยุทธ์การดำเนินการโดยสร้างแนวทางยุติความขัดแย้งด้วยสันติวิธีของชุมชน คือ ระดับเขต มีการดำเนินงาน มีการจัดประชุม จำนวน 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 วัน โดยครั้งแรกดำเนินการในเดือนพฤษภาคมที่ กรุงเทพมหานคร และครั้งที่สองดำเนินการในเดือนมิถุนายนที่จังหวัดเชียงราย ระดับจังหวัด มีการจัดประชุมปฏิบัติการเตรียมความพร้อมตามนโยบาย พบมีการดำเนินการจำนวน 4 ครั้ง เป็นเวลา 8 วัน ดำเนินการในเดือนมิถุนายน ที่จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 2 ครั้ง จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 1 ครั้ง และจังหวัดเชียงรายจำนวน 1 ครั้ง พบว่า มีเจ้าหน้าที่ผู้เข้าร่วมประชุมจำนวนกว่า 500 คน ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ของกรมสุขภาพจิต

กระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติการโดยอาศัยกลยุทธ์สำคัญและกำหนดการดำเนินการตามกิจกรรม 3 ส่วนใหญ่ คือ

ส่วนที่ 1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข

มีการจัดอบรม อสม. เพื่อให้การปฐมพยาบาลจิตใจแบบง่ายและจัดทำกิจกรรมสร้างพลังชุมชน ผลการดำเนินการอบรมได้ อสม. ที่ผ่านการอบรมแล้วจำนวน 7,918 คน มีการเยี่ยมประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 17,711 คน และทำกิจกรรมสร้างพลังในชุมชน 155 โครงการ¹⁴

ส่วนที่ 2 การตรวจเยี่ยมบ้านเยี่ยมยา ผู้ประสพภัยทั้งรายบุคคลและครอบครัว เพื่อตรวจทางจิตใจเพื่อฟื้นฟูสุขภาพมีจำนวนการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและประเมินปัญหา/ความต้องการของผู้ได้รับผลกระทบ การปฏิบัติการยึดหลักของการปฐมพยาบาลทางจิตใจ (psychological first aid: PEA)³ ประสานความร่วมมือและการอำนวยความสะดวกให้เข้าถึงบริการ (เช่น ค่าชดเชยขาดเจ็บ การจัดหาอาชีพ ที่อยู่อาศัย เป็นต้น) จำนวน 34,511 ราย พบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวน 2,680 ราย และรักษา/ให้การปรึกษาจำนวน 2,887 ราย

ส่วนที่ 3 ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ จำนวน 245 ตำบล ครอบคลุมพื้นที่ในเขตจังหวัดที่มีรายงานผู้ประสพภัย

กระบวนการติดตามและประเมินผล

ด้านการติดตามและให้คำปรึกษาแก่บุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิมีการติดตามผลการดำเนินงาน กำหนดกรอบระยะเวลาการทำงาน 6 เดือน แบ่งเป็น 4 ระยะ ระยะเตรียมการ เริ่มเมื่อสิ้นสุดเหตุการณ์รุนแรงทางการเมือง ระยะวิกฤติและฉุกเฉิน (๑-๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๓) ระยะหลังได้รับผลกระทบ (๑ กรกฎาคม-๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๓) และระยะฟื้นฟู (๑ กันยายน-๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๓)

ในภาพรวมการวิเคราะห์เชิงคุณภาพของการบริหารจัดการ ด้วยการตรวจสอบกิจกรรม เวลา และทรัพยากรของโครงการ ความยอมรับของประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการในพื้นที่ การมีส่วนร่วมของประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการ และภาวะผู้นำในโครงการ การตัดสินใจเพื่อนำโครงการไปปฏิบัติ (implementation decision) มีข้อสรุปดังนี้

ด้านระบบสารสนเทศควรปรับปรุงระบบจัดทำรายงานผลการดำเนินงานส่งกลับ ศยจ. โดยควรวางระบบให้กระชับ ง่าย มีรายละเอียดไม่มาก และใช้เวลาทำไม่มากนัก ควรมีการวางแผนและเตรียมแนวปฏิบัติที่มีรายละเอียดชัดเจนและครอบคลุม เพราะการเฝ้าระวังการเมืองเป็นเรื่องยาก และเห็นควรเพิ่มกิจกรรมการปรับทัศนคติด้านการเมืองทั้งสำหรับเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดและระดับเขต ในกรณีที่จะมีนโยบายแบบนี้ อีก หากจะมีการเฝ้าระวังผู้ประสพภัยอีก ควรพัฒนาระบบการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์และประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้ประสพภัย ควรมีการประชุมวางแผนร่วมกันระหว่างหน่วยงานจากส่วนกลางร่วมกับหน่วยงานส่วนภูมิภาค เพื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจจากทุกฝ่ายและทำงานเป็นเครือข่าย เรียนรู้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ร่วมกัน สามารถขยายผลสู่ชุมชนและเผยแพร่ได้ต่อไป ควรมีการจัดสรรงบประมาณแก่ผู้ปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชาตามความเหมาะสม ด้านแรงจูงใจควรมีการสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานภาคสนาม เพราะการทำงานมีความเสี่ยงสูงหลายด้านทั้งต่อร่างกายและจิตใจ

ด้านการมอบหมายภารกิจพบว่า วิทยากรระดับจังหวัดหลายคนยังตอบคำถามได้ไม่ชัดเจน เห็นควรพัฒนาศักยภาพวิทยากรหรือสรรหาวิทยากรที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่มีความสามารถเฉพาะประเด็นมาช่วยงาน เช่น การจัดการและป้องกันความขัดแย้ง การจัดการกับความโกรธเกลียด การเจรจาต่อรอง และการให้ข้อมูลข่าวสารทันเหตุการณ์ เป็นต้น (โดยไม่ควรเน้นเฉพาะกิจกรรมประเมินความเครียด เท่านั้น) และควรเน้น

เทคนิคการเข้าถึงผู้ประสพภัย ส่วนวิทยากรที่เป็นพยาบาลจิตเวชที่โรงพยาบาลอำเภอเห็นว่าเนื้อหาที่ได้รับมอบหมายมีความซับซ้อนมากไม่สามารถถ่ายทอดได้ทั้งหมด ควรตัดลดเนื้อหาบางแห่งง่ายสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็น อสม. และ อสส.

ด้านระบบสารสนเทศ เจ้าหน้าที่เห็นว่า มีรายงานที่ต้องบันทึกส่งกลับ ศยจ. จำนวนมาก และมีระบบการบันทึกที่ยุ่งยาก ด้านแรงจูงใจพบว่า ผู้ปฏิบัติงานภาคสนาม มีความเสี่ยงสูงหลายด้านทั้งต่อร่างกายและจิตใจ เพราะผู้ประสพภัยไม่ไว้วางใจ มีความโกรธและหวาดระแวงสูง เจ้าหน้าที่รู้สึกไม่ปลอดภัยในการลงพื้นที่ เสียขวัญในการทำงาน ถูกต่อว่าด่าทอ รู้สึกกลัวจะถูกทำร้าย การปฏิบัติงานยุ่งยากลำบาก บางคนไม่อยากทำงาน เจ้าหน้าที่บางคนมีทัศนคติที่ไม่สนับสนุนต่อการทำงาน เฝ้าระวังการเมือง (ไปเฝ้าระวังทำไม ไม่เห็นจำเป็นเลย) นอกจากนั้นระบบฐานข้อมูลที่มีการจัดส่งมาจากส่วนกลางมีความคลาดเคลื่อนและล่าช้า (เช่น ข้อมูลรายชื่อผู้ประสพภัยกลุ่มเป้าหมายคลาดเคลื่อน ข้อมูลรายชื่อผู้ประสพภัยไม่ครอบคลุมทั้งหมด รายชื่อผู้ประสพภัยบางคนไม่ได้เป็นผู้ได้รับผลกระทบจริงที่สมควรต้องได้รับการเฝ้าระวัง รายชื่อบางคนเป็นผู้เข้าร่วมชุมชนจริงแต่ตั้งใจไปเที่ยวกรุงเทพฯ พร้อมคณะหรือไปชุมนุมตามโฆษณาชักชวน และพบผู้ประสพภัยจำนวนมากที่ไม่มีรายชื่ออยู่ในกลุ่มเป้าหมาย) เพราะการเฝ้าระวังการเมืองนี้เป็นภารกิจที่ได้รับมอบหมายเพิ่มเติมจากภารกิจปกติ ด้านบุคคลพบว่า เจ้าหน้าที่บางคนมีความลำบากใจในการตรวจเยี่ยม เนื่องจากคิดเองว่าตนมีความรู้่น้อยหรือด้อยต่ำกว่าผู้ประสพภัยจึงเกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง มีฐานะหรือตำแหน่งที่สูงกว่า

(“เขาเป็นครู เราเป็น อสม. จะทำงานไหนหรือ เราเป็น อสม. จะไปสอนข้าราชการได้อย่างไร”) ส่วนกรณีการที่ไม่สามารถเข้าตรวจเยี่ยมเยียวผู้ป่วยประสบภัยได้ ไม่ได้เกิดจากการขาดแคลนของผู้ปฏิบัติงาน หากเกิดจากผู้ประสบภัยไม่ให้โอกาสได้เข้าพบบ้าง หรือย้ายที่อยู่บ้าง (“กลับไปทำงานกรุงเทพฯ แล้ว”) หรือข้อมูลผู้ป่วยประสบภัยไม่ถูกต้อง

จุดอ่อนของกระบวนการบริหารจัดการโครงการนี้ คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเห็นว่ากรอบแนวทางการทำงานได้กำหนดไว้มีรายละเอียดไม่ชัดเจน มีกำหนดกรอบการทำงานเร่งด่วน ทำให้มีเวลาเตรียมการสั้น เห็นควรขยายเวลาเตรียมการมากกว่านี้ และเพิ่มส่วนของการติดตามประเมินผลโครงการ ซึ่งปัญหานี้มีผลกระทบมากกับการทำงานในพื้นที่ห่างไกลอันเกิดจากปัญหาการเดินทางและการประสานงานเร่งด่วน

ข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ พบว่า การทำงานของทีมสาธารณสุขมีความล่าช้า ทำให้มีการตรวจเยี่ยมกลุ่มเป้าหมายเป็นทีมสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยประสบภัยเกิดความไม่เข้าใจ กลัว และ ความหวาดระแวง (“ที่ผ่านมามีคนมาถามข่าว แต่ไม่ได้ช่วยเหลือใดๆ กลัวรัฐบาลส่งคนมาทำร้าย หมอมาทำไม จะมาทำอะไร ผมสบายดี ดำรวจทหารก็มาแล้ว นี่หมอกับเขาเอารายชื่อมาจากไหน เขาจะเก็บผม หรือเข้าใจว่าหมอเป็นห่วง แต่ไม่ต้องมาหามาหนะ ขอขอบคุณ”)

การประเมินผลผลิตผล

กำหนดตัวชี้วัดผลสำเร็จของโครงการระดับบุคคล คือ ร้อยละ 70 ของผู้ได้รับผลกระทบได้รับการเยี่ยม และตัวชี้วัดระดับชุมชนคือ ผู้มีความเครียดและผู้มีภาวะซึมเศร้าได้รับการคัดกรองและช่วยเหลือไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

โครงการนี้มีผู้ได้รับผลกระทบได้รับการประเมินและเยี่ยมยาทางใจจากโครงการนี้จำนวนเท่ากับ 391 คน จากจำนวนผู้ได้รับผลกระทบเป้าหมาย 523 คน ในเฉพาะเขตภาคเหนือ 13 จังหวัด ซึ่งในจำนวนผู้ที่ได้รับการประเมินและเยี่ยมยามีจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บ 82 คน (รายงาน 6 จังหวัด) จำนวนผู้ไปร่วมชุมชน 307 คน (รายงาน 12 จังหวัด) และจำนวนญาติ 79 คน (รายงาน 7 จังหวัด)¹⁷ ไม่พบผู้ป่วยประสบภัยที่เป็นผู้บาดเจ็บและผู้เข้าร่วมชุมชน จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 20.9 มีจังหวัดรายงานผลครบถ้วน 7 จังหวัด และ 1 จังหวัดไม่มีรายงาน (เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบลาศึกษาและไม่มีส่งต่องาน) สรุปมีผู้ได้รับผลกระทบได้รับการประเมินและเยี่ยมยาทางใจ คิดเป็นร้อยละ 74.4 (คำนวณจากผู้ได้รับการเยี่ยมบ้านเยี่ยมยาจำนวนเท่ากับ 391 คน จากผู้ป่วยประสบภัยที่มีรายชื่อในบัญชีจำนวนเท่ากับ 523 คน)¹⁸

ผลลัพธ์ของการตรวจประเมินและเยี่ยมยาผู้ได้รับผลกระทบทุกรายในกลุ่มที่สัมภาษณ์นั้น พบมีการตรวจประเมินและบำบัดทางจิตพร้อมให้คำปรึกษาทั่วไประสบภัยทุกคนไปในคราวเดียวกัน โดยไม่ต้องพิจารณาว่ามีระดับคะแนนเครื่องวัดที่ใช้อยู่ในระดับใด กล่าวได้ว่าผู้มีความเครียดและผู้มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการคัดกรองและช่วยเหลือมีสัดส่วนร้อยละ 100 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่

มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดตามโครงการ โดยผู้ได้รับผลกระทบมีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช จากผลการตรวจประเมินเท่ากับร้อยละ 4.6 ของจำนวนผู้ประสบภัยทั้งหมด (จำนวนผู้ประสบภัยที่ได้รับการตรวจเยี่ยมเยียนเท่ากับ 391 คน ในจำนวนนี้มีตรวจพบผู้มีความเสี่ยงจำนวนเท่ากับ 18 คน) การตัดสินใจเพื่อทบทวนโครงการ (recycling decision) ส่วนนี้ เห็นควรขยายผลการดำเนินการของโครงการเยียวยาการเมืองต่อไป เพราะเจ้าหน้าที่เชื่อว่าจะมีเหตุการณ์เช่นนี้อีก หากแต่วิธีการดำเนินการภาคสนามควรได้รับการปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม จะมีเหตุการณ์วิกฤติการเมืองอีกในอนาคต ควรมีการปรับรูปแบบการบริหารโครงการ มีการผสมผสานเข้ากับงานประจำและทำงานอย่างมีส่วนร่วมแบบบูรณาการ ได้เยียวยาผู้ประสบภัยและได้บุคลากรที่มีทักษะสามารถเยียวยาผู้ประสบภัยได้

วิจารณ์

โครงการการเยียวยาด้านจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงทางการเมืองนี้มีผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญและความจำเป็นอย่างมาก หวังผลลดขนาดและเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพจิต โครงการริเริ่มดำเนินการเป็นครั้งแรก มีนโยบายชัดเจน จากผลที่ได้แสดงให้เห็นว่า มีปัจจัยนำเข้าหลายส่วนที่มีสมรรถนะสูง กล่าวคือ มีจำนวนหน่วยบริการและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการจำนวนมาก มีระบบการทำงานเป็นเครือข่ายทั่วถึงในระดับชุมชน เจ้าหน้าที่มีความคุ้นเคยกับการทำงานวิกฤติสุขภาพจิต มีเครื่องวัดที่ผ่านการพัฒนาแล้วไว้ใช้งาน มีการจัดสรรงบประมาณชัดเจน ยิ่งกว่านั้นการดำเนินการครั้งนี้มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ด้วยการเตรียม

ความพร้อมปฏิบัติการด้วยการประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการหลายครั้ง อย่างไรก็ตามในการดำเนินการต่อไป ควรมีการทบทวนรายละเอียดเรื่องเครื่องวัดโดยเน้นการลดจำนวนลง หรือสรรหาเครื่องวัดที่มีวัตถุประสงค์ตรงกับการใช้งาน และพิจารณาถึงความเหมาะสมของการจัดสรรงบประมาณ ส่วนปัจจัยที่เป็นจุดอ่อนและขัดขวางต่อการดำเนินโครงการจำแนกได้ ดังนี้ ด้านบริบท คือความซับซ้อนของการปฏิบัติการเยียวยาการเมืองเพราะเป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยมีมาก่อน กรอบระยะเวลาที่จำกัดต้องทำงานอย่างเร่งด่วน และสภาพทางการเมืองที่ยังมีความไม่แน่นอน ด้านปัจจัยนำเข้า คือ เครื่องวัดที่จำเป็นต้องวัดมีหลายชนิดทำให้ทำงานได้ยุ่งยาก และเป็นภาระ และวัตถุประสงค์ของเครื่องวัดที่ใช้ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการใช้งาน ด้านกระบวนการ คือ แผนงานและแนวปฏิบัติภาคสนามไม่ละเอียดชัดเจน ระบบจัดทำรายงานผลกลับส่วนกลางยากและมีรายละเอียดมาก เจ้าหน้าที่ส่วนภูมิภาคไม่มีส่วนร่วมพัฒนานโยบายและวางแผน การไม่ประสานการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ และความไม่เหมาะสมของการจัดสรรงบประมาณ การขาดแรงจูงใจเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานภาคสนาม และระบบการทำงานที่ไม่มีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุขจากการศึกษา^{16,17} คาดการณ์ว่า จะมีการเกิดภัยพิบัติมากขึ้นในอนาคต ซึ่งจำเป็นต้องมีการเตรียมการรับมือ โดยการจัดตั้งทีมงานเฉพาะกิจและมีแผนการดูแลและฟื้นฟูผู้ประสบภัยชัดเจน มุ่งเน้นการบริหารข้อมูลสุขภาพและบริหารการเงิน¹⁶ ในกระบวนการดูแลฟื้นฟูผู้ประสบภัยหลังภาวะวิกฤติ มีการเน้นการดูแลฟื้นฟูด้านจิตใจมากขึ้น เริ่มตั้งแต่ปี

พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็นต้นมา โดยไม่มุ่งการดูแลสุขภาพด้านร่างกายเท่านั้น¹⁷ ซึ่งโครงการเยียวยาการเมืองของไทยในครั้งนี้ จัดว่าเป็นโครงการที่มีวัตถุประสงค์เป็นไปในแนวทางที่สอดคล้องและเป็นที่ยอมรับทางการแพทย์ เครื่องมือที่ใช้ในโครงการนี้ มีความสอดคล้องกับแนวทางการเยียวยาหลังเกิดภัยพิบัติที่มีการศึกษาในต่างประเทศมาแล้ว¹⁷ มีการใช้แบบประเมินการเสพยาเสพติด แบบประเมินความเครียด แบบประเมินความเครียด (SPST) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q) และแบบประเมินผลกระทบจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤติ (PISCE-18) สำหรับช่วยการคัดกรองปัญหาอย่างง่าย เนื่องจากหลังเหตุการณ์วิกฤติผู้ประสบภัยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มักแสดงออกทางอารมณ์ผ่านภาวะการติดสุรา การแสดงอารมณ์รุนแรง หรือการลักขโมย

สรุป

การวิจัยประเมินผลโครงการครั้งนี้ ดำเนินการเก็บข้อมูลปฐมภูมิแล้ววิเคราะห์เชิงปริมาณ และส่วนที่สองเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานแล้ววิเคราะห์เนื้อหา ในโครงการได้มีการเยี่ยมบ้านและเยียวยาจิตใจผู้ประสบภัย มีการเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่เพื่อรับสถานการณ์วิกฤติทางการเมือง และมีการสร้างความสามัคคีในชุมชนด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ โครงการเยียวยาการเมืองนี้ได้ดำเนินการบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ทราบปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานประกอบด้วย การดำเนินการผ่านหน่วยปฏิบัติงานที่มีจำนวนมากกระจายทั่วถึงในระดับชุมชน บุคลากรมีสมรรถนะดี

และมีภารกิจสอดคล้องกับงานที่ทำอยู่เป็นประจำ และข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อโครงการ ประกอบด้วย สภาวะทางการเมือง การขาดความมีส่วนร่วมจากเจ้าหน้าที่ส่วนภูมิภาค แนวปฏิบัติระดับชุมชนไม่ชัดเจน ความไม่เหมาะสมของการจัดสรรงบประมาณ การขาดแรงจูงใจเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานภาคสนาม การไม่ประสานการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ และความซับซ้อนของระบบรายงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Afinotan1 LA, Ojakorotu V. The Niger Delta crisis: Issues, challenges and prospects. AJPSIR 2009;3:191-8.
2. Jakes G, Jannie M, Tor S, Editors. African Journal on Conflict Resolution. Durban, South Africa; 2008.
3. ดวงกมล สุจริตกุล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, สุพัฒนา สุขสว่าง. การศึกษาวิกฤติการเมืองไทยปี 2553 ในบริบทการเฝ้าระวังสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2553.
4. กระทรวงสาธารณสุข. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 850/2553 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการคณะทำงานและจัดตั้งศูนย์เยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบตั้งแต่วันที่ 12 มีนาคม 2552 เป็นต้นไป. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
5. กรมสุขภาพจิต. รายงานผลการดำเนินงานศูนย์เยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบทางการเมืองตั้งแต่ 12 มีนาคม 2553 เป็นต้นไป. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2553.

6. มรรดา สุวรรณโพธิ์. ระบบรายงานและตัวชี้วัดการเฝ้าระวังจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความรุนแรงทางการเมือง. กรมสุขภาพจิต นนทบุรี: 15 มิถุนายน 2553.
7. แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความรุนแรงทางการเมืองสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานครและระดับจังหวัด. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2553.
8. Stufflebeam DL. Education evaluation and decision making. Indiana: Phi Delta Kappa Nation Study Committee on Evaluation. Indiana: F. E. Peacock; 1971.
9. สมพิศ สุขแสน. ผู้พูด. CIPP Model: รูปแบบการประเมินโครงการ. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง เทคนิคการวางแผนและการประเมินผล. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่. 25 พฤศจิกายน 2545.
10. โรงพยาบาลสวนปรุง. รายงานการดำเนินงานโครงการเฝ้าระวังจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความรุนแรงทางการเมืองและโครงการสัมมนานักจิตวิทยาการวิทย์ชุมชน (ดีเจ) เรื่อง การสื่อสารเพื่อดูแลจิตใจคนในชุมชน. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2554.
11. สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมพ์มาศ ตาปัญญา. รายงานการวิจัยเรื่องการสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20). เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
12. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2547.
13. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. แบบประเมินพลังสุขภาพจิต RQ ฉบับ 20 ข้อ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2552.
14. พิทักษ์พล บุญมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, ขวัญจิตต์ นรากรพิตร, เชษฐพล ชัยชนะฉิมพลี. การพัฒนาแบบประเมินผลกระทบทางจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤติ (PISCES-18). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552;54;317-26.
15. กรมสุขภาพจิต. รายงานการประเมินการประชุมทางวิชาการ เพื่อรับทราบนโยบายด้านการศึกษาของรัฐบาล. หลักสูตรการปฐมพยาบาลทางจิตใจตามหลักการ Psychological First Aid (EASE). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2553.
16. กรมสุขภาพจิต. คู่มือความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลทางจิตใจตามหลักการ Psychological First Aid (EASE). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2553.
17. John CW, Deborah G. Disaster recovery plans: business continuity or responsible patient care?. Retrieved from <http://www.hhnmostwired.com>. (7 September 2010).
18. Katherine Y, Nicole L, Pamela SH. Moving mental health into the disaster preparedness spotlight. NEJM 2004;363:1193-5.