

ระบบวิชาการ

งานต่างประเทศ

การสร้างสุขด้วยสติในองค์กร

จริยธรรม

สติบำบัด

แบบประเมินความสุข

“

บทเรียนการจัดทำ
ข้อเสนอแนะ
สำหรับผู้บริหาร

”

ไข้หวัดใหญ่ 2009

น้ำท่วม

3 ต้อง 3 ไม่

การเตรียมรับมือภัยพิบัติ

แผ่นดินไหว

วิกฤติการเมือง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหนังสือ บทเรียนการจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร

ผู้เขียน นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต

พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2560

จัดพิมพ์โดย กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี 11000

จำนวนพิมพ์ 1,000 เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัท ดินาคู มีเดีย พลัส จำกัด

คำนิยม

หนังสือชุดนี้เป็นการประมวลงานของนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมสุขภาพจิต เนื่องในโอกาสเกษียณราชการของท่านในปี 2560 เป็นภาพสะท้อนการทำงานวิชาการให้กับกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่ก่อตั้งกรมฯ จนเกษียณอายุ ท่านได้สะสมความรู้ทางด้านสุขภาพจิตไว้มากมาย สมควรแก่การที่จะรวบรวมไว้ให้เป็นหมวดหมู่ โดยจัดทำเป็น 5 เล่ม คือ

- 1) ประสบการณ์การทำงานสุขภาพจิต
- 2) ศาสตร์ส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิต
- 3) การจัดการความรู้สู่องค์กรแห่งการเรียนรู้
- 4) บทเรียนการจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร
- 5) สร้างสุขด้วยสติในองค์กร (Mindfulness in Organization : MIO)

หนังสือทั้ง 5 เล่ม ได้จัดทำด้วยวิธีการที่หลากหลาย ทั้งเอกสารทางวิชาการ การถอดเทปคำบรรยาย และการให้สัมภาษณ์ ทั้งนี้เพื่อให้ได้เนื้อหาที่ครอบคลุมให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

กรมสุขภาพจิต หวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิชาการเหล่านี้ จะเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้อ่านที่สนใจงานสุขภาพจิต ได้เรียนรู้และใช้ประโยชน์ให้กับสังคม สมดังความตั้งใจของท่านสืบไป

น.ต. 

(บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์)

อธิบดีกรมสุขภาพจิต

คำนำ

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ผมได้เข้ามาเป็นหัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต ภายใต้วิสัยทัศน์ของอธิบดีกรมสุขภาพจิตในขณะนั้น (นายแพทย์มล.สมชาย จักรพันธุ์) ที่ต้องการให้กลุ่มที่ปรึกษา ทำหน้าที่เป็น “มันสมอง” หรือมือวิชาการ ให้กับผู้บริหารของกรมสุขภาพจิต หนึ่งในภารกิจสำคัญของกลุ่มที่ปรึกษา คือ การให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Brief) ให้กับผู้บริหาร โดยมีการประชุม ทุกสัปดาห์ วิเคราะห์ทั้งสถานการณ์สุขภาพจิตภายนอก เช่น ภาวะวิกฤติ ข่าวสุขภาพจิตและระบบภายใน โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับงานวิชาการต่างๆ

ผลจากการวิเคราะห์จะมีการนำเสนอเป็นเอกสารอย่างเป็นทางการเพื่อให้ผู้บริหารได้พิจารณาและทำการตัดสินใจตามที่เห็นสมควร การดำเนินการดังกล่าวได้ทำอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งเป็นระบบขององค์กร มีการออกวิธีปฏิบัติของการจัดประชุมและพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยงานที่จะต้องมียุทธศาสตร์อย่างน้อยปีละ 10 เรื่อง รวมจนถึงปัจจุบัน กว่า 120 เรื่อง ทำให้กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานที่มีพันธกิจที่ชัดเจน มีบทบาทช่วยสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหาร

หัวใจสำคัญของการจัดทำข้อเสนอแนะคือ การให้ข้อคิดเห็นเป็นทีม หรือองค์คณะที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิและที่ปรึกษาอาวุโส โดยมีผู้บริหารมาเป็นประธานการประชุม การพิจารณาจะต้องมีการเตรียมข้อมูลทางวิชาการมานำเสนอ มีการอภิปรายอย่างกว้างขวาง และสรุปเป็นข้อเสนอแนะจากที่ประชุม ก่อนที่จะมอบหมายผู้เขียนเพื่อจะนำเสนอเป็นเอกสารให้อธิบดีพิจารณาและสั่งการต่อไป

ขอบเขตของข้อเสนอแนะในเอกสารนี้ ได้รวบรวมเฉพาะบางเรื่องที่ผมได้รับมอบหมายให้เป็นผู้เขียน โดยแบ่งเป็น 5 หมวด คือ

- 1) สุขภาพจิตกับภัยธรรมชาติ
- 2) สุขภาพจิตกับวิกฤติการเมืองและประเทศ
- 3) สุขภาพจิตจากประเด็นข่าว
- 4) นโยบายระบบและงานวิชาการสุขภาพจิต
- 5) งานวิชาการต่างประเทศ

ทั้งนี้ ไม่รวมถึงภารกิจที่ได้รับมอบหมายภายหลัง คือ การกลั่นกรองข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการ ซึ่งเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของสำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต (สยส.)

หนังสือเล่มนี้ นอกจากจะรวบรวมข้อเสนอแนะไว้เป็นหมวดหมู่แล้วยังจัดเรื่องตามระยะเวลาดังแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้เชื่อมโยงกับสถานการณ์ในช่วงนั้นๆ และมองเห็นพัฒนาการของข้อเสนอแนะ หนังสือนี้จึงเป็นบทเรียนสำคัญสำหรับการทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาต่อไปในอนาคต

สำหรับภาคผนวกเป็นการยกตัวอย่างข้อเสนอแนะต่อสื่อ ทั้งสื่อหลักและสื่อใหม่ ทั้งนี้เพราะการสื่อสารโดยเฉพาะในสื่อใหม่ได้ขยายตัวจนเป็นวิถีของสังคมและมีผลต่อสุขภาพจิตของประชาชนเป็นอย่างยิ่ง จึงเป็นภารกิจที่กรมสุขภาพจิต โดยเฉพาะกลุ่มที่ปรึกษากกรมสุขภาพจิตควรให้ความสำคัญ เรื่องราวเหล่านี้จึงถือเป็นบทเรียนสำหรับงานด้านนี้ในอนาคต ทั้งนี้หากสนใจข้อเสนอแนะต่อสื่อในเรื่องอื่นๆ สามารถหาอ่านเพิ่มเติมได้ที่ Facebook : นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์

นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษากกรมสุขภาพจิต

สารบัญ

หน้า

✓ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหาร

1. สุขภาพจิตกับภัยธรรมชาติ	1
1.1 สุขภาพจิตในการระบาดของโรคไข้หวัดสายพันธุ์เม็กซิโก	2
1.2 กรณีไข้หวัดใหญ่ 2009	6
1.3 การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสถานการณ์วิกฤติสุขภาพจิต	16
1.4 การสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนัก : กรณีไข้หวัด 2009	18
1.5 แผ่นดินไหวที่เชียงราย	21
1.6 น้ำท่วมภาคใต้	25
2. สุขภาพจิตกับวิกฤติการเมืองและประเทศ	
2.1 สุขภาพจิตหลังวิกฤติการเมือง เมษายน ปี 2552	30
2.2 ข้อสังเกตผลการประเมินสภาพจิตใจของประชาชนจากเหตุการณ์ชุมนุมทางการเมือง เมษายน ปี 2552	34
2.3 วิกฤติการเมืองไทยปี 2553	37
2.4 บทเรียนวิกฤติการเมือง ปี 2554	47
2.5 วิกฤติการเมือง ปี 2557	52
2.6 ความเศร้าโศกเสียใจของมหาชนจากการสวรรคตของในหลวงรัชกาลที่ 9	58
3. สุขภาพจิตจากประเด็นข่าว	
3.1 ข่าวการฆ่าตัวตาย	68
3.2 การฆ่าตัวตายในที่สาธารณะ	71
3.3 อย่างสร้างความรุนแรงจนกลายเป็นโรคระบาดทางสังคม : กรณีน้องต กราบรถ	75
3.4 หลัก 3 ต้อง 3 ไม่ สำหรับผู้ปกครองเพื่อปกป้องผลร้ายจาก Internet	78

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4. นโยบาย ระบบและงานวิชาการสุขภาพจิต	
4.1 นโยบายการควบคุมยาสูบ	82
4.2 ขอบเขตการให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	84
4.3 ระบบตรวจราชการกรมสุขภาพจิต	86
4.4 การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ขาดการรักษาและป้องกันความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	89
4.5 การประเมินความสุขสำหรับกระทรวงสาธารณสุข	92
4.6 การเตรียมรับมือปัญหาการฆ่าตัวตาย	96
4.7 การดำเนินงานจริยธรรมการวิจัย	99
5. งานวิชาการต่างประเทศ	
5.1 สรุปการศึกษาดูงานประเทศไต้หวัน	104
5.2 การดูแลสุขภาพจิตคนไทยในเยอรมัน	107
5.3 การสร้างสุขด้วยสติในองค์กรและสติบำบัด	110
5.4 การอบรมสติบำบัดในต่างประเทศ	114
✓ ข้อเสนอแนะผ่านสื่อมวลชน	119
➢ แนวคิดทางสุขภาพจิตกับความรุนแรงผ่านสื่อ	120
➢ แนวคิดของสุขภาพจิตกับความรุนแรงผ่านสื่อ :	122
กรณีศึกษา “เปรี้ยวหั่นศพ”	
■ การเลี้ยงลูกอย่างไรไม่ให้เกิดความรุนแรง	123
■ สังคมต้องเรียนรู้อะไรบ้างต่อเหตุการณ์ “ฆ่าหั่นศพ”	126
■ การนำเสนอข่าว เปรี้ยวหั่นศพของสื่อสารมวลชน	128

เรื่องที่ 1

สุขภาพจิตใน
การระบาดของ
โรคไข้หวัด
สายพันธุ์เม็กซิโก



เรื่องที่ 4

การสื่อสารเพื่อ
สร้างความตระหนัก :
กรณีไข้หวัด 2009



เรื่องที่ 2

กรณี
ไข้หวัดใหญ่
2009



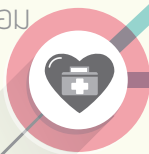
เรื่องที่ 5

แผ่นดินไหว
ที่เชียงราย



เรื่องที่ 3

การเตรียมความพร้อม
เพื่อรับมือกับ
สถานการณ์
วิกฤติสุขภาพจิต



เรื่องที่ 6

น้ำท่วมภาคใต้





สุขภาพจิตกับภัยธรรมชาติ

1. สุขภาพจิตกับภัยธรรมชาติ



1.1 สุขภาพจิตในการระบาดของโรคโควิด-19 สายพันธุ์เม็กซิโก

ความเป็นมา

สืบเนื่องจากข่าวการระบาดของโรคโควิดสายพันธุ์เม็กซิโก ในระหว่างเดือนเมษายนจนถึงกระทั่งปัจจุบัน โดยล่าสุดมีผู้เสียชีวิต 159 คน (วันพุธที่ 29 เมษายน 2552) มีผู้ป่วยกว่า 2500 ราย พร้อมกับรายงานผู้ป่วยหรือผู้สงสัยว่าจะป่วยทั่วโลก ขณะเดียวกันก็ทำให้เกิดความตระหนกตกใจ วิตกกังวล ซึ่งเป็นสภาวะสุขภาพจิต ที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ

ในด้านบวก ความวิตกกังวลทำให้เกิดความตื่นตัวในการรับข้อมูลข่าวสารและพร้อมจะปฏิบัติตัวหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเมื่อได้รับคำแนะนำ ขณะเดียวกันหากจัดการไม่ถูกต้อง ก็อาจเกิดผลในด้านลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินชีวิตตลอดจนความเครียดจนเกินเหตุ ดังนั้นเพื่อป้องกันผลด้านลบดังกล่าวทางกลุ่มที่ปรึกษามสุขภาพจิตจึงได้จัดทำข้อเสนอแนะโดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ แนวทางของรัฐในการสื่อสารการระบาด และแนวทางการให้คำแนะนำกับประชาชนในการรักษาสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะ

1. แนวทางของรัฐในการสื่อสารการระบาด

WHO ได้จัดทำแนวทางการสื่อสารการระบาดจากข้อมูลที่มี evidence – based และผ่านการทดลองใช้จริงในภาคสนาม เพื่อช่วยในการควบคุมการระบาดได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพและเกิดผลเสียทางเศรษฐกิจสังคมให้น้อยที่สุดและเพื่อป้องกัน public panic ดังต่อไปนี้

1.1 TRUST

การสื่อสารที่สร้างและคงไว้ซึ่งความเชื่อมั่นที่สาธารณชนมีต่อผู้บริหารการระบาด (Outbreakmanager) จะนำมาซึ่งความร่วมมือร่วมใจปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างพร้อมเพียง จึงควรมีผู้ให้ข่าวที่น่าเชื่อถือและเป็นบุคคลที่แน่นอน หากเป็นข่าวสำคัญผู้นำควรเป็นผู้ประกาศเอง

1.2 ANNOUNCING EARLY

สื่อสารกับสาธารณชนตามความจริงและบอกถึงความเป็นไปได้ของความเสี่ยงที่แท้จริงแต่เนิ่นๆ จะช่วยให้สาธารณชนเกิดความตื่นตัวไม่ตื่นตระหนก ควรสื่อสารแต่ต้นมือแม้ข้อมูลยังไม่ครบถ้วน โดยให้ข้อมูลที่เข้าใจง่าย ชัดเจนและไม่ขัดแย้งกันเองเพราะจะช่วยลดข่าวลือ และความคลาดเคลื่อนในการสื่อสาร ยิ่งสื่อสารช้าเท่าไร สาธารณชนจะยิ่งตื่นตระหนกและลดความเชื่อมั่นลงทำให้การบริหารการระบาดเป็นไปได้ยากขึ้น

1.3 TRANSPARENCY

ความโปร่งใสในการให้ข้อมูลในเวลาที่เหมาะสม ระดับความเสี่ยง และแนวทางการจัดการข้อมูลที่ครอบคลุมตามความจริง ไม่มีลักษณะปกปิดอำพรางข้อเท็จจริงหรือมีผลประโยชน์แอบแฝง รวมทั้งมีความสม่ำเสมอ ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงใด ความโปร่งใสจะช่วยกระชับความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บริหารการระบาด สาธารณชนและประชาคมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

ช่วยพัฒนาการประมวลข้อมูล การประเมินความเสี่ยงและกระบวนการตัดสินใจให้ดียิ่งขึ้น

1.4 LISTENING

ความสนใจ เข้าใจ รับรู้ ให้ความสำคัญว่าสาธารณชนมีความเห็น ความรู้สึก ความเข้าใจ ห่วงกังวลเพียงไรและอย่างไร ทำที่ดังกล่าวจะช่วยให้ได้รับความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมสุขภาพหรือการทำตามคำแนะนำเป็นอย่างดี

1.5 PLANNING

มีการวางแผนอย่างดีและปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ สำหรับแผนที่สำคัญอย่างหนึ่งก็คือแผนการสื่อสารกับประชาชนและการทำงานร่วมกับสื่อมวลชน ในการให้ข้อมูลที่เป็นไปตามหลักข้างต้น

2. แนวทางการให้คำแนะนำกับประชาชนในการรักษาสุขภาพจิต

หลักสำคัญถึงการนำให้ประชาชนรับรู้ได้ว่าปัญหาต่างๆ นั้นมีระยะเวลาอันจำกัด เมื่อผ่านพ้นไปแล้วสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น และในขณะนี้นั่นเองมีหลายสิ่งที่สามารถทำได้เพื่อบรรเทาปัญหาหรือทำให้สิ่งต่างๆ ดีขึ้น

หลักข้อ 1 การสงบใจ (Calm)

จิตใจที่ว้าวุ่น เคร่งเครียดจนเกินไปอาจทำให้การใช้สติปัญญาแก้ไขปัญหาเสียไป ดังนั้นการผ่อนคลายความเครียดลงบ้าง การได้ฝึกกาย ฝึกใจบ้างก็จะทำให้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้รับ การฟื้นฟู ดังนั้นการสื่อสารไปยังประชาชนว่าควรพักผ่อนให้พอ หาเวลาสั้นๆ สงบจิตใจ ทำสมาธิ สวดมนต์หรือวิธีการคลายเครียด เช่น หายใจคลายเครียด ก็จะช่วยฟื้นฟูสติปัญญาได้

หลักข้อ 2 การลงมือกระทำ (Act)

การแก้ปัญหาต่างๆ ต้องการการลงมือปฏิบัติ ปัญหาความเครียดกรณีใช้หวัดระบายนั้น การสื่อสารไปยังประชาชนว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งใดบ้างเพื่อป้องกันตนเองไม่ว่าจะเป็นการดูแลสุขภาพ การป้องกันการติดเชื้อ (การล้างมือ การใช้อุปกรณ์ ปิดปากและจมูก เมื่อเป็นหวัด ฯลฯ) จึงเป็นที่พึงในการดำเนินชีวิตของประชาชน และทำให้รู้สึกว่าคุณยังพอควบคุมสถานการณ์ได้

หลักข้อ 3 ความหวังและกำลังใจ (HOPE AND OPTIMISM)

เราควรสื่อสารและสนับสนุนสิ่งดีๆ การให้กำลังใจและพูดถึงความก้าวหน้าในทิศทางที่ดีขึ้น (เช่น อันตรายต่ำกว่าโรคซาส์หรือไข้หวัดนก มียารักษาเป็นโรคที่สามารถควบคุมและป้องกันได้ เป็นต้น) นอกจากนี้ เราควรสนับสนุนครอบครัวและชุมชนให้ดูแลให้กำลังใจกันและมีแรงยึดเหนี่ยวจะทำให้แรงใจในการอดทนต่อปัญหานี้มากขึ้นจนผ่านพ้นอุปสรรคไปได้



1.2 กรณีใช้หวัดใหญ่ 2009

จิตวิทยามวลชนต่อไข้หวัดใหญ่ 2009 และการจัดการ (ฉบับที่ 1)

บทนำ (ความเป็นมา / สถานการณ์ / ปัญหา)

ในเดือนกรกฎาคมสถานการณ์ไข้หวัดใหญ่ 2009 ได้มีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ ข่าวการเสียชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ได้ทำให้ประชาชนรู้สึกกังวลมากขึ้น ทั้งๆ ที่ความรุนแรงโดยดูจากอัตราการป่วยตายยังอยู่ในระดับที่ควบคุมได้จากการสำรวจโดยกรมสุขภาพจิต ในช่วงเดือนมิถุนายนเปรียบเทียบกับเดือนกรกฎาคม พบว่าสัดส่วนของประชาชนได้เพิ่มเข้าไปอยู่ในกลุ่มที่รู้สึกกังวลและคิดว่าสถานการณ์รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 22 เป็นร้อยละ 30 และร้อยละ 34 ตามลำดับ ทั้งหมดนี้แสดงถึงภาวะจิตใจ 2 ประการที่น่าเป็นห่วงคือ

1. ความวิตกกังวลที่สูงจะกลายเป็นความไม่พอใจและทวีเป็นความโกรธในที่สุด
2. ความเข้าใจต่อความรุนแรงผิดโดยมาจากข่าวการเสียชีวิต และข่าวจากการคาดการณ์ที่แตกต่างกันจะยิ่งเพิ่มความกังวลในข้อแรกมากขึ้นและมีผลถึงความไว้วางใจของประชาชนต่อกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

แนวคิดเชิงยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์การจัดการจะแปรเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ของโรคและความรู้สึกของประชาชนในสถานการณ์ขณะนี้ ยุทธศาสตร์ต้องเปลี่ยนจากการสร้างความรู้และความเข้าใจมาเป็นการจัดการกังวลและไม่พอใจ โดยมีหลักสำคัญดังนี้

1. การที่จะมีการดำเนินการควบคุมอย่างได้ผลต้องอาศัยพฤติกรรมของประชาชน ซึ่งเกิดขึ้นด้วยความไว้วางใจจากภาครัฐ หากมีความไม่ไว้วางใจ ประชาชนก็จะไม่ยอมรับข้อเสนอแนะและทำให้การควบคุมป้องกันโรคเป็นไปได้ยาก การรักษาความไว้วางใจจึงมีความสำคัญสูงสุด

2. การจัดการกับความรู้สึก ไม่เหมือนกับการจัดการกับความรู้อย่างมีความเข้าใจ โดยมีหลักพื้นฐาน คือ

- เมื่อมีอารมณ์เกิดขึ้น รัฐไม่สามารถหวังผลลัพธ์ได้ว่าประชาชนจะเข้าใจในความพยายามทุกอย่างของรัฐขอให้เพียงแต่ยอมรับและมีความไว้วางใจ ก็พอแล้ว

- ขณะที่มามีอารมณ์ ประชาชนจะตีความการกระทำของรัฐต่างกับเป้าหมายที่รัฐตั้งไว้ การอธิบายจะถูกตีความเป็นการป้องกันตนเอง การให้กำลังใจว่าอัตราป่วยตายต่ำจะถูกตีความว่าปิดบังข้อมูล แต่การยอมรับข้อผิดพลาดบางประการที่ได้เกิดขึ้น จะทำให้เกิดความไว้วางใจ

- เมื่อสถานการณ์ร้ายแรงขึ้น ควรรายงานให้ตรงกับความเป็นจริงให้มากที่สุด จะเป็นการสร้างความเข้าใจของประชาชนต่อสถานการณ์ได้ดีกว่า

- ใช้โอกาสที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์เสริมความรู้ที่ตรงกับความต้องการและทำให้ความรู้ตรงกันในระหว่างฝ่ายต่างๆ

มาตรการสำคัญ

1. ปรับสารที่ให้กับประชาชนใหม่

- ยอมรับข้อผิดพลาดบางประการ เช่น ข้อจำกัดของการใช้เครื่องเทอร์โมสแกน หรือข้อมูลทางวิชาการที่ขัดแย้งกัน
- ชี้นำสถานการณ์ระบาดเข้าสู่การระบาดใหญ่ก่อน และยอมรับว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจะมากขึ้น (ตามอัตราป่วยตาย) แล้วจึงจะนำไปสู่การดำเนินมาตรการของรัฐในการดูแลให้ลดการป่วยตาย ด้วยลำดับของสารแบบนี้ประชาชนจะเข้าใจและยอมรับความหมายของอัตราป่วยตาย อยู่ที่ร้อยละ 0.4 ได้ดีขึ้น

2. ปรับการให้ความรู้กับประชาชนให้ตรงกับสถานการณ์

โดยเน้นจุดที่ประชาชนกังวลถึงการป่วยและการตาย พยายามตอบคำถามสำคัญๆ เช่น เมื่อป่วยต้องตรวจเชื้อไวรัสไหม ใช้สูงแค่ไหนต้องเข้าโรงพยาบาลใครบ้างต้องได้รับยาต้านไวรัส เป็นต้น รวมทั้งแสดงออกให้เห็นการควบคุมคุณภาพของสถานบริการ

3. เพื่อให้การสื่อสารดังกล่าวถึงประชาชน จะต้องปรับวิธีการเข้าหาสื่อที่ได้ผลดีที่สุดนอกเหนือจากการแถลงข่าว

- สื่อหนังสือพิมพ์ ผู้บริหารระดับสูง ควรมีการสนทนาอย่างเปิดใจกับ บก. เพื่อรับฟังความคิดเห็นสร้างความเข้าใจและหาทางออกที่ดีที่สุดกับสังคมร่วมกัน เพราะบุคคลเหล่านี้เป็นผู้ตัดสินใจพาตัวข่าวซึ่งมีผลต่อความรู้สึกของประชาชนโดยตรง
- วิทยุและโทรทัศน์ ควรมีการทำความเข้าใจต่อผู้ดำเนินรายการข่าวรวมทั้งตอบคำถามต่างๆ ที่สงสัยหรือไม่ไว้วางใจ

4. ผู้กำหนดนโยบาย ต้องมีการรับฟังนักวิชาการที่มีความเห็นแตกต่างกับกระทรวงสาธารณสุขโดยยอมรับความหวังดีและความห่วงใยเพื่อให้เกิดความเข้าใจกันมากขึ้น เพราะคนเหล่านี้เป็นแหล่งข่าวที่สำคัญของสื่อรวมทั้งขอให้นักวิชาการเหล่านี้มีส่วนร่วมในศูนย์ปฏิบัติการ

มาตรการและยุทธศาสตร์ดังกล่าว ต้องวางเป้าหมายอยู่ที่การจัดการกับความรู้สึกและฟื้นฟูความไว้วางใจของประชาชนให้ได้โดยเร็ว

จิตวิทยามวลชนต่อไข้หวัดใหญ่ 2009 และการจัดการ (ฉบับที่ 2)

บทนำ (ความเป็นมา / สถานการณ์ / ปัญหา)

หลังจากที่เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่สูงขึ้นในสัปดาห์แรกของเดือนกรกฎาคม 2552 และมีแนวโน้มที่จะเกิดความไม่พอใจต่อการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีข้อเสนอเป็นยุทธศาสตร์ใหม่ในการดำเนินการจัดการกับความรู้สึกและฟื้นฟูความไว้วางใจของประชาชนโดยเร็ว (Outrage Management) ปัจจัยเพิ่มประสิทธิภาพของความสำเร็จเกิดจากการที่ฝ่ายนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้ยอมรับข้อบกพร่องบางประการและทำความเข้าใจกับสื่อและประชาชนอย่างตรงไปตรงมาถึงความร้ายแรงของสถานการณ์ ตลอดจนให้ความรู้ที่ตรงสถานการณ์และความวิตกกังวลของประชาชน อย่างไรก็ตามมีภาวะทางจิตวิทยาที่สำคัญ 2 ประการที่ควรดำเนินการต่อไป คือ

1. ในโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่มีแนวโน้มที่จะเกิดความเหนื่อยล้า สับสน และขัดแย้งกับประชาชนผู้รับบริการ
2. ชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงเรียนและสถานประกอบการมีแนวโน้มจะได้รับผลกระทบจากวิกฤตการณ์ไข้หวัดใหญ่ 2009 มากกว่ากลุ่มอื่นๆ

มาตรการสำคัญ

1. ให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีแนวทางในการเพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัว การให้กำลังใจซึ่งกันและกันและลดความกดดันในการทำงานกับผู้ให้บริการสาธารณสุข
2. เสนอกระทรวงศึกษาธิการให้มีแนวทางในการเพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวและลดความกดดันของครูผู้ปกครองและนักเรียน

ข้อเสนอแนะ

1. การเพิ่มความสามารถในการปรับตัวและการให้กำลังใจให้กับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล
2. การเพิ่มความสามารถในการปรับตัวและการให้กำลังใจ ให้กับทุกฝ่ายในโรงเรียน ทั้งนี้ควรดำเนินการอย่างเร่งด่วน โดยข้อเสนอแรกควรขอให้โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการร่วมไปกับแนวทางการดูแลผู้ป่วย ส่วนข้อเสนอที่สองเสนอให้กระทรวงศึกษาธิการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยสถานศึกษาทุกแห่งดำเนินการควบคู่กับแนวปฏิบัติในการป้องกันการระบาด

การเพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวและการให้กำลังใจให้กับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลปัญหา

1. เจ้าหน้าที่เหนื่อยล้า เครียด และวิตกกังวลต่อสถานการณ์ใหม่ที่มีผู้ป่วยใช้หวัดมาที่โรงพยาบาลจำนวนมากและต้องมีการจัดบริการพิเศษรองรับ
2. เกิดปัญหากับผู้รับบริการ เช่น การได้ยาด่านไวรัส ความต้องการพักรักษาในโรงพยาบาลและต้องรองรับอารมณ์ของผู้รับบริการ

มาตรการแก้ไข

1. ทำความเข้าใจแนวทางการให้บริการในสถานการณ์ปัจจุบันให้ตรงกัน
2. การจัดระบบบริการพิเศษให้สร้างความมั่นใจกับเจ้าหน้าที่ในประเด็นที่วิตกกังวล โดยเฉพาะ
 - ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่เอง เช่น การฉีดวัคซีน การสวมผ้าปิดจมูก
 - ภาระงานที่เหมาะสม มีเวลาที่จะพักผ่อน ออกกำลังกายและดูแลตนเองตลอดจนครอบครัว
3. ลดช่องว่างระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการ โดยเฉพาะการใช้ผ้าปิดจมูก เช่น ใช้ผ้าที่มีสีสดใสและเขียนรอยยิ้มบนผ้า เป็นต้น
4. เสนอโปรแกรมการปรับตัวให้กับเจ้าหน้าที่
 - มีความคิดทางบวกต่อสถานการณ์ เช่น ผู้ป่วยเป็นผู้ที่น่าสงสารทั้งจากความเจ็บป่วยและความกลัว หรือการที่เขามีอารมณ์แสดงว่าเขามีความเครียด ไม่ใช่เพราะโกรธเราเป็นส่วนตัว
 - บอกตนเองเสนอว่าเราสู้ได้ เราป้องกันตนเองไว้และเราช่วยเหลือประชาชนได้ (ประชาชนต้องการเรา)
 - วิธีการจัดการกับความเครียดโดยการพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกาย และฝึกเทคนิคการคลายเครียดต่างๆ เช่น หายใจคลายเครียด (ใช้เวลา 3-5 นาที หายใจเข้าลึกโดยหน้าท้องขยาย หายใจออกช้าโดยนับ 1-8)
 - ให้บุคลากรที่มีความสามารถในการเผชิญสถานการณ์นี้มาเล่าประสบการณ์เพื่อเป็นแบบอย่างรวมทั้งประสบการณ์จากผู้ป่วยและญาติ เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน

5. แนะนำการสื่อสารกับผู้ป่วยเมื่อมีข้อขัดแย้งด้วยการแสดงความห่วงใย (วิธีบวก) แทนการชี้แจงและสั่งสอน (วิธีลบ) ดังตัวอย่างต่อไปนี้

วิธีลบ (ชี้แจงหรือสั่งสอน)	วิธีบวก (แสดงความห่วงใย)
- คุณไม่ควรทานยา เพราะคุณไม่เป็นอะไรมากทานไปก็ไม่มีประโยชน์และทำให้เช็ดือยาเปล่า ๆ	- ดิฉันเข้าใจว่าคุณกำลังกังวลว่าคุณอาจจะไม่สบายรุนแรงและทำให้คนใกล้ชิดต้องติดไปด้วย แต่อาการที่คุณเป็นอยู่แสดงว่าคุณมีร่างกายที่แข็งแรง ยังไม่จำเป็นต้องทานยา - ผมเป็นห่วงว่าถ้าทานยา ฤทธิ์ข้างเคียงเช่น ทำให้เบลอ สับสน จะมากกว่าประโยชน์
- คุณไม่ต้องอยู่โรงพยาบาลหรอก เพราะไข้ยังไม่สูงมาก ปอดก็ไม่อักเสบ คุณควรพักผ่อนที่บ้านดีกว่า	- ดิฉันอยากให้คุณได้พักผ่อนที่บ้าน มีอะไรต้องกังวลไหมคะ - ดิฉันเป็นห่วงว่าอาการที่คุณเป็นอยู่ขนาดนี้ ถ้าอยู่โรงพยาบาลจะไม่ได้พักเต็มที่และมีโอกาสติดเชื้อโรคอื่นๆมากกว่าอยู่ที่บ้าน

6. ดูแลผู้ที่มีอาการเครียดหรือเหนื่อยล้ากับการทำงาน โดยการให้คำปรึกษาหรือมีเพื่อนที่ปรับตัวได้ดีไปรับฟังและให้คำแนะนำ

การเพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวและการให้กำลังใจให้กับทุกฝ่าย ในโรงเรียนที่มีปัญหา

1. ครูและผู้ปกครองขาดความเข้าใจในสถานการณ์และสับสนกับ
แนวทางการปฏิบัติ
2. วิตกกังวลกับปัญหา กลัวติดโรค มีความกดดันจากภาวะงาน
หนักเด็กขาดเรียนหรือขาดการส่งงาน
3. ผู้บริหารและครูไม่สามารถสื่อสารกับผู้ปกครองทำให้เกิดความ
ไม่เข้าใจ ตื่นกลัวหรือไม่พึงพอใจต่อกัน

มาตรการแก้ไข

1. ทำความเข้าใจกับโรค สถานการณ์ระบาด วิธีป้องกันตลอดจน
การรักษาที่ได้ผลถ้าเป็นสายลักษณะอักษรได้ดีเพราะจะทำให้เข้าใจตรงกัน
และใช้เป็นข้อมูลในการชี้แจงได้
2. สำหรับการยึดหลักปฏิบัติที่ได้ผลโดยเฉพาะการป้องกันการระบาด
ที่ดีที่สุด ก็คือคัดกรองนักเรียนที่เจ็บป่วยเป็นโรคหวัด หรือมีไข้ก่อนเข้าห้องเรียน
ควรมีการสื่อสารให้ผู้ปกครองมารับเด็กกลับ โดยเน้นความห่วงใยว่าเด็กจะได้
พักผ่อนเป็นการรักษาที่สำคัญและมีระบบช่วยเหลือเด็กที่ต้องขาดเรียน
ขาดสอบหรือขาดการส่งงานหากผู้ปกครองไม่สามารถรับเด็กกลับไปอยู่บ้านได้
ก็มีทางออกที่เหมาะสม เช่น ห้องพยาบาลในการแยกเด็กป่วย
3. สร้างความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในระหว่างผู้บริหาร ครู นักเรียน
และผู้ปกครอง เช่น กิจกรรม Big Cleaning Day (ได้ความผูกพันมากกว่า
การป้องกันโรค) การทำสมาธิ สวดมนต์ให้กับเพื่อนที่ป่วยให้หายกลับมาเป็น
ปกติ การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายสัปดาห์ เป็นต้น
4. สร้างการมีส่วนร่วมจากฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการร่วมคิดร่วมกัน
จัดทำมาตรการ โดยเฉพาะจากสมาคมผู้ปกครองและเครือข่ายผู้ปกครอง และ

สามารถจัดการกับความคิดเห็นที่ขัดแย้งแตกต่างกันได้โดยถือเป็นมุมมองที่หลากหลายหรือเป็นทางออกที่เฉพาะกรณี

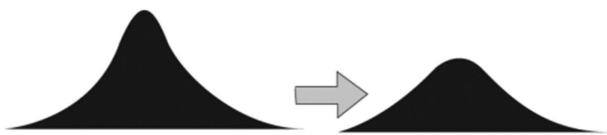
5. มีการประชุมครู ผู้แทนผู้ปกครองและผู้เกี่ยวข้องเป็นระยะ และประเมินมาตรการ โดยรับฟังเสียงสะท้อนเพื่อการปรับปรุง

สำหรับสถานประกอบการบางแห่งที่จะเกิดปัญหาที่สามารถใช้มาตรการลักษณะเดียวกัน โดยใช้หลัก 3 ประการในการสร้างความเข้มแข็งในชุมชน ก็คือ การสร้างความรู้สึกเหนียวแน่นเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันการอาศัยความหลากหลายและมีส่วนร่วม ตลอดจนการสร้างกลไกในการสะท้อนกลับเพื่อการปรับปรุง ดังตัวอย่างในข้อ 3, 4 และ 5 ข้างต้น

ยุทธศาสตร์การสื่อสารของไช้หวัดใหญ่ 2009 และการจัดการ (ฉบับที่ 3)

ข้อเสนอแนะ

1. เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ต้องมี 2 ข้อ
 - 1.1 ควบคุมป้องกันโรคเพื่อลดการระบาดจำนวนมากในช่วงเวลาเดียวกัน
 - 1.2 ลดความกังวลตื่นกลัวและสร้างความไว้วางใจรัฐเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคตามข้อเสนอของรัฐ



2. ต้องใช้ Strategic Communication ไม่ใช่แค่แกลงข่าว ต้องมีการสื่อสารเชิงรุกและสื่อหลายรูปแบบ ทั้ง Spot รายการรูปแบบต่างๆ และการสื่อสารโดยบุคคล (อสม.)

3. ประเด็นการสื่อสาร : ต้องออกจากวงล้อมข่าวผู้เสียชีวิตโดย

3.1 นำเสนอข่าวการเสียชีวิตในทิศทางอื่น เช่น

- เน้นผู้ป่วยที่รอดชีวิต (จาก ICU)
- ทำนายผู้เสียชีวิตในสัปดาห์ต่อไป (predict the worst)

3.2 เสนอเรื่องใหม่ๆ ที่สาธารณสุขพยายามทำ เช่น

- มาตรการพิเศษในจังหวัดสีแดง
- การป้องกันปัญหาห่วงหน้าในสถานประกอบการ เช่น พบทหารค่า/ สภาอุตสาหกรรม

3.3 เป็นฝ่ายรุกในการให้ความรู้ที่ตรงกันแก่สื่อ โดยทีมนักวิชาการที่มีการเตรียมการและประเมินผลการสื่อสารร่วมกันเป็นประจำ

3.4 ดักหน้าข่าว / ข่าวดีมากกว่า ตามแก้ข่าว เช่น จากบทเรียนที่ผ่านมา

- ยา : คลินิก refer โรงพยาบาลได้หรือมาตรการเข้าถึงยา
- Vaccine : บอกข้อดีพร้อมจุดอ่อน



1.3 การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับ สถานการณ์วิกฤติสุขภาพจิต

การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสถานการณ์วิกฤติ สุขภาพจิต

บทนำ (ความเป็นมา / สถานการณ์ / ปัญหา)

จากการเกิดความขัดแย้งด้านความคิดเห็นทางการเมืองในสังคมไทย จนนำไปสู่การเกิดจลาจล เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2551 และเดือนเมษายน 2552 นับเป็นวิกฤติทางสุขภาพจิตที่กรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญและระดมความร่วมมือจากหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตลงปฏิบัติการให้การช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ดังกล่าวอย่างเร่งด่วน กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิตในฐานะหน่วยงานที่ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะด้านวิชาการต่อผู้บริหารกรมสุขภาพจิต ได้ประชุมเพื่อสรุปบทเรียนจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ซึ่งควรนำมาทบทวนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. ขาดผู้บัญชาการ (Command) ในการตัดสินใจและสั่งการ
2. ขาดกลไกในการสื่อสารการดำเนินงานระดับนโยบายและหน่วยปฏิบัติการ ทำให้หน่วยปฏิบัติไม่ทราบระยะเวลาและขอบเขตในการดำเนินการ
3. ขาดศูนย์ประสานงานเพื่อการทำงานที่ประสิทธิภาพ เนื่องจากหลายหน่วยงานมีลักษณะการทำงานและเชี่ยวชาญเฉพาะด้านซึ่งแตกต่างกัน

และจากสถานการณ์การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ในประเทศเม็กซิโก ซึ่งองค์การอนามัยโลก(WHO) ประกาศความรุนแรงอยู่ในระดับ 4 ซึ่งส่งผลกระทบด้านจิตใจต่อประชาชนในวงกว้าง กลุ่มที่ปรึกษาฯ เห็นควรเสนอกรมสุขภาพจิตในการดำเนินการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสถานการณ์วิกฤติสุขภาพจิตจากสถานการณ์การระบาดของไข้หวัดใหญ่

สายพันธุ์ใหม่ในประเทศเม็กซิโก โดยนำบทเรียนจากเหตุการณ์วิกฤติทางการเมือง และการดำเนินงานด้านวิกฤติสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตที่ผ่านมา ใช้ประกอบการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

กลุ่มที่ปรีกษากรมสุขภาพจิตเห็นควรเสนอ

1. กำหนดผู้บัญชาการ (Command) ในการตัดสินใจและสั่งการในสถานการณ์ฉุกเฉินแต่ละเหตุการณ์
2. เมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤติ ควรจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจ (War room) ในระดับกรม เพื่อสื่อสารการดำเนินงานระดับนโยบายและหน่วยปฏิบัติการ ให้มีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพ
3. ทบทวนและแต่งตั้งคณะกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสถานการณ์ภัยพิบัติด้านสุขภาพจิตเพื่อความเหมาะสม โดยมอบให้กองแผนงาน เป็นเลขานุการ
4. จัดการซ้อมแผนสำหรับการระบาคใหญ่ของใช้หัดใหญ่ ของหน่วยงานภายในกรมสุขภาพจิตเพื่อเตรียมความพร้อมของบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ข้อมูลอ้างอิงและเอกสารอ่านประกอบ

1. คำสั่งกรมสุขภาพจิตที่ 518 / 2549 ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2549 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการเตรียมความพร้อม เพื่อรับมือกับสถานการณ์ภัยพิบัติด้านสุขภาพจิต
1. แนวปฏิบัติระดับชาติเรื่องการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤติ จัดทำโดยกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข
2. เอกสารประกอบการซ้อมแผนใช้หัดนก

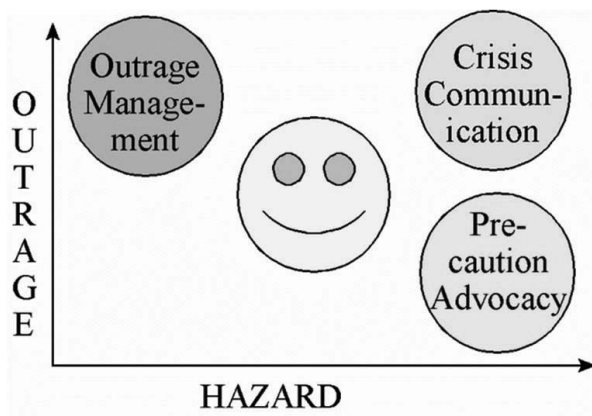


1.4 การสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนัก : กรณีไข้หวัด 2009

ความเป็นมา

ผลจากการระบาดของไข้หวัดใหญ่ 2009 ในระยะที่หนึ่งในช่วงเดือนมีนาคม - สิงหาคม 2009 ได้มีการสรุปในที่ประชุม War Room ของกระทรวงสาธารณสุข ประมาณไว่ว่าน่าจะมีผู้ติดเชื้อประมาณ 8 ล้านคน และผู้เสียชีวิตประมาณ 180 คน สำหรับเดือนธันวาคม 2552 และมกราคม 2553 น่าจะเป็นช่วงที่มีการระบาดรอบที่ 2 เนื่องจากสภาพอากาศที่หนาวเย็น และประชาชนจะมีการรวมตัวทำกิจกรรมร่วมกันมาก เช่น งานกาชาด วันพ่อ คริสมาสต์ ปีใหม่ วันเด็ก ตลอดจนการชุมนุมทางการเมือง ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้มีการแพร่ระบาดของไข้หวัดใหญ่ 2009 อีกครั้ง ซึ่งคาดการณ์ว่าหากสถานการณ์รุนแรงประมาณครึ่งหนึ่งของครั้งแรก ก็อาจมีผู้ติดเชื้อ 4 ล้านคนและคาดการณ์ผู้เสียชีวิตประมาณ 900 คน

อย่างไรก็ตามปัจจัยสำคัญที่กำหนดระดับความรุนแรงว่าจะน้อยหรือมาก ที่คาดการณ์อยู่ที่ความสำเร็จในการทำให้ประชาชนมีความตื่นตัวต่อการป้องกันโรค ซึ่งปัจจุบันมีระดับความตื่นตัวต่ำ โดยเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ เช่น ข้อมูลข่าวสารน้อยลง กรณีที่เป็นเรื่องน่ากลัว เช่น การเสียชีวิตน้อยลง รวมทั้งมีการเบี่ยงเบนความสนใจไปยังข่าวสารอื่นๆ ทำให้จำเป็นที่กระทรวงสาธารณสุขจะต้องมีการปรับยุทธศาสตร์การสื่อสารให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่ยังมีอันตรายอยู่ แต่ประชาชนไม่มีความตื่นตัว โดยใช้แนวคิดเรื่อง Precaution Advocacy ตามแผนภาพ



ข้อเสนอแนะ

1. เป้าหมายของการสื่อสาร เกิดความตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการระบาดและมีส่วนร่วมในการป้องกัน เพื่อให้การระบาดมีความรุนแรงน้อยที่สุด

2. วัตถุประสงค์ สร้างการตระหนักและมีส่วนร่วมในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ขณะนี้คือการรวมตัวของประชาชน

3. กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

- ประชาชนที่มารวมตัวกันตามงานต่างๆ
- เด็กและเยาวชน รวมทั้งผู้ปกครองและครู

4. มาตรการ

4.1 สื่อสารให้ตรงจุดกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

■ ในกลุ่มประชาชนที่มารวมตัวกันตามงานต่างๆ ควรเน้นช่วยกันดูแลให้คนเป็นหวัดอยู่บ้าน เพื่อป้องกันการระบาดไปสู่คนอื่น และรักษาตนเองให้หายไม่ลุกลามจนเกิดความรุนแรง

■ ในกลุ่มเด็กและเยาวชน จะต้องเน้นว่าเด็กที่เป็นหวัดจะต้องได้รับการดูแลที่บ้าน ไม่ไปศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียน

4.2 วิธีการสื่อสาร

- ผลิตและเผยแพร่ Spot รณรงค์ตามประเด็น โดยเน้นความถี่ที่สูงขึ้นในช่วงปลายพฤศจิกายนถึงตลอดเดือนธันวาคม

- แลกง้าวและประชาสัมพันธ์ที่ช่วยเสริมความตระหนักของประชาชน รวมทั้งการให้ข่าวที่เกี่ยวข้อง เช่น พื้นที่ระบาด หรือการให้วัคซีน เป็นต้น

- เพิ่มความถี่ในการให้ความรู้ประชาชนผ่านรายการ เวทีสื่อที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนในการป้องกันตนเองตามแนว 4 x 4 (ปิด บ้าง เลี่ยง หยุด) รวมทั้งมาตรการในการรักษาสุขภาพ

3. เตรียมแผนการสื่อสารสำรองหากสถานการณ์เปลี่ยน เช่น ถ้าประชาชนเริ่มเกิดความตระหนักต้องใช้แผน Outrage Management หรือเกิดวิกฤติการณ์รุนแรงก็ต้องใช้ Crisis Communication เป็นต้น



1.5 แผ่นดินไหวที่เชียงราย

รายงานสรุปและข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมชมพื้นที่ประสบภัยแผ่นดินไหวของผู้บริหารกรมสุขภาพจิต อำเภอพวนและอำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย วันที่ 17 พฤษภาคม 2557

ความเป็นมา

ตามที่ท่านอธิบดีกรมสุขภาพจิตได้มอบหมายให้นายแพทย์ชินโรสลีสวัสดิ์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต และคณะลงพื้นที่เยี่ยมเยียนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตผู้ประสบภัยแผ่นดินไหว โดยได้ไปที่โรงพยาบาลชุมชนอำเภอพวนและโรงพยาบาลแม่ลาว รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเยี่ยมประชาชนในชุมชนที่ประสบภัย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่รับผลกระทบมากที่สุดและขอรายงานสรุปการลงเยี่ยมพื้นที่ดังนี้

ข้อค้นพบ

1. การลงเยี่ยมพื้นที่ของทั้งสองอำเภอบพบว่าบ้านเรือน วัด โรงเรียน สถานพยาบาลได้รับความเสียหายจำนวนมาก ประชาชนได้รับความเดือดร้อนมากมีทั้งบ้านพังเสียหายทั้งหลังและพังบางส่วนจำนวนมาก ซึ่งพบว่าการช่วยเหลือยังไม่ทั่วถึง และไม่ครอบคลุม การช่วยเหลือเฉพาะจุดที่หนัก ขาดการมองภาพรวม และขาดการสื่อสารการให้ข้อมูลเรื่องการช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐ ประชาชนเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจเรื่องการจะได้รับการช่วยเหลือหรือไม่
2. การบริหารจัดการ พบว่ามีการทำงานเป็นทีมประสานการดำเนินงานกับทีมจังหวัด มีการประชุม ทีมร่วมกันแต่ละอำเภอในการวางแผนการดำเนินการร่วมกัน ในด้านการช่วยเหลือด้านเยียวยาจิตใจ พบว่าทีม MCATT ทั้งอำเภอพวนและอำเภอแม่ลาว มีความเข้มแข็ง ตื่นตัวและกระตือรือร้นมาก

มีความเข้าใจในบทบาทของตนเองในการออกไปช่วยเหลือผู้ประสบภัยอย่างรวดเร็วกว่าทีมอื่น พร้อมทั้งได้รับมอบหมายจากผู้ตรวจราชการให้เป็นผู้จัดทำแผนการออกปฏิบัติงาน และสรุปผลการดำเนินงาน

3. การให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจของทีม MCATT พบว่ายังคงเน้นการช่วยเหลือเป็นรายบุคคลเป็นหลัก และการจ่ายยานอนหลับ ยาคลายเครียด มีการทำ Group support / Counseling บ้างแต่ยังขาดเรื่องการสื่อสารเรื่อง Crisis communication และการให้ Health education เรื่องเกี่ยวกับจิตใจหรือปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นหลังภัยพิบัติ เช่น ASD PTSD รวมทั้งการดูแลจิตใจตนเองของผู้ประสบภัย การสร้างพลังชุมชนเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

4. ได้รับรู้สภาวะทางจิตใจของ Helper และได้เข้าใจถึงความสำคัญในการปฏิบัติงานที่ทุ่มเทของ Helper ได้มีโอกาสรับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของ Helper ซึ่งพบว่า Helper หลายรายเป็นผู้ประสบภัยด้วย เช่น บางคนบ้านพังทั้งหลัง มีหนี้สินจากการกู้เงินมาสร้างบ้าน หลายรายบ้านพังบางส่วนและบางรายได้รับบาดเจ็บด้วย ทำให้มีความเครียด วิตกกังวล ทั้งที่ตนเองเป็นผู้ประสบภัยเองแต่ก็ต้องออกไปทำหน้าที่ช่วยเหลือประชาชน รวมทั้งยังต้องปฏิบัติงานอื่นๆอีกหลายด้าน ได้พบว่าบางรายยังคงมีอารมณ์ความรู้สึกเศร้า เสียใจ เสียงสน់เมื่อขณะเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

5. ได้เห็นความเข้มแข็งของชุมชนที่ประสบภัยมีการร่วมแรงร่วมใจในการกอบกู้วิกฤต เช่น ชุมชนหมู่ 6 บ้านดงขุนน อำเภอพวน มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง ร่วมกันคิดหาทางช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยร่วมแรง ร่วมใจและร่วมทุนในการช่วยกันซ่อมแซมบ้านเรือนที่พังเสียหายโดยไม่รอการช่วยเหลือจากทางภาครัฐ มีการจัดลำดับความสำคัญกันเองว่าจะซ่อมบ้านไหนก่อนหลัง และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

6. ได้มีโอกาสพบปะพูดคุยกับประชาชนที่ประสบภัยที่รุนแรง แต่ยังสามารถใช้พลังของชุมชนในการเผชิญวิกฤติและเตรียมการฟื้นฟู คือที่หมู่ 13 ตำบลดงมะดะ อำเภอแม่ลาว ได้สัมภาษณ์ชาวบ้าน ร่วมไปกับการทำ group education พบว่าประชาชนมีความเข้มแข็งเริ่มปรับตัวได้ มีการมารวมตัวอยู่ด้วยกันเป็นกลุ่ม อยู่กันแบบเครือญาติช่วยเหลือเกื้อกูลกัน แบ่งปันอาหาร น้ำ และให้กำลังใจซึ่งและกัน

ข้อเสนอแนะต่อชุมชน ท้องถิ่น NGO และระบบบริการในพื้นที่

1) ในช่วงสัปดาห์ที่ 3-4 เป็นเวลาสำคัญที่เหลือยู่ที่จะป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่ตามมา โดยเฉพาะบาดแผลทางใจ ติดสุราและซึมเศร้า/ฆ่าตัวตาย ควรเน้นการฟื้นความเข้มแข็งของชุมชน โดยให้แต่ละชุมชนจัดตั้งกันขึ้นมาเป็นคณะ ในการดูแลและฟื้นฟูชุมชนและเป็น One stop service ที่ประสานการช่วยเหลือจากภายนอก การเปลี่ยนเหยื่อให้เป็นผู้ร่วมกอบกู้วิกฤติ เป็นการสร้างสุขภาวะ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และเป็นวิธีการดูแลและฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

2) จัด crisis communication กับชุมชนเป็นรูปแบบ group communication เน้นให้ประชาชนเข้าใจว่าอาการที่รุนแรงจะหายไปในเวลา 1 เดือนเป็นส่วนใหญ่ ประชาชนสามารถช่วยให้ตนเองมีสุขภาวะได้ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น รู้จักวิธีคลายเครียด (วิถีชาวบ้าน เช่น การสวดมนต์/สมาธิ พูดคุยกันเอง ฯลฯ) การช่วยเหลือผู้อื่น การดูแลเด็ก เป็นต้น รวมทั้งการสื่อสารเรื่องที่เกี่ยวข้อง เช่น ข่าวลือ การช่วยเหลือจากรัฐ และวิธีการเข้าถึง ฯลฯ การสื่อสารนี้ควรทำทั้งสื่อจังหวัด สื่อชุมชน การประชุมกับชุมชน

3) เมื่อครบ 1 เดือน เข้าสู่ระยะฟื้นฟูที่ควรเน้น เรื่องความเข้มแข็งของชุมชนเป็นสำคัญ ควรมีการประเมินความเข้มแข็งของชุมชนให้ชัดเจน มี facilitator ส่งเสริมความเข้มแข็งชุมชนที่เข้มแข็ง support ชุมชนอื่นๆ ฯลฯ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวง

ในระดับกรม

1. ปรับคู่มือการปฏิบัติงานทีม MCATT เพิ่มเติมประเด็นการช่วยเหลือผู้ประสบภัยในระยะ Acute โดยเน้น Group Education / Crisis Communication และ Community Resilience ที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ร่วมกอบกู้วิกฤต ไม่คิดว่าตนเองเป็นเหยื่อ โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของการทำงานทีมบูรณาการ ภายใต้การจัดการภาวะวิกฤติ ทั้งนี้ ควรมีการจัดทำสื่อชุดความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับเรื่องแผ่นดินไหว เพื่อใช้ประโยชน์ในการทำ ground และ Mass Education

2. ศึกษาชุมชนที่เป็น Best Practices จากเหตุการณ์แผ่นดินไหวต่อเนื่อง โดยศึกษาวิจัยเปรียบเทียบระหว่างชุมชนที่เป็นตัวอย่างที่ดีในการมีพลังชุมชนร่วมกอบกู้ชุมชนกับชุมชนที่ไม่ได้ใช้พลังชุมชน วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตของชุมชนที่ทำการศึกษาด้าน PTSD ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายการใช้สุรา และปัญหาความรุนแรง

ในระดับกระทรวง

3. การบริหารจัดการ (Disaster Management) ที่เป็นเอกภาพ เมื่อเกิดเหตุการณ์โดยเน้นการบูรณาการร่วมกันทุกหน่วยงานในและนอกกระทรวงสาธารณสุขในการวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยทั้งด้านกายและจิตใจครอบคลุมองค์ประกอบทุกด้านของการจัดการภัยวิบัติ โดยมีโครงสร้างการจัดการที่ชัดเจนและมีการเตรียมการอยู่เสมอ

4. การมี Awareness ของผู้บริหารเกี่ยวกับการดูแลจิตใจ Helper เป็นสิ่งสำคัญมากโดยเฉพาะผู้ที่เป็นผู้ประสบภัยด้วย จึงควรให้ความสำคัญกับการดูแลชีวิตความเป็นอยู่ สวัสดิภาพความปลอดภัย ภาระงาน และภาวะจิตใจของเจ้าหน้าที่



1.6 น้ำท่วมภาคใต้

ข้อเสนอแนะงานสุขภาพจิตจากกรณีน้ำท่วมภาคใต้

ความเป็นมา

จากกรณีน้ำท่วมภาคใต้ซึ่งทำให้เกิดความเสียหายถึง 11 จังหวัด มีผู้เสียชีวิตและสูญหายมากกว่า 30 ราย มีความเสี่ยงด้านทรัพย์สินและการประกอบอาชีพในวงกว้างนับว่าเป็นอุทกภัยครั้งใหญ่ในรอบ 30 ปีของภาคใต้ และมีความจำเป็นเร่งด่วนในงานด้านสาธารณสุข ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ทั้งในระยะวิกฤติและในช่วงการฟื้นฟูหลังวิกฤติ

อย่างไรก็ตามเนื่องจากพื้นที่ภาคใต้มีประสบการณ์การดำเนินงานทั้งจากกรณีสึนามิและน้ำท่วมใหญ่ในหลายครั้งที่ผ่านมา ทำให้ระบบสาธารณสุขในการจัดการกับการพัฒนาเป็นระบบ MERT, MCATT มีความพร้อมในการจัดการ ประกอบกับศักยภาพของรัฐและกองทัพในการช่วยเหลือประชาชน รวมทั้งความเข้มแข็งของภาคท้องถิ่นและประชาสังคม มีส่วนช่วยอย่างสำคัญในการเผชิญกับภาวะวิกฤติที่รุนแรงในครั้งนี้

ข้อค้นพบ

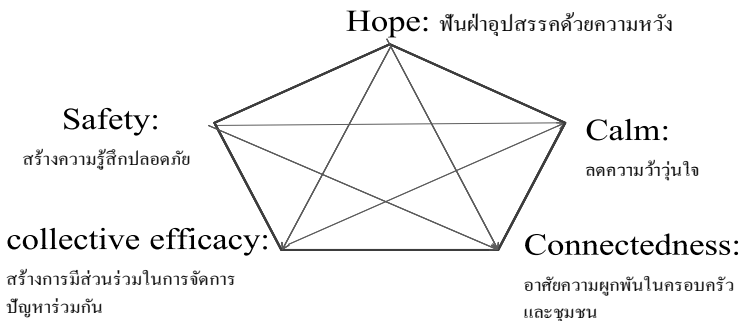
ถึงกระนั้นก็ตามยังมีปัญหาสุขภาพจิตบางประการโดยเฉพาะในระยะที่กำลังผ่านเข้าสู่ช่วงหลังวิกฤติ ซึ่งกลุ่มที่ปรึกษากর্মสุขภาพจิตได้ประชุมหารือและมีข้อเสนอแนะว่าควรใส่ใจเป็นพิเศษ ดังนี้

- 1) กลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ควรต้องได้รับการดูแลเป็นรายบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัว ที่สูญเสียสมาชิกและครอบครัวที่สูญเสียบ้านเรือน ทรัพย์สินและการประกอบอาชีพรวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชด้วย ซึ่งกลุ่มเหล่านี้มีโอกาที่จะกลายเป็น PTSD โรคซึมเศร้า และวิตกกังวล

รวมทั้งปัญหาการใช้สุรา ยาเสพติด การฆ่าตัวตายและความรุนแรงในภายหลัง (แหล่งอ้างอิงจากเอกสารประกอบ “ระดับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจากภัยพิบัติ”)

2) การจัดการภาวะภัยพิบัติในด้านสุขภาพจิต มีหลักฐานเชิงประจักษ์จากทั่วโลกที่จะเป็นการสายเกินไปถ้าไปเน้นการให้บริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต แต่การดำเนินการตั้งแต่เนิ่นๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพจิตทั้งในช่วงวิกฤติ โดยเฉพาะที่ศูนย์อพยพและการดำเนินการต่อเนื่องในช่วงหลังวิกฤติตามหลักการของ Public Mental Health ในภาวะวิกฤติ 5 ประการ (แหล่งอ้างอิงจากเอกสารประกอบ “แนวทางการดำเนินการเยียวยาจิตใจหลังน้ำลด” บทที่ 1, 2)

หลักการสำคัญ 5 ประการ



3) บุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องจะประสบกับภาวะเครียดเนื่องจากภาระงานที่มากขึ้น การเผชิญกับภาวะวิกฤติของผู้รับบริการ รวมทั้งตนเองและครอบครัวก็อาจประสบภาวะวิกฤติด้วย ทั้งนี้การดูแลบุคลากรจึงมีความสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. ขอให้โรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิตในพื้นที่เกี่ยวข้อง (เขต 11, 12 และ 5) ได้ประสานกับหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการจัดระบบเฝ้าระวังและดูแลกลุ่มเสี่ยงคือ ครอบครัวที่สูญเสียสมาชิกและครอบครัวที่ได้รับความเสียหายที่รุนแรงโดยเฉพาะกับปัญหา PTSD (1 เดือนหลังเหตุการณ์) Adjustment Disorder (1-6 เดือน) และภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า (หลัง 6 เดือน)

2. ศูนย์สุขภาพจิตในพื้นที่เกี่ยวข้องประสานกับหน่วยงานสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพจิต โดยหลัก 5 ประการ ทั้งในศูนย์อพยพช่วงวิกฤติและในชุมชนช่วงหลังวิกฤติตามแนวทางในคู่มือที่เกี่ยวข้อง ซึ่งให้มุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารศูนย์อพยพและการฟื้นฟูชุมชนโดยใช้บทบาทของอสม.ให้เต็มศักยภาพ ตามหลักเปลี่ยนผู้ประสบภัยจากเหยื่อเป็นผู้ร่วมกอบกู้วิกฤติ ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าเป็นหลักประกันด้านสุขภาพจิตที่ดีที่สุด

3. ขอให้ทุกหน่วยงานของกรมสุขภาพจิตได้ดูแลบุคลากรที่มีครอบครัวอยู่ในเขตอุทกภัยและได้รับผลกระทบ ทำให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิตหรือทรัพย์สิน เช่น ช่วยให้คำปรึกษา สวัสดิการเฉพาะหน้า การช่วยเหลือจากสหกรณ์ออมทรัพย์ ส่วนหน่วยงานในพื้นที่ควรดูแลเสริมกำลังใจบุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติงานเพื่อป้องกันความเครียดและภาวะหมดไฟด้วย (Burn Out) ตามแนวทางในบทที่ 3 ของแนวทางการดำเนินการฟื้นฟูเยียวยาจิตใจหลังน้ำลด



เรื่องที่ 1

สุขภาพจิต
หลังวิกฤติการเมือง
เมษายน
ปี 2552



เรื่องที่ 2

ข้อสังเกตผลการประเมิน
สภาพจิตใจของ
ประชาชนจาก
เหตุการณ์ชุมนุม
ทางการเมือง
เมษายน ปี 2552



เรื่องที่ 3

วิกฤติ
การเมืองไทย
ปี 2553



เรื่องที่ 4

บทเรียน
วิกฤติการเมือง
ปี 2554



เรื่องที่ 5

วิกฤติการเมือง
ปี 2557



เรื่องที่ 6

ความเศร้าโศกเสียใจ
ของมหาชนจาก
การสวรรคตของ
ในหลวงรัชกาลที่ 9





2. สุขภาพจิตกับวิกฤติการเมืองและประเทศ



2.1 สุขภาพจิตหลังวิกฤติการเมือง เมษายน 2552

ความเป็นมา

สืบเนื่องจากสถานการณ์การเมืองได้ทวีความขัดแย้งและรุนแรงขึ้น จนกลายเป็นวิกฤตการณ์อีกครั้งหนึ่งนับตั้งแต่การปิดถนนสายสำคัญ การขัดขวางการประชุมสุดยอดอาเซียน การประกาศภาวะฉุกเฉินที่ร้ายแรงจนกระทั่งการเกิดจลาจลในกรุงเทพฯ และความพยายามในการนำความสงบกลับคืนมา ทำให้มีผู้บาดเจ็บกว่า 130 คน และเสียชีวิต 2 คน เหตุการณ์คราวนี้แม้จะมีลักษณะทั่วไปหลายประการที่กรมสุขภาพจิตเคยมีประสบการณ์การเยียวยา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดูแลจิตใจของผู้ได้รับผลกระทบและการฟื้นฟูสุขภาพจิตของประชาชนทั่วไป แต่ก็มีลักษณะพิเศษเฉพาะบางประการที่กรมสุขภาพจิตควรให้ความสำคัญ คือ

- มีชุมชนที่ได้รับผลกระทบเป็นพิเศษอย่างน้อย 3 ชุมชน เนื่องจากชุมชนได้รับผลกระทบโดยตรงจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การฟื้นฟูในบริบทของชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง

- ประชาชนมีความเครียดและกดดันกว่าครั้งก่อนๆ ทั้งในระหว่างเหตุการณ์และแม้เมื่อเหตุการณ์ผ่านพ้นไปแล้ว เนื่องจากความขัดแย้งมีลักษณะยืดเยื้อเหมือนแผลที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก รวมทั้งผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นก็เหมือนกับการเกิดแผลใหม่หรือขยายแผลเดิมให้กว้างขึ้น

ในลักษณะพิเศษทั้งสองประการของสภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในขณะนี้ กรมสุขภาพจิตจึงควรมีการดำเนินการเพิ่มเติมนอกเหนือจากการดำเนินการที่มุ่งเน้นเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบโดยตรง

ข้อเสนอแนะ

1. การฟื้นฟูจิตใจของชุมชนที่ได้รับผลกระทบ

หลักการสำคัญคือเปลี่ยนสถานภาพของชุมชนจากความรู้สึกว่าตนเป็นเหยื่อ (ของความขัดแย้งและความรุนแรง) มาเป็นผู้กอบกู้วิกฤต การเยี่ยมชุมชนจึงต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับการพบปะผู้นำของชุมชนเพื่อรับฟังความรู้สึก แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและกระตุ้นศักยภาพของผู้นำในการสร้างบรรยากาศของชุมชนที่จะช่วยกันกอบกู้วิกฤต โดยใช้หลักการสร้างความภาคภูมิใจ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ซึ่งสามารถดำเนินการในลักษณะต่างๆ เช่น

- การเยี่ยมบ้านผู้ประสบภัย ครอบครัวผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บ
- การเรียไรและรวบรวมความช่วยเหลือทั้งจากในและนอกชุมชน เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัย ครอบครัวผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บ
- การใช้ศาสนาและประเพณี เช่น การทำบุญร้อยวัน การสวดมนต์ละหมาด
- การร่วมแรงร่วมใจบูรณะศาสนสถาน บ้านเรือนและสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้กลับคืนสภาพปกติและงดงาม

ผู้นำชุมชนควรได้รับคำแนะนำให้ใช้โอกาสนี้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มคนหนุ่มสาว ชมรมแม่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อให้องค์กรชุมชนเหล่านี้ร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ข้างต้น และดำเนินกิจกรรมอื่นๆ ที่ต่อเนื่องเพื่อสร้างเสริมชุมชนให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น

2. การสื่อสารสาธารณะเพื่อสุขภาพจิตของประชาชน

ความท้าทายสำคัญของสภาวะสุขภาพจิตประชาชนคือการรักษาสภาพจิตใจให้มั่นคงไม่วิกฤตไปตามสถานการณ์การเมือง และไม่ตกต่ำไปตามภาวะ

เศรษฐกิจ เพราะถ้าสุขภาพจิตของประชาชนเสียก็จะนำมาซึ่งปัญหา ภาวะ
วิตกกังวล โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตายและปัญหาสังคม โดยเฉพาะปัญหาสุรา
ยาเสพติด ความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงในสังคม หลักสำคัญ
ในการฟื้นฟูสุขภาพจิตของประชาชนก็คือ พลังสุขภาพจิต (ฮิด ฮิด ฮู้)
ที่กรมสุขภาพจิตได้เสนอต่อสังคมไปแล้ว รวมทั้งวิธีการ เช่น ปรับ 4 เดิม 3
(ปรับอารมณ์ ความคิด เป้าหมายและการกระทำ เดิมความหวัง เดิมมิตรและ
เดิมจิตให้กว้าง) อย่างไรก็ตามภายใต้สภาวะปัจจุบันทางกรมสุขภาพจิตจำเป็น
ที่จะต้องย้ำเน้นพลังสุขภาพจิตและวิธีการสำคัญที่จะทำให้ผ่านพ้นภาวะที่ยาก
ลำบากในปัจจุบันไปได้สามประการ คือ

2.1 ความเชื่อมั่นว่าคนไทยจะอยู่ได้และประเทศไทยจะผ่านวิกฤตไปได้
โดยย้ำเน้นให้เห็นถึงต้นทุนและประสบการณ์เดิมที่เราเคยผ่านวิกฤตการณ์
ครั้งแล้วครั้งเล่า ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์ 14 ตุลา 6 ตุลา พฤษภาทมิฬ และ
วิกฤตเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2540 ซึ่งล้วนพิสูจน์ว่าเราสามารถฝ่าวิกฤตไปได้
ด้วยดี และที่สำคัญยิ่งก็คือ การที่เห็นแนวโน้มของการคลี่คลายที่เกิดขึ้นจาก
ความพยายามของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐในการสร้างความสงบและฟื้นฟูชาติ
ภาคเอกชนในการทำข้อเสนอแนะต่างๆ และภาคองค์กรประชาชนตลอดจน
นักวิชาการในการสร้างความสมานฉันท์ รวมทั้งข้อเรียกร้องของประชาชน
ผ่านสื่อต่างๆ ทำให้มีความชัดเจนว่าจะมีการปรับปรุงกติกาทางการเมืองครั้งใหญ่
และร่วมกันฟื้นฟูเศรษฐกิจของชาติ

2.2 การยอมรับและจัดการกับความรู้สึกเจ็บปวดจากสถานการณ์
ที่เกิดขึ้น จากสภาวะวิกฤตและความรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมดา
ที่ประชาชนจะรู้สึกเครียด วิตกกังวล เจ็บปวดหรือแม้กระทั่งท้อแท้สิ้นหวัง
ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกใดๆ ก็ไม่ควรปฏิเสธหรือเก็บกดความรู้สึกเหล่านี้ เพราะ
มีแต่จะทำให้ความทุกข์ใจเหล่านี้ยังคงอยู่นานหรือรอวันระเบิดที่รุนแรงยิ่งขึ้น
แต่อย่างไรก็ตามคนเราไม่ควรจมอยู่กับความทุกข์ใจไปนานๆ เพราะจะนำไปสู่

ภาวะสุขภาพจิตที่แย่งหรือกระทั่งเจ็บป่วยทางใจได้ ดังนั้นประชาชนจึงต้องยอมรับความรู้สึกพร้อมไปกับการเรียนรู้ที่จะจัดการกับความรู้สึกด้วยวิธีการที่สำคัญก็คือ การมองเห็นด้านบวกของสถานการณ์ดังที่ได้กล่าวไว้ในข้อ 1 การใช้ชีวิตให้เป็นปกติโดยรักษากิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำ รับข้อมูลข่าวสารอย่างรอบด้าน และให้ความสำคัญกับช่องทางการสื่อสารที่เป็นกลาง ใช้การจัดการกับอารมณ์และความเครียดที่ได้ผล เช่น การออกกำลังกาย ฝึกหายใจ คลายเครียด สวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิ ฝึกสติ เป็นต้น และที่สำคัญคือ ต้องมีความอดทนกับความรู้สึกต่างๆ ที่จะมารบกวนจิตใจไปอีกระยะหนึ่ง เพราะธรรมชาติของทั้งเหตุการณ์และความรู้สึกเองต้องใช้เวลาที่จะคลี่คลาย แต่ขอให้ความเชื่อมั่นว่าในที่สุดความรู้สึกร้ายๆ ก็จะหายไป

2.3 ช่วยกันสร้างสังคมที่มีความหวัง ทั้งความสิ้นหวังและความหวัง เป็นสภาวะอารมณ์ที่ถ่ายทอดกันได้ นั่นคือมีลักษณะทางสังคมสูงหรือกล่าวอย่างง่ายๆ คือ ระบาดได้ ดังนั้นหากเรารู้สึกเป็นทุกข์เราก็กทำให้คนรอบข้างมีทัศนคติดังกล่าว และในมุมนกลับกันถ้าเรามีความหวังและความสุข ก็มีแนวโน้มที่คนรอบๆ ตัวเราจะมีความสุขไปด้วย ดังนั้นในภาวะปัจจุบันจึงจำเป็นต้องสร้างครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนและเพื่อนร่วมงานที่มีความหวังด้วยการพูดคุยในความคิดด้านบวก ยิ้มไว้แม้ในสถานการณ์ยากลำบาก และยิ้มให้กับคนรอบๆ ตัวเรา

ทั้งหมดนี้เป็นสิ่งที่กรมสุขภาพจิตควรย้ำเน้นกับประชาชนว่า พลังสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่เรียนรู้และสร้างได้ ซึ่งก็จะเป็นพลังสำคัญในการกอบกู้วิกฤตของสังคมไทย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้บริหารและนักวิชาการของกรมสุขภาพจิตจะต้องสื่อสารกับประชาชนมากๆ และบ่อยๆ รวมทั้งชักชวนให้สื่อมวลชนให้ความสำคัญกับการสร้างพลังสุขภาพจิต เพื่อชั้นนำจิตใจของคนในสังคมไทย ในท่ามกลางความปั่นป่วน ไปสู่ความหวังอย่างมีพลัง



2.2 ข้อสังเกตผลการประเมินสภาพจิตใจของประชาชน จากเหตุการณ์ชุมนุมทางการเมือง เมษายน 2552

ข้อสังเกตผลการประเมินสภาพจิตใจของประชาชนจาก เหตุการณ์ชุมนุมทางการเมือง

บทนำ (ความเป็นมา / สถานการณ์ / ปัญหา)

เนื่องจากสำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอข้อสังเกตจากผลการประเมินสภาพจิตใจของประชาชนใน 3 ชุมชน คือ ชุมชนเพชรบุรีซอย 7 ชุมชนแฟลตดินแดง ชุมชนนางเลิ้ง จากเหตุการณ์ชุมนุมทางการเมือง ซึ่งประเมินระหว่างวันที่ 17 – 19 เมษายน 2552 จำนวนทั้งสิ้น 297 ราย โดยทีมงานจากสำนักงานอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นผู้รวบรวมข้อมูลนั้นนางสุภาวดี นวลมณี ได้สรุปข้อสังเกตดังกล่าวและได้นำเรียนในที่ประชุมบริหารงานภายในกรมสุขภาพจิต วันที่ 21 เมษายน 2552

ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของการประเมินสภาพจิตใจ

1. ชุมชนเพชรบุรี

ความเครียดระดับมาก 12% และเครียดเล็กน้อย 38% พบว่ามีปริมาณสูงกว่าสถานการณ์ปกติทั่วไป ส่วนระดับปกติมีเพียง 50% เท่านั้น แต่จำนวนผู้ถูกสำรวจมีน้อย (26 คน)

ข้อเสนอแนะ

ควรให้การเฝ้าระวังดูแลจิตใจกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาความเครียด ซึ่งหากเป็นกลุ่มวัยทำงานและเป็นผู้นำครอบครัว ควรให้การดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษ เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อคนในครอบครัวที่เป็นวัยพึ่งพิง

2. ชุมชนแฟลตดินแดง

ระดับความเครียดมากไม่มี ความเครียดเล็กน้อย 7% และปกติ 93%

ข้อเสนอแนะ

ชุมชนนี้เป็นชุมชนที่อยู่อาศัยแบบร่วมทุกข์ร่วมสุข มีการดูแลจิตใจซึ่งกันและกันในภาวะปกติทั่วไป เมื่อมีงานพัฒนาสุขภาพพวกเขา ชาวอสม. ในชุมชนจะช่วยกันดำเนินการ งานส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ได้รับรางวัลงานสาธารณสุขมาโดยตลอด ดังนั้นแม้จะเกิดภาวะวิกฤตก็สามารถดูแลและประคับประคองจิตใจให้การปรึกษาหารือกันเอง จึงทำให้เกิดความคลี่คลายและมีแนวทางเชิงบวกในการจัดการปัญหาวิกฤตต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

3. ชุมชนนางเลิ้ง

ระดับความเครียดมาก 5% เครียดเล็กน้อย 22% และระดับปกติ 73% (เป็นระดับที่ใกล้เคียงกับภาวะปกติทั่วไป)

ข้อสังเกตในภาพรวม

1. ในกรณีที่มีการวัดความเครียดในครั้งนี้อยู่เกี่ยวกับภาวะความไม่สงบในบ้านเมือง
 - ช่วงเวลาที่จะทำให้ประชาชนมีความเครียดสูงน่าจะเป็นระหว่างวันที่ 10 – 13 เมษายน 2552 ซึ่งเป็นช่วงความรุนแรงอย่างต่อเนื่องและความตึงเครียดของสถานการณ์สูงมาก
 - แต่ช่วงเวลาที่ทำให้ประชาชนรู้สึกผ่อนคลายลงน่าจะเป็นระหว่างวันที่ 14 เมษายน 2552 เป็นต้นไป เนื่องจากสถานการณ์ปัญหาต่างๆ เริ่มคลี่คลายลง ดังนั้นระยะเวลาเก็บข้อมูลเป็นช่วงที่ประชาชนเริ่มผ่อนคลายแล้ว และมีความสุข โล่งใจ

ข้อเสนอแนะ

ให้มีการติดตาม เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเพื่อความคงที่ของระดับความเครียดของความสุขของประชาชน หากระดับความเครียดมีลักษณะกว้างไกล ขึ้นลง ควรวិเคราะห์สาเหตุและให้ความช่วยเหลือได้เหมาะสม

2. การเฝ้าติดตามว่าผู้มีปัญหาความเครียดพบมากในกลุ่มใด จะได้เสนอแนวทางการดูแลช่วยเหลือได้เหมาะสม

3. ผลการประเมินความเครียดในครั้งนี้อยู่ใกล้เคียงกัน ในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งเศรษฐกิจตกต่ำ การประเมินความเครียดของประชาชนพบว่า

ระดับความเครียดมาก	พบ 8 – 10 %
ระดับความเครียดเล็กน้อย	พบ 30 – 40 %
ระดับความเครียดปกติ	พบ 60 – 70 %



2.3 วิกฤติการเมืองไทย ปี 2553

สุขภาพจิตเชิงรุกในภาวะเครียดจากสถานการณ์ทางการเมือง

ความเป็นมา

สืบเนื่องจากสถานการณ์ความขัดแย้งทางการเมืองที่รุนแรงขึ้นจากการชุมนุมทางการเมืองที่ดำเนินมากกว่า 2 สัปดาห์ ควบคู่ไปกับเหตุปะทะเปิดในหลายจุดในกรุงเทพฯ ได้ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลว่าอาจเกิดความรุนแรงหรือมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ตลอดจนภาวะเศรษฐกิจ ประกอบกับเมื่อมีการเจรจาระหว่าง 2 ฝ่าย ประชาชนเกิดความคาดหวังและกลักลับกลายเป็นความผิดหวังเมื่อทั้ง 2 ฝ่ายไม่สามารถหาข้อตกลงร่วมกันได้ สถานะเช่นนี้ทำให้ประชาชนในกลุ่มที่มีความคิดเห็นทางการเมืองอยู่กับฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง มีแนวโน้มที่จะรับข้อมูลข่าวสารมากขึ้นเรื่อยๆ และมักเป็นการรับข้อความด้านเดียวทำให้ยิ่งเกิดอารมณ์ความรู้สึกที่รุนแรงมากขึ้น มีอารมณ์ฉุนเฉียวง่ายในการถกเถียง ไม่สามารถเปิดรับข้อมูลที่ต่างจากที่ตนรับรู้ว่าการเช่นนี้อาจเรียกได้ว่าเป็นภาวะเสพติดการเมือง ซึ่งจะมีผลเสียทั้งต่อตนเอง (เสพข้อมูลฝ่ายเดียวมากจนเสียการงาน การนอนหลับพักผ่อนและความสนใจในครอบครัว) ความสัมพันธ์กับผู้อื่น (กระทบกระทั่งกับคนอื่นง่าย ขวนทะเลาะ) ตลอดจนชุมชนและสังคมเพราะจะถูกกระตุ้นให้ใช้ความรุนแรงได้ง่าย

ที่ผ่านมา กรมสุขภาพจิตได้สื่อสารสังคมถึง 3 ครั้ง ในการระวังความเครียดด้วยการมีความอดทน อดกลั้น มองส่วนดีของเหตุการณ์และมีความหวัง พร้อมกับให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ในสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น กรมสุขภาพจิตน่าจะเสนอแนะต่อสาธารณะในเชิงรุกมากขึ้น โดยเตือนให้เห็นถึง

ผลร้ายถึงการเสพข้อมูลข่าวสารด้านเดียวมากเกินไป หรือเสพติดการเมือง การป้องกันและแก้ไขเพื่อเป็นการเตือนสติ สังคม ป้องกันกลุ่มเสี่ยงและเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยให้สังคมก้าวพ้นวิกฤติไปได้

ข้อเสนอแนะ

1. เสนอสังคมถึง “โรคเสพติดการเมือง” เพื่อเตือนให้ประชาชนตระหนักถึงผลร้ายของการเสพข้อมูลข่าวสารด้านเดียวมากเกินไป ซึ่งมีข้อมูลการศึกษายืนยันว่า ภาวะเช่นนี้จะทำให้สมองส่วนคิดทำงานน้อยลง เพราะถูกครอบงำด้วยสมองส่วนอารมณ์
2. ให้แนวทางการป้องกัน โดยเน้นการวางแผนจัดเวลา รับข้อมูลข่าวสาร เช่น วันละไม่เกิน 3 ชั่วโมง และรับข้อมูลข่าวสารที่หลากหลาย โดยเฉพาะจากแหล่งข้อมูลที่เป็นกลาง เช่น โทรทัศน์สาธารณะ สื่อที่เสนอข้อมูลหลายฝ่าย
3. สำหรับผู้ที่มีอาการเสพติดการเมือง ผู้ใกล้ชิดควรให้ความช่วยเหลือ โดยเน้นหลัก รับฟัง ชื่นชม ห่วงใย และแนะนำ รับฟัง คือ การฟังโดยไม่หาเหตุผลโต้แย้งเพราะจะทำให้อารมณ์รุนแรงขึ้น ชื่นชม ที่เขามีความตั้งใจดีต่อบ้านเมือง แสดงความห่วงใยต่อสุขภาพและการแสดงออกทางอารมณ์ และแนะนำให้มียุติเวลาพักผ่อน หันไปทำกิจกรรมอื่นและรับฟังข่าวสารอื่นๆ หากยังไม่ได้ผล ให้ขอคำแนะนำจากบริการ 1323 ใหม่ ห่วงใยคนใกล้ชิด

กรณีความรุนแรงตั้งแต่ 13 พฤษภาคม 2553

ความเป็นมา

ความขัดแย้งทางสังคมที่เกิดจากการชุมนุมทางการเมืองกว่า 2 เดือนที่ผ่านมา ได้ทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ที่ได้รับบาดเจ็บรวมถึงญาติผู้เสียชีวิต และประชาชนทั่วไปที่ได้รับข้อมูลข่าวสารและเกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่าง ทำให้กรมสุขภาพจิตวางแผนการเยียวยา 2 ชนิดดังกล่าวจนได้รับมติ ครม. ให้งบประมาณในการดำเนินการดังกล่าว

อย่างไรก็ตามเมื่อรัฐบาลได้ตัดสินใจจำกัดวงผู้ชุมนุม นับตั้งแต่วันที่ 13 พฤษภาคม 2553 เป็นต้นมา ได้ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตอีกชนิดหนึ่งคือ บาดแผลทางใจกับผู้อยู่ในชุมชนที่อยู่ในบริเวณ ที่มีการดำเนินการกำจัดวง ซึ่งครอบคลุมชุมชนใหญ่ๆ หลายชุมชนริมถนนและในซอยตามถนนหลักที่เกี่ยวข้อง บาดแผลทางใจซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บ สูญเสียชีวิต ทรัพย์สินเสียหาย หวาดกลัวการเกิดเพลิงไหม้ การถูกอาวุธ ขาดน้ำ ขาดไฟฟ้า ไม่สามารถเดินทางเข้าออกไปทำงาน หรือแม้กระทั่งจะหาอาหาร ฯลฯ ภาวะเช่นนี้จัดว่าเป็นภัยพิบัติที่เกิดจากมนุษย์ (man made disaster) ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนทั้งระยะสั้น กลางและยาว รวมทั้งส่งผลกระทบทางจิตใจต่อประชาชนในวงกว้างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารดังกล่าวด้วย จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่กรมสุขภาพจิตจะต้องเตรียมการรับมือกับภาวะดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

1. เตรียมความพร้อมทางวิชาการให้กับผู้เสียหายและเตรียมความพร้อมผู้ปฏิบัติในการรับมือกับบาดแผลทางใจ จากภัยพิบัติดังกล่าว ทั้งในมาตรการระดับสาธารณะและในระดับประชาชน / ชุมชน ตามหลัก SCECH (Safe, Calm, Empower, Connectedness, Hope)

2. ควรให้ psychoeducation กับประชาชนและผู้นำชุมชนที่ได้รับผลกระทบในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

- เสริมความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลความปลอดภัย และการสื่อสารภายในชุมชน

- จัดวางช่องทางการติดต่อกับภายนอก ทั้งด้าน ความช่วยเหลือ และข้อมูลข่าวสาร

- ดูแลครอบครัวที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีเด็กเล็ก คนป่วย ผู้พิการ คนชรา

- ทำความเข้าใจว่า อารมณ์รุนแรง เช่น ความวิตกกังวล กลัว โกรธ สับสน เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ แต่ก็ต้องตั้งสติให้ได้ด้วยวิธีง่ายๆ เช่น หายใจเข้าออกลึกๆ บอกตนเองให้ใจเย็น นึกสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ เป็นต้น

- รับข้อมูลข่าวสารจากผู้นำ ครอบครัวและเพื่อนที่ช่วยให้ข้อเท็จจริงมากกว่าการป่นป้าว และอารมณ์

- หากมีอาการของ PTSD หรือ อารมณ์ที่รุนแรง ควรย้ายออกจากชุมชนและปรึกษาบริการสุขภาพจิต รวมทั้งบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323

- ส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างความเข้มแข็ง เช่น การประชุมหารือ อาสาสมัคร กิจกรรมของวัดและศาสนสถานและหากมีการอพยพไปรวมกันอยู่ที่ใดก็ต้องพยายามรักษากิจกรรมและความเข้มแข็งในชุมชนไว้

3. ควรให้คำแนะนำกับประชาชนทั่วไป ตามประเด็นดังต่อไปนี้

- การลดการบริโภคข้อมูลข่าวสารและการบริหารจัดการเวลาที่เหมาะสม เพื่อรักษาความปกติในการดำเนินชีวิต
- การรับสื่อที่ให้ข้อคิดเห็นที่หลากหลายและมีทางออก เพื่อไม่เพิ่มอารมณ์ทางการเมืองและความเครียดในตนเอง
- การพักผ่อน ออกกำลังกาย พบปะเพื่อนและคลายเครียด
- การดูแลเด็กไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่รุนแรง ขณะเดียวกันก็ไม่ถูกทอดทิ้ง หรือถูกแบ่งเวลาไปจากผู้ใหญ่
- การช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติทุกวิถีทาง เช่น บริจาคเลือด บริจาคสิ่งของ ให้ที่พักกับญาติมิตร ช่วยออกเสียงผลักดันผู้เกี่ยวข้องให้ดูแลชุมชน ฯลฯ จะเป็นการหาทางออกอย่างสร้างสรรค์และบรรเทาอารมณ์ด้านลบได้

4. ควรให้ข่าวและความรู้กับสื่อมวลชนในประเด็นความสำคัญของสื่อในการให้ข้อมูลด้านความพยายามในการสร้างความปลอดภัย และการหาทางฟื้นคืนสภาพของฝ่ายต่างๆ ตลอดจน ทางออกของประชาชน ไม่ใช่เพียงแค่เสนอข่าวด้านภัยคุกคามเท่านั้น

บทวิเคราะห์รายงานการสำรวจอารมณ์ทางการเมืองของคนไทยในเดือนสิงหาคม

บทนำ (ความเป็นมา / สถานการณ์ / ปัญหา)

การสำรวจอารมณ์ทางการเมืองของคนไทย ซึ่งเป็นผลจากสถานการณ์และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางการเมืองได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปลายเดือนมีนาคม 2553 เนื่องจากอารมณ์ทางการเมืองโดยเฉพาะที่รุนแรงมีความสัมพันธ์กับความเครียดและโอกาสที่จะเกิดความรุนแรง โดยในระยะแรกทำทุกสัปดาห์โดยสุ่มตัวอย่างครั้งละ 1,000 คน ในทุกภาคเพื่อประมวลภาพรวมทั้งประเทศได้ดังนี้

เดือนเมษายน-พฤษภาคม เป็นระยะวิกฤต ผู้มีอารมณ์ทางการเมืองรุนแรงจะอยู่ในระดับ 26 % โดยเฉลี่ย

เดือนมิถุนายน เป็นระยะรุนแรง ผู้มีอารมณ์ทางการเมืองรุนแรงจะอยู่ในระดับ 20 % โดยเฉลี่ย

เดือนกรกฎาคม เป็นระยะคลี่คลาย ผู้ที่มีอารมณ์ทางการเมืองรุนแรงจะอยู่ในระดับต่ำกว่า 20 % โดยตลอด

ทางกระทรวงสาธารณสุข ได้เห็นความสำคัญของการสำรวจดังกล่าว จึงได้ขอให้กรมสุขภาพจิต ดำเนินการสำรวจอย่างต่อเนื่องร่วมกับหน่วยงานระดับจังหวัดโดยขยายจำนวนจังหวัดเป็น 19 จังหวัด และสุ่มตัวอย่างประมาณ 5,000 ราย เพื่อให้สามารถประเมินรายภาคได้ ที่ผ่านมาได้สำรวจไป 3 ครั้ง ซึ่งเป็นตัวแทนของครึ่งหลังเดือนกรกฎาคม และสองครั้งของเดือนสิงหาคม ปรากฏผลดังนี้

1) ภาพรวมของผู้มีอารมณ์ทางการเมืองรุนแรงเพิ่มขึ้นจาก 15.72 เป็น 18.55 และ 18.76% เป็นการเพิ่มขึ้นแต่ยังอยู่ในภาวะที่ไม่รุนแรง (ต่ำกว่า 20%)

2) เหตุผลสำคัญที่ทำให้สัดส่วนผู้มีอารมณ์ทางการเมืองรุนแรง ยังอยู่ในระดับ 15-20% อย่างต่อเนื่องเพราะปัญหาพื้นฐานที่กำหนดอารมณ์ทางการเมืองยังดำรงอยู่โดยเฉพาะความขัดแย้งทางการเมืองและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านเดียวของผู้ที่มีความเห็นทางการเมืองต่างกัน

3) เมื่อวิเคราะห์รายการพบว่า

3.1 กรุงเทพมหานครและภาคเหนือ อยู่ในลักษณะไม่เปลี่ยนแปลงมากนักที่ระดับต่ำ 16 และ 13 % มาเป็น 19 % ตามลำดับ

3.2 ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่สูงขึ้นบ้าง โดยเพิ่มจาก 22 เป็น 26 % และ 18 เป็น 20 % ตามลำดับ

3.3 ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน มีการลดลงอย่างชัดเจน จาก 19 เป็น 7 % และ 21 เป็น 18 % ตามลำดับ

4) กรมสุขภาพจิตได้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อเชื่อมโยงไปถึงสาเหตุของอารมณ์ทางการเมืองพบว่า

4.1 ผู้ที่มีอารมณ์ทางการเมืองรุนแรง ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ยังให้ความสำคัญกับความขัดแย้งทางการเมือง มีความรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรมเกลียดชังอีกฝ่าย มีบางส่วนที่เป็นลักษณะของอารมณ์เบื่อหน่าย ห่วงใย หรือวิตกกังวลว่าจะเกิดความรุนแรงอีก

4.2 ผู้ที่มีอารมณ์ทางการเมืองปกติ ส่วนใหญ่จะใช้วิธีทำใจยอมรับ มีบางส่วนใช้การใส่ใจในงาน ทำงานอาสาหรือไม่สนใจ

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. อารมณ์ทางการเมืองของประชาชนมีแนวโน้มค่อยๆ ลดลงสู่ภาวะปกติอย่างช้าๆ เพราะความขัดแย้ง และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านเดียวยังเป็นปัจจัยที่ดำรงอยู่ ดังนั้นปัจจัยสำคัญคือในด้านการเมืองจะต้องดำเนินการลดความขัดแย้ง เพิ่มการปรองดองและปฏิรูปรวมทั้งลดการให้ข้อมูลข่าวสารด้านเดียว ขณะเดียวกันก็ให้ประชาชนมีความหวังด้านอื่นๆ เช่น การแก้ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม

2. เมื่อมีข่าวและสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกของประชาชน ก็จะทำให้สัดส่วนของผู้ที่มีความรู้สึกรุนแรง เพิ่มขึ้นได้เป็นครั้งคราว ซึ่งจำเป็นที่จะต้องเฝ้าระวังและมีมาตรการไม่ให้สัดส่วนของผู้ที่มีความรู้สึก รุนแรงมากเกินไป (มากกว่า 20 %)

3. การเยยวยาจิตใจทั้งผู้ได้รับผลกระทบจากการชุมนุมโดยตรง และประชาชนทั่วไปที่มีความขัดแย้งกัน ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขควรใช้โอกาสที่บุคลากรและบริการสาธารณสุขสามารถเป็นสะพานสร้างความสงบสุข ด้วยการปรับกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการเยยวยาจิตใจและแก้ไขปัญหาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลและฟื้นฟูผู้ได้รับผลกระทบจากการชุมนุมทางการเมือง โดยมีการปรับและเพิ่มกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ควรปรับ	ประเด็นสำคัญ
1. การดูแลรักษาฟื้นฟูเหยื่อผู้ได้รับผลกระทบโดยตรง	เน้นการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดให้กับกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่ม คือ ครอบครัวผู้สูญเสียผู้บาดเจ็บ และผู้เข้าร่วมเหตุการณ์ โดยการรับฟังพร้อมกับการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพและความปลอดภัย
2. การบริการให้การรักษายาบาลทั่วไปอย่างเท่าเทียมการให้บริการของทุกสถานพยาบาลการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ไปทุกตำบลการเยี่ยมบ้านของอสม. อสส.	เน้นความสำคัญในการสื่อสารกับประชาชนเท่าเทียม โดยไม่แบ่งแยกและให้บริการอย่างพิเศษกับกลุ่มที่อาจรู้สึกว่าจะไม่ได้รับความเท่าเทียม เช่น กลุ่มรากหญ้า กลุ่มสูงอายุ
3. การสร้างพลังชุมชนร่วมกันแก้ปัญหาของตนเองการเยี่ยมบ้านของอสม. อสส. เน้นผู้ที่รู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรม	จะต้องส่งเสริมให้ชุมชนร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมทำ เพื่อสุขภาพของชุมชน ซึ่งจะช่วยลดความขัดแย้ง ทั้งนี้ควรให้ทุกจังหวัดให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมสร้างพลังชุมชน และวิเคราะห์โครงการที่ชุมชนคิดว่าประชาชนต้องการอะไรและสนับสนุน รวมทั้งประสานงานให้โครงการเหล่านั้นเป็นจริง

กิจกรรมที่ควรปรับ	ประเด็นสำคัญ
4. การสื่อสารเพื่อสร้างสุขภาพจิตและความไว้วางใจการให้ความรู้และปรับวิถีคิดของ ดีเจ รายการวิทยุชุมชน	กรมสุขภาพจิตได้นำร่องโครงการกับสื่อท้องถิ่นใน 3 จังหวัด โดยมุ่งเน้นให้สื่อเข้าใจว่าความคิดเห็นทางการเมืองที่แตกต่าง เป็นเรื่องดี แต่ต้องไม่สร้างอารมณ์ที่รุนแรง โดยเฉพาะความเกลียดชังอีกฝ่าย และสร้างความตระหนักในบทบาทสื่อท้องถิ่นในการลดอารมณ์รุนแรงและสร้างความปลอดภัยในชุมชน โดยจัดทำเป็นการสัมมนาครั้งวัน ได้ผลตอบสนองดี จึงควรขยายไปทำในทุกจังหวัดของโครงการนี้

ทั้งนี้ควรมีการบริการโครงการร่วมกันระหว่าง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมสุขภาพจิตโดยเน้น

- 1) ความเข้าใจของสาธารณสุขจังหวัด ถึงแนวคิดโครงการและความสำคัญของแต่ละกิจกรรม ซึ่งควรมีการทบทวนใหม่ในรูปแบบที่เหมาะสม
- 2) การติดตามโครงการในเชิงคุณภาพ เช่น การจัดการความรู้ของการทำงานในระหว่างจังหวัด การวิเคราะห์โครงการที่ชุมชนเสนอ
- 3) เชื่อมโยงเข้ากับการประเมินผลโดยเฉพาะการสำรวจอารมณ์ทางการเมืองใน 19 จังหวัด



2.4 บทเรียนวิกฤติการณ์เมือง ปี 2554

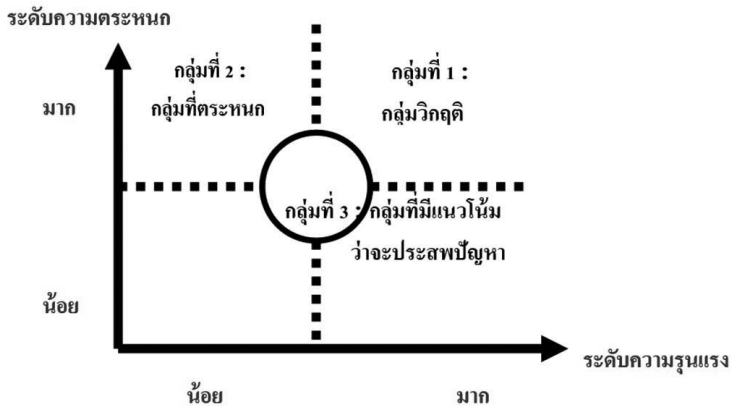
การดำเนินงานสุขภาพจิตในสถานการณ์ปัจจุบัน (เสนอ 10 ตุลาคม 2554)

ความเป็นมา

สืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในช่วงไม่กี่วันที่ผ่านมา สถานการณ์น้ำท่วมที่ได้รุกรามไปกว่า 30 จังหวัด กระทบประชาชนมากกว่า 12 ล้านคน ทำให้ประชาชนมีความยากลำบากทั้งทางร่างกายและจิตใจ และยังทำให้ประชาชนในกรุงเทพฯ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในเขตที่ปกป้องน้ำท่วมได้ดี กลับเกิดความตื่นตระหนก ซึ่งนอกจากจะเสียสุขภาพจิตแล้ว ยังทำให้เสียศักยภาพในการจะช่วยเหลือประชาชนในเขตนํ้าท่วมด้วย เนื่องจากมุ่งแต่จะหาทางออกของตนเอง (จากความตระหนก)

ในสถานการณ์ที่ประชาชนเผชิญกับภาวะสุขภาพจิต 2 ลักษณะที่ต่างกันข้างต้น จำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์การจัดการที่แตกต่างกัน ซึ่งต่างจากสถานการณ์ในช่วงก่อนที่ความรุนแรงจำกัดพื้นที่เฉพาะที่ถูกน้ำท่วม ซึ่งกรมสุขภาพจิตเน้นการออกหน่วยเพื่อประเมินและให้ความช่วยเหลือกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

แนวทางใหม่ที่สำคัญจะจำแนกตามกลุ่มประชาชนที่ได้รับผลกระทบสูงและมีแนวโน้มยาวนาน กลุ่มที่มีแนวโน้มว่าอาจจะประสบปัญหาและกลุ่มที่ไม่มีปัญหาแต่มีความหวาดกลัวหรือตื่นกลัว ดังรายละเอียดตามแผนภูมิ



3) ข้อเสนอแนะ:

1. **กลุ่มวิกฤติ** กลุ่มนี้เป็นประชาชนที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากน้ำท่วมบางส่วน ต้องย้ายมาอยู่ในศูนย์อพยพชั่วคราว บางส่วนยังคงอยู่ที่บ้าน เพราะความเป็นห่วงบ้านและทรัพย์สิน แนวทางใหม่นั้นจะต้องให้ข้อเสนอแนะต่อผู้ว่าราชการจังหวัดและสาธารณสุขจังหวัด ในการจัดการใน**แนวทางที่ใช้ความเข้มแข็งของชุมชน** เช่น

- รวบรวมความช่วยเหลือผ่านองค์กรชุมชน
 - ให้องค์กรชุมชนและผู้นำชุมชนเป็นผู้จัดการเป็นหลัก
 - เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน เช่น อาสาสมัครความปลอดภัย ทำอาหาร เยี่ยมผู้ที่ติดตามบ้าน รวมทั้งเจรจาให้ผู้ที่อยู่ตามบ้านมาอยู่ที่ศูนย์อพยพ
 - ส่วนผู้ที่มาอยู่ในศูนย์อพยพก็ควรมีการจัดพื้นที่ให้องค์ชุมชนมีการดูแลช่วยเหลือ รวมทั้งเฝ้าระวังโดยใช้ระบบอาสาสมัครของชุมชน เป็นต้น
- การใช้ความเข้มแข็งของชุมชน นอกจากจะมีประสิทธิภาพกว่าแล้ว ยังเสริมสร้างสุขภาพจิตของประชาชนที่ได้ทำอะไรดีๆ ช่วยเหลือกันเองและผู้อื่น รวมทั้งยังลดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความโกรธ ความคับข้องใจ อีกด้วย

ในทางตรงกันข้ามหากเน้นแต่บทบาทของรัฐและภายนอกอย่างเดียวจะเกิดผลสะท้อนกลับด้านลบได้มาก เพราะตามหลักจิตวิทยาควรเป็นผู้รับจะมีโอกาสผิดหวัง โกรธ และสิ้นหวัง มากกว่าการเป็นผู้ร่วมกอบกู้วิกฤติ

2. กลุ่มที่ตื่นตระหนก กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่ที่ได้รับการปกป้องอย่างดี เช่น กรุงเทพฯ ชั้นใน แต่เนื่องจากกระแสข่าวที่รุนแรงทำให้เกิดความหวาดหวั่น ซึ่งจะมีผลกระทบทั้งระดับบุคคล เช่น ทำให้วิตก หวาดหวั่นนอนไม่หลับ แล้วยังทำให้เกิดปัญหาสังคม เช่น การกักตุนอาหาร เชื้อเพลิง การปล่อยข่าวลือ เป็นต้น กลุ่มนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ผู้กำหนดนโยบายและเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ สื่อสารให้ชัดเจนว่าพื้นที่ใดที่เสี่ยง พื้นที่ใดที่ปลอดภัย และให้ข้อเสนอแนะให้ชัดเจนว่ากลุ่มที่เสี่ยงต้องเตรียมการอะไรบ้าง ส่วนกลุ่มที่ไม่เสี่ยงควรให้ความมั่นใจและดึงศักยภาพความเห็นอกเห็นใจมาใช้ในการช่วยเหลือผู้อื่น

3. กลุ่มที่มีโอกาสจะเกิดปัญหา เช่น กลุ่มที่อยู่ติดกับพื้นที่ที่ประสบภัยหรือคั่นกั้นน้ำต่างๆ การที่จะมีความเครียด และมีความตื่นตัวที่จะป้องกันชีวิตและทรัพย์สินของตนเองก็เป็นสิ่งที่เหมาะสม เพียงแต่จะต้องแยกแยะจากกลุ่มที่ 2 และควรจะต้องใช้หลักความเข้มแข็งของชุมชนในกลุ่มที่ 1 มาใช้ในการเตรียมการด้วย

แนวทางการสื่อสารในระยะปัจจุบัน (7-20 พฤศจิกายน 2554)

เหตุผลและความจำเป็น

การสื่อสารในภาวะวิกฤติจะต้องปรับเป็นระยะๆ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ที่ผ่านมามีความสุขภาพจิตเคยเน้นในระยะแรกเรื่อง 4 ต้อง 4 ไม่ ในการสื่อสาร ต่อมาได้เน้นเรื่องการจัดการกับความเครียด อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ปัจจุบันมีความจำเป็นที่จะต้องปรับการสื่อสารใหม่ตามสภาวะจิตใจประชาชน

สภาวะทางจิตใจ

1) ประชาชนที่เผชิญความเครียดอย่างยาวนาน จากสภาวะน้ำท่วม เริ่มแสดงความเครียดในลักษณะของอารมณ์โกรธโดยแสดงออกในลักษณะของความขัดแย้งและความรุนแรง เช่น การขัดขวางการทำงานของเจ้าหน้าที่ การทำลายเขื่อน หรือประตูน้ำ ซึ่งหากมิได้มีการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดเป็นข่าวในทางไม่สร้างสรรค์บ่อยๆ ก็จะทำให้พื้นที่อื่นๆ มีปฏิกิริยาตามไปด้วย

2) ประชาชนที่ถูกน้ำท่วมจนลายทรัพย์สิน และข้าวของต่างๆ เริ่มมีปฏิกิริยาในความรู้สึกสูญเสียความรู้สึก ท้อแท้ ซึ่งต่างจากความเครียดในช่วงก่อนที่เป็นลักษณะวิตกกังวลว่าน้ำจะท่วมหรือไม่ ดังนั้นการสร้างความหวังที่จะฟื้นฟูจึงเป็นการสื่อสารที่สำคัญ

ข้อเสนอแนะในการสื่อสาร

1) ต่อประชาชนที่มีปฏิภณรยรณแรง จากความโกรธ

1.1 ควรบริหารจัดการในการลดปฏิภณรยรณความโกรธลงโดยเฉพาะการสื่อสารกับผู้นำและชุมชนให้ทราบล่วงหน้า และการมีระบบชดเชยเพิ่มเติมให้กับชุมชนที่ต้องเสียสละมากกว่าชุมชนอื่นๆ

1.2 แก้ไขความขัดแย้งด้วยการเจรจาโดยบุคคลที่คนในชุมชนยอมรับ ซึ่งหลายแห่งจะเป็นบุคลากรของสาธารณสุขด้วย เพื่อสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน โดยมีทางออกที่เหมาะสม ซึ่งได้รับการยอมรับในเชิงนโยบายจากข้อ 1.1 ข้อนี้จัดว่าเป็นการสื่อสารระดับชุมชนเป็นสำคัญ

1.3 สนับสนุนการเสนอข่าวในเรื่องปฏิภณรยรณความโกรธของประชาชน ในมุมมองที่เน้นทางออกให้มากที่สุด มากกว่าการเสนอภาพความรุนแรง จะเป็นประโยชน์ในทางแก้ไขแทนที่การเลียนแบบที่ไม่เหมาะสม

2) ต่อประชาชนที่มีความรู้สึกสูญเสีย (ส่วนใหญ่เป็นเรื่องทรัพย์สิน) และที่ท้อแท้

2.1 ส่งเสริมความคิดทางบวกในเชิง อึด อีต สู้ แต่เน้นเชื่อมโยงกับการมีความหวังที่จะกลับไปฟื้นฟู เนื้อหาเป็นการคิดทางบวก เช่น ของเสียแต่ใจไม่เสีย สูญเสียของแต่ไม่สูญเสียความสามารถ ประเด็นสำคัญที่อยู่ไม่ควรแนะนำเอง เพราะจะดูเหมือน“สั่งสอน” แต่ควรเป็นการนำเสนอเรื่องเล่าและวิธีคิดของคนที่ยืนหยัดอยู่ได้ และมีความหวังในการกลับไปฟื้นฟู

2.2 ขยายช่องทางการสื่อสารที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น แผ่นป้ายผ้าของหน่วยที่ออกปฏิบัติการ ควรเน้นการให้กำลังใจตามข้อ 2.1 ซึ่งจะได้ผลกับประชาชนที่ติดอยู่ตามศูนย์พักพิงและชุมชน การช่วยกันเผยแพร่แบบอย่างที่ดีผ่าน social network และสื่อบุคคลที่ให้สัมภาษณ์ต่างๆ จะได้ผลกับคนชั้นกลางที่ติดตามข้อมูลข่าวสาร



2.5 วิกฤติการเมือง ปี 2557

ข้อเสนอแนะในการลดความเกลียดชังที่เกิดจากการสื่อสาร ในวิกฤติการเมืองไทย

ความเป็นมา

สถานการณ์ปัจจุบันได้สร้างความตื่นตัวกับประชาชนซึ่งจะเป็นต้นทุนสำคัญสำหรับการเปลี่ยนแปลงสังคมไทยต่อไป ซึ่งในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาประเทศไทยก็ผ่านวิกฤตินี้มาได้โดยไม่มีความรุนแรงที่ร้ายแรงทางกายภาพแสดงถึงวุฒิภาวะของสังคมไทยที่พัฒนาขึ้น แต่ปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งในหมู่ประชาชนขณะที่ทุกฝ่ายกำลังช่วยกันหาทางออก ก็คือความรุนแรงที่แพร่ระบาดใน social media ผ่าน hate speech ต่างๆ ซึ่งถ้าทำความเข้าใจและหาหนทางลดความรุนแรงนี้ได้ก็จะเป็นผลดียิ่งต่อการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้น โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

1) ผลร้ายของ social media violence

- สร้างบรรยากาศสังคมที่มีความรู้สึกรุนแรง เกลียดชัง ฝ่ายที่คิดต่าง/ขัดแย้ง
- แพร่ระบาดรวดเร็ว ตามธรรมชาติของ social media
- มีแนวโน้มจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ
- นำไปสู่โอกาสที่จะเกิดความรุนแรงทางกายภาพได้เมื่อมีเงื่อนไข

2) สาเหตุ

- ข้อมูลจากผู้นำ/สื่อ เลือกฝ่ายต่างๆ
- ความเครียดจากการรับรู้ข่าวสาร
- ความหวงใยและคับข้องใจที่สังคมไม่มีทางออก
- ความคับแค้นโดยเฉพาะผู้ที่มีความคิดที่มุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลง

3) แนวทางลดความรุนแรง ที่ผ่านมามีการพยายามเตือนให้ลดความรุนแรงในการเขียน/ส่ง ข้อความต่างๆ แต่ดูจะไม่ได้ผลจึงจำเป็นที่จะต้องนำเสนอให้คนยังคิดมากขึ้น โดยเน้นว่า ข้อความที่รุนแรงมาจากภาวะจิตใจที่เป็นทุกข์หรือไม่ปกติสุข (3 แบบ คือ เครียด/คับข้องใจ/คับแค้น) การแก้จึงต้องแก้ที่สาเหตุ คือใจของประชาชน เช่น คนที่เครียดเพราะรับรู้ข่าวสารที่รุนแรงต่อเนื่อง ต้องรับรู้ข้อมูลที่หลากหลาย การเสนอทางออกและการบริหารเวลาคนที่หวงใยและคับข้องใจ ต้องมีความหวังว่าสังคมไทยจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงแน่นอนคนที่คับแค้นต้องบรรเทาช่วยเหลือด้วยการรับฟัง ชื่นชม (ความตั้งใจ) ห่วงใย ให้คำแนะนำ

ทั้งนี้ต้องให้ประชาชนตระหนักถึงผลร้ายของการสื่อสารด้วยข้อความสร้างความเกลียดชังและร่วมกันไม่เขียนหรือส่งข้อความดังกล่าว ซึ่งที่ประชุมคิดว่าควรสื่อสารให้ชัดเจนกับสังคม เช่น “ข้อความรุนแรงแปลงสังคมให้ตกต่ำ” หรือ “สื่อโง่ธ เกลียด คือสร้างความรุนแรง”

ข้อเสนอแนะ

- 1) ให้สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตโดยศูนย์สื่อสารสุขภาพจิต ทำ media plan และดำเนินการในการรณรงค์ให้ประชาชนช่วยเหลือลดความเกลียดชังที่เกิดการสื่อสารโดยเฉพาะทาง social media
- 2) ให้สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตร่วมกับกลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต จัดสัมมนาวิชาการเพื่อทำการเข้าใจและหาทางออกร่วมกับนักวิชาการด้านสุขภาพจิตทั้งในและนอกกรมสุขภาพจิตร่วมกับสื่อมวลชน
- 3) ให้สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ของกรมสุขภาพจิตสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยประกวดหรือช่วยกันส่งข้อความที่จะช่วยลดความรุนแรงในการสื่อสาร

จิตวิทยาสังคมของความขัดแย้งและทางออกสำหรับสังคมไทย

อนุดีจากวันที่ 15 มกราคม 2557 กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต ได้มีการทบทวนองค์ความรู้เรื่องจิตวิทยาสังคมของความขัดแย้ง ซึ่งใช้ได้ทั้งระหว่างและภายในประเทศ มีส่วนสำคัญที่จะเป็นความรู้สำหรับผู้บริหารกรมฯ เพราะมีข้อค้นพบว่าปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมมีความสำคัญเช่นเดียวกับบริบททางเศรษฐกิจและการเมือง

โดยสรุปปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมที่สำคัญก็คือ ประวัติศาสตร์ต่อกันที่ฝังลึก การรับรู้ผิดและความแตกต่างในอัตลักษณ์จะเป็นสาเหตุและเสริมซึ่งกันและกันให้ความขัดแย้งทวีขึ้นจนนำไปสู่ความรุนแรง รวมทั้งจิตวิทยาของการรวมขอมทั้งปัจจัยถ่วงและปัจจัยเร่ง

ปัจจัย/องค์ประกอบ ที่เป็นเหตุของความขัดแย้ง	การแก้ไข
1. ประวัติศาสตร์ที่ฝังลึกของคู่ขัดแย้ง ทำให้เกิดความไว้วางใจและการร่วมมือ	คู่ขัดแย้งจะต้องยอมรับความจริง ถึงประวัติศาสตร์ความขัดแย้งที่ฝังลึก ที่มีต่ออีกฝ่าย จำกัดความขัดแย้งให้ อยู่กับเรื่องในปัจจุบันเท่านั้น
2. การรับรู้ผิด ต่ออีกฝ่ายหนึ่งในเรื่อง อำนาจและผลประโยชน์ (ดี/เลว, ถูก/ผิด) จนถึงขั้นต้องเอาชนะอีกฝ่าย ให้ได้เท่านั้น (ทั้ง 2 ฝ่าย อันที่จริง กลับเหมือนภาพในกระจกเงาของกัน และกัน)	หาหนทางให้เกิดการสื่อสารระหว่างกัน เพื่อลดความรับรู้ผิดและสร้างความ เห็นใจ เข้าใจและยอมรับความ ต้องการของอีกฝ่าย
3. ความแตกต่างในอัตลักษณ์ของแต่ละฝ่าย โดยเฉพาะคนชั้นกลางในเมืองและ คนรากหญ้า ซึ่งมีพื้นฐานความเชื่อ และค่านิยมที่ต่างกัน ทำให้มองอีกฝ่าย แย่งไปอีก	การหาจุดร่วมที่ทั้ง 2 ฝ่ายมีค่านิยม และความเชื่อร่วมกัน

การรอมชอม

การแก้ไขโดยรวมจึงเป็นเรื่องของการรอมชอม โดยทำให้เกิดการสื่อสาร และสร้างการยอมรับอีกฝ่าย ซึ่งจะต้องเกิดขึ้นอย่างแน่นนอนเพราะความขัดแย้ง เมื่อไปถึงจุดหนึ่งก็จะถึงจุดสูงสุดและค่อยๆ ลดลง เพียงแต่ว่าจุดสูงสุดนั้น จะรุนแรงและสูญเสียเพียงใด

การรอมชอมที่เกิดขึ้นซ้ำเป็นเพราะแต่ละฝ่ายกลัวว่าข้อเสนอของตนเองจะไม่บรรลุ อีกแง่หนึ่งก็คือกลัวว่าจะเป็นผู้แพ้ รวมทั้งความเข้าใจผิดว่าการเจรจาหมายถึงความอ่อนแอ ในทางตรงกันข้ามการรอมชอมจะเร็วขึ้น ถ้ามีวิกฤติอื่นที่รุนแรง เกิดภาวะที่รู้สึกว่าจะต่างไม่อาจเอาชนะกันได้หรือรับรู้ว่าย่ำแย่ขัดแย้งต่อไปจะเสียหายมากกว่า รวมทั้งความรู้สึกถึงภัยจากกองทัพหากจะยังขัดแย้งต่อไป

จากความเข้าใจในมิติทางจิตวิทยาสังคม จึงอาจเป็นประโยชน์สำหรับ สื่อและผู้ที่มีบทบาทในการรอมชอม ดังต่อไปนี้

1. เข้าใจและหาทางลดปัจจัยที่เป็นสาเหตุทั้งหลาย ซึ่งต้องอาศัย การสื่อสารทั้งผ่านสื่อ ผ่านบุคคลไปจนกระทั่งมีผลต่อทั้ง 2 ฝ่าย
2. ลดสิ่งที่ทำให้การรอมชอมเกิดขึ้นได้ซ้ำ โดยชี้ให้เห็นว่าความรอมชอม เป็นความกล้าหาญและเสียสละ ไม่ใช่การพ่ายแพ้หรือเสียหน้า
3. กระตุ้นให้ตระหนักถึงปัจจัยที่ทำให้การรอมชอมเกิดเร็วขึ้น เช่น ปัญหาเศรษฐกิจและความยากจนเป็นความต้องการของประชาชน ผู้ที่ไม่ รอมชอมจะเสียความชอบธรรมและหลีกเลี่ยงโอกาสที่จะเกิดความรุนแรงหรือ รัฐประหาร

4. ทำให้ทางออกต่างๆ ในการรวมขอบเขตเงิน (เช่น ข้อเสนอของกลุ่มเศรษฐกิจและประชาสังคมทั้ง 25 กลุ่มหรือกลุ่ม 2 เอา 2 ไม่เอา) ว่าเป็นข้อเสนอที่ทุกฝ่ายได้ประโยชน์ จะต้องช่วยกันสื่อสารให้สังคมรับรู้ หากเป็นฉันทามติร่วมก็จะเป็นส่วนสำคัญให้คู่ขัดแย้งยอมรับได้ เมื่อประกอบปัจจัยอื่นๆ ที่ชัดเจนหรือสุกงอม

ข้อเสนอแนะ

ถึงแม้กรรมสุขภาพจิตจะไม่ควรมีบทบาทลงไปเกี่ยวข้องกับเนื้อหาของความขัดแย้งแต่อาจพิจารณาถึงบทบาทต่อสังคม นอกเหนือจากการประเมินและจัดการความเครียดของประชาชนในวิกฤติการเมืองได้ในประเด็นต่อไปนี้

■ การสร้างความเกลียดชังเป็นส่วนหนึ่งของการทำให้เกิดการรับรู้ผิดต่อฝ่ายที่แตกต่างอันเป็นปัจจัยสำคัญที่ไปเสริมประวัติศาสตร์ที่ฝังลึก และความแตกต่างในอัตลักษณ์ ทำให้ความขัดแย้งขยายตัว และนำไปสู่ความรุนแรงได้

■ การรวมขอม เป็นมิติทางจิตวิทยาที่สำคัญของการแก้ไขความขัดแย้งไม่ว่าจะในระดับครอบครัว ชุมชน ประเทศหรือระหว่างประเทศ ซึ่งต้องอาศัยคุณสมบัติด้านบวก เช่น กล้าหาญ เสียสละ ใจกว้าง มีวุฒิภาวะ ตรงข้ามกันการไม่ยอมรับรวมขอม ซึ่งเป็นเรื่องของความกลัวฝ่ายแพ้ กลัวเสียหน้า ใจแคบ และขาดวุฒิภาวะ โดยยกตัวอย่างเปรียบเทียบกับครอบครัวและที่ทำงานจะได้ชัด รวมทั้งเสนอว่า การปรองดองในวิกฤติการเมืองอาจเริ่มง่ายๆ จากการรวมขอมทางความคิดในครอบครัวและเพื่อน เพื่อพิสูจน์ว่าเป็นเรื่องเป็นประโยชน์และสามารถทำได้



2.6 ความเศร้าโศกเสียใจของมหาชนจาก การสวรรคตของในหลวงรัชกาลที่ 9

หลักการและเหตุผล

เมื่อวันที่ 13 ตุลาคม 2559 สำนักพระราชวังได้เผยแพร่ประกาศพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรามหิทธิจักรีวินยภูติธร สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร สวรรคต ตามสื่อต่างๆ นั้น กรมสุขภาพจิตได้ร่วมกันวางแผนการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนในวิกฤตการณ์ดังกล่าว

การสูญเสีย นำมาซึ่งความทุกข์ใจของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคที่การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็นไปอย่างกว้างขวาง รวมทั้งการรับรู้ผ่านสื่อออนไลน์ทั้งหลาย แต่ก็เป็นโอกาสในการสร้างความเชื่อมโยงของคนทั้งสังคมที่จะร่วมกันเป็นหนึ่งในกรไ้ว้อาลัย ร่วมสืบทอดปณิธานของพระองค์ท่านเพื่อให้สังคมไทยได้ก้าวต่อไป

บทเรียนจากนานาชาติ : สิ่งที่ยังทำ

1. ช่วยให้ประชาชนมีโอกาสได้แสดงออกให้มากที่สุด ผ่านพิธีกรรมทั้งของภาครัฐ ทุกศาสนาและชุมชนท้องถิ่น เช่น กิจกรรมไว้อาลัย สวดมนต์ และพิธีกรรมของแต่ละศาสนา
2. ส่งเสริมให้บุคคลแสดงความรู้สึกส่วนตัว ที่มีต่อพระประมุขได้ เช่น การเขียนความรู้สึก การเล่าเรื่องความประทับใจที่มีต่อพระราชกรณียกิจของในหลวงรัชกาลที่ 9
3. มีส่วนร่วมในการทำสิ่งที่ดีงามให้กับพระองค์ เช่น การบริจาคกิจกรรมจิตอาสา

4. ช่วยกันดูแล คนใกล้ชิดที่อาจจะได้รับผลกระทบทางจิตใจสูง
 - ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง
 - ผู้ที่มีความรู้สึกผูกพันต่อในหลวงรัชกาลที่ 9
5. ร่วมกันสืบทอดปณิธานของในหลวง เช่น แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง การบริหารจัดการน้ำ โครงการในพระราชดำริต่างๆ

บทเรียนจากนานาชาติ : สิ่งที่ยังระวัง

1. ต้องไม่ปิดกั้นการแสดงออกถึงความรู้สึกเศร้าโศก เสียใจ แต่อย่าให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังท่วมท้นจนมองไม่เห็นทางออกของสังคม
2. ไม่แสดงออกถึงความรู้สึกที่จะไปกระตุ้นความขัดแย้งและความเห็นต่างในสังคม จากตัวอย่างผู้ที่มีพฤติกรรมที่มีความเห็นต่างต่อพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในพระบรมโกศ แล้วไปแชร์ในสังคมออนไลน์ ทำให้เกิดความรู้สึกต่อต้านอย่างรุนแรง ขณะนี้เป็นเวลาแห่งการไว้อาลัย จึงไม่ควรแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างต่อพระองค์ท่าน
3. ไม่ขยายปัญหาจากเหตุการณ์ที่อาจไม่เป็นไปจากที่คาดหวัง ตัวอย่างเช่น ประชาชนทราบข่าวการสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในพระบรมโกศจากเว็บไซต์ต่างประเทศก่อน ทำให้บางคนอาจรู้สึกไม่พอใจหรือมีข่าวลือมากมายระหว่างนั้น หรือราคาหุ้นตกลง ความไม่เข้าใจเหล่านี้ไม่ควรต้องมาสร้างปัญหาในสถานะที่ทุกคนอยู่ในสภาพจิตใจที่เศร้าโศกเสียใจ

การดูแลประชาชนที่มีความรู้สึกสูญเสียอย่างรุนแรง

กลุ่มที่พึงระวัง

- ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง
- ผู้ที่มีความรู้สึกผูกพันต่อในหลวง
- กลุ่มเด็กที่อาจจะรู้สึกสับสนถึงปฏิกิริยาของผู้ใหญ่
- กลุ่มที่มีความเครียดจากปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ

อาการที่แสดงออก

1. ปฏิกิริยาความโศกเศร้ารุนแรงที่แสดงออกในฝูงชน เช่น เป็นลม หายใจเร็ว ร้องไห้คร่ำครวญ ตีอกชกตัว ชัก
2. ความโศกเศร้าของบุคคลที่รุนแรงและยาวนาน

การช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิด : 3L (LOOK LISTEN LINK)

LOOK: มองหา มองเห็น

1. สำรวจค้นหาคนที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน เช่น แสดงอารมณ์เศร้าโศก เสียใจรุนแรง กินไม่ได้ นอนไม่หลับ
2. สำรวจกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่แสดงอารมณ์ความรู้สึกสูญเสีย

LISTEN : รับฟัง

มีสติรับฟังอย่างตั้งใจ ใช้ภาษากาย เช่น สบตา จับมือ โอบกอด เพื่อช่วยให้ผู้สูญเสียบอกเล่าอารมณ์ความรู้สึก คลายความทุกข์ในใจและจัดการอารมณ์ให้สงบ

LINK : ช่วยเหลือ / ส่งต่อ

1. ให้การช่วยเหลือตามความจำเป็นพื้นฐาน
2. ในกรณีที่ช่วยเหลือเบื้องต้นไม่ดีขึ้น เช่น ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ โศกเศร้ารุนแรง มีความคิดฆ่าตัวตาย ให้ส่งต่อตามความเหมาะสม
3. การช่วยเหลือควรพยายามติดต่อเชื่อมโยงกับครอบครัวหรือชุมชน

กลุ่มประชาชนทั่วไป

ถึงแม้การสูญเสียพระองค์ท่านเป็นความเศร้าโศกอันใหญ่หลวงของมหาชน แต่ก็ยังเป็นโอกาสในการสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ที่จะได้แสดงความรู้สึกร่วมกันและสืบทอดปณิธานของพระองค์ท่านเพื่อให้สังคมไทยได้ก้าวต่อไป

ขอคิดเห็นต่อการสูญเสียและการแสดงความเศร้าโศกต่อการสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช

ข้อคิดเห็น

1. การแสดงความเศร้าโศกของมหาชนเป็นสิ่งปกติและเป็นสิ่งที่จำเป็น อันจะช่วยให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติหรือแม้กระทั่งช่วยให้สังคมดีขึ้น

ข้อพึงระวังและวิธีปฏิบัติ

ระวังอย่าให้ความรู้สึกสิ้นหวังท่วมท้นจิตใจของมหาชน โดยใช้วิธีการ เช่น

- เรื่องเล่าประสบการณ์ด้านบวก
- ข้อคิดที่ได้จากพระองค์ท่าน
- การทำกิจกรรมจิตอาสาต่างๆ
- การทำตามพระปณิธาน

■ ถ้าปฏิบัติยากอย่าเศร้าโศกรุนแรงควรดูแลช่วยเหลือด้วยการ “มองหา รับฟัง เชื่อมโยง / ส่งต่อ” ของกรมสุขภาพจิต

ข้อคิดเห็น

2. สังคมทุกสังคมมีความแตกต่างหลากหลายทั้งเรื่องของความคิดและวิธีการแสดงออก จึงควรเปิดใจกว้าง ยอมรับฟังซึ่งกันและกัน

ข้อพึงระวังและวิธีปฏิบัติ

ไม่แสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้ง เพราะเป็นเวลาที่จะต้องเคารพยอมรับจิตใจของมหาชนที่โศกเศร้า ขณะเดียวกันถ้ามีการแสดงออกบางอย่างผิดไปจากความคาดหวัง ก็ควรปฏิบัติต่อกันอย่างมีสติและเคารพซึ่งกันและกัน ทั้งระหว่างบุคคลและสื่อสังคมโดยใช้วิธี

- นิ่งเสีย
- ถือว่าเป็นเรื่องน่าสังเวชที่ไม่รู้กาลเทศะ
- สำหรับสื่อสังคมไม่ส่งต่อสื่อที่สร้างความโกรธ

ข้อคิดเห็น

3. ในห้วงเวลาที่โศกเศร้าจะมีเหตุการณ์เกิดขึ้นได้หลายประการ ควบคุมองด้วยเหตุและผล

ข้อพึงระวังและวิธีปฏิบัติ

ระวังการใช้อารมณ์และการมองว่าผู้อื่นผิด ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องเตรียมพร้อมที่จะป้องกันความขัดแย้งและความรุนแรง เพราะถ้าเกิดขึ้นจะมีผลเสียต่องานไว้อาลัย ตลอดจนชื่อเสียงของประเทศ โดย

- ป้องกันไม่ให้เกิดการรวมตัวฝูงชนที่มีอารมณ์
- ไม่นำผู้ต้องหามาเผชิญกับฝูงชน

หมายเหตุ

ข้อมูลจากการประชุมคณะกรรมการศูนย์เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ครั้งที่ 2/2559 วันที่ 17 ตุลาคม 2559 ณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางด้านจิตวิทยาสังคมสำหรับเจ้าหน้าที่ในการดูแลป้องกัน ความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรง

ความเป็นมา

ภายหลังจากการสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหิตลาธิเบศรรามาธิบดี จักรีนฤพดินทร สยามินทราธิราช บรมนาถบพิตร ทำให้ประชาชนมีความรู้สึกสูญเสียและแสดงความเศร้าโศกซึ่งเป็นสิ่งปกติและจำเป็น อันจะช่วยให้เมื่อผ่านพ้นช่วงเวลาโศกเศร้าไปได้ก็จะสามารถกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติได้ ยกเว้นบางกรณีที่มีความโศกเศร้ารุนแรงและยาวนาน ซึ่งทางกรมสุขภาพจิต และกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามจากการเฝ้าระวังสถานการณ์ กรมสุขภาพจิตพบเรื่องที่น่าเป็นห่วงคือ มีบางกรณีที่ความเศร้าอาจแปลงเป็นความโกรธความรุนแรงได้ ดังปรากฏเป็นข่าวโดยเฉพาะใน Social Media เช่น ฝูงชนที่มีความโกรธไปล้อมบ้าน ล้อมสถานีตำรวจ ควบคุมตัวบุคคลผู้ต้องสงสัย รวมทั้งทำร้ายบุคคลที่ตนสงสัย เป็นต้น การกระทำดังกล่าวแม้จะเกิดขึ้นไม่มากนักแต่จำเป็นที่จะต้องมีการควบคุมดูแลที่เหมาะสม มิฉะนั้นจะทำให้เสียบรรยากาศไว้อาลัยและมีโอกาสเป็นข่าวที่ทำให้เสียชื่อเสียงของประเทศได้

แนวทางการดำเนินการ

1) พึงเข้าใจถึงปรากฏการณ์ ความเศร้าและความโกรธ เป็นเหมือน 2 หน้าที่ของเหรียญเวลาที่เรเศร้า จิตใจว่าวุ่นมากขึ้น ซึ่งจะทำให้โกรธง่าย ความโกรธยังช่วยกลบความเจ็บปวดจากการสูญเสีย และทำให้รู้สึกเหมือนกับการได้รู้สึกหรือแสดงอะไรแทนผู้ที่จากไป ดังนั้นจึงพบบ่อยๆ ว่าคนที่รู้สึกเศร้ามากก็จะแสดงความโกรธได้มากเช่นกัน

2) ข้อเสียสำคัญของความโกรธ คือทำให้อารมณ์เศร้าถูกบดบัง จึงมีแนวโน้มจะบรรเทาจากอารมณ์เศร้าให้ซาลงแทนที่จะผ่านความเศร้าโศกเสียใจไปตามเวลาที่ควร และความโกรธที่รุนแรงจะกลายเป็นบันดาลโทสะและอาฆาตพยาบาท ซึ่งทำให้เกิดความรุนแรงต่อบุคคลที่ตนเห็นว่าเป็นผู้กระทำผิด ดังจะเห็นได้จากบางเหตุการณ์ที่ผ่านมา อันจะทำให้เสียบรรยากาศไว้อาลัย และมีโอกาสเป็นข่าวที่ทำให้เสียชื่อเสียงของประเทศได้ จึงมีข้อเสนอแนะระดับบุคคล ดังนี้

2.1 ดูแลตนเอง ถ้ารู้สึกโกรธให้เข้าใจว่าเป็นความโศกเศร้า ที่ควรหาทางออกโดยแสดงความรู้สึกร่วมกันกับผู้อื่นและทำกิจกรรมสาธารณประโยชน์เพื่อในหลวง ทั้งนี้ไม่ติดตามและส่งต่อ Social Media ที่ทำให้รู้สึกโกรธ

2.2 ดูแลผู้อื่น ถ้าคนใกล้ชิดมีความรู้สึกโกรธ ควรจะใช้หลัก 3 ส (สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง) ช่วยปลอบใจให้เขาสงบและแนะนำให้ดูแลตนเองดังในข้อ 2.1

3) ผู้ที่แสดงในที่สาธารณะอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งอาจจะเป็นเป้าหมายของการแสดงความรู้สึกโกรธ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยทางจิตที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเอง และอาจแสดงอาการทางจิตปะปนกับสถานการณ์ทางสังคม จึงควรดำเนินการดังนี้

3.1 แนะนำให้ผู้พบเห็นส่งเจ้าหน้าที่หรือส่งโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลจิตเวช

3.2 หากเจ้าหน้าที่พบเห็นบุคคลดังกล่าวขอให้นำส่งโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลจิตเวช

3.3 หากเห็นประชาชนจะเข้าทำร้าย ต้องเข้าห้ามปรามทันที โดยเน้นให้บุคคลที่จะทำร้ายตั้งสติ ปลอดภัยให้สงบ โดยเน้นว่าเขาผู้นั้นอาจจะมีความผิดปกติทางจิตก็ได้ ทางเจ้าหน้าที่จะรับผิดชอบนำส่งโรงพยาบาลเอง

4) การแสดงออกทาง Social Media ที่ไม่เหมาะสม อาจไปจุดประกายความโกรธและลุกลามต่อไป โดยการชักชวนผ่าน Social Media และจากปากต่อปาก จึงควรดำเนินการดังนี้

4.1 แนะนำให้ประชาชนเข้าใจว่าเป็นเรื่องผิดกาลเทศะ ที่ควรแจ้งเจ้าหน้าที่ดำเนินการ ไม่ควรดำเนินการด้วยตนเอง

4.2 เผื่อระวังไม่ให้มีการรวมตัวกันของฝูงชนที่มีความโกรธ

4.3 ถ้ามีการรวมตัวกัน ต้องดูแลให้คนที่มีลักษณะเป็นผู้นำการแสดงความรุนแรงเกิดความสงบ เช่น นำมาชี้แจง ให้คำอธิบายและปลอดภัย ให้บรรเทาความโกรธ อย่าให้ผู้นำการแสดงออกมีบทบาทไปเรื่อยๆ เพราะจะทำให้อารมณ์ของมวลชนเพิ่มมากขึ้น หากทางเปลี่ยนอารมณ์ของมวลชน เช่น ร้องเพลงสรรเสริญพระบารมีและจงใจให้สลายตัว

4.4 ไม่ควรให้เกิดการเผชิญหน้าระหว่างฝูงชนกับผู้ถูกกล่าวหา เช่น นำผู้ถูกกล่าวหา มาขอขมาท่ามกลางฝูงชน เพราะจะควบคุมอารมณ์ของฝูงชนได้ยาก

4.5 ระวังอย่างที่สุดไม่ให้มีการทำร้ายผู้ถูกกล่าวหา รีบแยกตัวผู้ต้องหาออกจากฝูงชนและดูแลผู้นำการแสดงออกโกรธและความรุนแรงดังที่กล่าวในข้อ 4.3



เรื่องที่ 1

ข่าวการฆ่าตัวตาย



เรื่องที่ 3

อย่าสร้างความรุนแรง
จนกลายเป็นโรค
ระบาดทางสังคม :
กรณีนี้้อต กราบรต

เรื่องที่ 2

การฆ่าตัวตาย
ในที่สาธารณะ



เรื่องที่ 4

หลัก 3 ต้อง 3 ไม่
สำหรับผู้ปกครอง
เพื่อปกป้องผลร้าย
จาก Internet



3. สุขภาพจิตจากประเด็นข่าว



3.1 ข่าวการฆ่าตัวตาย

กรณีข่าวคนสิงห์บุรีผูกคอตาย

กรณีข่าวคนสิงห์บุรีผูกคอตายโดยไทยรัฐเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554 ตั้งประเด็นว่า “เช่นน้ำท่วมนาน” แต่ไม่ได้เป็นหัวข้อ (เป็นแค่ประเด็นในเนื้อหา) รายละเอียดบอกความเห็นพี่สาวว่าน้องสาวเครียดที่น้ำท่วมมาเกือบ 3 เดือนแม้ว่าน้ำจะแห้งแล้ว แต่ประสบปัญหายังทำมาหากินไม่ได้

จากการติดตามของศูนย์สุขภาพจิตกับสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรีพบว่า มีประวัติเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อาการที่เกิดขึ้นน่าจะเป็นการกลับเป็นซ้ำมากกว่า โดยหลักการฆ่าตัวตายทางสุขภาพจิตแล้วพบว่า

1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ได้ฆ่าตัวตายจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง การฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่เกิดจากหลายองค์ประกอบ จึงไม่ควรไปตีความว่าจากน้ำท่วม เพราะการตีความแบบนี้จะทำให้เกิดปรากฏการณ์เลียนแบบ (Copy Cat) ในผู้ที่เปราะบางที่มีเหตุสะสมหลายองค์ประกอบอยู่แล้ว

2) การลงข่าวเหล่านี้ไม่ควรพาดหัวใหญ่ (ซึ่งกรณีนี้ก็ได้พาดหัวใหญ่) ไม่ควรระบายสีส้ม และไม่เชื่อมโยงกับเหตุต่างๆ รวมทั้ง ควรเสนอแหล่งให้ความช่วยเหลือ ซึ่งกรมสุขภาพจิต พยายามเสนอแนวทางเหล่านี้กับสื่อมวลชนมาตลอด และสื่อมวลชนไทยก็มีแนวโน้มที่ดี

3) สำหรับปัจจุบัน กรมฯดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตทั้ง 4 กลุ่ม (ผู้ป่วยเก่า ผู้ป่วยสุรา/ยาเสพติด ผู้ป่วยเรื้อรัง/พิการ ผู้ที่เครียด/หมดหวัง)

ในการออกหน่วยรวมทั้งการฟื้นฟูในชุมชน อย่างไรก็ตาม ขอเสนอแนะประชาชนและญาติพี่น้องให้ช่วยเฝ้าระวังด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยเก่าจะต้องได้รับยาและการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากมีปัญหาสามารถขอคำปรึกษาที่ 1323 (โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย)หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

การฆ่าตัวตายของชาวนาจากความเครียด

ความเป็นมา

กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิตได้วิเคราะห์ข่าวกรณีชาวนา 7 ราย ฆ่าตัวตายในช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2557 ในการประชุมวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2557 พบว่าความเครียดจากการที่ชาวนาไม่ได้รับเงินจากใบประทวน มีแง่มุมทางสุขภาพจิต ทั้งในด้านสาเหตุและการป้องกันซึ่งกรมสุขภาพจิตควรเฝ้าติดตาม

ข้อค้นพบ

1) ชาวนาส่วนใหญ่ที่ฆ่าตัวตาย จะมีความเครียดอื่นอยู่แล้ว (รวมทั้งบางรายอาจมีภาวะซึมเศร้าอยู่แล้ว) อย่างไรก็ตามความเครียดใหม่จากการไม่ได้รับเงินถือว่าเป็นความเครียดที่รุนแรง เพราะมีลักษณะตรงกับหลักทางจิตวิทยาว่าความเสี่ยงสูงถ้าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีลักษณะดังต่อไปนี้

- ไม่ได้คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น
- บีบคั้น กดดันสูง
- ผังใจ
- รู้สึกว่าไม่เป็นธรรม
- ไม่ได้เป็นภัยธรรมชาติ

2) ผู้ที่ฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ขาดปัจจัยปกป้องทางจิตวิทยาที่สำคัญ คือพฤติกรรม prosocial เช่น การรวมกลุ่มกันเพื่อแก้ปัญหาและหาทางออก แต่กลับใช้ลักษณะของการเผชิญปัญหาโดยลำพัง เก็บตัว passive

การป้องกันที่สำคัญจึงประกอบด้วย

- 1) ฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะมีความเครียดสูง (จากปัญหาการเงิน สุขภาพ ครอบครัว เป็นต้น)
- 2) ส่งเสริมให้มีการรวมตัวกันเพื่อหาทางออก โดยไม่ใช้ความรุนแรง แต่ใช้การเจรจา

ข้อเสนอแนะ: กรมสุขภาพจิตควรดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- 1) หน่วยงานของกรมสุขภาพจิตในทุกเขตบริการ ดำเนินการให้เครือข่ายในระบบสาธารณสุข ฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชานานากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (ดูการป้องกันข้อ 1)
- 2) สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตโดยศูนย์สื่อสารสุขภาพจิต เสนอข่าวกับสื่อมวลชนให้ทุกฝ่ายตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยง (ข้อ 1) และความสำคัญของปัจจัยปกป้อง (ข้อ 2) รวมทั้งให้ช่วยกันระงับปัญหาเอาอย่างการฆ่าตัวตายของกลุ่มเสี่ยง (Copy cat) ซึ่งเกิดขึ้นจากการนำเสนอข่าวที่หวือหวา ซึ่งป้องกันได้ด้วยการให้ความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุที่เป็นปัจจัยร่วม (multifactor)



3.2 การฆ่าตัวตายในที่สาธารณะ

การให้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ กรณีการนำเสนอข่าวเกาะติดสถานการณ์ล้นจับ ดร.วันชัย ดนัยต์โมนุท

ความเป็นมา

ข้อเสนอแนะในกรณีการนำเสนอข่าวเกาะติดสถานการณ์ล้นจับ ดร.วันชัย ดนัยต์โมนุทนี้เป็นการรายงานในที่ประชุมกลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิตจากการให้ข้อคิดเห็นต่อกสทช. และแจ้งให้ผู้บริหารกรมสุขภาพจิตทราบดังรายละเอียด

ตามที่ได้มีการตั้งประเด็นสอบถามเกี่ยวกับกรณีที่ช่องรายการโทรทัศน์ภาคพื้นดินในระบบดิจิตอลมีการนำเสนอข่าวเกาะติดสถานการณ์ล้นจับ ดร.วันชัย ดนัยต์โมนุท ด้วยการถ่ายทอดสด ในฐานะผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นต่อเรื่องนั้นๆว่า

นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ได้ให้ความเห็นต่อกสทช. ดังนี้ เรื่องนี้เป็นความรุนแรงที่ยกกำลังสาม หนึ่งเป็นเรื่องของการใช้อาวุธปืน สองเป็นการฆ่าตัวตาย สามเป็นการผลิตซ้ำต่อเนื่อง

ถ้ามองถึงผลกระทบ ไต่ไปตามลำดับ

ลำดับแรกในทางสุขภาพจิตที่เราเป็นห่วงคือเรื่องของเด็กและเยาวชน ถือว่ายังขาดวุฒิภาวะในการรับรู้ แต่ว่าการถ่ายทอดทางสาธารณะจะเข้าถึงคนทุกกลุ่ม

สอง คือผู้ที่เปราะบางอยู่แล้ว เช่น ผู้ที่มีพฤติกรรมรุนแรงและผู้ที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย

สาม เป็นกลุ่มโกลที่ สุดคือสาธารณะ

ซึ่งคำถามคงเป็นคำถามว่าได้ประโยชน์อะไร สถาบันน่าจะตอบว่าผู้ชมได้ประโยชน์อะไรจากการนำเสนอข่าวแบบนี้ เป็นลักษณะที่เป็นการผลิตซ้ำมากๆ ส่วนเรื่องผลกระทบต่อเด็กและเยาวชนนั้น การศึกษาเรื่องความรุนแรงมีการศึกษาเรื่องนี้มากและมีข้อสรุปที่ค่อนข้างชัดเจนว่า เด็กโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นกลุ่มที่เปราะบางคือมีปัญหาอยู่แล้ว ก็จะได้รับผลกระทบมากจากลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) เป็นการเห็นภาพที่ทำให้รู้สึกว่าเป็นแบบอย่างได้ เพราะปรากฏอยู่ทั่วไปในสาธารณะ ถึงแม้ว่ามีบางสื่อพยายามที่เบลอภาพบ้าง แต่ก็ไม่ได้เป็นระบบ และทำอย่างเป็นมาตรฐานให้เป็นอย่างเดียวกัน 2) ทำให้เกิดความชินชา คือพบเห็นต่อเนื่องยาวนานเป็นประจำ แล้วก็เหตุการณ์ซ้ำๆ ถ้าเราไม่ได้ป้องกันไว้ก็จะปรากฏอีก 3) เป็นการลดความยับยั้งชั่งใจ คือการดูภาพเหตุการณ์นี้จะไปกระตุ้นสมองส่วนก้าวร้าวในสมองของมนุษย์มากกว่าที่จะกระตุ้นสมองส่วนคิด นี่ก็เป็นกลไกด้านการเรียนรู้ที่สำคัญ 3 ข้อที่จะทำให้เรื่องของความรุนแรงที่ถ่ายทอดในสื่อจะเป็นปัญหากับเด็กมากขึ้น โดยจะเป็นความรุนแรงยกกำลังสาม

เพราะฉะนั้นนี้คงไม่ใช่ปัญหาว่านำเสนอได้หรือไม่ เพราะข่าวใหญ่ขนาดนี้คงต้องนำเสนออยู่แล้ว แต่ปัญหาคือ จะนำเสนออย่างไร มีความพยายามอยู่เหมือนกันในเรื่องของการเบลอภาพ เรื่องการพยายามถ่ายภาพจากมุมสูง แต่เรื่องภาพที่นำเสนออาจจะต้องมีกติกาที่ชัดเจน เพราะการที่เกิดเหตุการณ์เช่นนี้ขึ้นครั้งหนึ่ง ควรเป็นอุทาหรณ์ว่าทำอะไรให้อนาคตมีมาตรฐานในการนำเสนอข่าว หรือการนำเสนอข่าวควรจะเป็นอย่างไร

ในฐานะที่เป็นองค์กรกำกับดูแล ถ้ามีกติกาชัดเจนสถาบันก็จะได้ปฏิบัติตามหรือมีการเคารพมากขึ้น ประกอบกับให้ใช้โอกาสนี้เพื่อให้สาธารณชนเรียนรู้ด้วยว่าเป็นอย่างไร ดังเช่น ภาพและข้อความที่ผลิตโดยกรมสุขภาพจิตได้ย้ำว่าการเผยแพร่หรือถ่ายทอดสดความรุนแรง โดยเฉพาะการทำร้ายตนเองผ่าน

สื่อและช่องทางสังคมออนไลน์ไม่ควรทำอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นการส่งต่อความน่ากลัวและฉายภาพความรุนแรงซ้ำ อาจก่อให้เกิดการเลียนแบบได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ที่ต่างก็ย่อมมีวุฒิภาวะและความเปราะบางทางจิตใจที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มความกดดันให้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ รวมทั้งเพิ่มความกดดันให้กับผู้ก่อเหตุมากยิ่งขึ้น สื่อมวลชนควรเพิ่มความระมัดระวังและคำนึงถึงผลกระทบในระยะยาวด้วย ข้อเสนอแนะของกรมสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้มีอยู่ 3 ประเด็นใหญ่คือ

1. หลีกเลี่ยงการนำเสนอภาพหรือลครายละเอียดของการฆ่าตัวตาย และไม่ควรเสนอข่าวเพื่อความตื่นเต้น เร้าใจ ดราม่า ก่อให้เกิดความรู้สึกสะเทือนใจ ซ้ำเติมความทุกข์หรือโศกนาฏกรรมมากเกินไป

2. ควรระวังผลกระทบทางลบต่อญาติและผู้ใกล้ชิดโดยไม่ละเมิดต่อสิทธิส่วนบุคคล

3. ควรให้ความรู้และสร้างความตระหนักให้กับสังคม

สังคมยุคนี้ สื่อต้องเผชิญกับการแข่งขันมาก หากว่าสถานีหนึ่งทำได้อีกสถานีหนึ่งทำไม่ได้ หรือสถานีอื่นไม่ทำก็คงจะลำบาก ถ้าหากสามารถทำให้เป็นปกติได้ก็จะเป็นการวางมาตรฐานและเป็นธรรมกับทุกสื่อ ซึ่งขณะนี้มีความตื่นตัวที่เป็นโอกาสจะทำได้ อย่างที่ตนได้เห็นจากวงการทางด้านสังคมและสุขภาพจิต มีการพูดคุยกันมากซึ่งกรรมการทุกท่านคงได้รับ feedback จากทางด้านผู้ที่เกี่ยวข้อง แสดงว่าคุณภาพของผู้ชมผู้ฟังก็มากขึ้น น่าจะถือโอกาสนี้เป็นโอกาสดีที่จะยกระดับมาตรฐานทางสังคมในการรับสื่อ

สำหรับประเด็นที่สื่อได้ยกตัวอย่างเรื่องของโจ ด่านช้าง โดยกล่าวว่า หากสื่อไม่เข้าไปทำข่าว อาจทำให้ตำรวจยังผู้ต้องหาได้นั้น กรณีนี้มีความเห็นข่าวแบบนี้ต้องเป็นข่าวอยู่แล้วไม่ว่าจะเกิดที่ไหน เพียงแต่วิธีในการนำเสนอข่าว เช่น การที่ไปเจาะเรื่องของกระบวนการของการที่ทางเจ้าหน้าที่จะต้องเจรจา

ต่อรอง มีการถ่ายทอดเรื่องของการเจรจาต่อรอง พยายามจะถ่ายทอด หรือ เรื่องของการถ่ายภาพอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายชั่วโมง โดยยกเลิกรายการ ปกติ เป็นเรื่องที่ประเด็นต้องไม่ถูกบิดเบือนว่าสถานนี้มีสิทธิหรือไม่ที่จะเสนอข่าว แต่จะเสนอข่าวอย่างไรจึงจะไม่ทำให้เกิดปัญหา การนำเสนอแบบดราม่าจะทำให้กระตุ้นสมองส่วนอารมณ์ของมนุษย์ ไม่ได้กระตุ้นสมองส่วนคิด ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความรุนแรงเป็นปัญหามากขึ้น เหมือนกับดูหนังแบบดราม่าที่รุนแรง สไตส์การนำเสนอข่าวที่เป็นดราม่ามากๆ คือเอาอารมณ์ความรู้สึกมากกว่าความคิดจะได้ความสนใจมากกว่าประโยชน์จากการเสพข่าว จึงควรเป็นอุทาหรณ์ว่าเราควรจะแก้ปัญหายังไง



3.3 อย่าสร้างความรู้แรงจนกลายเป็นโรคระบาด ทางสังคม : กรณีนิอต กราบรณ

ความเป็นมา

การทะเลาะเบาะแว้งกันบนท้องถนน เป็นการสะท้อนความรู้แรงในสังคม ซึ่งมักจะมาจาก 2 สาเหตุคือ มีความเครียดสะสมอยู่แล้ว หรือเป็นบุคลิกที่ขาดการควบคุมตนเอง โดยส่วนใหญ่ก็มีส่วนสัมพันธ์กับความเครียด ความเครียดจะไม่ได้แสดงอาการเฉพาะบุคคลเท่านั้น ยังแสดงออกจนเป็นเรื่องระหว่างบุคคลด้วย ถ้าหากมีความเครียดสะสมมากๆ ทำให้บุคคลนั้น มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ได้น้อยลงจนเกิดกระทบกระทั่งกันได้ง่ายขึ้น ซึ่งจะมีการแสดงออกมี 2 แบบ คือ

1. การกระทบกระทั่งกับคนในครอบครัว
2. การกระทบกระทั่งกับคนภายนอก ที่ทำงานหรือบนท้องถนน จะกลายเป็นความรู้แรงในสังคมได้

บุคคลต้องพิจารณาความเสี่ยงหากเริ่มมีความเครียด ต้องรู้จักวิธีป้องกันความเครียดอย่างถูกวิธีซึ่งหากไม่รู้จักวิธีคลายเครียดที่ถูกต้องจะทำให้บุคคลนั้น หันไปพึ่งสารเสพติดต่างๆ เทียวหรือดื่มเหล้าในทางจิตวิทยา เรียกว่าการเบี่ยงเบน ซึ่งนั่นไม่ใช่วิธีคลายเครียดที่ถูกต้อง ปัจจุบันวิธีการคลายเครียดของกรมสุขภาพจิตมีหลายรูปแบบ อาทิ การฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น และในสังคมไทยเองก็เป็นสังคมที่มีวิธีการและองค์ความรู้เรื่อง การจัดการความเครียดมาก เช่น การไหว้พระ สวดมนต์ การฝึกสติ การออกกำลังกายคลายเครียด โยคะ ไทเก๊ก การทำงานอดิเรก ฯลฯ ซึ่งเป็นสิ่งที่เราต้องนำมาเรียนรู้และใช้ประโยชน์

จากเหตุการณ์ดังกล่าวสามารถบอกได้โดยหลักทางจิตวิทยา ว่าเป็นปัจจัยกระตุ้น ถ้าบุคคลมีความเครียดสะสมมากอยู่แล้ว อาจจะระเบิดออกมา

เป็นพฤติกรรมรุนแรงได้ อย่างไรก็ตามสาเหตุที่คนส่วนใหญ่สามารถควบคุมตัวเองได้ เนื่องจากอาจมีความเครียดสะสมน้อยและมีวิธีการจัดการความเครียดที่ดีกว่า

วิธีการสังเกตตัวเองหรือคนรอบข้าง หากพบว่ามีความเครียด

ในเบื้องต้น ควรทราบว่าเราอาจมีความเครียดสะสมอยู่เดิม ซึ่งเป็นความเครียดที่ไม่สามารถจัดการได้อันทำให้เกิดความท่วมท้นไปด้วยความรู้สึกนั้น ทั้งนี้เราสามารถสังเกตตนเองและคนรอบข้างว่ามีความเครียดสะสมได้จากการสังเกตอาการ 3 ด้าน ดังนี้

1. ทางด้านร่างกาย เช่น กินอาหารไม่ร่อย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ฯลฯ
2. ทางด้านจิตใจ เช่น ว่างุ่น ความจำไม่ดี ลืมง่าย ฯลฯ
3. ทางด้านพฤติกรรม เช่น เริ่มมีการกระแทกกระทั้นง่ายขึ้น ชัดใจง่ายขึ้นเสี่ยงง่าย

หากพิจารณาแล้วพบว่าตนเองหรือคนรอบข้างมีอาการทั้ง 3 ด้านนี้ ถือเป็นสัญญาณเตือนสำคัญที่บอกว่าเริ่มมีความเครียดสะสมอยู่ จะได้ดูแลตนเองหรือได้รับการปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตหรือการพบแพทย์เพื่อทำให้อาการดีขึ้นหรือสามารถจัดการกับความเครียดสะสมได้ซึ่งการยอมรับว่าตนเองเครียดและยอมรับที่จะพัฒนาตนเองหรือรับการปรึกษา คือ ก้าวแรกของการแก้ปัญหา

หากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวบทบาทของคนรอบข้างต้องช่วยเหลือกันด้วยการปฐมพยาบาลทางด้านจิตใจเบื้องต้น Mental Health First Aid หรือ 3 ส ซึ่งเป็นหลักปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายด้วยวิธีการดังนี้

สอดส่อง มองหา : ต้องสังเกตว่าใครเป็นบุคคลที่มีปัญหา

ใส่ใจ รับฟัง : พร้อมช่วยเหลือและการใช้สัมผัส เช่น การจับหรือสัมผัสแขนที่นุ่มนวลพร้อมกับบอกว่าให้ใจเย็น
ภาษากายจะสามารถช่วยทำให้เค้าสงบลงให้ได้

ส่งต่อ เชื่อมโยง : โดยเฉพาะกับบุคคลที่บ้าน ซึ่งคนใกล้ชิดและผูกพัน
จะสามารถทำให้ส่งบลัดได้หรือถ้าจำเป็นก็เชื่อมโยง
กับเจ้าหน้าที่หรือผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง

สิ่งที่น่าเป็นห่วงมากกว่านั้นคือ สื่อสังคมออนไลน์ ปัจจุบันคนไทยใช้
สื่อออนไลน์จำนวนมาก โดยในกรณีนี้การแสดงความคิดเห็นที่รุนแรง ผู้ใช้ต้อง
มีความยับยั้งชั่งใจ ทั้งฝ่ายที่ถูกกระทำรวมถึงฝ่ายที่ใช้ ความรุนแรง หากเราเริ่ม
ใช้ความรุนแรงกับฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ให้ระลึกว่าเราอาจเป็นบุคคลที่ต้องการ
ความช่วยเหลือ ซึ่งถ้าเราสร้างความเกลียดชังมากจะทำให้สังคมไม่น่าอยู่
เต็มไปด้วยบรรยากาศของ ความเกลียดชัง ในสังคมไทยผ่านบรรยากาศแบบนี้
มาหลายเหตุการณ์ เราต้องเรียนรู้และไม่ควรสร้างความเกลียดชังหรือสร้าง
ความรุนแรง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องทางการเมืองหรือเรื่องของบุคคล ซึ่งนั่นก็ไม่ได้
ช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้น แต่ถ้าหากมีใครช่วยเตือนสติ ทำให้ใจเย็น โดยไม่ต้อง
ใช้คำหยาบคาย ตำหนิ ต่อว่า เมื่อเกิดความคิดเห็นต่าง ขอให้มองว่าเป็น
เพื่อนมนุษย์ร่วมโลกเดียวกัน คนที่กระทำความรุนแรงก็มีความเครียดควรจะ
ช่วยเหลือกันดูแลกันอย่างไรให้ดีขึ้น ไม่ใช่เติมความเกลียดชังไปอีกเพราะจะ
ทำให้ไม่มีจุดสิ้นสุด

สำหรับบทบาทของผู้บริโภคสื่อ คนส่วนใหญ่มีวิจารณญาณที่ดี แต่มัก
จะเงียบ ไม่แสดงออก ที่จริงควรเตือนหรือเสนอแนะ จะช่วยเตือนสติให้กับผู้ที่
แสดงออกรุนแรง หากเราเห็นข้อความรุนแรงใดๆ ไม่ควรส่งต่อ ควรมีความ
ยับยั้งชั่งใจ หากเราสร้างสังคมที่เต็มไปด้วยความเกลียดชัง คงเป็นบรรยากาศ
ที่ไม่ดีในขณะที่มีสถานการณ์การไว้อาลัยต่อพระองค์ท่านในขณะนี้ และไม่ใช่
สังคมที่น่าอยู่ตามพระราชปณิธานที่ท่านต้องการให้คนไทยมีความรักความ
สามัคคีกัน



3.4 หลัก 3 ต้อง 3 ไม่ สำหรับผู้ปกครองเพื่อ ปกป้องผลร้ายจาก Internet

ความเป็นมา

ที่ประชุมกลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต ได้พิจารณาเรื่องผลร้ายของสื่อจอสีทั้ง Off Line และ On Line โดยเฉพาะในช่วงที่มีข่าวเรื่องการใช้ Tablet ในโรงเรียน จึงเสนอแนะให้กรมสุขภาพจิตร่วมกับสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ประกาศ หลัก 3 ต้อง 3 ไม่ สำหรับผู้ปกครองเพื่อป้องกันผลร้ายจาก Internet

แม้ Tablet จะเป็นสื่อการเรียนรู้ที่มีประโยชน์อย่างมากต่อการเรียนรู้ของนักเรียนแต่ก็มีโทษเช่นกัน ซึ่งมาจากการใช้เวลาและเนื้อหาที่ไม่เหมาะสม การจะให้นักเรียนได้ประโยชน์สูงสุด จึงต้องเกิดจากความเข้าใจและความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลการใช้ Tablet / Computer ของนักเรียน

เข้าใจโทษของการใช้ Tablet ไม่ถูกทาง

การใช้ Tablet มากเกินไป (วันละมากกว่า 2 ชั่วโมงติดต่อกัน) และในเนื้อหาที่ไม่เหมาะสม (เช่น เรื่องความรุนแรง เพศ ฯลฯ) จะส่งผลเสียที่สำคัญคือ

- ในเด็กเล็กวัยก่อนเรียน จะทำให้มีผลทำให้สมาธิสั้น เสียความสามารถทางสังคม และลดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง
- ในเด็กวัยประถม ทำให้เสียสุขภาพ (โดยเฉพาะเสียสายตาและอ้วน) ทำให้ติดเกมส์และกระตุ้นความรุนแรงจากเนื้อหาของเกมส์ เสียวินัยและความรับผิดชอบ และผลการเรียนตกต่ำลง
- เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น จะมีผลต่อค่านิยมทางเพศ การบริโภคอย่างฟุ่มเฟือย และเอาอย่างกันในทางที่ผิด มีพฤติกรรมการรังแก การล่อลวงหรือถูกล่อลวงทาง Internet และการติด Internet

วิธีการดูแลการใช้ Tablet ของนักเรียน ใช้หลัก 3 ต้อง 3 ไม่ ดังนี้

3 ต้อง

- ตกลงเวลา ตกลงติดต่อกับนักเรียนที่จะใช้ต่อเนื่องกันวันละไม่เกิน 1 ชั่วโมง
- กำหนดเรื่องที่อนุญาตให้ใช้
- ใช้ด้วยกัน โดยผู้ปกครองร่วมทำกิจกรรมใน Tablet

3 ไม่

- ไม่ให้นำ Tablet ไปใช้ในห้องนอน เพราะไม่สามารถดูแลการใช้งานได้
- ไม่เป็นแบบอย่างที่ดีด ในการใช้ Tablet และ Computer เช่น ใช้นานเกินไป เล่นเกมส์หรือดูรายการที่ไม่เหมาะสม
- ไม่ใช้ในเวลารอบครัว โดยเฉพาะเวลารับประทานอาหารร่วมกัน

หากสามารถทำได้ก็จะปลูกฝังให้ลูกหลานใช้ Tablet เพื่อประโยชน์ในการเรียนรู้เป็นสำคัญ ป้องกันปัญหาต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วและจะมีผลต่อไปจนเขาเป็นผู้ใหญ่



เรื่องที่ 1

นโยบาย
การควบคุมยาสูบ



เรื่องที่ 2

ขอบเขต
การให้บริการ
ใน รพสต.



เรื่องที่ 3

ระบบตรวจราชการ
กรมสุขภาพจิต



เรื่องที่ 4

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
ที่ขาดการรักษาและ
ป้องกันความรุนแรง
จากผู้ป่วยจิตเวช
ฉุกเฉิน



เรื่องที่ 5

การประเมิน
ความสุ่มสำหรับ
กระทรวงสาธารณสุข



เรื่องที่ 6

การเตรียมรับ
ปัญหา
การฆ่าตัวตาย



เรื่องที่ 7

การดำเนินงาน
จริยธรรม
การวิจัย





4. นโยบายระบบและงานวิชาการสุขภาพจิต



4.1 นโยบายการควบคุมยาสูบ

กรมสุขภาพจิตกับนโยบายการควบคุมยาสูบของประเทศไทย

บทนำ (ความเป็นมา / สถานการณ์ / ปัญหา)

สืบเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก ในการสำรวจความสามารถของประเทศไทยในการควบคุมยาสูบ โดยได้มีการสัมภาษณ์หน่วยงานต่างๆ รวมทั้งกรมสุขภาพจิต ซึ่งกลุ่มที่ปรึกษากกรมสุขภาพจิตได้เป็นผู้ให้สัมภาษณ์ ปรากฏว่ามีข้อคิดเห็นหลายประการที่น่าจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต จึงได้นำเสนอ

ข้อมูลพื้นฐาน

ที่ผ่านมากรมสุขภาพจิตมีบทบาทน้อยมากในเรื่องการควบคุมยาสูบ โดยแบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ บทบาททั่วไปฐานขององค์กรรัฐที่ต้องดำเนินการตาม พ.ร.บ. ที่เกี่ยวข้อง เช่น ทำให้สำนักงานและโรงพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่และจัดให้มีสถานที่เฉพาะในการสูบบุหรี่กับบทบาทเฉพาะ ซึ่งเน้นเรื่องการส่งเสริมป้องกัน โดยบูรณาการอยู่ในการสอนทักษะชีวิตและระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน แต่ก็มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่โดยตรงไม่มากนัก

ในสถานการณ์ของการสูบบุหรี่พบว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นอย่างดี อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มจะลดลงแต่เมื่อศึกษาในรายละเอียด จะพบว่าคนไทยวัยกลางคนกับสูงอายุสูบบุหรี่น้อยลง แต่วัยรุ่นกลับมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทั้งเพศชายและหญิง ทำให้เกิดคำถามในเรื่องกลยุทธ์การควบคุมยาสูบกับว่ามีส่วนใดที่กรมสุขภาพจิตจะเข้าไปเกี่ยวข้องได้

ในด้านการให้คำปรึกษา ประเทศไทยมีคลินิกอดบุหรี่ในเกือบทุกโรงพยาบาล โดยใช้วิธีให้คำแนะนำหรือใช้ยา ซึ่งกรมสุขภาพจิตในฐานะกรมวิชาการ สามารถเพิ่มศักยภาพของคลินิกอดบุหรี่ได้โดยใช้ความรู้เรื่อง Cognitive Behavioral Therapy มาปรับปรุงศักยภาพการให้คำปรึกษาให้ดีขึ้น

สำหรับในด้านการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มวัยรุ่นนั้น บทบาทของกรมสุขภาพจิตควรเน้นการพัฒนาเทคโนโลยี สำคัญ 2 เรื่อง เรื่องแรก คือ การสอนทักษะชีวิตที่ควรครอบคลุมเนื้อหาในเรื่องบุหรี่ และการให้คำปรึกษาทั้งแบบรายบุคคลและกลุ่มเพื่อช่วยให้ผู้ที่เริ่มติดบุหรี่ (นักสูบบุหรี่ใหม่) ให้สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ โดยใช้ Setting ของโรงเรียนมัธยมและมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นจุดที่ประชากรผู้เริ่มติดบุหรี่สูงสุด

อย่างไรก็ตามบทบาทที่กล่าวมายังไม่ชัดเจนเพราะยังมีอุปสรรคในด้านความร่วมมือและประสานงานกันทำให้กรมสุขภาพจิตไม่สามารถกำหนดบทบาทได้ชัดเจน แม้แต่ในคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบก็ไม่ได้มีกรมสุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบ ผลก็คือไม่ได้มีการใช้จุดแข็งของกรมสุขภาพจิตไปช่วยการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเสนอให้ผู้บริหารของกรมสุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบในคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ

2. ควรมีการประสานแผน เพื่อให้มีการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมบริโภคที่ยังมีโอกาสพัฒนาโดยใช้ความเชี่ยวชาญในกรมสุขภาพจิตในประเด็นต่อไปนี้

- 2.1 ด้านการบำบัดผู้ติดบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้ Cognitive Behavior Therapy โดยหน่วยงานที่เหมาะสมคือ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต

- 2.2 ด้านการส่งเสริมป้องกันในระบบการศึกษาที่ครอบคลุมการสอนทักษะชีวิตและการให้คำปรึกษาแบบบุคคลและกลุ่ม เพื่อหยุดการสูบบุหรี่ในผู้ที่ไม่ติดบุหรี่ โดยหน่วยงานที่เหมาะสม คือ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์



4.2 เรื่อง ขอบเขตการให้บริการในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล

ความเป็นมา

จากหนังสือ ด่วนที่สุด สวรส. 601/2552 ลงวันที่ 9 เมษายน 2552 ขอความอนุเคราะห์หออภิบาลกรรมสุขภาพจิตให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอขอบเขตของการบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลนั้น กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิตมีข้อคิดเห็นสรุปได้ ดังนี้

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมการให้บริการ ที่ดำเนินการในปัจจุบัน	กิจกรรมการให้บริการ ที่ต้องเพิ่มประสิทธิภาพ หรือ กิจกรรมใหม่
ประชากรทั่วไป	- การจัดทำฐานข้อมูล ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต/จิตเวช - การคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในโอกาสวันสำคัญๆ - การให้บริการการปรึกษาเบื้องต้น - การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช	- การส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต - การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต/จิตเวช - การให้การปรึกษาเบื้องต้น/ระบบการส่งต่อบริการอย่างเหมาะสม
กลุ่มผู้สูงอายุ	- คัดกรองภาวะซึมเศร้า - เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต	- ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ - พัฒนาศักยภาพ สร้างคุณค่าผู้สูงอายุเปลี่ยนจากภาระให้เป็นพลัง - คัดกรองภาวะสมองเสื่อม - ระบบการส่งต่อ

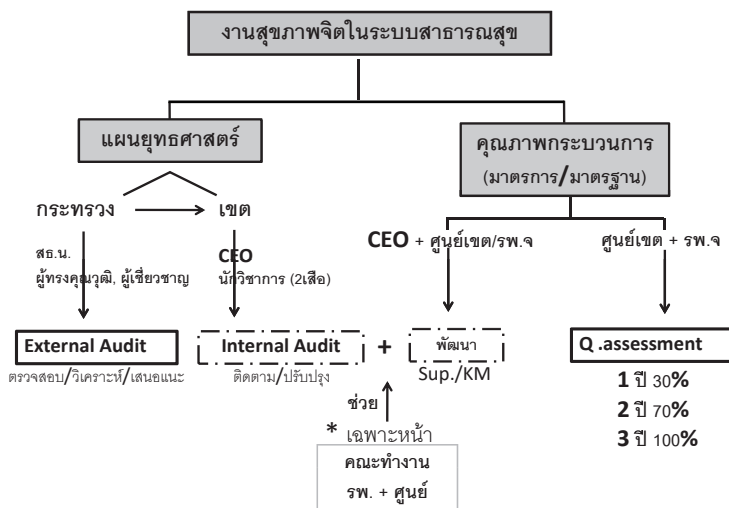
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรมการให้บริการ ที่ดำเนินการในปัจจุบัน	กิจกรรมการให้บริการ ที่ต้องเพิ่มประสิทธิภาพ หรือ กิจกรรมใหม่
เด็กแรกเกิด	- การให้ความรู้สุขภาพจิตในการ เลี้ยงดูเด็กสำหรับพ่อ แม่	- คัดกรองพัฒนาการ Autistic - ระบบการส่งต่อ - ส่งเสริม ความฉลาดทางอารมณ์ สติปัญญา (EQ, IQ)
สตรีทั่วไปและ สตรีมีครรภ์	- ให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิต ศึกษา การเลือกคู่ครอง - คัดกรองภาวะสุขภาพจิตในหญิง ตั้งครรภ์	- ส่งเสริมสุขภาพจิตในสตรี และหญิงมีครรภ์ - คัดกรองภาวะสุขภาพจิต/ จิตเวชในหญิงตั้งครรภ์
ผู้พิการ	เยี่ยมบ้าน	- ประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ: Resilience) - ให้การปรึกษาทางบวก
กลุ่มวัยรุ่นและ เยาวชน	- ศึกษาในนักเรียน เยาวชน	- ให้ความรู้ทักษะชีวิต - ส่งเสริมพัฒนาความฉลาดทาง อารมณ์ สติปัญญา - การสร้างภูมิคุ้มกันทางจิต ดำเนินงานโครงการ To Be Number One - ประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ)
กลุ่มผู้ป่วยโรค เรื้อรัง DM, HT และ Stroke ผู้ป่วยจิตเวช	- คัดกรองภาวะสุขภาพจิต ความเครียด ภาวะซึมเศร้า - เยี่ยมบ้าน	- การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชให้ ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ - ให้ความรู้ญาติในการดูแล ฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน



4.3 ระบบตรวจราชการกรมสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบตรวจราชการงานสุขภาพจิต

สืบเนื่องจากการประชุมกลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิตหลายครั้ง และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาผู้ตรวจราชการงานสุขภาพจิตระหว่างวันที่ 6-7 มกราคม 2557 ได้มีข้อสรุปเกี่ยวกับภารกิจงานสุขภาพจิตในระบบสาธารณสุขดังแผนภูมิต่อไปนี้



ตามแผนภูมิดังกล่าว จะแยกภารกิจการดำเนินงานตามแผนของกระทรวงที่กรมเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานในพื้นที่ผ่าน CEO ของเขตบริการสุขภาพผู้ซึ่งจะต้องทำหน้าที่ติดตาม/ปรับปรุง (internal audit) ออกจากบทบาทของกระทรวงในการตรวจราชการ (internal audit) นอกจากนั้นยัง

แยกบทบาทของหน่วยงานสุขภาพจิตแต่ละพื้นที่ (ศูนย์สุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวช) ในการพัฒนางานสุขภาพจิตด้วยการนิเทศและจัดการความรู้ออกจากบทบาทในการประเมินคุณภาพของการให้บริการต่างๆ ซึ่งจะต้องมีมาตรฐานที่บูรณาการระหว่างกรมโดยตั้งเป้าหมายให้ผ่านการประเมินคุณภาพ 30% 70% และ 100% ใน 3 ปี ตามลำดับ

เพื่อให้บรรลุภารกิจตามแผนภูมิดังกล่าว กรมสุขภาพจิตได้กำหนดบุคลากรหลักตามภารกิจ กล่าวคือ การตรวจราชการโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ การติดตามและปรับปรุง (internal audit) โดยนักวิชาการ 2 คน ที่กรมฯ ส่งเข้าไปช่วยสนับสนุนเขตบริการสุขภาพ ศูนย์สุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวชในการพัฒนาและจัดการความรู้ในการพัฒนางานสุขภาพจิต และร่วมกับทีมสาธารณสุขจังหวัดจัดระบบการประเมินคุณภาพ

อย่างไรก็ตามเนื่องจากเป็นเรื่องใหม่ที่ยังอยู่ในระหว่างการเรียนรู้ของทุกฝ่ายรวมทั้งของกระทรวงด้วย จึงทำให้ระบบมีอาจจะแยกภารกิจทั้ง 4 ด้านได้โดยเด็ดขาด จึงให้มีคณะทำงานในแต่ละเขตที่มีทั้งผู้ตรวจราชการงานสุขภาพจิต (ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ ตามบัญชีแต่งตั้ง) นักวิชาการสุขภาพจิตที่ไปช่วยเขตบริการสุขภาพ ผู้บริหารของศูนย์สุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวช รวมทั้งทีมที่เกี่ยวข้อง ในการทำงานร่วมกันและประสานงานกันเพื่อให้ภารกิจต่างๆ ที่กำหนดไว้ข้างต้นบรรลุผลมากกว่าจะแยกกันทำแต่ละภารกิจ จนกว่าระบบจะผ่านการเรียนรู้และพัฒนาจนมีความชัดเจนของทุกฝ่าย

จากข้อสรุปดังกล่าวจึงได้มีข้อคิดเห็นจากการประชุมกลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิตในวันที่ 15 มกราคม 2557 ดังนี้

1) ผลจากการประชุมปฏิบัติการพัฒนาผู้ตรวจราชการงานสุขภาพจิต โดยเชิญทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้ทำให้เกิดความเข้าใจในภารกิจต่างๆ และความจำเป็นในการที่จะต้องประสาน สนับสนุนซึ่งกันและกันของบุคลากรต่างๆ

รวมทั้งได้จัดให้มีการสร้างระบบการประสานงานในแต่ละเขตบริการสุขภาพ เพราะคาดหมายได้ว่าการแยกบทบาทอย่างชัดเจนระหว่างผู้ตรวจราชการ นักวิชาการที่สนับสนุนเขตบริการสุขภาพ ศูนย์สุขภาพจิต และโรงพยาบาล จิตเวชยังเป็นไปได้ยาก เนื่องจากความใหม่ของระบบที่ยังต้องเรียนรู้

2) กลไกการประสานงานของกรมสุขภาพจิตระดับเขตกับทีมตรวจราชการงานสุขภาพจิตของกรมจะมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำให้ภารกิจ ต่างๆ ลุล่วงไปได้ โดยเฉพาะการที่ผู้ตรวจราชการงานสุขภาพจิตจะสามารถ ตรวจสอบ วิเคราะห์ และเสนอแนะ ทั้งในระดับจังหวัดและเขตได้ จะต้องอาศัย ข้อมูลและการสนับสนุนจากศูนย์สุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวช

3) เนื่องจากยังมีบางเขตที่การประสานงานอาจยังไม่พร้อมนัก เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ จึงจำเป็นที่รองอธิบดี ที่ได้รับมอบหมายจะทำหน้าที่ ในการนำให้เกิดความเข้มแข็งของระบบการประสานงาน เพื่อให้ระบบงาน สุขภาพจิต ในเขตบริการสุขภาพพัฒนาโดยใกล้เคียงกัน

จากข้อคิดเห็นดังกล่าวของการประชุมกลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1) ขอผู้บริหารของศูนย์สุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวช ได้สนับสนุน กลไกการประสานงานของกรม ในระดับเขตกับทีมตรวจราชการกรมสุขภาพจิต ตามข้อคิดเห็นที่ 1 และ 2

2) ขอให้รองอธิบดีที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ในเขตบริการสุขภาพต่างๆ ได้ทำการนำให้เกิดความเข้มแข็งของระบบ การประสานงานในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่พร้อม เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ ตาม ข้อคิดเห็นที่ 3



4.4 การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ขาดการรักษาและ ป้องกันความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

**Model การจัดการจิตเวชฉุกเฉินจากผู้ป่วยเรื้อรังที่ขาด
การรักษาเพื่อป้องกันความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวชและฟื้นฟู
ผู้ป่วยเรื้อรัง**

วัตถุประสงค์

- 1) ป้องกันความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวช
- 2) ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังไม่ให้เกิดการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

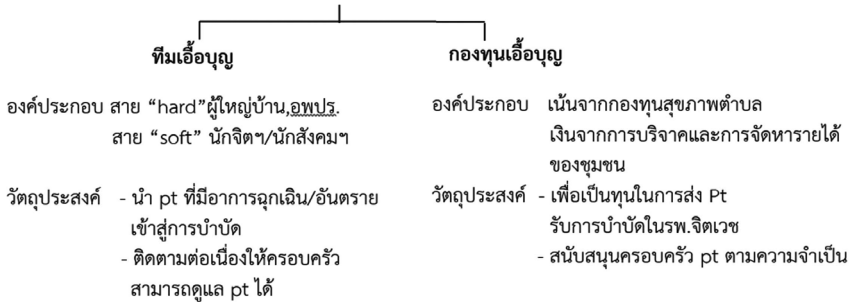
กรณีศึกษา DHS อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ความเป็นมา

อำเภอนี้มีประชากรประมาณ 1 แสนคน มีผู้ป่วยจิตเวช (โรคจิต) ประมาณ 1,000 คนและมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรงปีละ 50 ราย เนื่องจากสาเหตุสำคัญคือการขาดยา และการมีภาวะโรคร่วมกับการติดยาเสพติด ประกอบกับครอบครัวผู้ป่วยอยู่ในสภาพยากจนและสิ้นหวัง จึงทำให้ปล่อยให้ผู้ป่วยมีอาการจนถึงขั้นเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง เช่น มีการใช้อาวุธ คุกคามครอบครัวและคนในชุมชน จนแม้กระทั่งชุมชนเองก็ระอ้า รังเกียจและหวาดกลัว ทำให้ DHS อำเภอนี้พัฒนาโครงการ “เอื้อบุญ” โดยแก้ปัญหาที่ต้นเหตุต่างๆ จนประสบความสำเร็จ สามารถลดอัตราการเกิดความรุนแรงจากผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน และคุณภาพชีวิตครอบครัวของผู้ป่วยดีขึ้น

Model

โครงการ “เอื้อบุญ”



วิธีการดำเนินการ

- 1) จัดทีมตามตำบล โดยมีองค์ประกอบทั้ง 2 สาย hard และ soft
- 2) อบรมทีมเอื้อบุญ โดยซักซ้อมความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยจิตเวชและทักษะต่างๆ เช่นการเจรจาต่อรอง การเข้า charge ผู้ป่วย
- 3) เมื่อมีเหตุการณ์ที่เริ่มแสดงว่า ผู้ป่วยขาดยาและมีอาการเสี่ยงก่อความรุนแรงทีมงานจะเข้าจัดการทันทีเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลจิตเวช (มีปัญหาระดับหนึ่งในการให้โรงพยาบาลจิตเวชรับ refer)
- 4) สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการ refer (ค่ารถ, ค่าเบี้ยเลี้ยงคนขับ ฯลฯ) วงเงินประมาณ 2,000 บาท และสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่จำเป็นให้ครอบครัว
- 5) หลังผู้ป่วย discharge ทีมงานจะเข้าดูแลต่อเนื่องในการฟื้นฟูผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทานยา ปรึษาถ้ามีอาการแพ้ยา รวมทั้งการใช้ long acting นัดพบจิตแพทย์ที่เวียนมารพช.ทำให้ชุมชนยอมรับและสนับสนุนเป็นกำลังใจให้ครอบครัว ซึ่งทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลขึ้นรวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน ช่วยงานครอบครัวหรือทำงาน/ประกอบอาชีพได้

ผล

- 1) อัตราความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวชลดลง
- 2) ผู้ป่วยเรื้อรังขาดการรักษาลดลง

ข้อพิจารณา

1) การพัฒนาเป็นโครงการระดับชาติในอนาคต โดยเชื่อมโยงกับงบประมาณ สปสช. ในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยเรื้อรังขาดการรักษา (งบประมาณ 49 ล้านบาท)

2) ปัญหาการ refer ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาโรงพยาบาลจิตเวช กรมฯ ควรทำความเข้าใจและให้ทุกโรงพยาบาลจิตเวชจัดระบบให้ชัดเจน

3) โครงการของกรมควรมี 3 โรงพยาบาล เป็น PM คือ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์, โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์, โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ โดยมีองค์ประกอบสำคัญการดำเนินการดังนี้

- กรมสุขภาพจิตทำความเข้าใจกับ สปสช. ในการใช้งบประมาณ และการรวบรวม DHS ที่เป็น Best Practices

- PM จัด KM ของ Best Practices ให้ได้แนวปฏิบัติร่วมกัน

- แต่ละเขตใช้ Best Practices เป็นศูนย์เรียนรู้และ Training Center อย่างน้อยเขตละ 1 แห่ง โดยเน้นการฝึกอบรมและดูงานที่ Best Practices (ไม่ใช่หน่วยงานกรมจัดเอง)

- ในปีงบประมาณ 2559 ให้แต่ละจังหวัดเลือกอำเภอต้นแบบมาดำเนินการให้สำเร็จ โดยผ่านการอบรม/ดูงานจาก Best Practices ทั้งการตั้งทีมการจัดการกองทุน (ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การ refer) การดูแลฉุกเฉิน และการฟื้นฟูในชุมชนให้สำเร็จ โดยมีตัวชี้วัดชัดเจน

- 1) ร้อยละของผู้ป่วยเรื้อรังขาดบริการกลับเข้าสู่บริการ (เป้า 50 %)

- 2) ร้อยละของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อความรุนแรงได้รับการดูแล/ส่งต่อ/ฟื้นฟูโดยชุมชน (เป้าหมายร้อยละ 10)

- ในปีงบประมาณ 2560 เป็นต้นไป ให้ดำเนินการให้ครบทุก DHS ในเวลา 2 ปี



4.5 การประเมินความสุขสำหรับกระทรวงสาธารณสุข

ความเป็นมา

สืบเนื่องจากยุทธศาสตร์ 20 ปี ของกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายที่ประชาชนสุขภาพกายดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน จึงมีการกำหนดตัวชี้วัดในแต่ละเป้าหมายซึ่งในเป้าหมายด้านเจ้าหน้าที่มีความสุข ได้มีการกำหนดให้กรมสุขภาพจิตร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ สสส. ทำการประเมินความสุข โดยแบ่งเป็น 2 ระดับคือ

- ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index)
- ดัชนีความผาสุกขององค์กร (Happy Work Place Index)

แต่ยังมีได้มีข้อดีในการหาเครื่องมือในการวัดดัชนีทั้ง 2 ระดับทางกลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต ได้มีการประชุมต่อเนื่องกัน 4 ครั้ง รวมทั้งกับหน่วยงานภายนอก คือ สสส. และภาคีที่พัฒนาการประเมินความสุขขององค์กร จนมีข้อค้นพบและข้อเสนอแนะเพื่อให้ผู้บริหารพิจารณาสั่งการต่อไป

ข้อค้นพบ

1) เครื่องมือที่มีอยู่ในการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานยังไม่มีเครื่องมือใดที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ที่จะวัดได้ทั้งความสุขของบุคคล และปัจจัยที่ทำให้เกิดความสุข โดยพบว่า

1.1 เครื่องมือที่วัดความสุขของบุคคลได้ดีที่สุด คือ แบบประเมินความสุขของกรมสุขภาพจิต (15 ข้อ) ซึ่งมี 6 ข้อวัดระดับความสุขทุกข์และ 6 ข้อวัดคุณภาพจิตและสมรรถนะจิต โดยมี 3 ข้อวัดปัจจัยกำหนดความสุขซึ่งเน้นเรื่องครอบครัว

1.2 เครื่องมือที่วัดปัจจัยที่ทำให้เกิดความสุขได้ดีที่สุด คือ Happinometer ซึ่งวัดปัจจัย 8 ด้าน ที่ทำให้เกิดความสุขรวม 41 ข้อ และเพิ่มปัจจัยที่ 9 ในด้านสมดุลระหว่างชีวิตและงานอีก 20 ข้อ

เครื่องมือทั้ง 2 สามารถเปรียบเทียบได้ดังนี้

	แบบประเมินความสุข	Happinometer
ขอบเขต	ครอบคลุมความสุข บุคคล 4 องค์ประกอบ	เน้นปัจจัยกำหนดความสุข ตาม Happy 8
ผู้ประเมิน	บุคลากร	บุคลากร
การแปลผล	เทียบกับ ปชช.	เปรียบเทียบองค์กรนอก สช
การใช้ประโยชน์	ติดตามการเปลี่ยนแปลง	ปรับปรุงตาม domain ของ Happy 8
ความพร้อมใช้งาน	ทันที	ทันที

2) สำหรับการวัดความผาสุกขององค์กรมีการวัด 2 ประเภท คือ

2.1 วัดการจัดการขององค์กรในการสร้างความสุขให้บุคลากร คือ Happy Public Organization Index ซึ่งประเมินโดยผู้แทนองค์กรใน 5 หมวด 27 ข้อ เพื่อใช้ปรับปรุงการบริหารจัดการในเรื่องคนขององค์กร

2.2 วัดความผูกพันต่อองค์กร ซึ่งมีเครื่องมือที่ ก.พ ให้เป็นแนวทางที่องค์กรต่าง ๆ นำไปพัฒนาเอง ซึ่งทางกรมได้นำไปใช้และได้ทำการวิเคราะห์ให้สั้นลงเหลือ 5 หมวด 10 ข้อ

เครื่องมือทั้ง 2 สามารถเปรียบเทียบได้ดังนี้

	ความผูกพันองค์กร	Happy Public Organization Index
ขอบเขต	ความคิดเห็นของคนต่อองค์กร	การบริหารจัดการองค์กรให้ตอบสนองเรื่องคน
ผู้ประเมิน	บุคลากร	ตัวแทนองค์กร
การแปลผล	ค่าเฉลี่ย	ระดับความสามารถองค์กร
การใช้ประโยชน์	ปรับปรุงตามองค์ประกอบ	ปรับปรุงการจัดการตามประเด็น

ข้อเสนอแนะ

1) การกำหนดตัวชี้วัดด้านเจ้าหน้าที่มีความสุขโดยแยกเป็นดัชนีความสุขคนทำงานและดัชนีความผูกพันขององค์กรนั้นเหมาะสมดีแล้ว แต่ควรใช้ค่าเป้าหมายที่ 90% (ใน 20 ปี) โดยยังไม่ได้ระบุเครื่องมือ ทั้งนี้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) ควรมีคณะทำงาน 2 คณะ คณะที่ 1 รับผิดชอบการบริหารจัดการ โดยมีกองการเจ้าหน้าที่ สป. เป็นเลขานุการ ส่วนคณะที่ 2 รับผิดชอบด้านวิชาการ โดยมีกรมสุขภาพจิตเป็นเลขานุการ

2) เนื่องจากขณะนี้ยังไม่มีเครื่องมือที่วัดความสุขของบุคลากรได้ครบถ้วน จึงเสนอให้มีการวัดเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ในปี 2560 เนื่องจากเป็นเริ่มต้นของแผน จึงควรใช้เครื่องมือที่มีอยู่ได้แก่ แบบประเมินความสุข และ Hapinometer ร่วมกัน เพื่อประเมินให้ครอบคลุม

ระยะที่ 2 ในระหว่างนี้ให้พัฒนาจากทั้ง 2 เครื่องมือ เช่น เครื่องมือที่วัดได้ทั้งด้านความสุข และปัจจัยที่ส่งผลในเครื่องมือเดียวและประกาศใช้ในปี 2561 เพื่อเป็นมาตรฐานในยุทธศาสตร์ 5 ปี และ 20 ปีต่อไป

3) สำหรับการประเมินความสุขขององค์กร เครื่องมือที่มีอยู่ตามข้อค้นพบ คือ Happy Public Organizational Index ประเมินการจัดการองค์กร และแบบประเมินความผูกพันองค์กร (ฉบับสั้น) น่าจะใช้ทั้งคู่เพราะเป็นการวัดคนละแบบ

4) สำหรับ Intervention เพื่อสร้างความสุขในองค์กรมีหลากหลาย จึงควรให้แต่ละองค์กรมีอิสระในการเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทองค์กร ส่วนทางกรมสุขภาพจิตสามารถแนะนำเครื่องมือบางตัว รวมทั้งจัดการความรู้ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาต่อไป



4.6 การเตรียมรับมือปัญหาการฆ่าตัวตาย

ความเป็นมา

สืบเนื่องจากข่าวฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นในระยณะนี้ กลุ่มที่ปรึกษา ร่วมกับ ทีมวิชาการจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จึงได้ทบทวน สถานการณ์เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารกรมสุขภาพจิต

จากการทบทวนสถานการณ์พบว่าจากปี พ.ศ.2557 และ พ.ศ.2558 เดือนมีนาคมจะเป็นช่วงที่มีแนวโน้มทั้งข่าวการฆ่าตัวตาย และอัตราการ ฆ่าตัวตายจริงสูงทั้ง 2 กรณี โดยพบว่าสถานการณ์ปี พ.ศ. 2558-2559 ก็มีแนวโน้มเช่นเดียวกัน

ทางโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้มีการศึกษาวิจัย เรื่องนี้โดยการสุ่มตัวอย่างกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จใน 14 จังหวัดที่มีอัตราการ ฆ่าตัวตายสูงของปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2558 แม้ยังไม่ได้รายงานผลการวิจัย อย่างเป็นทางการ แต่ผลการศึกษาเบื้องต้นพบปัจจัยที่สำคัญ ดังนี้

- ชาย 77 % หญิง 23 % ส่วนใหญ่อยู่ในวัย 30-50 ปี 70% เป็น เกษตรกร และผู้ใช้แรงงาน (อย่างละครึ่ง)
- ¼ เคยทำร้ายตนเองมาก่อน 2.5 % ทำร้ายผู้อื่นด้วย
- 70 % ใช้วิธีแขวนคอ 20 % กินยาฆ่าแมลง
- ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตสังคมที่สำคัญคือ ปัญหาเศรษฐกิจ (¼) ปัญหา ความสัมพันธ์ (เกือบทุกราย) และปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง (60%)
- ในปัญหาความสัมพันธ์ เป็นเรื่องสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว 47% ความรัก 22%
- ในเรื่องการเจ็บป่วย เป็นเรื่องโรคเรื้อรัง 15% เหล้า 26% โรคจิต 16% (ขาดยา/ไม่ขาดยา อย่างละครึ่ง) ป่วยโรคซึมเศร้า 9%

นอกจากนี้ที่ประชุมยังได้ให้ความสำคัญถึงปัจจัยเสี่ยง ต่อไปนี้

- พื้นที่ : ทุกจังหวัดควรใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาของการฆ่าตัวตายเพื่อการเฝ้าระวัง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงตามบริบทของพื้นที่

- อาชีพ : ตำรวจ มีอัตราสูงกว่าประชากร 2.5-4 เท่าในช่วง 8 ปีที่ผ่านมา ควรมีความร่วมมือในการป้องกัน โดยเฉพาะกับครอบครัวของตำรวจ

- ความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้น และมักจะเป็นชาวทำร้ายชีวิตสมาชิกครอบครัวก่อนฆ่าตัวตาย จึงควรเป็นส่วนหนึ่งของการเฝ้าระวัง

- ปัจจัยที่ควรป้องกันได้เพราะอยู่ในบริการของระบบโดยตรง คือผู้มีประวัติฆ่าตัวตาย (1/4) และผู้ที่มีปัญหาสุรา (1/4) ผู้เจ็บป่วยทางจิต (1/4) และโรคเรื้อรัง (15%)

- ปัญหาครอบครัวเป็นเรื่องที่พบบ่อยที่สุด แต่มีความจำเพาะต่ำ จึงควรดูคู่ไปกับปัจจัยที่ควรป้องกันได้

ข้อเสนอแนะ

- 1) นำเสนอใน TBM ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ทุกเขตโดยผู้ตรวจราชการดำเนินการให้ทุกจังหวัดเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายเริ่มจากเดือนมีนาคม เพราะผลการศึกษาชี้ชัดว่าการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้นในเดือนนี้ ยิ่งปีนี้เป็นปีที่แล้งที่สุดในรอบ 30 ปี

มาตรการสำคัญ คือ การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในระบบบริการที่สำคัญๆ คือ

- ติดตามและเยี่ยมบ้าน 2 กลุ่มเสี่ยงสำคัญคือ ผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายและความรุนแรงในครอบครัว ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา

- การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและช่วยเหลือผู้มีปัญหา
สุรา โรคจิต โรคซึมเศร้า และ NCD

แต่ละเขต/จังหวัด ควรมีการใช้บทเรียนจาก Good Practice ต่างๆ
เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการป้องกันตามมาตรการสำคัญ

มีการติดตาม ประเมินผลและนำไปสู่การรณรงค์ในเดือนตุลาคม
ที่เชื่อมโยงกับวันป้องกันการฆ่าตัวตายโลก ซึ่งสามารถร่วมมือกับ NGO และ
สมาคมจิตแพทย์ ดังที่ทำมาทุกปี

2) สำหรับตำรวจที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงในด้านอาชีพ ควรมีการทำ MOU
ร่วมกับ สตช. เพื่อการป้องกัน โดยมุ่งเน้นบทเรียนจากการนำร่องของโรงพยาบาล
จิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ที่ดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกัน ผ่านครอบครัว
ของตำรวจ

3) โปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายควรยกระดับกลับมาเป็น
โปรแกรมสำคัญของกรมสุขภาพจิตในแผน 5 ปีรอบหน้า



4.7 การดำเนินงานจริยธรรมการวิจัย

ความสำคัญ

1. เนื่องด้วยการศึกษาวิจัยในมนุษย์ทั้งทาง Bio-medical และ Behavioral Science นั้นต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้เป็นไปตามหลักสากลว่าด้วยการศึกษาวิจัยที่ถูกต้อง (ICH-GCP) และด้วยข้อกำหนดที่เป็นกฎหมาย (พรบ.สุขภาพจิต และ พรบ.วิจัยในมนุษย์ ซึ่งกำลังอยู่ในขั้นตอนของคณะกรรมการกฤษฎีกา) งานวิจัยที่ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมเท่านั้นจึงสามารถตีพิมพ์ และใช้ในการอ้างอิงได้

2. ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการศึกษาวิจัยที่เข้าข่ายการต้องขอรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยอยู่จำนวนมากทั้งที่ดำเนินการโดยส่วนกลาง และดำเนินการโดยหน่วยงาน (โดยเฉพาะ Excellence Center) นอกจากนี้หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตยังได้รับการร้องขอในการเข้าเก็บข้อมูลอยู่เสมอๆ ผู้ป่วยในกระบวนการศึกษาวิจัยเหล่านี้จำนวนหนึ่งเป็นผู้ป่วยทางจิตที่จำเป็นต้องให้ความคุ้มครองในการเข้าเป็นอาสาสมัครการวิจัย

การดำเนินงานที่ผ่านมา คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) ได้รับการจัดตั้งและดำเนินงานตั้งแต่ปี 2549 มีนายแพทย์ม.ล.สมชาย จักรพันธุ์ อดีตอธิบดีกรมสุขภาพจิต ในขณะนั้นเป็นประธาน โดย นายแพทย์ปราชญ์ บุญยวงศ์โรจน์ อยู่ในฐานะรักษาการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในขณะนั้นเป็นผู้ลงนามในคำสั่งแต่งตั้ง มีการจัดทำแนวทางการวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัย และพิจารณาโครงการวิจัยโดยเน้นประเด็นทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และพฤติกรรมศาสตร์เป็นหลัก

หลังจากนั้นคณะทำงานได้พัฒนา Guideline แนวปฏิบัติสำหรับผู้วิจัยชั้น
วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการดำเนินงานวิจัยตามหลักเกณฑ์ Protocol รวมถึง
การดูแลอาสาสมัครและประเด็นจริยธรรม ครอบคลุมการวิจัย ทั้งในรูปแบบ
หน่วยงานเดียวและ Multicenter

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานทั้ง
ด้านบุคลากรองค์ประกอบคณะกรรมการและด้านงบประมาณในการ
รวมทั้งนโยบายที่ชัดเจนของผู้บริหาร ทำให้การดำเนินงานมีอุปสรรค จนหยุด
การดำเนินงาน

การดำเนินงานปัจจุบัน สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิตได้เข้ามา
ดูแลและเป็นเลขานุการ คณะกรรมการพัฒนาระบบจริยธรรมการวิจัยในคน
เป็นการชั่วคราว และได้ผลักดันให้จัดตั้งสำนักงานพัฒนาระบบจริยธรรมงาน
วิจัยในคนด้านจิตเวช เพื่อทำหน้าที่สนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการ
พิจารณาการศึกษาวิจัยในคนด้านจิตเวชของกรมสุขภาพจิต และเป็นหน่วยงาน
กลางรับผิดชอบการพัฒนาระบบการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนของหน่วย
งานในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ข้อเสนอ

1. กรมสุขภาพจิตควรพิจารณาจัดตั้งคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) โดยให้การสนับสนุนทั้งเรื่องบุคลากรสถานที่และงบประมาณ

2. คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยฯ ประกอบด้วยบุคลากรของกลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย

ประธาน	นพ.มล.สมชาย	จักรพันธ์
รองประธาน	พญ.เบญจพร	ปัญญา
กรรมการ	พญ.ศุภรัตน์	เอกอัศวิน
	และ นพ.เทอดศักดิ์	เดชคง

โดยมีตัวแทนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบัน/โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต นิติกร และบุคลากรภายนอกร่วมเป็นคณะกรรมการด้วย

3. คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยที่สร้างขึ้นจะต้องทำแผนเพื่อพัฒนาให้ระบบการพิจารณาจริยธรรมของกรมสุขภาพจิตได้มาตรฐานสากลและได้รับการรับรองจากการประเมินจากหน่วยงานระดับชาติ

4. การดำเนินงานของคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยที่สร้างขึ้นต้องได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการฯ ซึ่งจัดตั้งเป็นหน่วยงานอิสระ ขึ้นตรงต่ออธิบดีกรมสุขภาพจิต



เรื่องที่ 1

สรุปการศึกษาดูงาน
ประเทศไต้หวัน



เรื่องที่ 2

การดูแล
สุขภาพจิตคนไทย
ในเยอรมัน



เรื่องที่ 3

การสร้างสุข
ด้วยสติในองค์กร
และสถาบัน



เรื่องที่ 4

การอบรม
สติบำบัด
ในต่างประเทศ





5. งานวิชาการต่างประเทศ



5.1 สรุปการศึกษาดูงานประเทศไต้หวัน

ประเทศไต้หวันได้จัดโครงการ Community Mental Health in Development Countries มาเป็นเวลา 3 ปี โดยนอกจากจะมีกรณีศึกษาดูงานในประเทศไทยแล้วยังมีการจัดทำ Workshop ปีละครั้งเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชน ในครั้งนี้ได้จัดขึ้นระหว่าง 31 ตุลาคม - 7 พฤศจิกายน 2554

สำหรับครั้งนี้ได้มีข้อค้นพบว่าไต้หวันมีความโดดเด่นเป็นอย่างมากในด้าน

- การวิจัย มีระบบการวิจัยอย่างดี โดยเฉพาะการวิจัยเชิงระบบ เช่น การฆ่าตัวตาย ความรุนแรงในครอบครัว ฯลฯ

- การดูแลผู้ป่วยโดย Day Care (โรงพยาบาลกลางวัน) เนื่องจากไต้หวันวางระบบสุขภาพจิตชุมชนให้ผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมากไม่ต้องอยู่ในโรงพยาบาล โดยใช้โรงพยาบาลกลางวัน

ขณะที่ไต้หวันสนใจการดำเนินสุขภาพจิตชุมชนของประเทศไทยในประเด็นต่อไปนี้

- การบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้าไปในระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะการใช้ศักยภาพของโรงพยาบาลของชุมชน รพสต. และอาสาสมัครในงานสุขภาพจิต

- งานสุขภาพจิตโรงเรียน จากที่เรามีระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียนครอบคลุมทั่วประเทศ โดยมีความสนใจร่วมกันของทั้ง 2 ประเทศในเรื่อง

- Disaster Mental Health เพราะไต้หวันเคยเจอไต้ฝุ่น และแผ่นดินไหวที่รุนแรง

- Suicide Prevention ไต้หวันมีนโยบายและแผนงานเรื่องนี้มาหลายปี และมีระบบสารสนเทศอย่างดี

- นอกจากนี้ยังมีเรื่องที่อยู่ในขอบเขตน่าสนใจอื่นๆ โดยเฉพาะเรื่อง
- จิตบำบัดแนวพุทธ โดยมีการผสมผสานทั้ง model จากตะวันตกและจากวัฒนธรรมตนเอง
 - เรื่องการบริหารงานสุขภาพจิต ได้วันจะตั้งกรมสุขภาพจิตปีหน้า และกำลังการวิจัยตัวชี้วัดเพื่อคุณภาพงานสุขภาพจิตร่วมกับประเทศพัฒนา

จากข้อค้นพบดังกล่าว จึงได้มีแนวร่วมกันเบื้องต้นในการทำความร่วมมือ ระหว่าง 2 ชาติ ในลักษณะ cost shared เพื่อจัดคณะไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นที่เป็นจุดเด่นและความสนใจร่วมดังกล่าว เพื่อนำกลับมาพัฒนางานและการวิจัยร่วมกัน ทั้งนี้จะต้องไม่ใช่เป็นการดูงานธรรมดาแต่เป็นการเทียบสมรรถนะ (Benchmarking) เพื่อนำกลับมาปรับปรุงงานและทำวิจัย ซึ่งจะต่างกับความร่วมมือใน 3 ปีแรก ที่เป็นการแลกเปลี่ยนทั่วไป ในอนาคตการแลกเปลี่ยนจึงต้องคัดเลือกตัวบุคคล ตามประเด็นและนำไปสู่การพัฒนาและทำวิจัยในเรื่องนั้นๆ ต่อไป ทั้งนี้ควรมีการบริหารจัดการเป็นการเฉพาะเพื่อมุ่งให้เกิดผลลัพธ์อย่างแท้จริง

นอกจากนี้ยังได้มีการแลกเปลี่ยนกับผู้แทนจากลาว ซึ่งเป็นที่ปรึกษาในการพัฒนางานสุขภาพจิตของ WHO ประเทศลาว ถึงความเป็นไปได้ในการที่ประเทศไทยจะใช้ประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตชุมชนมาพัฒนา Model ในลาว และพัฒนาบุคลากร โดยเฉพาะจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช เพื่อไปดำเนินการตาม Model ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งจะวางตำแหน่งของประเทศไทยในฐานะแบบอย่างงานด้านสุขภาพจิตในเวทีระหว่างประเทศได้ดี โดยมีโอกาสประสบความสำเร็จสูงและไม่เสียค่าใช้จ่ายสูง เนื่องจากทางลาวเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี จึงสามารถบูรณาการเข้าไปในระบบฝึกอบรมแพทย์และพยาบาลที่มีอยู่ โดยมีสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นแกนกลาง ทั้งนี้นายแพทย์วิระพลจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่ร่วมคณะไปด้วยได้ช่วยวางรายละเอียดแนวทางการร่วมมือไปพอสมควร

ข้อเสนอแนะ

จากการเดินทางครั้งนี้ คือการทำการแลกเปลี่ยนใน 2 ลักษณะ ในด้านหนึ่งกับไต้หวันเป็นการยกระดับงานของเราผ่านจุดแข็งและจุดสนใจร่วม โดยอาศัยกระบวนการเทียบสถานะ (Benchmarking) ซึ่งจะเป็นการยกระดับความร่วมมือในยุคถัดไป โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายมากนักเพราะดำเนินการในลักษณะ Cost sharing สำหรับรูปแบบคงต้องเป็นข้อตกลงอย่างไม่เป็นทางการ เพราะไทยมีนโยบายจีนเดียว

ในอีกด้านหนึ่งกับลาว เป็นการช่วยเหลือเพื่อนบ้านให้มีการพัฒนางาน สุขภาพจิตอย่างก้าวหน้า โดยการพัฒนา Model และบุคลากรหลัก ซึ่งจะเป็นการยกสถานะประเทศไทย โดยวิธีการที่มีประสิทธิภาพ (Cost effective) เพราะสามารถบูรณาการเข้าไปในระบบปกติของเราได้และควรทำเป็น MOU ที่ชัดเจนเนื่องจากเป็นประเทศใน ASEAN ซึ่งมีลำดับความสำคัญในการช่วยเหลือ หากเห็นชอบโปรดกรุณามอบให้ศูนย์สุขภาพจิตระหว่างประเทศดำเนินการต่อไปในส่วนของประเทศลาวและมอบให้กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต ร่วมกับคณะกรรมการยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศทางบริการและวิชาการรับผิดชอบ ส่วนของความร่วมมือกับไต้หวัน



5.2 การดูแลสุขภาพจิตคนไทยในเยอรมัน

ข้อเสนอแนะต่อการดูแลสุขภาพจิตคนไทยในเยอรมัน

เรียน เอกอัครราชทูตไทย ประจำสหพันธรัฐเยอรมัน ที่เคาแฟ

สืบเนื่องจากนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และนายแพทย์อภิชาติ ดำรงไชย จิตแพทย์กรมสุขภาพจิต ได้มาทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและให้ความรู้กับคนไทย NGO/อาสาสมัคร และเจ้าหน้าที่สถานทูตกงสุล ระหว่างวันที่ 6-10 กันยายน 2557 โดยได้ทำกิจกรรม ดังนี้

7 กันยายน 2557 ให้ความรู้สุขภาพจิตและให้คำปรึกษาชาวไทยบริเวณ Heidelberg

8 กันยายน 2557 ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และฝึกให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่แผนกกงสุลแบ่งกลุ่มเช้า - บ่าย ช่วงละ 2 คน และจัดอบรมช่วง 13.00-14.30 น.

9 กันยายน 2557 ให้ความรู้สุขภาพจิตแก่อาสาสมัคร/คนไทยในบริเวณ Hamburg

10 กันยายน 2557 ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่เจ้าหน้าที่แผนกกงสุลแบ่งกลุ่ม เช้า - บ่าย ช่วงละ 2 คน และจัดอบรมช่วง 13.00-14.30 น. และ 16.00-17.30 น.

จากการปฏิบัติงานดังกล่าวได้มีข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

ข้อค้นพบ

1. คนไทยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นมากต่อการบริการและดูแลของสถานทูตและสถานกงสุล รวมทั้งกิจกรรมพิเศษที่มาจัดให้ความรู้คนไทย/อาสาสมัครในการปรับตัวและดูแลสุขภาพจิต

2. มีการประสานกันเป็นอย่างดีระหว่างสถานกงสุล และฝ่ายกงสุล กับ NGO และอาสาสมัครไทยในเยอรมันทำให้การดูแลและการจัดกิจกรรมมีความชัดเจน ตอบสนองความต้องการและเข้าถึงบริการมากขึ้น

3. เจ้าหน้าที่ในฝ่ายกงสุล ให้บริการคนไทยอย่างมีความรับผิดชอบ ฉันทมิตร แม้จะมีความกดดันจากภาระงานและพฤติกรรมบางส่วนของผู้รับบริการก็ตาม

ข้อเสนอแนะ

ทีมงานสุขภาพจิต มีภารกิจ 3 ประการ คือ

1. ให้ความรู้/คำปรึกษา คนไทยในการปรับตัว
2. เสริมสร้างความเข้มแข็งของ NGO/อาสาสมัคร ในการดูแลให้คำปรึกษา
3. สนับสนุนให้เกิดความสุขในการทำงาน และระบบงานให้บริการที่ดีของฝ่ายกงสุล/เจ้าหน้าที่

ในครั้งนี้ จึงได้มีการเตรียมการติดต่อสื่อสารล่วงหน้าให้ครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 3 ประการ โดยเฉพาะข้อ 1 ที่ Heidelberg ข้อ 2 ที่ Hamburg และข้อ 1 กับ 3 ที่ Berlin อย่างไรก็ตามในอนาคตเพื่อให้ทีมงานที่มาปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ ควรจัดกิจกรรมให้ครอบคลุมทั้ง 3 วัตถุประสงค์ในทุกๆ โดยมีข้อเสนอดังต่อไปนี้

1. การให้ความรู้และคำปรึกษาประชาชนตามเมืองสำคัญ ทาง NGO และคนไทยต้องการในวันเสาร์ อาทิตย์ ซึ่งมีเวลาน้อย ทำให้จัดได้แค่ 1 เมือง จึงน่าจะใช้วิธีแยกทีมไปจัดพร้อมๆ กันได้มากกว่า 1 เมือง โดยทีมสุขภาพจิตจะเตรียมคนให้พร้อมที่ 1 คนจะสามารถทำงานได้ ใน 1 เมือง โดยครอบคลุมทั้งกิจกรรมกับประชาชนและกิจกรรมกับอาสาสมัคร/NGO ดังนั้นหากมา 2 คน จะสามารถไปได้ 2-4 เมืองในสุดสัปดาห์

2. เวลาวันทำงาน เป็นเวลาที่ดีที่จะจัดกิจกรรมพัฒนาเจ้าหน้าที่ โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ ความสุขในการทำงาน (การจัดการความเครียด) และทักษะในการให้คำปรึกษา ตลอดจนการทำงานร่วมกับ NGO / อาสาสมัคร แต่เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีภารกิจมาก จึงใช้เวลาช่วงหยุดพัก (13.00-14.30 น.) และเวลาเย็น (16.00-17.00 น.) จัดกิจกรรม ซึ่งได้ประโยชน์กับเจ้าหน้าที่มาก และควรขยายให้ครอบคลุม เจ้าหน้าที่ฝ่ายอื่นๆ ด้วย เพราะความสุขในการทำงานจะทำให้เจ้าหน้าที่ทำงานได้มีคุณภาพ และมีความผูกพันกับองค์กรเพิ่มขึ้น

3. ควรยกระดับความสัมพันธ์ระหว่าง NGO/อาสาสมัครกับสถานทูต/ฝ่ายกงสุล รวมทั้งกรมสุขภาพจิตให้เป็นระบบมากขึ้น โดยจัดให้เกิดระบบต่อไปนี

- o การวางแผนร่วมกันในการจัดกิจกรรมตามเมืองที่คนไทยอาศัยอยู่มาก และกิจกรรมการประชุมประจำปีของเครือข่าย NGO ไทยในเยอรมัน และหรือในยุโรป

- o การส่งต่อจากฝ่ายกงสุล ไปยัง NGO เพื่อส่งต่อไปแพทย์กรณีเป็นผู้ป่วยทางจิตที่ต้องการการรักษา (ไม่ใช่ผู้ป่วยเครียดที่แค่ต้องการคำปรึกษา)

- o ระบบบังคับบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจำเป็นที่จะต้องชัดเจน เพราะมีผู้ป่วยทางจิตเป็นครั้งคราว ถึงแม้ไม่มากแต่สร้างความหนักใจและภาระให้กับฝ่ายกงสุลและ NGO มาก ประเทศเยอรมันมีกฎหมายบังคับบำบัดที่สามารถแจ้งตำรวจให้แต่งตั้งผู้ดูแลเพื่อบังคับบำบัดได้ ซึ่งถ้าวางระบบนี้ให้ดีขึ้นจะช่วยทั้งผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาและไม่สร้างความวุ่นวายให้กับครอบครัวและสังคม

- o การให้คำปรึกษาผ่าน internet และ internet phone กับบุคลากรสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตทั้งจากคนไทยที่มีปัญหาและเจ้าหน้าที่ไทยที่ต้องการคำแนะนำ



5.3 การสร้างสุขด้วยสติในองค์กรและสติบำบัด

รายงานการประชุมและศึกษาดูงานที่ Center of Mindfulness, University of Massachusetts, USA

กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาเรื่องสติบำบัดมาใช้ในทางจิตวิทยา (secular, non religion approach) ใน 2 รูปแบบ คือการสร้างสุขด้วยสติในองค์กรและสติบำบัด จนได้รับการยอมรับและนำไปใช้มากขึ้นเรื่อยๆ การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้กับนานาชาติ จึงมีความสำคัญที่จะพัฒนางานนี้ ทั้งในเชิงการวิจัย การนำไปใช้งานและ การสร้างเครือข่าย เนื่องจากในปีนี้เป็นโอกาสครบรอบ 35 ปีของ Center for Mindfulness, University of Massachusetts ซึ่งเป็นผู้ริเริ่ม Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) และต่อมาได้รับการพัฒนาไปใช้กับผู้ป่วยซึมเศร้า เรียกว่า Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) อีกทั้งรูปแบบอื่นๆ รวมกันอีกมากเรียกว่า Mindfulness Based Intervention (MBI) ทาง Centre จึงได้จัด Conference พิเศษ ในชื่อว่า Meeting the World: Exploring the Ethics, Values and Responsibility of Bringing Mindfulness into Society

ก่อน Conference ได้จัดให้มีการฝึกจิต (Retreat Program) 1 วัน โดยเชื่อมโยงเรื่องของการฝึกสติกับการทำงานของสมอง นับเป็นครั้งแรกที่มีการนำการฝึกจิตโดยครูทางการพัฒนาจิตกับนักวิจัยทางสมองร่วมกัน

ในระหว่าง Conference ได้เน้น 2 ประเด็นคือ การขยายตัวของสติไปใช้ในวงการต่างๆ ทั้งด้านการแพทย์ การศึกษา ระบบยุติธรรม องค์กรรัฐ และองค์กรธุรกิจ รวมทั้งการวิจัย โดยเน้นการใช้สติในบุคลากร ควบคู่กับผู้ใช้

บริการ และประชาชน ส่วนอีกประเด็นหนึ่งจะเน้นคุณลักษณะของสติที่มีด้านคุณธรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ขาดไม่ได้ เพราะการฝึกสติให้สงบ ปล่อยวาง จะทำให้มีจิตที่มีความรัก เมตตา ใจกว้างและให้อภัย หรือมีพรหมวิหาร 4 นั้นเอง และให้ข้อคิดว่าการเน้นฝึกสติเพียงสติทางกายให้มีจิตจดจ่อมากขึ้นอย่างที่มีการแพร่หลายในเชิงพาณิชย์ เช่น ทำให้เรียนเก่ง หรือสมรรถนะด้านต่างๆ ดีขึ้น ไม่ใช่การฝึกสติที่มีความหมายครอบคลุมและแท้จริง

หลัง Conference ได้มีโอกาสศึกษาดูงานที่ Center of Mindfulness ได้มีโอกาสเผ้าสังเกตการณ์ในการปฐมนิเทศน์ MBSR และแลกเปลี่ยนกับทั้ง Clients นักวิจัย ผู้บำบัดและผู้บริหาร ซึ่งทั้งสองฝ่ายมีความเห็นร่วมกันในคุณค่าของสติที่นำมาใช้ทางจิตวิทยาเป็น secular, non religion approach ว่าจะทำให้คนเข้าถึงและได้รับประโยชน์อย่างมาก รวมทั้งแนวโน้มการขยายตัวเข้าไปในระบบต่างๆ ของสังคม ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ การศึกษา ยุติธรรม องค์กรสาธารณะ และองค์กรธุรกิจ โดยสติจะช่วยเพิ่มทั้งประสิทธิภาพการทำงาน ปรับปรุงสัมพันธภาพ ควบคู่ไปกับการสร้างคุณค่า และความดีให้กับสังคม

เมื่อเปรียบเทียบการเข้าร่วมประชุม ศึกษาดูงาน กับการดำเนินงานที่กรมสุขภาพจิตทำอยู่ กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิตได้มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) กรมสุขภาพจิตได้มีบทบาทในการพัฒนาเรื่องสติมาใช้ในเชิงจิตวิทยาเป็น secular, non religion approach มากกว่า 15 ปี จึงควรพัฒนาเป็นศูนย์กลางวิชาการอย่างต่อเนื่อง โดยจัดตั้งเป็น Mindfulness Center ที่กรมสนับสนุนสถานที่และบุคลากรพื้นฐาน แต่การดำเนินงานควรเน้นการหาแหล่งทุนในการทำงานและวิจัย ตลอดจนถึงตนเองในการฝึกทำกิจกรรม โดยเก็บค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วม โดยมี Committee ดูแลเพื่อช่วยกำหนดทิศทาง กำหนดแผนและเสนอแนะการดำเนินงาน

2) Mindfulness Center ของกรมสุขภาพจิต ควรทำทั้งด้านสติในองค์กรและสติบำบัด โดยแบบแรกจะเน้นการส่งเสริมป้องกัน ขณะที่แบบหลังจะเน้นด้านการแก้ไข โดยทั้ง 2 ด้าน สามารถพัฒนาคู่ขนาน เรียนรู้จากกันและกัน รวมทั้งพึ่งพาอาศัยกันในด้านการบริหารจัดการ วิชาการและเครือข่าย

3) ร่วมมือกับ สสส. ที่มีแผนสุขภาพในองค์กร ขณะนี้ สสส. ใช้แนว Happy8 ซึ่งมี Happy Soul เป็นหนึ่งองค์ประกอบโดยมีภาคีเครือข่ายทั่วประเทศ รวมทั้งสนับสนุนโครงการพัฒนาความสุขด้วยสติในองค์กรให้กรมสุขภาพจิตด้วย ความร่วมมือระยะยาวจะช่วยให้ขยายงานกับเครือข่ายของ สสส. ได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง

4) กรมควรสนับสนุนได้ Mindfulness Center ทำการวิจัยในเชิงพฤติกรรมเพื่อหาประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการใช้สติในองค์กรและในการบำบัด โดยใช้เครื่องมือที่กรมมีอยู่ เช่น แบบประเมินความสุข ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการแปลหรือพัฒนาเครื่องมือใหม่ๆ มาใช้เป็นการประเมินสติ ความเมตตา ตลอดจนเชื่อมโยงกับเครื่องมือที่มีการใช้อยู่สังคม เช่น การประเมินความผูกพันองค์กร ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ฯลฯ

5) สนับสนุนการทำวิจัยที่เป็น Basic Knowledge โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม โดยเฉพาะเทคนิค Neurofeedback ซึ่งใช้ digital EEG มาทำวิจัย ต่อยอดจากการวิจัยที่ใช้ MRI หรือ PET Scan จากทั่วโลกจนทราบตำแหน่งหรือกลไกที่ชัดเจนแล้ว (ซึ่งมีค่าใช้จ่ายแพง) การต่อยอดงานวิจัยจะมุ่งเน้นเฉพาะตำแหน่งที่สนใจ และนำผลไปใช้ในการพัฒนาการฝึกสติได้ โดยร่วมมือกับหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญสูงในด้านดังกล่าว

6) พัฒนาความเป็นเลิศทางวิชาการในระดับสากล ควรใช้เรื่องสติซึ่งกำลังได้รับความสนใจทั่วโลก เป็นประเด็นสำคัญของงานสุขภาพจิตไทยสู่สากลโดยพิจารณาการดำเนินการในประเด็นต่อไปนี้

6.1 การประชุมวิชาการนานาชาติของกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2559 ควรเชิญนักวิชาการที่มีชื่อเสียงด้านสติมาเป็นผู้บรรยายนำ โดยมี Symposium และ Workshop ในประเด็นการนำสติมาใช้ในการดูแลสุขภาพจิตเป็น Theme ของงานประชุม

6.2 สนับสนุนการไปนำเสนอผลงาน จัด Symposium หรือ Workshop ในการประชุมนานาชาติที่กรมจัดสรรทุนในเวที ASEAN, Asia และทางตะวันตกตามลำดับ

6.3 ให้ทุนไปต่อยอดการเรียนรู้และสร้างเครือข่ายกับผู้ที่ทำงานด้านนี้ เช่น ร่วมไปกับการอบรมจิตเวชชุมชนที่ออสเตรเลีย หรือทุนไปศึกษาดูงาน Mindfulness Center เช่น สหรัฐอเมริกา และสหราชอาณาจักร



5.4 การอบรมสติบำบัดในต่างประเทศ

รายงานและข้อเสนอแนะเรื่องการอบรมสติบำบัดในต่างประเทศ

หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต รายงานว่าสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติในปี พ.ศ.2559 มีการจัดทำ Workshop เรื่องสติบำบัด ผู้เข้าร่วมบางส่วนมาจากประเทศศรีลังกาและสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ หลังจากนั้นมีการประสานกับกรมสุขภาพจิตเพื่อจัดฝึกอบรมสติบำบัดในประเทศของตนเอง โดยเชิญวิทยากรจากกรมสุขภาพจิต ดังนี้

วันที่ 26 – 31 สิงหาคม 2559 โดยกระทรวงสาธารณสุขศรีลังกา
กรุงโคลัมโบ ประเทศศรีลังกา

วันที่ 29 กันยายน – 11 ตุลาคม 2559 โดย Manitowadge Hospital
ประเทศแคนาดา

วันที่ 3 – 6 พฤศจิกายน 2559 โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ
สมาคมสุขภาพจิตเมียนมาร์ ณ กรุงย่างกุ้ง สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์

การอบรมดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของการนำไปสู่การรับรองเป็นผู้บำบัดตามข้อกำหนดในระบบการรับรองผู้บำบัด ซึ่งเป็นระบบใหม่ที่กรมสุขภาพจิตริเริ่มขึ้นเพื่อประกันคุณภาพผู้บำบัด ประกันสิทธิผู้ป่วยที่จะได้รับการบำบัดอย่างมีคุณภาพและเป็นหลักประกันของจริยธรรมการวิจัยสำหรับการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการดำเนินการ

1) ประเทศศรีลังกา ผู้เข้ารับการฝึกอบรม 35 คน ทั้งที่เป็นจิตแพทย์ แพทย์ และสหวิชาชีพจากภาครัฐ ระยะเวลา 3 วัน มีนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ เป็นวิทยากร โดยมีรายละเอียดกิจกรรมซึ่งนำเสนอเป็นเอกสารให้ที่ประชุมพิจารณาแล้ว

2) ประเทศแคนาดา มีผู้เข้ารับการฝึกอบรม 28 คน โดยมี 13 คน เป็นแพทย์และสหวิชาชีพ จาก 4 โรงพยาบาลในจังหวัด Ontario ใช้เวลา 6 วัน วิทยากรคือ นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษา กรมสุขภาพจิต และนางสาววิภาวี เผ่ากันทรากร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีรายละเอียดกิจกรรมที่นำเสนอเป็นเอกสารให้ที่ประชุมพิจารณาแล้ว

3) ประเทศเมียนมาร์ ผู้เข้ารับการฝึกอบรม 50 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ แพทย์ สหวิชาชีพจากภาครัฐ และ NGO ใช้เวลา 3 วัน วิทยากรคือ นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษา กรมสุขภาพจิต นางนฤมล จินตพัฒน์กิจ ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา และนางอุไรวรรณ เกิดสังข์ ตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ซึ่งนำเสนอเป็นเอกสารให้ที่ประชุมพิจารณาแล้ว

ผลที่ได้รับ

1) ทั้ง 3 ประเทศมีผู้เข้าอบรมที่จะพัฒนาระบบการรับรองผู้บำบัด โดยในระยะเวลา 1-2 ปีแรก จะใช้ระบบของกรมสุขภาพจิต ที่ประกอบด้วย 8 ข้อกำหนด แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

การรับรองเป็นผู้บำบัดเบื้องต้น ประกอบด้วย 4 ข้อกำหนด

- อบรมการทำเครื่องมือสติบำบัด
- ฝึกปฏิบัติการทำกลุ่มบำบัด
- ฝึกการพัฒนาจิตด้วยตนเอง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ตามเทคนิคที่จะใช้

กับผู้รับบริการ

- เข้าร่วมในประชาคมการเรียนรู้ (Community of Practices) เมื่อส่งรายงานและได้รับรองจะสามารถทำการบำบัดภายใต้ Supervision

การรับรองเป็นผู้บำบัดอิสระ ประกอบด้วยอีก 4 ข้อกำหนดคือ

- ทำการบำบัดแบบรายบุคคล 1 ราย โดยใช้เครื่องมือครบ และ ใช้การบำบัดอย่างน้อย 5 ครั้งขึ้นไป หรือ 2 ราย หากทำการบำบัด 3-5 ครั้ง
- ทำการบำบัดแบบกลุ่ม Psychoeducation ครบ 8 ครั้ง ตามคู่มือ การบำบัด
- ได้รับการ Supervision
- เข้าร่วมการฝึกวิปัสสนา 1 ครั้ง ตามหลักสูตรที่แนะนำ เมื่อส่งรายงาน และได้รับการรับรองจะสามารถเป็นผู้บำบัดด้วยตนเอง

2) ในอนาคต ทั้ง 3 ประเทศ จะสามารถพัฒนาระบบการรับรอง ผู้บำบัดของตนเองได้ เมื่อมีผู้ได้รับการรับรองมากกว่า 10 คน จะต้องขอความช่วยเหลือจากกรมสุขภาพจิตเพื่อส่งวิทยากรไปอบรมเป็นครั้งคราว โดย ประเทศต้นสังกัดจะร่วมเป็นวิทยากรและออกค่าใช้จ่ายให้กับวิทยากรจาก ประเทศไทย

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากสติบำบัดได้กลายเป็นรูปแบบจิตบำบัดและให้คำปรึกษา ที่ยอมรับทั่วโลก สติบำบัดที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทยมีระบบการรับรองผู้บำบัด เป็นมาตรฐานสากล ทำให้มีการเชิญจากประเทศต่างๆ ไปจัดอบรมมากขึ้นเรื่อย ๆ จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) พัฒนาระบบการบำบัดให้มั่นคง โดยเฉพาะการมีระบบบริการที่ให้ บริการสติบำบัดสร้างระบบรับรองผู้บำบัด โดยเชื่อมโยงเข้ากับระบบหลัก ประกันสุขภาพ และสนับสนุนการจัดตั้งสมาคมสติบำบัด เพื่อให้การดำเนินการ ที่เป็นอิสระ มีความเป็นวิชาชีพโดยไม่ต้องเป็นภาระงบประมาณของ กรมสุขภาพจิต แต่กรมสุขภาพจิตให้การสนับสนุนเท่าที่จำเป็น เช่น สถานที่ การใช้เวทีการประชุมวิชาการสุขภาพจิต เป็นต้น

2) สนับสนุนให้มีการขยายการรับรองผู้บำบัดอย่างกว้างขวาง ผ่านการฝึกอบรมที่มีอยู่แล้วในระบบ เช่น การฝึกอบรมจิตแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน (สุขภาพจิต) และพยาบาลจิตเวช การประชุมวิชาการทั้งของกรมสุขภาพจิต และวิชาชีพสุขภาพจิต เพื่อให้บุคคลเข้าสู่กระบวนการรับรองตามข้อกำหนด 8 ข้อ 2 ระดับ อันจะเป็นรากฐานของการให้บริการที่มีคุณภาพและการวิจัยในด้านนี้ต่อไป

3) สนับสนุนการทำวิจัยด้านจิตบำบัด เนื่องจากในระบบสุขภาพจิตทั่วโลกได้มีการกำหนดให้ เป็นมาตรฐานในการรักษาการรักษาโรคทางจิตเวช หลายโรคว่าต้องมีจิตบำบัดที่ได้มาตรฐานและได้รับการรับรองร่วมด้วย (ไม่ได้ใช้ยาอย่างเดียว) เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล การติดสารเสพติด ฯลฯ ประเทศไทยจึงควรมีการทำวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เหล่านี้ เข้าสู่วงการวิชาการระหว่างประเทศ โดยเฉพาะด้านสติบำบัดซึ่งเป็นจุดแข็งที่ได้รับการยอมรับ กรมสุขภาพจิตมีผู้บำบัดที่ได้รับการรับรองมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการผ่านข้อกำหนดในจริยธรรมการวิจัย จึงมีศักยภาพที่จะทำวิจัยโดยมีหัวข้อการทำวิจัยที่น่าสนใจคือ

3.1) ประสิทธิภาพของสติบำบัดในโรคที่ได้รับการวิจัยยืนยันจากประเทศต่าง ๆ แล้ว เช่น โรคซึมเศร้า วิตกกังวล การเสพติด และ PTSD ว่าใช้ได้ในประเทศไทย โดยเฉพาะกับโปรแกรมสติบำบัดสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้น

3.2) การวิจัยใหม่ๆ ที่มีความเป็นไปได้ในการใช้สติบำบัด เช่น

- การฟื้นฟูด้านสังคมจิตใจในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีอาการทางจิตแล้ว
- สติบำบัดในผู้ป่วยที่มีปัญหาบุคลิกภาพ
- การทำสติบำบัดในลักษณะครอบครัวบำบัด

ทั้งนี้ จะต้องมีการพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับแต่ละสถานะ

4) สนับสนุนการสร้างเครือข่ายสตีบั๊บนานาชาติ ที่มีกรมสุขภาพจิต เป็น Active Partner หรือผู้นำของเครือข่าย อาศัยเวทีการประชุมวิชาการนานาชาติเป็นเวทีสำหรับการพบปะทุกปี โดยจัด 1 ห้องประชุม สำหรับกิจกรรมทางวิชาการสตีบั๊บบ่อยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นศูนย์กลางความเชี่ยวชาญ (Excellence Center) ทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก

ที่ประชุมอภิปรายและแสดงความคิดเห็น ซึ่งเห็นชอบ ดังนี้

- 1) เห็นชอบตามข้อเสนอแนะของกลุ่มที่ปรึกษากกรมสุขภาพจิต
- 2) ประเด็นการรับรองการฝึกอบรม กรมสุขภาพจิตจะเป็นผู้รับรอง
- 3) การรับรองเป็นไปเพื่อยกระดับวิชาชีพที่มีใบประกอบโรคศิลปะอยู่แล้ว ไม่ใช่การรับรองใบประกอบโรคศิลปะชนิดใหม่

4) การอบรมให้ใช้เป็นองค์ประกอบในการจัดหลักสูตรของการฝึกอบรมวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล) และการประชุมวิชาการ (สุขภาพจิตและวิชาชีพต่าง ๆ)

ข้อเสนอแนะผ่านสื่อมวลชน



- แนวคิดทางสุขภาพจิตกับความรุนแรงผ่านสื่อ
- แนวคิดของสุขภาพจิตกับความรุนแรงผ่านสื่อ :
กรณีศึกษา “เปรี้ยวหั่นศพ”
 - ★ การเลี้ยงลูกอย่างไรไม่ให้ใช้ความรุนแรง
 - ★ สังคมต้องเรียนรู้อะไรบ้างต่อเหตุการณ์ “ฆ่าหั่นศพ”
 - ★ การนำเสนอข่าวเปรี้ยวหั่นศพของสื่อมวลชน

แนวคิดทางสุขภาพจิตกับความรุนแรงผ่านสื่อ

การสื่อสารทาง Social Media นับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในเดือนเมษายนเรามักจะได้ยินคำว่า April fool day แต่ปัจจุบันสังคมไทยได้กลายเป็น Everyday fool day ที่ไม่ใช่แค่การสร้างการหลอกลวงธรรมดา แต่กลับกลายเป็นการสร้างความเกลียดชังจนเกิดความรุนแรงร่วมด้วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวเด็กและเยาวชนที่เติบโตมาท่ามกลางการรับรู้สื่อที่รุนแรงจนเกิดความชินชาและลดความยับยั้งชั่งใจ ยิ่งหากเป็นเด็กในกลุ่มเปราะบางอยู่แล้วก็จะเป็ปัจจัยทำให้เด็กก่อความรุนแรงได้ จากการเลียนแบบสื่อรุนแรงจึงเป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายควรช่วยกันแก้ไขอย่างจริงจัง

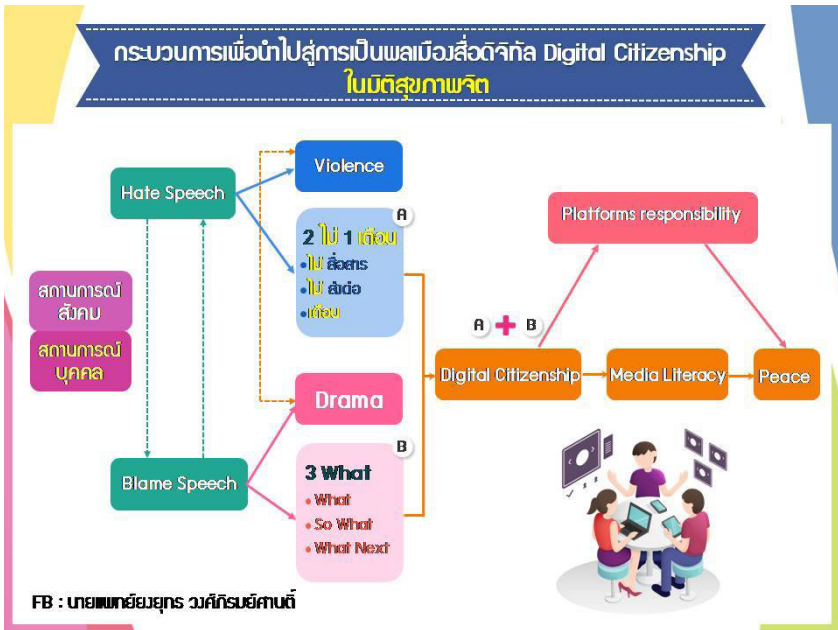
ผมขอแบ่งความรุนแรงใน Social Media เป็น

“Hate Speech” คือ การสร้างความเกลียดชังสร้างความแตกต่างจนมีผลต่อยอดไปสู่ความรุนแรงได้ เช่น เพศภาพ เชื้อชาติ ศาสนา ความคิดเห็นทางการเมือง คนพิการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรูปแบบบริบททางสังคม

“Blame Speech” คือ การสร้างความรุนแรงในเรื่องส่วนตัว เช่น กรณีการบูลลี่ เบียดเบียนศพ

การสร้างวัฒนธรรมการเป็นพลเมืองในสื่อดิจิทัลเพื่อนำไปสู่ Digital Citizenship เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวจากหลากหลายกรณีที่เกิดขึ้นพบว่ามักมีกลุ่มบุคคลที่พยายามนำเสนอข้อมูลทั้ง 2 ด้าน ซึ่งทำให้การตอบสนองทั้ง Hate Speech และ Blame Speech ลดน้อยลงภายใต้กรอบแนวคิด ดังนี้

การสื่อสารเพื่อลด Hate Speech โดยใช้ 2 ไม่ 1 เดือน (ไม่สื่อสารความรุนแรง ไม่ส่งต่อความรุนแรง เดือนด้วยถ้อยคำที่สุภาพและนำเสนอข้อมูลข้อเท็จจริง)



การสื่อสารเพื่อลด Blame Speech นั้นให้ใช้หลักเดินหน้า ผ่านรูปแบบ 3 What (**What** อะไรเกิดขึ้น **So What** สืบหาข้อเท็จจริง **What Next** เรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น) การสื่อสารปัจจุบันมักอยู่เพียง "What" สนใจเพียงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจนนำไปสู่ ดราม่าและไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง

แนวคิดของสุขภาพจิตกับความรุนแรงผ่านสื่อ

: กรณีศึกษา “เปรี้ยวหั่นศพ”



ภาพจาก Facebook : อีจัน

- ✧ การเลี้ยงดูอย่างไรไม่ให้เกิดความรุนแรง
- ✧ สังคมต้องเรียนรู้อะไรบ้างต่อเหตุการณ์ “ฆ่าหั่นศพ”
- ✧ การนำเสนอข่าวเปรี้ยวหั่นศพของสื่อสารมวลชน

จากกรณีเปรี้ยวหั่นศพ ซึ่งเป็นกระแสทางสังคมอยู่เป็นเวลากว่า 1 เดือน ผมได้ให้สัมภาษณ์ต่อสื่อมวลชนในประเด็นสุขภาพจิตภายใต้กรอบ So what และ What Next 3 หัวข้อ และเผยแพร่เนื้อหาลงใน Facebook นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ดังนี้

การเลี้ยงลูกอย่างไรไม่ให้ใช้ความรุนแรง



วันที่ 29 พฤษภาคม 2560 ผมได้ให้สัมภาษณ์นักข่าวช่อง 3 รายการเที่ยงวันทันเหตุการณ์ในประเด็น **“เลี้ยงลูกอย่างไรไม่ให้ใช้ความรุนแรง”** ต้องเข้าใจก่อนว่าความรุนแรงที่เกิดจากอาชญากรรมนั้น โดยส่วนใหญ่จะมีการวางแผนและไตร่ตรองมาก่อน และเป็นการกระทำที่หลีกเลี่ยงกฎหมาย ซึ่งมีเหตุอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ยาเสพติด การขัดแย้งกันในเชิงผลประโยชน์ จนเกิดการใช้ความรุนแรงตามมา ไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาความผิดปกติทางจิตใจ เบื้องต้นจึงไม่ควรโยนความผิดว่าเป็นคน “โรคจิต”

การที่ลูกเติบโตมาโดยไม่ใช้ความรุนแรงได้นั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมอารมณ์ และนั่นเป็นทักษะและพื้นฐานที่สำคัญสำหรับพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูโดยต้องสอนและสร้างให้กับเด็ก รวมถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวต้องให้ความรักความอบอุ่นความเมตตา เลือกทำกิจกรรมที่มีความหมายกับลูก เช่น การอ่านหนังสือให้ลูกฟัง ก่อนนอน หรืออ่านหนังสือกับลูก เป็นกิจกรรมที่ได้ประโยชน์มาก เช่นเดียวกับการเล่นเกมกระดาน

พ่อแม่หรือผู้ปกครองควรมีเวลาพาเด็กไปทำกิจกรรมนอกบ้าน เด็กจะรู้สึกว่าได้ได้รับความเอาใจใส่ ทำให้เด็กได้รับความมั่นคงภายใน ซึ่งจะเชื่อมโยงไปถึงความสามารถในการควบคุมความก้าวร้าวภายในตนเองได้ ที่สำคัญหากมีปัญหาระหว่างกันควรรีบแก้ไขทันที ห้ามใช้ความรุนแรงต่อหน้าเด็ก

เนื่องจากการเลี้ยงดูที่ทำให้เด็กเติบโตมาและมีโอกาสใช้ความรุนแรงเกิดจากปัจจัยทางครอบครัวที่เป็นปัญหา การเลี้ยงดูที่พ่อแม่ทะเลาะเบาะแว้ง เด็กถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการดูแล ขาดความรักความอบอุ่นเหล่านี้ นำมาซึ่งความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเองต่ำ ทำให้มีการใช้ความรุนแรงสูงจนกลายเป็นวิถีในการแก้ปัญหาในเวลาต่อมาซึ่งพบบ่อยมากจากสาเหตุการใช้ความรุนแรงในครอบครัว

ซึ่งที่น่าเป็นห่วงผมอยากให้ทุกคนตระหนักคือความรุนแรงจากสื่อหากพื้นฐานเด็กไม่ดีอยู่แล้วจากที่ผมได้อธิบายไว้เบื้องต้น ประกอบกับการเติบโตในชุมชนที่ชอบใช้ความรุนแรงหรือแม้แต่การเสพสื่อที่ใช้ความรุนแรงสูง ทั้งสื่อกระแสหลักและสื่อออนไลน์นั้น เป็นเหตุให้เด็กในกลุ่มเปราะบางที่มีพื้นฐานไม่ดีมีโอกาสใช้ความรุนแรงได้มากขึ้น เนื่องจากเด็กเห็นแบบอย่างดังกล่าวมาโดยตลอดจึงทำให้ขาดความยับยั้งชั่งใจและแสดงออกมาเป็นความรุนแรงในที่สุด

ในเด็กเล็กที่อายุต่ำกว่า 3 ขวบ โดยหลักการเลี้ยงดูเราจะไม่ให้พ่อแม่ผู้ปกครอง ให้เด็กได้อยู่หรือเล่นกับสื่อเหล่านี้อยู่แล้ว ทั้งเกมสออนไลน์และออฟไลน์พวกนี้จะมีการใช้ความรุนแรงเยอะ ทั้งยังทำให้เด็กเสียพัฒนาการขาดสมาธิ ทักษะทางสังคม ขาดการเรียนรู้ที่ดี หากเด็กเริ่มโตขึ้นอาจเล่นได้บ้างเพราะถือว่าเป็นกิจกรรมหย่อนใจอย่างหนึ่งก็ควรกำหนดเวลาและเรื่องที่ควรเล่น แต่บ้านเรามีปัญหา ตรงเราปล่อยให้เด็กอยู่กับสิ่งเหล่านี้นานเกินไป



การใช้ความรุนแรงที่มาจากอารมณ์และความเครียด จะต่างกับความรุนแรงที่เป็นอาชญากรรมซึ่งกระทำด้วยความตั้งใจและไตร่ตรองเพื่อหาประโยชน์ของตนและพวกพ้องถ้าถามว่าการเลี้ยงดูที่เป็นอาชญากรรมจะแตกต่างกับความรุนแรงอื่นๆ อย่างไร

จากการศึกษาพบว่าความรุนแรงแบบอาชญากรรมจะไม่มีความรู้สึกผิด แสดงว่ามีปัญหาอย่างรุนแรงจากเลี้ยงดูในวัยเด็กที่จะได้รับการพัฒนาเรื่องความรู้สึกผิดชอบชั่วดี เด็กเคยถูกทำร้าย ถูกทอดทิ้ง จนทำให้สะสมความรุนแรงและแสดงออกกับสิ่งของ สัตว์ เพื่อน โดยไม่รู้สึกผิดและพอกพูนขึ้นจนเป็นวิถีชีวิต ซึ่งการแก้ไขส่วนใหญ่จะต้องควบคุมด้วยกฎหมายไม่ให้ไปใช้ความรุนแรง ขณะที่กลุ่มที่ใช้ความรุนแรงด้วยอารมณ์ และความเครียดน่าจะแก้ไขด้วยการเรียนรู้ใหม่มากกว่า

หมายเหตุ : บทความดังกล่าวเผยแพร่ใน Facebook นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ เมื่อวันที่ 3 มิถุนายน 2560

สังคมต้องเรียนรู้อะไรบ้างต่อเหตุการณ์ “ฆ่าหั่นศพ”



วันที่ 5 มิถุนายน 2560 ที่ผ่านผมได้ให้สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ในรายการตอบโจทย์ทางช่อง TPBS เรื่อง **สังคมต้องเรียนรู้อะไรบ้างต่อเหตุการณ์ “ฆ่าหั่นศพ”**

จากเรื่องราวทั้งหมดกรณี “ฆ่าหั่นศพ” ที่ถูกทำให้เกิดดราม่าขึ้นจากสื่อกระแสหลักและสื่อออนไลน์ต่างๆ นั้น สาเหตุจากบ้านเราสนใจเพียงตัวบุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์ ว่าเกิดอะไรขึ้น? ทำไมทำอย่างนั้น? เบื้องหลังชีวิตเค้าเป็นคนอย่างไร? ซึ่งวิธีการดังกล่าวเปรียบเสมือนการตามดูภาพยนตร์หรือละครที่มีลักษณะดราม่าสูงและมองสถานการณ์อย่างสุดโต่ง ทุกอย่างเป็นเรื่องข่าวกับด่าและต้องเลือกข้าง โดยไม่ได้มองและเชื่อมโยงจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีผลกระทบอย่างไรต่อการดำเนินชีวิต มองเป็นเรื่องของบุคคลอื่นเสียหมด

การก้าวพ้นเพื่อที่จะเรียนรู้จากปัญหาและเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับประเทศไทย สังคมจะต้องเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นั้นต่างหากที่เป็นคำตอบ จากเหตุการณ์นี้หากลองพิจารณาดูจริง ๆ แล้วที่มาของความรุนแรงมีอยู่ 2 เหตุหลักๆ คือ

1. อดีต “การเลี้ยงดู” ส่วนใหญ่คนที่กระทำความรุนแรงโดยประวัติดี มักจะเคยมีประสบการณ์การได้รับความรุนแรงมาโดยตลอด เคยเห็นความรุนแรงในครอบครัว เช่น พ่อทำร้ายแม่ หรือพ่อแม่กระทำความรุนแรงกับตนเอง จนก่อตัวเป็นพื้นฐานสภาวะจิตใจที่ไม่มั่นคง คนเหล่านี้มักจะมีความสามารถในการระงับความโกรธหรืออารมณ์รุนแรงได้น้อยลง

2. ปัจจุบัน “ความเครียด” การที่บุคคลมีความกดดันหรือสะสมความเครียดมาก ๆ สามารถใช้ความรุนแรงได้ ซึ่งในปัจจุบันด้วยปัญหาแวดล้อมต่าง ๆ เช่น เศรษฐกิจ ความเครียดในการทำงาน ความเครียดจากการเดินทาง ในบุคคลที่เครียดหรือมีความซับซ้อนใจสูงมักจะแสดงความก้าวร้าวออกมาได้มากกว่าคนปกติ

อีก 1 วาทกรรมที่เกิดขึ้นในสังคมคือ “ฆาตกรโรคจิต” ซึ่งไม่ยุติธรรมเลยสำหรับผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ เนื่องจากส่วนใหญ่คนที่ฆ่าหั่นศพ มักจะคิดไตร่ตรองเพื่ออำพรางคดี ขณะที่คนที่เจ็บป่วยทางจิตจะกระทำความรุนแรงด้วยอาการหลงผิด และคิดว่าสิ่งที่ทำไปนั้นถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็นฆ่าแล้วฝังปูนซีเมนต์ ฆ่าหั่นศพ หั่นศพ ใส่กระเป๋ายोनน้ำ ไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตใจ พิจารณาดี ๆ เป็นเรื่องของอาการอาชญากรรมทั้งสิ้น

หมายเหตุ : บทความดังกล่าว เผยแพร่ใน Facebook นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ วันที่ 7 มิถุนายน 2560 ที่มาภาพประกอบจาก หนังสือพิมพ์ข่าวสด มติชนและไทยรัฐ

การนำเสนอข่าว เบี่ยงเบนศพของสื่อมวลชน



กรณีฆ่าหั่นศพ ขอแสดงความคิดเห็นแยกเป็น 3 ส่วน

1) **สื่อเสนอข่าวมากเกินไป** ควรยุติได้แล้วเพราะจะทำให้เยาวชนเข้าใจผิดไปว่าคนกระทำความผิดกลับกลายเป็นข่าวได้ทุกวันมากถึง 2 สัปดาห์ ขนาดนอนไม่หลับ (ในเรือนจำ) ก็ยังเป็นข่าว ควรยุติการเสนอข่าวในเชิงตัวบุคคล และควรยุติการอ้างว่าประชาชนสนใจเพราะเป็นความจริงครั้งเดียว อีกครั้งหนึ่งคือสื่อก็เสนอข่าวมากเกินไปด้วยจึงไปกระตุ้นความสนใจของผู้รับสื่อ

2) **สื่อเสนอข่าวด้านเดียว** คือ มุ่งเน้นตัวบุคคลโดยไม่ได้ช่วยให้สังคมได้เรียนรู้ประเด็นที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับคนส่วนใหญ่คือ บทเรียนของการใช้ความรุนแรง

ความรุนแรง เช่น การทำร้ายร่างกายจนเสียชีวิตหรือไม่ก็ตาม มีสาเหตุมาจาก 2 ด้าน คือ ความเครียดในปัจจุบันและการเลี้ยงดูในอดีตซึ่งควรเป็นอุทาหรณ์ในการแก้ไขความเครียดให้ถูกวิธีและเป็นบทเรียนกับทุกครอบครัวในการเลี้ยงดูลูกโดยไม่ใช้ความรุนแรง และไม่แสดงความรุนแรงระหว่างกันให้ลูกดู ถ้ามีปัญหาหาทางออกไม่ได้ ควรขอความช่วยเหลือจากบริการสุขภาพจิตและบริการทางสังคมที่มีอยู่ ขณะเดียวกันก็ต่างช่วยกันดูแลคนใกล้ชิดตามหลัก 3 ส. (สอดส่องมองหา ผู้ใกล้ชิดที่มีความเครียด ใส่ใจรับฟัง เพื่อเข้าใจปัญหาและสร้างความไว้วางใจ และส่งต่อเชื่อมโยง ให้เข้าสู่บริการ)

3) การใช้วาทกรรมผิด โดยเฉพาะฆาตกร “โรคจิต” มีผลเสียต่อสังคมอย่างมาก

■ ก่อนอื่นสังคมต้องเข้าใจว่าความรุนแรงนั้นเกิดจากการฆ่า ส่วนการอำพรางศพเป็นผลตามมาไม่ว่าจะเป็นวิธีใด (ถ่วงน้ำ ตัดศพ ฝังดิน นั่งยาง เทปูนทับ ฯลฯ) ก็ล้วนแต่เป็นการอำพรางศพซึ่งเสียชีวิตจากการทำ ความรุนแรงรูปแบบสูงสุดคือการฆ่า แต่สังคมมักให้ความสำคัญกับวิธีการ อำพรางศพ หรือผู้กระทำที่เป็นสตรี ทั้งๆ ที่ความจริงจะต้องให้ความสำคัญ กับการลดความรุนแรงไม่ว่าจะเป็นการทำร้ายร่างกายรวมทั้งถึงเสียชีวิต

■ เนื่องจากเราไปให้ความสำคัญกับการอำพรางศพ ก็เลยไปมี คำว่าฆาตกร “โรคจิต” ซึ่งเป็นการใช้คำที่ผิดอย่างยิ่ง เพราะผู้ป่วยโรคจิตมี ส่วนน้อยมากที่ทำความรุนแรงถึงชีวิต และหากมีก็ทำไปด้วยความหลงผิดหรือ รับรู้ผิด (หุแว่ว) จึงไม่ได้เกิดจากเจตนาที่มาจากผลประโยชน์หรือความขัดแย้ง ส่วนตัว การโยนความคิดโดยใช้คำว่า “โรคจิต” ทำให้ยิ่งเกิดผลเสียกับสังคม ที่ไปเข้าใจผู้ป่วยโรคจิตผิด และสร้างความรังเกียจเคียดแค้นกับผู้ป่วยที่ไม่รู้ อีโหน่อีเหน่ ด้วย ที่จริงโรคจิตเป็นโรคที่รักษาได้ ยิ่งปัจจุบันการรักษามีคุณภาพ และรักษาได้เร็ว ผู้ป่วยสามารถหายและกลับไปใช้ชีวิตปกติได้ สังคมจึงไม่ควร มือคดกับผู้ป่วยดังกล่าวและไม่ควรใช้คำนี้ผิดๆ