

ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการให้บริการด้านสุขภาพจิต
โครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ
กรณีศึกษากลุ่มเป้าหมายข้าราชการตำรวจ



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์
คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The Factors that Affect the Effectiveness of DePress We Care Project:
Case Study of Police officers



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Public Administration in Public Administration

Department of Public Administration

FACULTY OF POLITICAL SCIENCE

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อสารนิพนธ์	ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการให้บริการด้านสุขภาพจิต โครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจกรณีศึกษา กลุ่มเป้าหมายข้าราชการตำรวจ
โดย	ร.ต.ท.หญิงณทชา เย็นทรง
สาขาวิชา	รัฐประศาสนศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.ธนพันธ์ ไส้ประกอบทรัพย์

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบสารนิพนธ์

.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปกรณ์ ศิริประกอบ)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธนพันธ์ ไส้ประกอบทรัพย์)	
.....	กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุนนทิพย์ จิตสว่าง)	
.....	กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพงศ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา)	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ณทษา เย็นทรวง : ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการให้บริการด้านสุขภาพจิตโครงการ
Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจกรณีศึกษากลุ่มเป้าหมายข้าราชการตำรวจ. (The
Factors that Affect the Effectiveness of Depress We Care Project:Case
Study of Police officers) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.ธนพันธ์ โล่ประกอบทรัพย์

ข้าราชการตำรวจเป็นบุคลากรที่มีอำนาจหน้าที่ในการป้องกันปราบอาชญากรรม รวมทั้ง
อำนวยความสะดวกให้กับประชาชน เป็นอาชีพที่ได้รับความกดดันจากการทำงาน นำไปสู่ภาวะ
ซึมเศร้า และปัญหาการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาล
ตำรวจ จึงได้จัดตั้งโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ ขึ้นและสร้างช่องทางการ
ให้บริการด้านสุขภาพจิตผ่านการส่งข้อความทางอินบ็อกซ์เพจเฟซบุ๊กและสายด่วน เพื่อหวังที่จะ
แก้ปัญหาดังกล่าว ทว่ากลับมีข้าราชการตำรวจที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักเข้าร่วมโครงการและติดต่อ
เข้ามาน้อย สารนิพนธ์ฉบับนี้จึงทำขึ้นโดยมีจุดประสงค์เพื่ออธิบายถึงสถานการณ์ ปัญหา และ
อุปสรรคในการดำเนินการโครงการ ปัจจัยภายในและภายนอกที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของโครงการ
รวมถึงหาข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดำเนินการในโครงการ ต่อกลุ่มเป้าหมายข้าราชการตำรวจ
ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านการรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ในกรอบชิปโมเดล ประกอบด้วย
ปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยตัวป้อนเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการ ที่ส่งผลต่อประสิทธิผล ซึ่งในการ
รวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง การแจกแบบสอบถามแก่ข้าราชการตำรวจกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 385 คน ร่วมกับการสัมภาษณ์บุคลากรผู้ดำเนินโครงการ พบว่าปัจจัยด้านบริบทที่ขัดขวาง
เป็นปัจจัยทางสังคม ทั้งวัฒนธรรมองค์กร ทศนคติของผู้บังคับบัญชาที่มีต่อผู้ที่เข้ารับการรักษา และ
ความรู้ ความเข้าใจของข้าราชการตำรวจที่มีต่อโครงการ ส่วนปัจจัยตัวป้อนเข้าและปัจจัยด้าน
กระบวนการเองก็ยังคงมีการเพิ่มเติมทรัพยากรบุคคลหากต้องการรองรับการให้บริการที่มีปริมาณ
มากขึ้นในอนาคต และต้องเพิ่มเติมการประชาสัมพันธ์ไปยังกลุ่มเป้าหมายมากขึ้นเพื่อขยาย
ประสิทธิผลในการรับรู้โครงการให้มากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่ประสิทธิผลในการเข้าร่วม และผลลัพธ์
สูงสุดในการลดการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจต่อไป

สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6180927724 : MAJOR PUBLIC ADMINISTRATION

KEYWORD: project management, project evaluation, police officers, police
general hospital, depression

Natacha Yensuang : The Factors that Affect the Effectiveness of Depress We
Care Project:Case Study of Police officers . Advisor: Assoc. Prof. Thanapan
Laiprakobsup, Ph.D.

Police officers have duties to prevent crimes and provide justice for all citizens. This profession has high work pressure leading to depression and suicide problems. To solve the problems, the Psychiatry and Narcotics Division of Police General Hospital has established Depress we care project which has the channels for police officers who need mental health care services by texting via Facebook inbox and calling via hotline. However, there are only a few numbers of the police officers who joined in this project lead to the objectives of this research paper to describe the situation and hindrance from both external and internal factors that affect the effectiveness of this project and to find the suggestion for improvement. Using the CIPP model, this research focused on context, input, and process factors and gathered the data from documents, questionnaires collected from 385 samples, and the interviews from the project's staff. The research founded out that as of the factors related to context, social factors like the organization's culture, the superiors' attitude toward psychiatric patients, and the lack of project information are hindrances. While input and process factors are the expansion of the project's staff for prospective users and more communication to the target group needs to be done, leading to the decrease of police officers' suicide cases as the outcomes.

Field of Study: Public Administration

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ ได้การดำเนินการจนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์ โดยได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ธนพันธ์ ไกล่ประกอบทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาที่คอยติดตาม และให้คำแนะนำอย่างดีตลอดมา และต้องกราบขอบพระคุณคณะกรรมการการสอบสารนิพนธ์อีก 3 ท่าน ประกอบไปด้วย รองศาสตราจารย์ ดร. ปกรณ์ ศิริประกอบ หัวหน้าภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์และประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ ดร. สุนนทีพย์ จิตสว่าง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพงศ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา กรรมการสอบ ที่ให้เกียรติมาร่วมดำเนินการสอบสารนิพนธ์ อีกทั้งยังชี้แนะแนวทางแก่นิสิต และขอขอบพระคุณคณาจารย์ในหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านที่ร่วมถ่ายทอดวิชาความรู้ให้แก่ นิสิต จนสามารถนำมาปรับใช้ได้ทั้งกับหน้าที่การงาน และการทำสารนิพนธ์ในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณการสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งคุณพ่อ พลตำรวจเอก รชต เย็นทรง และคุณแม่ ทิพสราวัล ธีระพงษ์พันธ์ ต้องขอขอบพระคุณคุณน้า พันตำรวจเอกหญิง พงษ์จิตรา ธีระพงษ์พันธ์ ที่คอยให้ความช่วยเหลือประสานงานติดต่อ และให้กำลังใจอีกแรง

ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนสำคัญอย่างมากในการให้ข้อมูล ทั้งสำนักงานนายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด และศูนย์ประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลตำรวจ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า และให้ความร่วมมือแบ่งปันข้อมูลความรู้จวบจนสารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จออกมาได้ อีกทั้งยังต้องขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่อาจจะไม่ได้เอ่ยนามที่ช่วยกรุณาสละเวลาตอบแบบสอบถาม

ขอขอบคุณเพื่อนๆ ในหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตทุกคนที่ร่วมฝ่าฟันกันมา ให้กำลังใจกัน และช่วยผลักดันกันจนสำเร็จ ขอขอบคุณพี่เอ้ พี่ลิ่งค์ พี่ไอค์ พี่เป๊กซ์ พี่เบนซ์ พี่นัท พี่เอิร์น พี่เก้า พี่แดงโม พี่มะปราง และลูกปัด ทั้งยังต้องขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะรัฐศาสตร์ที่คอยอำนวยความสะดวกช่วยประสานงานตลอดการเรียนการสอนตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

สุดท้ายนี้ หวังว่าสารนิพนธ์ฉบับนี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ให้กับผู้ที่สนใจ และหวังว่าจะสามารถเป็นรากฐานในการศึกษาในด้านสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตหรือการดำรงชีวิตของข้าราชการตำรวจได้ในอนาคตต่อไป

ณทชา เย็นทรง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญแผนภาพ.....	ฎ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฏ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ.....	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
1.3 คำถามการวิจัย.....	3
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	3
1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา.....	3
1.4.2 ขอบเขตด้านช่วงเวลา.....	4
1.4.3 ขอบเขตประชากรและบุคคลที่จะสัมภาษณ์.....	4
1.4.3.1 ขอบเขตประชากรที่เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม.....	4
1.4.3.2 ขอบเขตด้านบุคคลที่จะสัมภาษณ์.....	4
1.4.4 ขอบเขตระยะเวลาการวิจัย.....	4
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
บทที่ 2 สรุปรวแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
บทนำ.....	6

2.1	สำรวจทฤษฎีและแนวคิดหลัก	8
2.2	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
2.3	ประเด็นสำคัญและการวิพากษ์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	22
2.4	กรอบการวิจัย	24
	บทสรุป.....	26
บทที่ 3	การออกแบบงานวิจัย.....	28
	บทนำ	28
3.1	ข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล.....	29
3.1.1	ขอบเขตของข้อมูล.....	29
3.1.1.1	การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ	29
3.1.1.2	การเก็บข้อมูลในเชิงคุณภาพจากผู้ให้สัมภาษณ์	30
3.1.2	สื่อและเอกสารที่เกี่ยวข้อง	31
3.1.3	วิธีการเก็บข้อมูล	31
3.1.3.1	การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ	32
3.1.3.1	การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ.....	33
3.1.4	เครื่องมือในการเก็บข้อมูล.....	33
3.1.4.1	เครื่องมือที่ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในการแจกแบบสอบถาม	33
3.1.4.2	เครื่องมือที่ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก	33
3.2	วิธีการวิเคราะห์.....	35
3.2.1	การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	35
3.2.1.1	ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics).....	35
3.2.1.2	ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistics).....	35
3.2.2	การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเอกสารที่เกี่ยวข้อง	40
	บทสรุป.....	41

บทที่ 4 การวิเคราะห์ผลการวิจัย	42
บทนำ	42
4.1 ปัจจัยด้านบริบท	44
4.1.1 กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง	44
4.1.2 มาตรการส่งเสริมจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติและการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง ของโรงพยาบาลตำรวจ.....	47
4.1.3 ความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติของข้าราชการตำรวจต่อการรับบริการด้านสุขภาพจิต	49
4.1.3.1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง	49
3.1.3.2 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพจิต	51
3.1.3.3 ทัศนคติที่มีผลต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต.....	53
3.2 ปัจจัยตัวป้อนเข้า.....	60
3.2.1 แผนและที่มาของโครงการ Depress we care.....	60
3.2.2 งบประมาณของโครงการ Depress we care.....	61
3.2.3 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการในโครงการ Depress we care	61
3.2.4 ทรัพยากรบุคคลในโครงการ Depress we care	61
3.3 ปัจจัยด้านกระบวนการ	62
3.3.1 โครงสร้าง หน้าที่และกระบวนการในการดำเนินงาน.....	62
3.3.2 การประสานงานและระบบเครือข่าย	64
3.3.3 การควบคุมการดำเนินงานและการประเมิน.....	65
3.4 ประสิทธิภาพของโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ	65
3.4.3 ระดับการยับยั้งการฆ่าตัวตาย	66
บทสรุป.....	67
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย.....	69

บทนำ	69
5.1 อภิปรายผลการวิจัย	69
5.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	72
5.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต.....	73
บรรณานุกรม.....	74
ภาคผนวก.....	77
ประวัติผู้เขียน.....	106



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 รายละเอียดการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ	30
ตาราง 2 ปัจจัยภายในที่เป็นจุดแข็งและจุดอ่อนของโครงการ	43
ตาราง 3 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง	50
ตาราง 4 ข้าราชการตำรวจที่รู้จักผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต	51
ตาราง 5 ข้าราชการตำรวจที่รู้จักโครงการ และข้าราชการตำรวจที่เคยปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพจิต จากโครงการ	52
ตาราง 6 แหล่งข้อมูลหรือสื่อที่ทำให้รู้จักโครงการ Depress we care	53
ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ทัศนคติที่มีผลต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตในด้านการตีตราระดับ สังคม	54
ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ทัศนคติที่มีผลต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตในด้านการตีตราระดับ บุคคล	56
ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ทัศนคติที่มีผลต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตในด้านการตีตราระดับ หลีกเลี่ยง	57
ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ทัศนคติที่มีผลต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หน้าที่การงาน	58
ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ทัศนคติที่มีผลต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตใน	59
ตาราง 12 สถิติการรับบริการด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจผ่านโครงการ Depress we care	66
ตาราง 13 สรุปผลการศึกษาแบบตามโมเดล CIPP	68

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพ 1 โมเดลพื้นฐานของ Stufflebeam (1966)	13
แผนภาพ 2 กรอบการวิจัย	24
แผนภาพ 3 โครงสร้างการดำเนินงานภายในโครงการ Depress we care	62



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิ 1 สถิติการเข้ารับการรักษาสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในโรงพยาบาลตำรวจ	15
แผนภูมิ 2 สถิติการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจปี พ.ศ.2556-2562.....	67



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1 บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

ข้าราชการตำรวจ ถือเป็นบุคลากรภาครัฐที่มีหน้าที่หลักเป็นด่านหน้าในการป้องกันปราบปรามอาชญากรรม ดูแลรักษาความสงบภายในประเทศ รวมไปถึงการบริการสังคม และอำนวยความสะดวกให้กับประชาชนในหลายๆด้าน เป็นต้นทางของสายธารแห่งกระบวนการยุติธรรมที่ต้องทำงานใกล้ชิดกับประชาชน ภายใต้ความคาดหวังและความกดดันที่มีสูงทั้งจากประชาชนและจากผู้บังคับบัญชา อีกทั้งมีลักษณะงานโดยทั่วไปที่มีการจัดกำลังในการเข้าเวร-ออกเวรเพื่อปฏิบัติภารกิจตามอำนาจหน้าที่ บางสายงานมีการทำงานอย่างต่อเนื่อง ไม่เป็นเวลา ไม่มีเวลาเข้าออกตายตัว ดังนั้นหน้าที่และความรับผิดชอบ ความกดดัน และการทำงานไม่เป็นเวลาดังกล่าว จึงเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดสะสม ซึ่งนำไปสู่ปัญหาใหญ่ คือ ปัญหาข้าราชการตำรวจเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นปัญหาที่ปรากฏให้เห็นเป็นข่าวในสื่อต่างๆและเป็นที่รับรู้ในสังคมทั่วไป อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่จะเกิดมากขึ้นในแต่ละปี โดยที่ผ่านมาสำนักรงานตำรวจแห่งชาติได้มีการตั้งคณะศึกษารวมถึงการมอบหมายให้หน่วยงานในสังกัด ทำการศึกษาถึงสาเหตุและปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจ รวมไปถึงการออกมาตรการต่างๆรับมือกับสถานการณ์นี้ ซึ่งจากการรวบรวมสถิติเพื่อศึกษาหาแนวโน้ม ปัจจัย รวมทั้งสาเหตุ ดังนี้

รายงานผลการศึกษาศาเหตุของกองวิจัย สำนักยุทธศาสตร์ตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จัดทำร่วมกับกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ¹ ซึ่งจัดทำขึ้นในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2551 - พ.ศ.2556 ระบุว่า มีข้าราชการตำรวจจำนวน 174 นาย ฆ่าตัวตายในช่วงเวลาดังกล่าว หรือคิดเป็นจำนวนเฉลี่ย 29 นายต่อปี โดยในจำนวนดังกล่าว สายงานที่มีการฆ่าตัวตายจำนวนมากที่สุด คือ สายงานป้องกันปราบปราม ซึ่งมีจำนวน 130 คิดเป็นร้อยละ 74.70 จากกรณีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจทั้งหมดในช่วงเวลาดังกล่าว โดยมีสาเหตุมาจากปัญหาครอบครัวเป็นอันดับหนึ่ง ตามมาด้วยปัญหาสุขภาพ ปัญหาส่วนตัว ปัญหาหนี้สิน และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่การงานตามลำดับ

นอกจากนี้ยังมีการรวบรวมสถิติโดยโรงพยาบาลตำรวจในช่วงปี พ.ศ.2555 - พ.ศ.2559 เพื่อหาสาเหตุในเชิงลึกเพิ่มเติม รวมทั้งองค์ประกอบที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจ²

¹ "รายงานผลการศึกษาศาเหตุการฆ่าตัวตายของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ปีงบประมาณ 2557," กองวิจัย สำนักงานยุทธศาสตร์ตำรวจ, 2557, accessed 13 มกราคม, 2563, <http://www.research.police.go.th/index.php/datacenter/research/-/1/-/32---1>.

² "จิตแพทย์ชี้ หากตำรวจคิดฆ่าตัวตาย มักประสบความสำเร็จสูงกว่าคนในอาชีพอื่น," (ข่าวออนไลน์), บีบีซีนิวส์ไทย, 2562, accessed 12 มกราคม, 2563, <https://www.bbc.com/thai/thailand-46744797>.

พบว่ามีการสำรวจฆ่าตัวตายเฉลี่ยปีละ 30 นาย ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากสถิติก่อนหน้านี้ และเมื่อเปรียบเทียบกับประชาชนทั่วไป การสำรวจฆ่าตัวตายสูงกว่าถึง 2.32 เท่า โดยเฉพาะในสายงานป้องกันปราบปราม เนื่องจากมีอาวุธใกล้ตัว และสัมผัสกับความรุนแรงของคดีตลอดเวลา ซึ่งสัมพันธ์กับสถิติวิธีการในการฆ่าตัวตาย ที่ระบุว่ามีการใช้อาวุธปืนมากที่สุด โดยในการศึกษาเชิงลึกพบว่า ปัญหาครอบครัว ปัญหาสุขภาพ ปัญหาส่วนตัว ปัญหาหนี้สิน และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่การงานที่เป็นสาเหตุ ส่งผลต่อเนื่องเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความเครียด ไปจนถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าในเวลาต่อมา ประกอบกับการถูกระงับจากสาเหตุเดิมหรือพฤติกรรมประกอบอื่นๆ อาทิ การดื่มสุรา ฯลฯ ทำให้สูญเสียการควบคุมอารมณ์และนำไปสู่การฆ่าตัวตายด้วยความหุนหันพลันแล่นในที่สุด หรือกล่าวโดยสรุปได้ว่าองค์ประกอบในการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจ เกิดจาก 2 องค์ประกอบ คือ ภาวะซึมเศร้าที่ทำให้สูญเสียความสามารถในการควบคุมอารมณ์ และอาวุธที่หาได้ง่าย อยู่ใกล้ตัว

ในการรับมือกับปัญหาดังกล่าว สำนักงานตำรวจแห่งชาติได้มีการกำหนดแนวทางการดำเนินการต่างๆ ขึ้นมาตั้งแต่ในอดีต ซึ่งงานด้านการแพทย์ สุขภาวะและจิตวิทยา ก็เป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการดำเนินการเพื่อลดการฆ่าตัวตาย โดยอยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ แต่ถึงกระนั้นในการเข้ารับการรักษา พบว่าข้าราชการตำรวจยังมีมุมมองต่อการรับบริการด้านจิตเวชไม่ต่างจากประชาชนทั่วไป คือกลัวถูกมองว่าเป็นโรคจิต และเกรงว่าเมื่อผู้บังคับบัญชาทราบจะส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ขัดขวางการเข้าถึงบริการรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงด้านพื้นที่ที่ยังมีเพียงในกรุงเทพมหานคร อีกทั้งยังมีปัญหาด้านบุคลากรภายในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดที่มีไม่เพียงพอรองรับผู้ป่วยทั้งข้าราชการตำรวจ และประชาชนทั่วไปที่มีจำนวนมากในแต่ละวัน

ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ปัญหาดังกล่าวให้ข้าราชการตำรวจได้เข้าถึงการบริการมากขึ้น กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ จึงได้มีการจัดตั้ง “โครงการ Depress We Care ซึมเศร้า เราใส่ใจ” ขึ้น โดยมีเพจเฟซบุ๊กและเบอร์โทรศัพท์ 0819320000 เพื่อเป็นช่องทางให้ข้าราชการตำรวจ สามารถเข้าขอรับคำปรึกษาแบบเร่งด่วนได้ทันที โดยมีนักจิตวิทยาคอยตอบคำถาม ให้คำแนะนำ วินิจฉัยอาการก่อนจะส่งต่อไปยังจิตแพทย์อีกครั้งเมื่อพบว่ามีอาการรุนแรง อีกทั้งยังอาศัยความร่วมมือจากศูนย์ประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลตำรวจมาช่วยเป็นผู้ดูแลเพจเฟซบุ๊กและผลิตสื่อสำหรับเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าด้วย

โครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ จึงเป็นช่องทางในการสื่อสารและการให้คำปรึกษาเบื้องต้นที่มีความสำคัญในการป้องกันและยับยั้งการฆ่าตัวตายในกลุ่มข้าราชการตำรวจที่มีอาการของภาวะซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้า อีกทั้งยังมีความน่าสนใจในแง่ของการนำเทคโนโลยีและ

สื่อสังคมออนไลน์มาใช้เป็นช่องทางการสื่อสาร เพื่อลดช่องว่างของการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพจิตที่กระจุกตัวเฉพาะพื้นที่ ให้สามารถขยายวงกว้างได้มากขึ้น รวมทั้งสร้างการเข้าถึงบริการโดยตรงอย่างเป็นความลับได้ ลดความกังวลว่าจะส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน

ทว่าจากการเก็บรวบรวมสถิติการใช้บริการในระหว่างที่ดำเนินโครงการมาได้ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มผู้ใช้บริการส่วนใหญ่กลับเป็นประชาชนทั่วไปซึ่งมีมากถึงร้อยละ 90 ขณะที่ข้าราชการตำรวจที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการที่มาใช้บริการผ่านทางโครงการมีเพียงร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงกระบวนการในการดำเนินงาน รวมไปถึงการหาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการดำเนินการในโครงการดังกล่าว โดยมุ่งเน้นการศึกษากลุ่มเป้าหมายข้าราชการตำรวจที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการนี้ เพื่ออธิบายสถานการณ์ รวมถึงหาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนาโครงการดังกล่าว นำไปสู่การลดอัตราการฆ่าตัวตายของกลุ่มข้าราชการตำรวจต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 เพื่ออธิบายถึงสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินการโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นข้าราชการตำรวจ

1.2.2 เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทั้งภายในและภายนอกที่มีผลกระทบต่อประสิทธิผลการดำเนินการของโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นข้าราชการตำรวจ

1.2.3 เพื่อเสนอข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดำเนินการในโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 คำถามการวิจัย

ปัจจัยใดที่มีผลต่อประสิทธิผลการให้บริการด้านสุขภาพจิตโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ ในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นข้าราชการตำรวจ

1.4 ขอบเขตการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาถึงประสิทธิผลในการให้บริการคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตแก่ข้าราชการตำรวจ ผ่านช่องทางทางการติดต่อของโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ ทั้งทางเฟซบุ๊ก และเบอร์โทรศัพท์ 0819320000 โดยใช้โมเดล CIPP ของ Stufflebeam, 1966 เป็นกรอบการศึกษา เพื่อหาปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลการดำเนินโครงการ ซึ่งประกอบไปด้วย

- การประเมินบริบทหรือสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation)
- การประเมินตัวป้อนเข้า (Input Evaluation)

- การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation)
- การประเมินผลผลิตที่เกิดขึ้น (Product Evaluation)

1.4.2 ขอบเขตด้านห้วงเวลา

ในการวิจัยนี้ จะทำการศึกษาวิจัยเพื่ออธิบายสถานการณ์และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการให้บริการด้านสุขภาพจิตตั้งแต่ช่วงเริ่มต้น โครงการ Depress we care ซีเอ็มเสร์้า เราใส่ใจ ซึ่งได้เริ่มเปิดเพจเฟซบุ๊กและสายด่วนในวันที่ 5 มกราคม พ.ศ.2561 จนถึงช่วงเดือนมกราคม พ.ศ.2563 กล่าวคือมีขอบเขตด้านห้วงเวลาที่จะทำการศึกษาเป็นเวลา 2 ปี โดยประมาณ

1.4.3 ขอบเขตประชากรและบุคคลที่จะสัมภาษณ์

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถอธิบายสถานการณ์และนำมาวิเคราะห์ได้โดยไม่ขาดมิติใดมิติหนึ่ง งานวิจัยนี้จะแบ่งขอบเขตของการหาข้อมูลเป็นขอบเขตของประชากรที่เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม เพื่อสำรวจปัจจัยสภาวะแวดล้อมด้านทัศนคติของข้าราชการตำรวจที่มีต่อการเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต และขอบเขตด้านบุคคลที่จะสัมภาษณ์ เพื่ออธิบายปัจจัยตัวป้อนเข้าและกระบวนการ ดังนี้

1.4.3.1 ขอบเขตประชากรที่เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม เก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการ คือ ข้าราชการตำรวจ ซึ่งมีกำลังพลทั้งหมด 213,457 นายทั่วประเทศ³ เพื่อสำรวจความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต

1.4.3.2 ขอบเขตด้านบุคคลที่จะสัมภาษณ์ ประกอบไปด้วยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการในโครงการ Depress we care ซีเอ็มเสร์้า เราใส่ใจ เพื่อสัมภาษณ์หาข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารและการดำเนินงาน อาทิ

- หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมโครงการในด้านการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต
- หัวหน้าศูนย์ประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งทำหน้าที่สนับสนุนด้านการประชาสัมพันธ์โครงการและการผลิตเนื้อหาเผยแพร่ในเพจ Depress we care ซีเอ็มเสร์้า เราใส่ใจ
- บุคลากรในโครงการ อาทิ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา ผู้ดูแลเพจ

1.4.4 ขอบเขตระยะเวลาการวิจัย

ขอบเขตด้านระยะเวลาการวิจัย จะใช้ระยะเวลาในการวิจัยและศึกษาค้นคว้าทั้งหมด 5 เดือน เริ่มตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ.2563 – เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2563

³ "กำลังพลตำรวจทั่วประเทศ," (ฐานข้อมูล), สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, 2563, accessed 27 มีนาคม, 2563, <https://polisweb.go.th/polis>.

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 เพื่อให้สามารถนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ในการแสวงหาแนวทางและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินโครงการ Depress we care ต่อไป

1.5.2 เพื่อให้การให้บริการด้านสุขภาพจิตและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าของโครงการ Depress we care สามารถให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายที่เป็นข้าราชการตำรวจได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น



บทที่ 2 สํารวจแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้ากลายเป็นประเด็นที่สังคมกล่าวถึงอย่างมากและได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้เป็นหนึ่งในประเด็นด้านสุขภาพที่สำคัญ ภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้าเป็นภัยเงียบของสุขภาพเกิดขึ้นได้กับคนทุกวัย หากไม่ได้รับการแก้ไข จะมีผลกระทบรุนแรง ส่งผลให้ทำงานหรือเรียนหนังสือตามปกติไม่ได้ เป็นสาเหตุที่สูงถึงร้อยละ 70 ที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายก่อนวัยอันควร และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศไทย ยังคงมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น จากสถิติในปี พ.ศ.2562 คนไทยพยายามฆ่าตัวตายชั่วโมงละ 6 คน หรือทั้งปีมากกว่า 53,000 คนและเสียชีวิตราว 4,000 คน ถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประเทศ⁴ ซึ่งในกรณีการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจนั้นมีโอกาสทำสำเร็จกว่าประชาชนทั่วไปถึง 2.32 เท่า และมีสาเหตุเชิงลึกมาจากภาวะอารมณ์ซึมเศร้าจากการปรับตัวไม่ได้กับปัญหาที่มากกระทบจิตใจทำให้เกิดความเครียดสะสม ประกอบกับการมีอาวุธใกล้ตัว แต่อย่างไรก็ยังสามารถฟื้นฟูอาการให้กลับมาดำเนินชีวิตประจำวันอย่างปกติได้หากได้รับคำปรึกษา พุดคุย และการใช้ยารักษาที่ถูกต้องเหมาะสม⁵

โดยในกรณีของการรักษาและฟื้นฟูอาการของข้าราชการตำรวจที่มีภาวะซึมเศร้าจากปัจจัยปัญหาที่เข้ามากระทบดังกล่าว แม้จะสามารถฟื้นฟูได้โดยการพุดคุย ให้คำปรึกษาปลอบใจ หรือใช้ยาในการรักษา แต่ก็มีปัจจัยที่ขัดขวางการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจ อาทิ การกลัวว่าจะถูกมองว่าเป็นโรคจิต กลัวการถูกตีตราทางสังคม กลัวว่าจะส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน อีกทั้งยังถูกคาดหวังว่าเป็นอาชีพที่จะต้องมีความแข็งแกร่งและมีระเบียบวินัย ซึ่งจากสภาพแวดล้อมการตีตราดังกล่าว สามารถนำไปสู่พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการถูกตีตรา บ่ายเบี่ยงการสังเกตอาการของตนเอง ไม่รู้ตัวว่าตนเองมีอาการซึมเศร้า และพยายามไม่ให้ความสนใจในเรื่องนี้ นับเป็นปัจจัยทางสังคมและเป็นสภาพแวดล้อมอย่างหนึ่งที่ส่งผลขัดขวางการเข้าถึงและเข้ารับบริการบริการด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดำเนินโครงการที่ส่งผลต่อการเข้าถึงการให้บริการและขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต รวมทั้งความสำเร็จในโครงการด้านสุขภาพจิตโดยทั่วไป ที่ได้มีการศึกษาวิจัยมาก่อนหน้านี้ อาทิ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ว่ามีนโยบายสนับสนุนและมี

⁴ "สุขภาพ : ทำไม "โรคซึมเศร้า" เป็นหนึ่งประเด็นด้านสุขภาพจิตที่คนไทยพูดถึงมากที่สุดในปี 2562," (ข่าวออนไลน์), ซีซีนิวส์ไทย, 2562, accessed 13 มกราคม, 2563, <https://www.bbc.com/thai/features-50922434>.

⁵ ทศพล ชัยสัมฤทธิ์ผล, "จิตแพทย์ชี้ หากตำรวจคิดฆ่าตัวตาย มักประสบความสำเร็จสูงกว่าคนในอาชีพอื่น."

กฎหมายที่เกี่ยวข้องส่งผลกระทบต่อโครงการหรือไม่ อย่างไร ปัจจัยด้านบุคลากรมีทักษะและความพร้อมในการให้คำปรึกษามากน้อยแค่ไหน และปัจจัยด้านระบบ ที่ต้องมีการประสานงาน รวมไปถึงการสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เกี่ยวข้องในรูปแบบต่างๆที่สามารถช่วยสนับสนุนให้โครงการดำเนินไปได้ด้วยดี

ซึ่งโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ เป็นโครงการของโรงพยาบาลตำรวจที่สร้างช่องทางการสื่อสารในการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ไปจนถึงการสามารถพูดคุยรับคำปรึกษาได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ไม่เปิดเผยต่อผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน หรือคนใกล้ชิด มีวัตถุประสงค์หลักของโครงการ คือ เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการตำรวจ โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าระยะเริ่มแรกสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตจากกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจได้สะดวกและง่ายขึ้น และเพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการให้บริการของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดได้ตลอด 24 ชั่วโมง และตั้งเป้าว่าต้องการให้ข้าราชการตำรวจที่มีปัญหาสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตในด้านโรคซึมเศร้า นำไปสู่ผลลัพธ์ในการลดการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจ ทว่าร้อยละ 90 ของผู้เข้ารับบริการผ่านโครงการกลับเป็นประชาชนทั่วไป ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายที่เป็นข้าราชการตำรวจ อีกทั้งยังต้องมีการแบ่งบุคลากรเข้าเวรดูแลการพูดคุยให้คำปรึกษาในแต่ละช่องทางด้วย ซึ่งในทางหนึ่ง สามารถประหยัดงบประมาณในการจ้างบุคลากรเพิ่มเติมให้กระจายไปในแต่ละพื้นที่ และสามารถมั่นใจในการให้บริการจากจิตแพทย์และนักจิตวิทยา แต่ก็อาจมีผลให้เกิดภาระงานที่หนักต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการได้ เนื่องจากเป็นงานที่มีเพิ่มเติมขึ้นมาจากงานประจำ

การทบทวนวรรณกรรมนี้ จึงมุ่งหาปัจจัยต่างๆ ทั้งปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยขัดขวางที่อาจมีผลต่อการประสบความสำเร็จในการดำเนินโครงการ Depress we care ของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ ต่อกลุ่มเป้าหมายที่เป็นข้าราชการตำรวจโดยเฉพาะ จึงเริ่มจากการสำรวจทฤษฎีและแนวคิดหลักทางรัฐประศาสนศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง อาทิ การบริหารโครงการ และการประเมินโครงการ เพื่อหารูปแบบหรือโมเดล มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์ อีกทั้งยังมีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโครงการด้านสุขภาพจิตที่มีการศึกษาหาปัจจัยที่ส่งต่อความสำเร็จและปัจจัยขัดขวาง จากงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ทั้งที่เป็นโครงการด้านสุขภาพจิตโดยทั่วไป และโครงการด้านสุขภาพจิตสำหรับข้าราชการตำรวจ รวมทั้งงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้สื่อออนไลน์ในการให้บริการด้านสุขภาพจิต ตลอดจนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสาะหาและนำวิธีการประเมิน รวมทั้งปัจจัยที่ได้มีการศึกษามาก่อนหน้า มาประยุกต์ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของโครงการ Depress we care หาข้อเสนอแนะที่จะนำมาพัฒนาประสิทธิผลของโครงการต่อไปได้

2.1 สำนวณทฤษฎีและแนวคิดหลัก

สำหรับทฤษฎีและแนวคิดด้านรัฐประศาสนศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารโครงการ และการประเมินโครงการ ซึ่งสามารถนำมาทบทวนเพื่อหากรอบการวิจัยในแง่มุมมองของการหาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของโครงการ มีดังต่อไปนี้

ในการที่โครงการหนึ่งๆ หากจะให้มีการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จำเป็นจะต้องมีการบริหารโครงการที่ดี โดยมีมาให้มีความหมายเกี่ยวกับการบริหารโครงการไว้ว่า การบริหารโครงการ คือ ความพยายามในการบรรลุวัตถุประสงค์เฉพาะของโครงการ โดยอาศัยกระบวนการทำงานที่มีความเป็นเอกภาพ มีความสัมพันธ์กับงานรูปแบบต่างๆ และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ⁶ หรืออีกความหมายหนึ่งที่สรุปไว้ในทิศทางเดียวกัน กล่าวว่า การบริหารโครงการ หมายถึง กระบวนการในการดำเนินกิจกรรมด้วยวิธีการที่แตกต่างจากการบริหารงานประจำ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ภายใต้กรอบงบประมาณและเวลา โดยวัตถุประสงค์ที่กำหนดอาจเป็นการสร้างการเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีลักษณะเชิงปริมาณ คุณภาพ หรือทั้งสองอย่าง⁷ ซึ่งเมื่อให้ความหมายในแง่มุมนี้ จะสามารถเห็นได้ว่าระบบของการบริหารโครงการต้องประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากรของโครงการ กระบวนการดำเนินโครงการ ไปจนถึงผลผลิตที่จะนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ เกิดประสิทธิผลในการดำเนินโครงการ

ซึ่งกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติในการบริหารโครงการให้เกิดประสิทธิผลและมีความสอดคล้องกันในการดำเนินการ ประกอบไปด้วยกิจกรรมหลายประการ อาทิ

1. การศึกษาความเป็นไปได้เบื้องต้นและการวางแผนโครงการ เป็นกระบวนการแรกในการเริ่มต้นดำเนินโครงการ ถือเป็นการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม สถานการณ์ ความต้องการความจำเป็น และความเป็นไปได้ ก่อนที่จะมีการวางกรอบการดำเนินงาน กำหนดกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็นต้องปฏิบัติ รวมทั้งเป็นการพยายามพยากรณ์สถานการณ์ในอนาคตล่วงหน้า เพื่อลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินโครงการ ซึ่งในการวางแผนอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องมีลักษณะเฉพาะเจาะจงเข้ากับบริบทที่แตกต่างของแต่ละโครงการ แต่ก็ต้องมีความยืดหยุ่นรับต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้น ต้องกำหนดความสัมพันธ์ในการทำงานของฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการประสานงานที่ดี อีกทั้งต้องมีการวางแผนการควบคุมเพื่อให้การดำเนิน

⁶ สมบัติ ธำรงธัญวงศ์, การบริหารโครงการ, 3 ed. (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เสมาธรรม, 2546).

⁷ มยุรี อนุমানราชธน, การบริหารโครงการ *Project Management*, 6 ed. (ปทุมธานี: บริษัท ดุมาเยส จำกัด, 2551).

โครงการเป็นไปตามที่กำหนด ทั้งในด้านของกรอบเวลาและงบประมาณ นำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการในตอนท้าย

องค์ประกอบของการวางแผนสามารถพิจารณาได้จากองค์ประกอบ 9 ประการสำคัญ⁸ ได้แก่

- การกำหนดภาพรวมของโครงการ เป็นการสรุปวัตถุประสงค์และขอบเขตของโครงการโดยสังเขป รวมทั้งอธิบายถึงความเชื่อมโยงระหว่างวัตถุประสงค์ของโครงการและวัตถุประสงค์ขององค์การ โครงสร้างการบริหารโครงการ และจุดระยะเวลาที่สมควรมีการติดตามและตรวจสอบความคืบหน้า

- การกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ โดยเป็นการกำหนดวัตถุประสงค์อย่างเป็นรูปธรรม และแสดงรายละเอียด ทั้งวัตถุประสงค์ทั่วไปและวัตถุประสงค์เฉพาะด้านของโครงการ

- การกำหนดเนื้อหาทั่วไปของโครงการ ซึ่งเป็นการอธิบายแนวทางในการบริหาร กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ รวมไปถึงเทคนิค วิธีการที่ต้องใช้ในการดำเนินโครงการ

- การพิจารณาข้อตกลงการปฏิบัติงาน เป็นองค์ประกอบสำคัญในการวางแผน และเป็นองค์ประกอบที่มุ่งพิจารณาเรื่องขอบเขตการรายงานความคืบหน้า กาประสานงาน ความเคลื่อนไหวของการบริหารโครงการ รวมทั้งการนำข้อมูลที่ได้จากการรายงานมาทบทวนการบริหารงานโครงการ เปลี่ยนแปลงการบริหารโครงการให้ยืดหยุ่น เข้ากับสถานการณ์หรือบริบทจำเพาะที่โครงการเผชิญอยู่ เพื่อให้โครงการดำเนินการต่อไปได้

- การกำหนดเวลาในการปฏิบัติงาน เป็นการวางกรอบเวลาที่เหมาะสมในการดำเนินกิจกรรม แต่ละกิจกรรม และงานในแต่ละขั้นตอน รวมถึงวงรอบระยะเวลาที่เหมาะสมที่จะต้องมีการตรวจสอบความคืบหน้าในการดำเนินงาน เพื่อสำรวจว่ามีความเบี่ยงเบนไปจากแผนที่วางไว้หรือไม่ โดยในองค์ประกอบนี้ ควรได้รับความเห็นชอบทั้งจากผู้วางแผนและผู้ปฏิบัติงานนั้นๆด้วย

- ทรัพยากรที่ใช้ในการบริหารโครงการ อาทิ ทรัพยากรด้านงบประมาณและเครื่องมือที่ต้องใช้ในการดำเนินการ โดยแยกเป็นทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน และทรัพยากรที่ต้องใช้ในการติดตามและตรวจสอบความคืบหน้าของโครงการ

- บุคลากรในการดำเนินโครงการ โดยต้องพิจารณาถึงคุณสมบัติที่เหมาะสม ทักษะพิเศษที่ต้องมี รวมไปถึงการจัดการฝึกอบรม เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีทักษะสำคัญในการดำเนินโครงการ การกำหนดนโยบายและระเบียบด้านกำลังคน

⁸ สมบัติ อารังธัญวงศ์, การบริหารโครงการ.

- เครื่องมือหรือเทคนิคในการประเมินโครงการ เป็นการกำหนดถึงเครื่องมือหรือเทคนิคที่จำเป็นต้องใช้ในการวัดประสิทธิภาพและความก้าวหน้าในการดำเนินโครงการ โดยเปรียบเทียบระหว่างผลการปฏิบัติงานที่เป็นกับมาตรฐานที่วางแผนไว้

- การพิจารณาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการบริหารโครงการ เนื่องจากสถานการณ์และสภาพแวดล้อมในการดำเนินโครงการอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้เสมอ จึงต้องมีการคาดการณ์ถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นไว้ล่วงหน้าพร้อมวิธีการในการแก้ไข หรือลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากปัญหาดังกล่าว

ดังนั้นจากองค์ประกอบข้างต้น รวมไปถึงลักษณะโดยทั่วไปของการวางแผน แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมในการบริหารโครงการในขั้นนี้ มีความสำคัญเป็นอย่างมากที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของโครงการ เพราะเป็นทั้งการวางกรอบการดำเนินการและการคาดการณ์เพื่อลดผลกระทบจากสภาพแวดล้อมที่อาจเกิดการเปลี่ยนแปลง

2. **การออกแบบและจัดโครงสร้างโครงการ** โดยกิจกรรมนี้เป็นตัวกำหนดความสัมพันธ์ของผู้จัดการโครงการ บุคลากรฝ่ายต่างๆในโครงการ รวมไปถึงความสัมพันธ์กับผู้จัดการทั่วไปในสายงานต่างๆ และส่วนงานอื่นๆในองค์กรด้วย เป็นการสร้างรูปแบบการทำงาน ประสานงาน อำนาจหน้าที่ การบังคับบัญชาควบคุม และความรับผิดชอบต่องานในโครงการ กล่าวคือ เป็นการจัดโครงสร้างของงาน โดยสิ่งสำคัญคือ ต้องพิจารณาให้โครงสร้างมีความยืดหยุ่นมากพอที่จะรับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นได้ด้วย

3. **การจัดสรรทรัพยากรและการสร้างทีมงาน** ทรัพยากรที่จำเป็นที่ต้องมีในโครงการต่างๆ ประกอบไปด้วย บุคลากร เครื่องมือ สิ่งอำนวยความสะดวก และงบประมาณ ซึ่งทรัพยากรต่างๆย่อมมีจำกัด และสามารถจัดหามาดำเนินโครงการได้อย่างจำกัด จึงต้องมีการจัดสรรให้แต่ละงานในโครงการ และแต่ละช่วงเวลาอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ให้งานในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งเกิดหยุดชะงักไป และส่งผลให้งานอื่นๆในโครงการได้รับผลกระทบไปด้วย ซึ่งหากเกิดเหตุการณ์นั้นขึ้น จะทำให้เสียเวลาและงบประมาณในการดำเนินการ รวมทั้งทำให้การบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการล่าช้าได้

ซึ่งบุคลากร เป็นทรัพยากรที่นับว่ามีความแปรผันและมีผลต่อความสำเร็จของโครงการเป็นอย่างมาก ต้องมีการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน รวมทั้งส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและให้อำนาจในการตัดสินใจปฏิบัติงานของตน ภายใต้การควบคุมดูแลและการให้คำปรึกษาจากผู้จัดการโครงการ โดยในการหาสมาชิกเข้ามาเป็นทีมงานของโครงการ จะต้องพิจารณาจากทักษะ ความสามารถที่จำเพาะและความจำเป็นต่อโครงการ

4. **การควบคุมโครงการ** เป็นกระบวนการในการติดตาม ตรวจสอบ และเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานในโครงการที่ได้วางแผนไว้กับงานจริงที่เกิดขึ้นตามวงรอบระยะเวลาที่กำหนด เพื่อสำรวจความคืบหน้า และความเบี่ยงเบนจากแผนที่เกิดขึ้น ซึ่งหากพบความเบี่ยงเบนดังกล่าว ก็จะได้หาทางแก้ไขได้ทัน่วงทีก่อนที่จะเกิดความเสียหายต่อการดำเนินโครงการ โดยจุดประสงค์หลักๆ ในการควบคุมโครงการ คือ เพื่อให้ผลงานเป็นไปตามที่ต้องการ และเพื่อรักษาทรัพยากรขององค์กรให้ถูกใช้ไปอย่างคุ้มค่าที่สุด

ในการควบคุมโครงการนั้น มีขั้นตอนของวงจรการควบคุมโครงการ ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวมีทั้งหมด 4 ขั้นตอน และมีความสัมพันธ์กัน⁹ ดังนี้

- มาตรฐานการปฏิบัติงาน ซึ่งถูกกำหนดไว้ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนโครงการ และโครงการควรได้รับการควบคุมจากมาตรฐานที่สำคัญ อาทิ ความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการใช้ทรัพยากร คุณภาพของการทำงานที่คาดหวัง กรอบระยะเวลาในการดำเนินการ และยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมในวัตถุประสงค์

- การวัดการปฏิบัติงาน ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากที่ได้มีการดำเนินโครงการไปแล้ว เป็นการนำข้อมูลการปฏิบัติงานในโครงการทั้งแบบที่เป็นทางการ อาทิ รายงานการประชุม บันทึกข้อความ ฯลฯ และแบบที่ไม่เป็นทางการ อาทิ การสนทนากับทีมงานแบบเป็นกันเอง การสังเกต การพูดคุยกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ฯลฯ แล้วนำข้อมูลดังกล่าวมาเปรียบเทียบกับแผนงานต่อไป

- การเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริงกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ ทำให้สามารถทราบคำตอบว่า โครงการดำเนินการอย่างไร และหากเกิดการเบี่ยงเบนจากแผนขึ้น เกิดจากสาเหตุใด เป็นการประเมินสถานะภาพของโครงการ เพื่อวิเคราะห์หาทางแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติงานให้เหมาะสมต่อไป

- การแก้ไขปรับปรุง เป็นขั้นตอนของการวางแผนและจัดสรรทรัพยากรใหม่ เป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดการโครงการ รวมไปถึงการปฏิบัติงานทางเทคนิคที่ ต้องมีการแก้ไขเพื่อลดความเบี่ยงเบนของการดำเนินโครงการที่เกิดขึ้น

5. **การประเมินผลโครงการ** อาจแบ่งได้เป็น 3 ช่วง คือ ก่อนเริ่มวางแผน คือ การประเมินความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ทรัพยากร รวมทั้งประเมินวัตถุประสงค์ของโครงการว่าตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายหรือไม่ ช่วงระหว่างดำเนินการหรือการควบคุม และช่วงสุดท้าย

⁹ สมบัติ อารังธัญวงศ์, การบริหารโครงการ.

คือ เมื่อโครงการเสร็จสิ้น เพื่อให้ทราบผลลัพธ์และผลกระทบของโครงการ ซึ่งจะมีการขยายความในส่วนต่อไป

สำหรับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน¹⁰ ได้มีนักวิชาการให้ความหมายไว้อย่างหลากหลาย ตามยุคสมัย อาทิ ความหมายที่ให้ไว้โดย Mehrens และ Lehman 1984 ว่า การประเมิน คือ การตัดสินความสอดคล้องกันระหว่างการปฏิบัติและวัตถุประสงค์ ซึ่งเป็นการนำการประเมินไปผูกกับวัตถุประสงค์ขององค์การ หน่วยงาน หรือในระดับโครงการที่จะทำการประเมิน

ในขณะที่ความหมายของนักวิชาการอีกกลุ่มหนึ่ง กล่าวเน้นไปที่การวัดคุณค่า หรือการเทียบเกณฑ์ อาทิ Scriven, 2001 ได้ให้ความหมายไปในแนวทางของการตัดสินคุณค่า (Judge: J) โดยวัดผล (Measurement: M) และตัดสินคุณค่าของสิ่งที่ถูกประเมินเทียบกับเกณฑ์ (criteria) บุคคลจะตัดสินใจประเมินผล ว่าสิ่งใดๆ มีคุณค่าสูงจากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ในใจของแต่ละบุคคลแล้ว พบว่าสิ่งนั้นมีความสำคัญ มีคุณค่า และให้ความคุ้มค่า หรือ Brown, 1983 ให้ความหมายในแนวทางเดียวกันว่า การประเมิน คือ การตีความหมายเชิงปฏิบัติการของบุคคลโดยตีค่าในสิ่งนั้นๆ เพื่อตอบคำถามว่าสิ่งนั้นดีแค่ไหน

และกลุ่มสุดท้ายที่มีการให้ความหมายของการประเมินไปในแนวทางของกระบวนการรวบรวมและเตรียมข้อมูลสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ เพื่อสามารถนำมาวิเคราะห์และตัดสินใจในการเลือกทางเลือกที่หลากหลายและมีความเป็นไปได้หลายทาง หรือกล่าวโดยง่ายคือ ให้ความหมายในแง่ของการรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในทิศทางของโครงการและการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ซึ่งในกลุ่มนี้นักวิชาการ อาทิ Cronbach, Stufflebeam, Alkin, Provus เป็นต้น

ซึ่งจากการให้ความหมายของการประเมินที่แตกต่างกันไปเป็นกลุ่มๆดังกล่าวข้างต้น ทำให้สามารถจำแนกกลุ่มรูปแบบการประเมินออกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

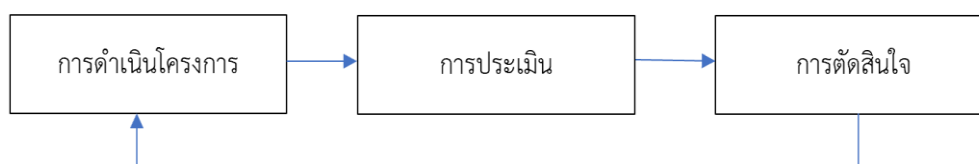
1. **กลุ่มรูปแบบการประเมินเพื่อการตัดสินคุณค่า (Value-Oriented Evaluation)** ที่มีแนวคิดว่าการประเมินเป็นการให้คุณค่าหรือตราค่าสิ่งที่ถูกประเมิน โดยให้ความสำคัญมุ่งไปที่การวัดผลจากการดำเนินโครงการ และหมายรวมไปถึงการวัดผลกระทบเพื่อนำมาเป็นข้อมูลสำคัญในการตัดสินคุณค่าด้วย โดยบทบาทในการประเมินลักษณะนี้ จะต้องมีความเป็นปรนัยและมีคุณธรรม หรือก็คือต้องสามารถยอมรับผลการประเมินที่แท้จริงได้โดยไม่บิดเบือน แม้ว่าจะเป็นไปได้ตามที่คาดไว้หรือไม่ก็ตาม เพื่อนำผลของคุณค่าที่ได้ไปตัดสินว่าจะดำเนินการต่อไปหรือไม่

¹⁰ เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี, การประเมินโครงการ แนวคิดและแนวปฏิบัติ, 8 ed. (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556).

2. **กลุ่มรูปแบบการประเมินเพื่อการตัดสินใจ** (Decision-Oriented Evaluation) ซึ่งเชื่อในการประเมินที่เป็นระบบ มีขั้นตอนการประเมินที่ครบวงจรอันจะนำไปสู่การได้มาซึ่งข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการบริหารงานที่เหมาะสมต่อไปได้ โดยในการทำการประเมิน จะต้องมีความชัดเจนว่าต้องการข้อมูลเรื่องใด ประเด็นใดบ้างในการนำมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงการบริหารงานที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีกว่า นำไปสู่ประสิทธิผลของโครงการที่ตรงกับเป้าหมายมากขึ้น โดยผู้ประเมินจะต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการตัดสินใจทางการบริหาร แต่จะนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการประเมินที่มีประสิทธิภาพเท่านั้น

จากการแบ่งกลุ่มของรูปแบบการประเมินข้างต้น กลุ่มรูปแบบการประเมินเพื่อตัดสินใจ เป็นรูปแบบที่ต่อใจทวิสต์อุประสงคิในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่อธิบายสถานการณ์ รวมไปถึงตรวจสอบปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตโครงการ Depress we care ของข้าราชการตำรวจ เพื่อที่จะนำผลจากการประเมิน มาปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินโครงการ ซึ่งนับเป็นการประเมินเพื่อประกอบการตัดสินใจ ให้เกิดการบริหารงานที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้นต่อไป นำไปสู่ผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการ และตรงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

ดังนั้น เมื่อทำการศึกษาโมเดลในการทำการประเมินของนักวิชาการในกลุ่มรูปแบบการประเมินดังกล่าวนี้ แนวคิดและโมเดล CIPP ของ Stufflebeam, 1966 ที่มีฐานความคิดว่าการประเมิน คือ กระบวนการของการระบุ หรือกำหนดข้อมูลที่ต้องการ แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลดังกล่าวมาจัดทำให้เกิดเป็นสารสนเทศที่มีประโยชน์ เพื่อนำเสนอสำหรับใช้เป็นทางเลือกในการประกอบการตัดสินใจต่อไปนั้น จึงเป็นโมเดลที่ทำให้เกิดกรอบในการศึกษารวบรวมข้อมูลและประเมินโครงการอย่างเป็นระบบครบถ้วน และสามารถสรุปเป็นแผนภาพโมเดลพื้นฐานได้ดังนี้



แผนภาพ 1 โมเดลพื้นฐานของ Stufflebeam (1966)

จากโมเดลดังกล่าว จะต้องมีการระบุข้อมูลที่ต้องการ รวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำเสนอฝ่ายบริหารต่อไปตามประเภทของการประเมินที่ถูกแบ่งออกมา 4 ประเภท ประกอบด้วย

1. การประเมินบริบทหรือสถานะแวดล้อม (Context Evaluation : C) เป็นการประเมินเพื่อสำรวจและกำหนดหลักการและเหตุผล รวมทั้งพิจารณาความจำเป็นในการดำเนินโครงการหนึ่งๆ มีการชี้ถึงประเด็นปัญหาที่เป็นที่มาของโครงการ รวมไปถึงการพิจารณาความเหมาะสมของเป้าหมายของโครงการ

2. การประเมินตัวป้อนเข้า (Input Evaluation : I) เป็นการประเมินที่มุ่งพิจารณาถึงทรัพยากรที่ใช้ในโครงการ อาทิ กำลังคน งบประมาณ เทคโนโลยี และแผนของการดำเนินงานในโครงการ

3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation : P) เป็นการประเมินในส่วนที่มุ่งอธิบายเหตุการณ์ หรือกิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นในการดำเนินโครงการ โดยเน้นประเมินที่การปฏิบัติให้เกิดผลผลิต ทั้งนี้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาวิธีการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ อีกทั้งหาข้อบกพร่องหรือปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินโครงการ เพื่อหาทางแก้ไข ปรับปรุงให้ดีขึ้น

4. การประเมินผลผลิตที่เกิดขึ้น (Product Evaluation : P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นจากการทำโครงการกับเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในตอนแรก รวมไปถึงการนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาในประเด็นการยุบ เลิก ขยาย หรืออาจปรับเปลี่ยนโครงการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

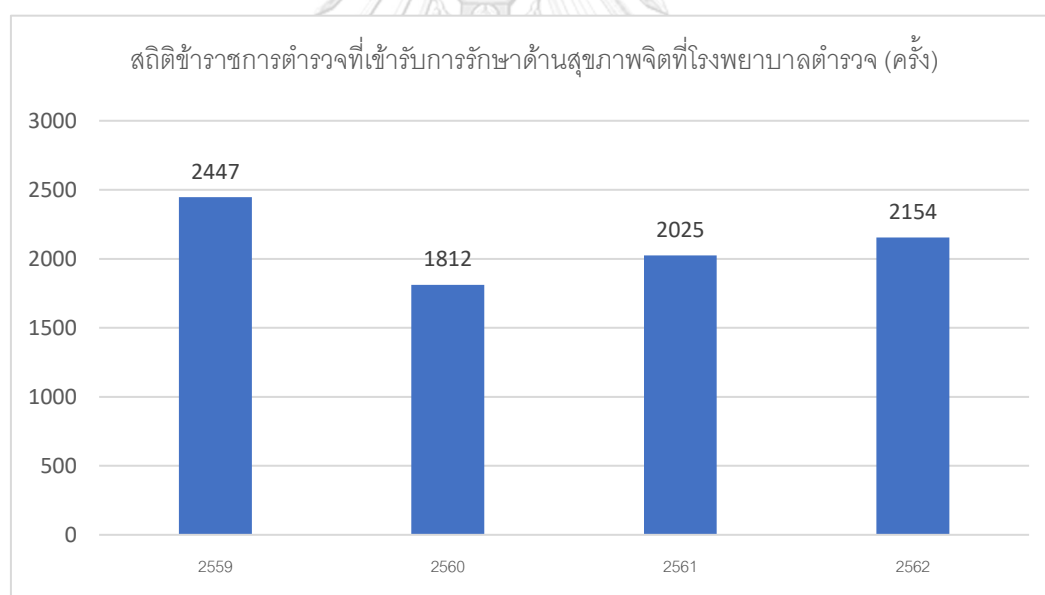
ซึ่งตัวอย่างของการประเมินแต่ละประเภท เมื่อนำมารวมกัน จึงกลายเป็นชื่อของโมเดล CIPP ของ Stufflebeam, 1966 ขึ้น ซึ่งข้อดีของแนวคิดโมเดล CIPP นี้ เป็นการสร้างโมเดลการประเมินที่พยายามให้ครอบคลุมกระบวนการทำงานในทุกขั้นตอนของโครงการ เกิดการประเมินอย่างเป็นระบบ และมีความต่อเนื่อง สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาตัดสินใจปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงการดำเนินโครงการต่อไปได้ อีกทั้งยังทำให้มองเห็นถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ หรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในกระบวนการแต่ละขั้นได้อีกด้วย จึงมีความเหมาะสมและตรงกับจุดประสงค์ในการทำวิจัยในหัวข้อนี้

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจประเด็นปัญหาด้านสาเหตุของการสะสมภาวะเครียด และการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจนั้น ได้เคยมีการทำการวิจัยจากกองวิจัย สำนักงานยุทธศาสตร์ตำรวจ ร่วมกับกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจฉบับหนึ่ง¹¹ โดยรวบรวมศึกษาจากรายงานของหน่วยงานและทำการสัมภาษณ์ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการสุรูปสาเหตุกรณีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจทั้งหมดตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ.2551 ถึง

¹¹ โรงพยาบาลตำรวจ, "รายงานผลการศึกษสาเหตุการฆ่าตัวตายของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ปีงบประมาณ 2557."

เดือนกรกฎาคม ปี พ.ศ.2556 รวม 172 ราย และมีข้อค้นพบว่าในกรณีการฆ่าตัวตายของเจ้าหน้าที่ ตำรวจ ทั้งหมดเป็นเพศชาย โดยหากแบ่งตามสายงาน 130 รายจากทั้งหมด เป็นกรณีการฆ่าตัวตาย ของข้าราชการตำรวจสายงานป้องกันปราบปราม นับเป็นร้อยละ 74.70 เป็นจำนวนที่ห่างจากสาย งานอื่นๆ อาทิ อำนวยการ สืบสวน สอบสวน จราจร เทคนิค และบริหารอย่างเห็นได้ชัดเจน ขณะที่ สถิติวิธีการฆ่าตัวตายเกิดจากการยิงตัวตายถึง 139 ราย ส่วนสาเหตุที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย อันดับหนึ่ง พบว่ามาจากปัญหาครอบครัว ตามมาด้วยปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาส่วนตัว ปัญหาหนี้สิน และปัญหา เรื่องงานตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยในเวลาต่อมาของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ ที่มีการวิจัยเชิงลึกและสรุปว่าองค์ประกอบของการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจนั้น ก็คือ ความเครียดสะสม ภาวะซึมเศร้า และการมีอาวุธใกล้มือ ทำให้ตำรวจสายงานปฏิบัติการมีความ สุ่มเสี่ยงเป็นพิเศษ สอดคล้องกับจำนวนกรณีการเสียชีวิตของสายงานป้องกันปราบปรามข้างต้นที่สูง กว่าสายงานอื่น ซึ่งในแง่มุมของภาวะซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า พบว่ามีสถิติของข้าราชการตำรวจที่เข้า รักษาที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ.2559 เป็นต้นมา¹² ดังแผนภูมิตัวนี้



แผนภูมิ 1 สถิติการเข้ารับการรักษาสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในโรงพยาบาลตำรวจ

แสดงให้เห็นว่าที่ผ่านมาในแต่ละปีก็มีข้าราชการตำรวจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ตำรวจหลายครั้ง แต่ด้วยข้อจำกัดด้านเวลาและพื้นที่ ทำให้ มีข้าราชการตำรวจบางส่วนที่ยังไม่ สามารถเข้าถึงบริการ จึงเกิดโครงการ Depress we care ขึ้นมาเพื่อเป็นช่องทางเสริมในการให้

¹² กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ, สถิติตำรวจที่เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจโรคจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ (ครั้ง), โรงพยาบาลตำรวจ (กรุงเทพมหานคร, 28 พฤษภาคม 2563).

คำปรึกษาเบื้องต้นและประสานงาน ทั้งนี้แม้จะมีการเก็บข้อมูลถึงข้าราชการตำรวจกลุ่มเสี่ยงในการลงมือฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่มีการเก็บข้อมูลข้าราชการตำรวจว่ากลุ่มใดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในขอบเขตการศึกษาที่สามารถนำมาสร้างกรอบการวิจัย และหาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินโครงการด้านสุขภาพจิตของภาครัฐ มีการศึกษากันในวงกว้างถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการด้านสุขภาพจิตต่างๆ โดยมีตั้งแต่โครงการพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยจิตเวช¹³ โครงการลดช่องว่างการให้บริการด้านสุขภาพจิต¹⁴ ไปจนถึงการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติสุขภาพจิต¹⁵ ซึ่งการศึกษาและประเมินผลของกลุ่มนี้ นำเสนอข้อค้นพบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินโครงการ โดยแบ่งได้เป็นปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม โดยเริ่มจากการวางนโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่ช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต ยุทธศาสตร์และมาตรการของโรงพยาบาลเอง ซึ่งต้องมีความเชื่อมโยงกันและต้องมีการให้ความสำคัญต่อประเด็นด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังต้องอาศัยการให้ความร่วมมือจากเครือข่าย ไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาล ชุมชน เจ้าหน้าที่รัฐ รวมไปถึงญาติและคนใกล้ชิดของผู้ป่วย และตัวผู้ป่วยเองที่ต้องได้รับข้อมูล ข่าวสาร และความรู้อย่างเพียงพอในการประสานการดำเนินการเพื่อการเข้าถึงและรับการรักษา อีกทั้งยังมีมุมมองด้านสังคมต่อผู้เข้ารับการรักษาว่าเป็นคนบ้า ทำให้เป็นปัจจัยขัดขวางในการพยายามเข้าถึงข้อมูล หรือการรับรู้ว่าคุณเองมีอาการที่เข้าข่าย

2. ปัจจัยด้านบุคลากรผู้ให้บริการ ซึ่งหมายรวมถึง แพทย์ นักจิตวิทยา และสหวิชาชีพที่จะต้องมีความรู้และความมั่นใจมากพอในการวินิจฉัยโรค การให้คำปรึกษา รวมไปถึงการจ่ายยาอย่างมีมาตรฐาน โดยในการสร้างมาตรฐานนั้น มีความเกี่ยวเนื่องไปถึงประเด็นการพัฒนาทรัพยากรบุคคล โดยอาจมีการจัดฝึกอบรม การมีพี่เลี้ยง (Coaching) รวมไปถึงการสร้างคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้จำนวนของบุคลากรที่เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วย และงบประมาณที่มีก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อประสิทธิภาพการดำเนินงาน

¹³ กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง หวาน ศรีเรือนทอง, อีระภา ธาณี และกมลทิพย์ สงวนรัมย์, "การวิจัยประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 10," วารสารวิชาการสาธารณสุข 26, no. 2 (2560).

¹⁴ อธิพิณ สุงแข็ง และเบญจมาศ พฤษกานนท์, "ประสิทธิผลโครงการเพื่อลดช่องว่างการบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย," วารสารวิชาการสาธารณสุข 23, no. 3 (2557).

¹⁵ พรทิพย์ วชิรดิถก และอนุรัตน์ สมตน อีระ ศิริสมุด, "การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่," วารสารวิชาการสาธารณสุข 28, no. 2 (2562).

3. ปัจจัยด้านระบบ โดยในการที่จะให้บริการทางด้านสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยการร่วมมือและการประสานงานกันของเครือข่ายด้วย ทั้งโรงพยาบาล แพทย์ หน่วยส่งต่อผู้ป่วย ชุมชน รวมไปถึงญาติและคนใกล้ชิด ซึ่งในปัจจุบันพบว่า ยังไม่มีการประสานงานกันเท่าที่ควร เนื่องจากการขาดความรู้ความเชี่ยวชาญ อีกทั้งยังมีประเด็นเรื่องการให้บริการในโรงพยาบาลเองที่ขาดช่องฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติสุขภาพจิต รวมทั้งการขาดการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในนิยามของงานวิจัยที่นำมาทบทวนนั้น หมายรวมถึงโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงด้วย

ซึ่งจาก 3 ปัจจัยหลักที่สรุปได้จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว สามารถทำให้เห็นได้ว่ามีปัจจัยใดที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินโครงการด้านการให้บริการสุขภาพจิตต่อประชาชนทั่วไปบ้าง ภายใต้บริบทและสภาพแวดล้อมของประเทศไทย ทั้งนี้หากขยายความถึงประเด็นด้านกฎหมายที่เป็นหนึ่งในสามปัจจัยข้างต้น ปัจจุบันมีกฎหมายสำคัญที่รองรับการให้บริการด้านสุขภาพจิต คือ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551¹⁶ และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2562¹⁷ มีเนื้อความที่ระบุถึงโครงสร้างอำนาจหน้าที่ในการควบคุมและส่งเสริมการปฏิบัติภารกิจด้านการให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชน โดยเน้นไปที่กระบวนการในการแจ้ง ควบคุม ส่งต่อ รักษาฟื้นฟู ไปจนถึงการส่งกลับคืนสู่สังคมของผู้ป่วย ซึ่งในฉบับที่ 2 ที่ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมในปี พ.ศ.2562 นั้น ได้มีการเพิ่มเติมและเน้นย้ำถึงประเด็นการรักษาข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยเป็นความลับ เพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบจากการถูกตีตราทางสังคมและให้สามารถกลับคืนสู่การใช้ชีวิตอย่างปกติในสังคมได้ง่ายขึ้น อีกทั้งยังมีการเพิ่มเติมอำนาจหน้าที่ให้คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติขึ้นมา จึงมีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580) ขึ้นเพื่อวางกรอบในการทำงานด้านสุขภาพจิตและกำหนดเป้าหมายแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ซึ่งหนึ่งในประเด็นที่แผนฉบับดังกล่าวต้องการบรรลุก็คือการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ รวมไปถึงการลดอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทยลงด้วย ซึ่งในจุดนี้นับได้ว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของโครงการ *Depress we care*

อีกด้านหนึ่งมีงานวิจัยที่น่าสนใจ และเกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพจิตต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจในต่างประเทศ อาทิ กรณีศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาโดย Fox et al. (2012)¹⁸ ซึ่งได้ทำการสำรวจอาการและพฤติกรรมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ไปจนถึงผลกระทบที่มีต่อประสิทธิภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ โดยได้ทำการวิจัยในพื้นที่นิวยอร์ก ซึ่งเป็น

¹⁶ ราชกิจจานุเบกษา, "พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551," (2551, 20 กุมภาพันธ์).

¹⁷ ราชกิจจานุเบกษา, "พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562," (2562, 16 เมษายน).

¹⁸ Fox et al., "Mental-Health Conditions, Barriers to Care, and Productivity Loss Among Officers in An Urban Police Department," *Conn Med* 76, no. 9 (2012).

เมืองใหญ่อันดับ 2 ในรัฐคอนเนตทิคัต พบว่า มีเจ้าหน้าที่ตำรวจที่เข้าถึงและเคยเข้ารับการบริการด้านสุขภาพจิตร้อยละ 46.7 ซึ่งในจำนวนดังกล่าวมีถึงร้อยละ 35.7 เลือกที่จะเข้ารับการบริการด้านสุขภาพจิตจากผู้ให้บริการนอกหน่วย ทั้งที่ในหน่วยงานมีการจัด Employee Assistance Program หรือ EAP เพื่อดูแลสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ของเจ้าหน้าที่ตำรวจของแต่ละสถานีตำรวจอยู่แล้ว โดยกว่าครึ่งของผู้ที่เคยใช้บริการด้านสุขภาพจิตดังกล่าว ยังคงมีข้อกังขาที่เป็นปัจจัยขัดขวางการเข้ารับบริการจาก EAP ในสถานีต้นสังกัดของตนเองเนื่องมาจากความไม่มั่นใจในระบบการเก็บความลับประวัติการรักษาถึงร้อยละ 35 รวมทั้งมีความกังวลว่าจะมีผลกระทบในทางลบต่อหน้าที่การงานอยู่ที่ร้อยละ 16.7 และมีความอับอายในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตร้อยละ 13.3 ซึ่งเป็นปัจจัยขัดขวางที่ควรนำมาพิจารณา ทั้งนี้ในงานวิจัยดังกล่าวได้ระบุว่าส่วนหนึ่งมาจากวัฒนธรรมขององค์กรที่มองว่าตำรวจจะต้องเป็นผู้ที่มีความอดทนอดกลั้น แข็งแกร่งและมีระเบียบวินัย

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณจากงานวิจัยต่างๆ ในเรื่องปัจจัยที่ขัดขวางการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตของกลุ่มอาชีพบุคลากรด่านหน้า (First Responder ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ตำรวจ, เจ้าหน้าที่ดับเพลิง, เจ้าหน้าที่กู้ภัย และพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน) โดย Haugen, McCrillis, Smid, and Nijdam (2017)¹⁹ กล่าวว่า โดยทั่วไปกลุ่มอาชีพนี้จะประสบกับปัจจัยกระตุ้นความเครียดทั้งทางกายภาพและทางจิตใจจากการทำงานอยู่เสมอ ซึ่งไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลเท่านั้น แต่ยังส่งผลให้ขาดประสิทธิภาพในการทำงาน การเกษียณก่อนกำหนด การติดสุรา การหย่าร้าง ไปจนถึงการฆ่าตัวตาย และได้มีการอธิบายถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตคล้ายคลึงกับงานวิจัยกรณีศึกษาข้างต้นว่า เกิดจากการกลัวว่าจะถูกมองในแง่ลบจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา และได้รับผลกระทบในแง่ลบต่อหน้าที่การงาน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรคเพิ่มเติมมาอีกหนึ่งปัจจัย คือ ลักษณะบางประการของการทำงานที่ทำให้เข้ารับบริการไม่สะดวก เช่น การเข้าและออกเวรที่ไม่ตรงกับเวลาทำการของหน่วยให้บริการด้านสุขภาพจิต เป็นต้น การไม่ทราบข้อมูลว่าควรรับบริการสุขภาพจิตจากที่ใด การไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาให้เข้ารับการรักษา อีกทั้งยังมีปัจจัยขัดขวางการเข้ารับบริการจากการเกิดจากตราบาป (Stigma) ซึ่งถูกแบ่งการเกิดความรู้สึกดังกล่าวเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับสังคม คือ สภาพการตีตราและให้ความหมายของคนในสังคมต่อผู้ที่เข้ารับคำปรึกษาหรือบริการด้านสุขภาพจิต

¹⁹ P. T. Haugen et al., "Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: A systematic review and meta-analysis," *J Psychiatr Res* 94 (Nov 2017), <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.001>, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28800529>.

2. ระดับบุคคล คือ การนำการตีตราที่สังคมมีมาประเมินค่าของตนเองในผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งนำไปสู่การลดคุณค่าและความรู้สึกไร้พลังในตนเอง

3. ระดับการหลีกเลี่ยงการถูกตีตรา คือ ความพยายามในการหลีกเลี่ยงการถูกตีตราจากสังคม โดยเจตนาที่จะไม่สังเกตอาการบ่งชี้ที่เกิดขึ้น ไปจนถึงหลีกเลี่ยงการเข้ารับคำปรึกษาหรือการรักษา เนื่องจากไม่ต้องการรู้สึกเสื่อมเสียหรือได้รับผลกระทบในแง่ลบจากการถูกวินิจฉัยสุขภาพจิต

โดยระดับที่ก่อให้เกิดตราบาปในการเข้าขอรับคำปรึกษาและเข้ารับบริการรักษาสุขภาพจิต เกิดจากระดับสังคม และระดับบุคคลเป็นหลัก ในการลงรายละเอียดของประเด็นนี้ เดิมทีเริ่มมีการสร้างทฤษฎีเกี่ยวกับการตีตราขึ้นเพื่อศึกษาถึงความเกี่ยวข้องของพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนในสังคมกับการตีตรา โดยอยู่ในสาขาวิชาอาชญาวิทยา อาทิ Tannenbaum (1938) Lemert (1951) และ Becker (1963) ซึ่งเมื่อขยายมาสู่การศึกษาเรื่องการตีตราในผู้ป่วยจิตเวช (Scheff, 1966 อ้างถึงใน Sjostrom (2017)) ก็มีรากฐานของทฤษฎีที่คล้ายคลึงกัน โดย Scheff นำเสนอว่าจุดเริ่มต้นของการถูกตีตราว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช คือการมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากกฎเกณฑ์ทางสังคมบางประการที่ไม่ใช่การทำผิดกฎหมายหรือบรรทัดฐานทางสังคมโดยทั่วไป แต่ในกรณีนี้จะมีพฤติกรรมที่ถูกตีตราว่ามีลักษณะอาการทางจิต หรือเป็นการทำผิดกฎเกณฑ์อื่น ๆ ที่เป็นตัวบ่งชี้ ซึ่ง Scheff เรียกว่า Residual rule-breaking นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีที่แสดงความเกี่ยวข้องระหว่างการตีตราและตราบาปในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน (Goffman, 1961 อ้างถึงใน Sjostrom (2017)) โดยกล่าวว่าตราบาปเป็นลักษณะประการหนึ่งของปัจเจกบุคคลที่นำไปสู่การที่บุคคลรอบข้างมีปฏิกิริยาและแสดงพฤติกรรมในแง่ลบต่อบุคคลนั้นๆตามการถูกจัดประเภทหรือการตีตรา ซึ่งตราบาปมีความเกี่ยวข้องในการสร้างและนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ไม่ดีมี 3 แบบ คือ ตราบาปที่เกิดจากบุคลิกลักษณะ ตราบาปทางกายภาพ และตราบาปเกิดจากการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ทั้งนี้ในการจัดการกับความทุกข์ที่เสื่อมเสียจากการมีตราบาปตามทฤษฎีของ Goffman สามารถแบ่งการจัดการได้ ดังนี้

1. กรณีที่ตราบาปไม่เป็นที่รับรู้ต่อผู้อื่น ผู้ที่มีตราบาปอาจเลือกที่จะประพาดิตนตามปกติด้วยการสร้างสถานการณ์กลมกลื่อน การปกปิด หรือแสวงหาตัวสุขุม กับอีกทางเลือก คือ เลือกที่จะเปิดเผยโดยการส่งสัญญาณขอความช่วยเหลือ การสร้างบรรทัดฐานใหม่ให้ความผิดปกติดังกล่าวกลายเป็นเรื่องธรรมดา หรือการแยกตัวออกจากสังคม

2. กรณีที่ผู้อื่นรับรู้ถึงตราบาปที่มี หรือตราบาปเป็นที่สังเกตได้ ผู้ที่มีตราบาปจะหาสิ่งชดเชยตราบาปด้วยการยอมรับถึงตราบาปที่มีโดยตรง การสร้างจุดเด่นอื่นมาชดเชย ไปจนถึงการพยายามสร้างพฤติกรรมในแง่บวกเป็นพิเศษ เพื่อให้ได้รับการยอมรับนั่นเอง

ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวก็คือการมีตราบาปในระดับการหลีกเลี่ยงการถูกตีตรา ทั้งนี้ในการถูกตีตราและทำให้มีตราบาปนั้น ผู้ที่มีตราบาปจะต้องแบกรับการถูกมองในแง่ลบตามการถูกตีตรา นำไปสู่การลดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลง ซึ่งในที่นี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆก็เป็นกลุ่มที่มีชุดความคิดของการถูกตีตราในแง่ลบและนำไปสู่การลดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลงเช่นกัน²⁰

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยในประเทศอังกฤษที่ศึกษาถึงทัศนคติของเพื่อนร่วมงานต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต²¹ ซึ่งในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในกรณีนี้ ความอับอายในการเปิดเผยว่าตนมีปัญหาด้านสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ส่วนหนึ่งมาจากปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร หรือถ้าจัดประเภทตามระดับของตราบาปตามงานวิจัยที่กล่าวถึงไปก่อนหน้านี้ ก็จะเป็นระดับสังคม โดยเจ้าหน้าที่ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและการควบคุมอารมณ์จะถูกมองว่าเป็นบุคคลที่ไม่น่าไว้วางใจเมื่อต้องจัดการกับเหตุวิกฤติต่างๆ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ตำรวจเลือกที่จะข่มอารมณ์และไม่เข้าขอรับบริการด้านสุขภาพจิต ซึ่งตรงกับทฤษฎีของ Goffman ในกรณีแรกที่หากผู้อื่นไม่ทราบถึงตราบาปที่มี ผู้มีตราบาปจะมีทางเลือกเพียงสองทาง คือ เปิดเผยหรือปกปิด โดยกรณีของเจ้าหน้าที่ตำรวจนั้น ด้วยปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร และทัศนคติของสังคมว่าเป็นอาชีพที่ต้องแข็งแกร่ง เชื่อถือได้ จึงนำไปสู่การปกปิด อีกทั้งผู้ที่ตัดสินใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต ถูกมองว่าอ่อนแอและไม่มีความอดทน แต่ในขณะเดียวกันก็มีปัจจัยส่งเสริม คือ เจ้าหน้าที่ตำรวจจะมีแนวโน้มในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตมากขึ้น หากมีการส่งเสริมจากผู้บังคับบัญชาและจิตแพทย์

ซึ่งในแง่หนึ่งการปกปิดว่าตนเองมีอาการหรือปัญหาด้านสุขภาพจิต เป็นเรื่องที่อันตราย โดยในงานวิจัยของ Klonsky, May and Saffer (2016)²² ได้กล่าวถึงความเกี่ยวข้องระหว่างการฆ่าตัวตายและการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตไว้ว่ามีความเกี่ยวเนื่องกัน โดยปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายสามารถสรุปได้เป็น 4 ปัจจัย คือ ภาวะซึมเศร้า (โดยต้องเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน) ความสิ้นหวัง ลักษณะปัญหาทางสุขภาพจิต (mental disorders) อย่างใดอย่างหนึ่ง และความคิดชั่ววูบ ซึ่งทั้ง 4 ปัจจัยดังกล่าวนำไปสู่การมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย แต่ก็ยังไม่ใช่ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการลงมือฆ่าตัวตาย เพื่อสร้างทฤษฎีของกระบวนการการเปลี่ยนจากความคิดไปสู่การกระทำ Klonsky, May and Saffer ได้นำเสนอทฤษฎี 3 ขั้นตอนสู่การฆ่าตัวตายขึ้น ดังนี้

²⁰ Stefan Sjoström, "Labelling Theory," *Routledge International Handbook of Critical Mental Health*, Theoretical perspectives (2017).

²¹ Sean Bell and Yarin Eski, "'Break a Leg—It's all in the mind': Police Officers' Attitudes towards Colleagues with Mental Health Issues," *Policing* 10, no. 2 (2016), <https://doi.org/10.1093/police/pav041>.

²² E. D. Klonsky, A. M. May, and B. Y. Saffer, "Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation," *Annu Rev Clin Psychol* 12 (2016), <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26772209>.

1. การพัฒนาไปสู่ความคิดในการฆ่าตัวตาย ซึ่งจะเริ่มขึ้นเมื่อมีความเจ็บปวดทางอารมณ์ หรือจิตใจขึ้น ทำให้ผู้ที่ประสบกับความเจ็บปวดทางอารมณ์หรือจิตใจในการใช้ชีวิตมองว่าตนเองกำลังถูกลดโทษ จนกระทั่งเกิดความคิดไม่อยากจะใช้ชีวิตอยู่ต่อไปในที่สุด
2. ขั้นการพัฒนา เป็นขั้นที่เป็นทางแยกกว่าผู้ที่มีความคิดในการฆ่าตัวตายจะหยุดอยู่ที่ระดับที่ไม่รุนแรง หรือไปสู่ระดับที่รุนแรง ด้วยการตอบคำถามว่าความเจ็บปวดทางอารมณ์ หรือจิตใจมีมากจนตัดความเชื่อมโยงที่มีต่อบุคคลใกล้ชิด หรือไม่รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอีกต่อไปแล้วหรือไม่
3. ขั้นการเปลี่ยนแปลงจากความคิดไปสู่การลงมือกระทำ ซึ่งถ้าพึ่งเพียงความคิดในการฆ่าตัวตายในระดับที่รุนแรงยังไม่สามารถนำไปสู่การลงมือกระทำได้ แต่ต้องอาศัยปัจจัยสุดท้าย คือ ศักยภาพที่จะลงมือกระทำการฆ่าตัวตาย อันประกอบด้วย ความไม่กลัวความตายหรือสามารถทนรับความเจ็บปวดได้สูง ก่อนเข้าสู่การเตรียมการ ความคุ้นชิน มีความรู้ และการเข้าถึงเครื่องมือในการฆ่าตัวตาย

เมื่อพิจารณาจากทฤษฎีดังกล่าว หากข้าราชการตำรวจพัฒนาความคิดในการฆ่าตัวตายไปถึงระดับที่รุนแรง จะมีโอกาสสูงที่จะพัฒนาไปสู่ขั้นที่ 3 ที่นำไปสู่การลงมือกระทำได้ง่ายกว่าคนทั่วไป อีกทั้งหากเคยมีประวัติความพยายามในการลงมือฆ่าตัวตายแล้ว จะทำให้เกิดความคิดชั่ววูบในระดับที่รุนแรงขึ้นในการลงมือกระทำซ้ำ การดูแลติดตามอาการของผู้ที่เข้ามารับคำปรึกษาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งจำเป็น

ในงานวิจัยเกี่ยวกับช่องทางในการเข้าถึงและเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตรูปแบบใหม่ด้วยการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์กับผู้ที่มิภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า หรือโรคทางจิตเวชอื่นๆ อาทิ การสื่อสารผ่านการพิมพ์ข้อความและมีสายด่วนสำหรับการพูดคุย มีงานวิจัยของ Tirel, Rozgonjuk, Purre, and Elhai (2019)²³ กล่าวถึงนิยามของการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต ข้อดีข้อเสีย รวมไปถึงช่วงเวลาในการเข้าขอรับบริการ ดังนี้

สำหรับนิยามของการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ต มีการให้นิยามว่า กระบวนการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตระหว่างผู้เข้ารับบริการและผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เน้นการสื่อสารด้วยข้อความผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อมุ่งฟื้นฟูพฤติกรรมหรือสภาพจิต (Alleman, 2002 อ้างถึงใน Tirel, Rozgonjuk, Purre, and Elhai (2019)) หรือในความหมายที่กว้างและครอบคลุมมากขึ้นในทัศนะของ Mollen and Vogel (2016) ซึ่งนิยามรวมถึงการรับคำปรึกษา การบำบัดฟื้นฟู และการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตผ่านการสื่อสารแบบ

²³ Maili Tirel et al., "When Do People Seek Internet Counseling? Exploring the Temporal Patterns of Initial Submissions to Online Counseling Services," *Journal of Technology in Human Services* 38, no. 2 (2019), <https://doi.org/10.1080/15228835.2018.1561348>.

ไม่เห็นกันซึ่งหน้า โดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางไกล อาทิ การพูดคุยผ่านโทรศัพท์ การตอบโต้ผ่านอีเมล (แบบไม่ได้ตอบโต้ทันทีทันใด) การตอบโต้กันผ่านแชท (แบบทันทีทันใด) และการพูดคุยทางไกลผ่านจอภาพ (video conference)

ซึ่งเมื่อกล่าวถึงข้อดีของการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตผ่านอินเทอร์เน็ต ที่เป็นปัจจัยสนับสนุนการเข้ารับบริการ มีหลายประการที่ช่วยแก้ปัญหาที่เป็นอุปสรรคขัดขวางเกี่ยวกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจข้างต้น อาทิ การให้บริการที่ไม่ถูกจำกัดโดยพื้นที่ เวลา ค่าใช้จ่าย และช่วยชะลอความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าหรือเมื่อเกิดความเครียดสะสมได้ อีกทั้งยังเป็นไปอย่างไม่เปิดเผยตัวตน สร้างการสื่อสารที่เปิดเผยกว่า นอกจากนั้นยังสามารถเก็บข้อมูลประวัติการส่งข้อความไว้สำหรับการติดตามผลการให้บริการและเป็นสารสนเทศในการนำมาพัฒนาการให้บริการต่อไปได้ด้วย แต่ถึงกระนั้น ก็ยังคงมีข้อเสียในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตผ่านอินเทอร์เน็ต เช่น การสื่อสารโดยไม่สามารถเห็นอวัจนภาษา หรือท่าทีของคู่สนทนาที่สามารถนำมาตีความและวินิจฉัยอาการได้ว่ามีความรุนแรงเพียงใด อันเนื่องมาจากการเน้นที่การสื่อสารผ่านข้อความเป็นหลัก หรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทั้งต่อผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาในกรณีที่มีการสื่อสารไม่ได้เป็นไปอย่างทันทีทันใด (ไม่เป็นการสื่อสารแบบ real-time) ทั้งนี้ทั้งนั้น ข้อเสียเหล่านี้จะไม่ปรากฏหากเป็นการพูดคุยขอคำปรึกษาดูด้วยการพูดคุยทางไกลผ่านจอภาพ (video conference) ซึ่งมีประสิทธิภาพพอๆกับการมาเข้ารับคำปรึกษาแบบตัวต่อตัว (face-to-face)

2.3 ประเด็นสำคัญและการวิพากษ์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่นำมาทบทวนในข้างต้นนั้น แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มที่มุ่งศึกษากระบวนการดำเนินโครงการเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพจิต โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีวิธีการในการประเมินส่วนใหญ่ด้วยการใช้โมเดล CIPP ของ Stufflebeam, 1966 ในการประเมิน โดยทำการประเมินมาตั้งแต่แนวนโยบาย ปัจจุบันนำเข้า กระบวนการ ไปจนถึงผลผลิต โดยจะเน้นหนักไปที่การศึกษาและประเมินในส่วนของปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ เพื่อหาแนวทางในการนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงโครงการให้สามารถดำเนินการได้ดีขึ้น พร้อมทั้งเสนอข้อเสนอแนะให้เข้ากับบริบทต่างๆที่ได้ทำการวิจัย ทั้งนี้การวิจัยในกลุ่มที่ศึกษากระบวนการในการดำเนินโครงการนั้น มักจะจำกัดขอบเขตเฉพาะในพื้นที่ของโครงการ ที่แน่นอนว่าย่อมจะต้องมีบริบทที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ แต่ละสถานการณ์ และรูปแบบวัฒนธรรมของแต่ละโครงการที่มีบริบทเป็นของตนเอง และอาจกล่าวได้ว่าไม่สามารถปรับใช้โดยทั่วไปได้ ทว่าก็ยังสามารถนำวิธีการประเมิน หรือปัจจัยที่ได้จากการศึกษาดังกล่าวมาทดสอบและหาคำตอบได้ว่า มีผลกระทบต่อโครงการในลักษณะคล้ายกันอย่างไร แต่อย่างไรก็ตามหลายๆปัจจัย เป็นปัจจัยพื้นฐานในกระบวนการดำเนินงานอยู่แล้ว อาทิ ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านงบประมาณ ฯลฯ ที่สามารถนำมาศึกษาต่อในโครงการที่บริบทต่างกันก็ได้ แต่บางปัจจัยเฉพาะที่มี

ในบางโครงการ อาทิ ปัจจัยด้านการประสานงานส่งต่อฉุกเฉิน ในโครงการบริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยวิกฤติด้านจิตเวช อาจไม่สามารถนำมาศึกษาได้ เนื่องจากวิธีการดำเนินโครงการและบริบทการให้บริการที่ต่างกัน

อีกกลุ่มหนึ่งเป็นการศึกษาวิจัยถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเจ้าหน้าที่ตำรวจโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นงานวิจัยที่มีการรวบรวมศึกษาทั้งในและต่างประเทศ โดยหนึ่งในงานวิจัยนั้นเป็นงานวิจัยที่ทำขึ้นโดยสำนักงานตำรวจแห่งชาติเอง ทว่าในงานวิจัยจากต่างประเทศอื่นๆ แม้จะมีบริบทด้านวัฒนธรรมและทัศนคติต่อการรักษาสุขภาพจิตที่ต่างกันบ้าง แต่ลักษณะของงานและอาชีพที่ไม่แตกต่าง อีกทั้งลักษณะวัฒนธรรมองค์กรที่สร้างกรอบของความเป็นผู้มีความอดทนอดกลั้น มีระเบียบวินัย และเข้มแข็งเหมือนกันก็เป็นที่ยอมรับได้ อีกทั้งการศึกษาวิจัยยังแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่ส่งผลทางด้านการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจิตที่คล้ายคลึงกัน ทั้งในเรื่องของความกังวลต่ออาการลักษณะเมื่อเข้ารับบริการทำให้เกิดตราบาป จากระดับสังคม ระดับตนเอง และระดับการหลีกเลี่ยงการถูกตีตรา การเกิดความกลัวว่าจะส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน รวมถึงความกังวลในการรักษาความลับในการเข้ารับรักษา ซึ่งในประเด็นของการตีตราและตราบาปนี้ มีทฤษฎีด้านจิตวิทยามาอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าวด้วยว่าการถูกตีตราจะเริ่มต้นขึ้นจากการมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากกฎเกณฑ์หรือบรรทัดฐานบางประการ ซึ่งการถูกตีตราในด้านลบนั้นจะนำไปสู่ตราบาปที่ทำให้เกิดพฤติกรรมอื่นๆตามมา อาทิ การปกปิด การส่งสัญญาณ หรือการพยายามสร้างพฤติกรรมกลบเกลื่อน ซึ่งในกรณีของเจ้าหน้าที่ตำรวจจะสร้างการปกปิดและแสวงงทำตัวปกติเพื่อไม่ให้เป็นที่สังเกตเห็นและถูกตีตราหรือปัจจัยที่เกิดจากลักษณะการทำงาน เช่น เวลาที่ไม่ตรงกันระหว่างการปฏิบัติหน้าที่และเวลาทำการของหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพจิต ทั้งนี้ ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้เจ้าหน้าที่ตำรวจไม่เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต โดยในงานวิจัยในกรณีของเจ้าหน้าที่ตำรวจในเมืองนิวยอร์กมีผลการวิจัยว่าเจ้าหน้าที่ตำรวจที่ได้เข้ารับคำปรึกษาและรักษาสุขภาพจิตมีไม่ถึงครึ่งหนึ่งของผู้ที่มิมีแนวโน้ม และการรับคำปรึกษาจากหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นอย่าง Employee Assistance Program ก็ลดลงไปอีกจากจำนวนดังกล่าว แม้ว่าจะมีการกระจายอย่างทั่วถึงในทุกหน่วยหรือทุกสถานีตำรวจก็ตาม ซึ่งการสะสมของภาวะซึมเศร้า ประกอบกับความสิ้นหวัง และความคิดชั่ววูบอาจนำไปสู่วงจรของการมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายได้ โดยหากได้เข้าสู่วงจรดังกล่าวและมีประวัติที่เคยคิดหรือเคยพยายามลงมือฆ่าตัวตายแล้ว จะทำให้โอกาสที่จะกระทำซ้ำมีสูงขึ้นกว่าคนปกติทั่วไปด้วย

และกลุ่มสุดท้าย ที่ทำการศึกษาเทคโนโลยีและสารสนเทศที่นำมาประยุกต์ใช้กับงานบริการด้านสุขภาพจิต ซึ่งนำเสนอทั้งข้อดีและข้อเสียของการให้บริการด้านสุขภาพจิตทางอินเทอร์เน็ตผ่านสื่อทางไกลประเภทต่างๆ ซึ่งช่วยแก้ปัจจัยอุปสรรคของการเข้ารับการรักษาที่เกิดจากความอับอาย รวมไปถึงปัจจัยขัดขวางด้านพื้นที่ เวลาในการขอรับคำปรึกษา บุคลากรที่มีจำกัด แต่ก็มีข้อเสียหาก

การสื่อสารมีความล่าช้า ไม่ทันท่วงที และการที่ไม่สามารถสื่อสารผ่านอวัจนภาษาหรือภาษาท่าทางได้ ในกรณีที่เป็น การสื่อสารผ่านข้อความเป็นหลัก ในแง่มุมนี้ แม้จะเป็นงานวิจัยจากต่างประเทศแต่ บริบทการใช้สื่อรูปแบบนี้ไม่ต่างกันมากนัก

2.4 กรอบการวิจัย

จากการทบทวนทฤษฎีทางการประเมินด้วยโมเดล CIPP ของ Stufflebeam, 1966 และการ ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการดำเนินโครงการเกี่ยวกับสุขภาพจิต รวมทั้งสื่อและเทคโนโลยีที่ใช้ ในงานด้านสุขภาพจิต ทำให้สามารถสรุปกรอบการวิจัยได้ ดังนี้



แผนภาพ 2 กรอบการวิจัย

จากกรอบการวิจัยดังกล่าว จะวิเคราะห์ได้อย่างครอบคลุมตั้งแต่สภาพแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อ การดำเนินโครงการ โดยพิจารณาจากกฎหมาย นโยบาย มาตรการขององค์กรในการสนับสนุนการดำเนินโครงการ รวมไปถึงความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติของกลุ่มเป้าหมายที่มีต่อการขอเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตโดยอาศัยปัจจัยต่างๆที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม อาทิ การตีตราและตราบาปในระดับต่างๆ ปัจจัยด้านการรักษาความลับของข้อมูลการรักษา ปัจจัยด้านเวลา และปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต เป็นต้น และกำหนดให้มีตัวแปรต้น ตัวแปรตามในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

- ตัวแปรต้น ได้แก่

ปัจจัยด้านการติดตาม

ระดับสังคม

- วัฒนธรรมองค์กร
- ทักษะของผู้บังคับบัญชา
- ทักษะของเพื่อนร่วมงาน
- ทักษะของครอบครัว

ระดับบุคคล

- ความรู้สึกไม่มีคุณค่าและความรู้สึกไร้พลังในตนเองหากต้องเข้ารับคำปรึกษา

ระดับการหลีกเลี่ยงการถูกติดตาม

- ความอับอายในการถูกวินิจฉัยสุขภาพจิต

ปัจจัยที่เกี่ยวกับหน้าที่การงาน

- ความกลัวผลกระทบต่อนหน้าที่การงาน
- ความไม่มั่นใจต่อการรักษาความลับในการเข้ารับบริการ
- เวลาทำงานทำให้ไม่สามารถเข้ารับบริการได้สะดวก

ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพจิต

- การไม่ทราบข้อมูลว่าควรรับบริการสุขภาพจิตจากที่ใด

- ตัวแปรตาม: การตัดสินใจในการรับบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต

ในขณะที่ปัจจัยนำเข้าสามารถวิเคราะห์ได้ในด้านของทรัพยากรที่นำมาใช้ในโครงการ ทั้งบุคลากร เครื่องมือ สิ่งอำนวยความสะดวก และงบประมาณ ว่ามีเพียงพอ เหมาะสม หรือไม่ ระหว่างการดำเนินโครงการที่ผ่านมา หรือขาดแคลนทรัพยากรใดที่ส่งผลให้งานในโครงการหยุดชะงักหรือไม่ ส่วนปัจจัยด้านกระบวนการ จะเป็นการสำรวจถึงเทคนิควิธีในการดำเนินการว่าทันที่หรือไม่ หรือไม่ รวมทั้งการสื่อสารโครงการ และการบริหารกระบวนการดำเนินการของโครงการ ว่าส่วนใด เป็นปัจจัยส่งเสริมหรือขัดขวาง หรือเกิดปัญหาใดในการปฏิบัติงานหรือไม่ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดที่นำมา วิเคราะห์ก็จะนำมาสู่ข้อสรุปว่าปัจจัยใดส่งผลให้เกิดผลการดำเนินงานอย่างที่เป็นอย่างในปัจจุบัน และสามารถพัฒนาปัจจัยใด เพื่อให้การดำเนินโครงการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผล ตรงตามจุดประสงค์โครงการแรกเริ่มที่ต้องการเสนอทางเลือกในการเข้าถึงการให้คำปรึกษา

บทสรุป

โครงการ Depress we care เป็นโครงการที่มีขึ้นเพื่อให้เป็นช่องทางในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตทั้งสำหรับข้าราชการตำรวจ และประชาชนทั่วไป โดยเสนอช่องทางที่สะดวก ไม่มีข้อจำกัดด้านพื้นที่ และเวลา รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นในการรักษาความลับของผู้ที่ติดต่อขอเข้ารับการศึกษา ซึ่งในการศึกษาวิจัยปัจจัยต่างๆ ทั้งสภาพแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินการโครงการ อันจะนำไปสู่ประสิทธิผลของโครงการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประกอบการตัดสินใจในการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินการให้ดียิ่งขึ้นต่อไป ผู้วิจัยจึงเลือกใช้โมเดล CIPP ของ Stufflebeam, 1966

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการบริหารโครงการโดยทั่วไปตามทฤษฎี และการดำเนินการโครงการในลักษณะการให้บริการทางด้านสุขภาพจิตนั้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยต่างๆที่สามารถจัดเข้าในการวิเคราะห์ตามโมเดลได้ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม ซึ่งก็คือปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ทั้งการวางนโยบาย การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง และกฎหมายหรือนโยบายที่เกี่ยวข้องที่ช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน และปัจจัยด้านสังคมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม คือ ปัจจัยด้านการตีตรา ซึ่งมีทั้งระดับสังคมที่ประกอบด้วยวัฒนธรรมองค์กร ทักษะของผู้บังคับบัญชา ทักษะของเพื่อนร่วมงาน และทัศนคติของครอบครัวข้าราชการตำรวจ รวมถึงระดับบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่มีคุณค่า และความรู้สึกไร้พลังในตนเองหากต้องเข้ารับคำปรึกษา และระดับสุดท้าย คือ ระดับการหลีกเลี่ยงการถูกตีตรา อย่างความรู้สึกอับอายในการถูกวินิจฉัยสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่การงาน เช่น ความกลัวผลกระทบต่อน้ำที่การทำงานความไม่มั่นใจต่อการรักษาความลับในการเข้ารับบริการ และเวลาทำงานหรือเข้าเวรทำให้ไม่สามารถเข้ารับบริการได้สะดวก และสุดท้าย คือ ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพจิต อย่างการไม่ทราบข้อมูลว่าควรรับบริการสุขภาพจิตจากที่ใด

2. ปัจจัยตัวป้อนเข้า (Input Evaluation) ที่เกี่ยวข้องและควรนำมาวิเคราะห์ อาทิ ปัจจัยด้านบุคลากรผู้ให้บริการ ที่จะต้องมีความรู้และความเข้าใจในการวินิจฉัยโรค การให้คำปรึกษา ปัจจัยด้านงบประมาณ ต้องมีอย่างเพียงพอต่อการให้บริการอย่างมีคุณภาพ ปัจจัยความพร้อมของเครื่องมือว่ามีความพร้อมสำหรับการให้บริการหรือไม่ สามารถพัฒนาไปได้ต่อในทิศทางใด หรือช่องทางการสื่อสารใดที่อาจเป็นตัวเลือกเพิ่มเติม

3. ปัจจัยด้านกระบวนการ (Process Evaluation) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยด้านการบริหารงาน โดยเฉพาะของผู้จัดการโครงการที่เป็นผู้จัดสรรทรัพยากร ประสานงานและควบคุมให้กิจกรรมต่างๆดำเนินไปได้ด้วยดี ปัจจัยด้านการดำเนินการและการประสานงาน เพื่อสำรวจว่ามีการสื่อสารระหว่างฝ่ายที่ดี มีการแบ่งหน้าที่ชัดเจน ส่งผลต่อการดำเนินโครงการอย่างราบรื่นหรือไม่

ซึ่งจากโมเดลการประเมินดังกล่าว ร่วมกับปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สามารถนำมาสรุปเป็นประเด็นคำถามสำหรับการวิจัยต่อไปได้ เพื่ออธิบายสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินโครงการที่เกิดขึ้นในบริบทของโครงการ Depress we care



บทที่ 3 การออกแบบงานวิจัย

บทนำ

โครงการ Depress we care เป็นโครงการด้านการให้คำปรึกษาเรื่องสุขภาพจิตของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ โดยเน้นไปที่การรักษาและฟื้นฟูอาการโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายด้วยอารมณ์ชั่ววูบของข้าราชการตำรวจ ด้วยการเปิดช่องทางการสื่อสาร 2 ช่องทางเพื่อให้ข้าราชการตำรวจสามารถเข้าขอรับคำปรึกษาจากนักจิตวิทยาได้โดยตรง ทั้งในเพจเฟซบุ๊ก Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ และสายด่วน 0819320000 ตลอด 24 ชั่วโมง อีกทั้งยังใช้เพจเฟซบุ๊กเป็นสื่อในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า และความเครียดแบบต่างๆ โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับมือกับอาการและการสังเกตอาการเบื้องต้น และมีเกณฑ์การตรวจและให้บริการโดยเริ่มจากการแจ้งข้อตกลงการให้บริการและการรักษาความลับ การเก็บประวัติข้อมูลส่วนบุคคล ก่อนจะมีการประเมินโรคซึมเศร้าจากนักจิตวิทยาโดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า (2Q) (9Q) ซึ่งหากมีระดับคะแนน 0-12 จะให้บริการให้คำปรึกษาแนะนำแบบประคับประคอง และอาจแนะนำให้พบแพทย์แล้วแต่กรณี แต่หากมี 13 คะแนนขึ้นไปจะให้คำปรึกษาแนะนำแบบประคับประคอง พร้อมทั้งแนะนำให้พบแพทย์ในโรงพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งผู้ที่ได้คะแนน 13 คะแนนขึ้นไปจะต้องทำการประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นเพิ่มเติม ซึ่งจะแบ่งเป็นระดับความเสี่ยงต่ำ ปานกลาง และสูง แล้วจึงพิจารณาการดูแลเป็นการติดตามต่อเนื่อง การติดต่อญาติ ไปจนถึงการส่งตัวเข้ารับการรักษาแบบฉุกเฉินต่อไป โดยในกรณีที่ต้องพบแพทย์นักจิตวิทยาจะช่วยทำการประสานงานติดต่อ OPD ของโรงพยาบาลตำรวจหรือโรงพยาบาลในพื้นที่ของผู้ติดต่อให้

ทั้งนี้โครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ เป็นช่องทางการติดต่อเพื่อรับคำปรึกษาและบริการด้านสุขภาพจิตแทนที่เบอร์สายตรง 1599 ที่เป็น “สายด่วนคลายทุกข์ให้ข้าราชการตำรวจ” ซึ่งดำเนินการมาก่อนหน้านี้ในลักษณะการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและปัญหาชีวิตเหมือนกัน และเป็นเบอร์สายตรงถึงสำนักงานตำรวจแห่งชาติที่มีจุดประสงค์คล้ายคลึงกับโครงการ Depress we care แต่ก็ต้องถูกล้มเลิกไปภายหลัง เนื่องจากปัจจัยขัดขวางเรื่องความกลัวผลกระทบถึงความเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงาน เนื่องจากต้องมีการระบุชื่อและยศของผู้ที่ติดต่อชัดเจน อีกทั้งยังเป็นสายด่วนเฉพาะของข้าราชการตำรวจ จึงไม่ค่อยมีผู้โทรเข้ามาใช้บริการตามที่คาดหวัง

ดังนั้นโครงการ Depress we care จึงเป็นโครงการที่สานต่อความพยายามที่จะให้ข้าราชการตำรวจได้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต เพื่อลดความเครียด ฟื้นฟูภาวะซึมเศร้า และลดอัตราการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจลง โดยปรับปรุงวิธีการทำงานและช่องทางในการให้บริการให้มีประสิทธิภาพ ลดปัจจัยขัดขวางเดิมในเรื่องความไม่มั่นใจในการรักษาความลับ รวมไปถึง

ปัจจัยขัดขวางด้านทรัพยากรในการให้บริการอีกด้วย ทว่าสิ่งที่เกิดขึ้นตามมากลับพบว่า ผู้เข้ามาใช้บริการส่วนใหญ่กลับเป็นประชาชนทั่วไป ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายรอง ในขณะที่กลุ่มเป้าหมายหลักที่เป็นข้าราชการตำรวจกลับมีสัดส่วนการเข้าขอคำปรึกษาน้อยกว่าประชาชนทั่วไป ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นจุดเบี่ยงเบนจากแผนโครงการแต่เดิม จึงเป็นที่น่าสนใจในการสำรวจปัจจัยต่างๆในโครงการทั้งในด้านปัจจัยสภาพแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยด้านกระบวนการดำเนินงาน เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าว

ฉะนั้นการออกแบบการวิจัยเพื่อนำมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งเสริม หรือขัดขวางการดำเนินโครงการให้มีประสิทธิผลจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลทั้งจากเอกสาร ข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยแบ่งการเก็บข้อมูลเป็นข้าราชการตำรวจทั่วไป ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการ ซึ่งจะเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อสำรวจถึงทัศนคติในฐานะที่เป็นปัจจัยด้านบริบททางด้านสังคม ที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตจากโครงการ และอีกส่วนเป็นการเก็บข้อมูลโดยมีการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงปัจจัยนำเข้าและปัจจัยด้านกระบวนการดำเนินงานกับกลุ่มบุคลากรผู้ดำเนินโครงการ อาทิ หัวหน้าส่วนงาน จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และฝ่ายประชาสัมพันธ์ ซึ่งจะมีวิธีการจัดระเบียบ เรียบเรียงข้อมูล ไปจนถึงวิธีการวิเคราะห์ที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ประเด็นในการอธิบายและนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอแนะในการพัฒนาโครงการต่อไป

3.1 ข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

3.1.1 ขอบเขตของข้อมูล

ขอบเขตของข้อมูลที่จะเก็บนี้ เป็นข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านต่างๆ โดยใช้โมเดล CIPP ของ Stufflebeam, 1966 เป็นตัวแบบในการเก็บข้อมูล ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยด้านกระบวนการ ซึ่งนำไปสู่ผลการดำเนินงานดังที่เคยได้กล่าวไว้ในบทก่อนหน้าแล้ว โดยขอบเขตในการเก็บข้อมูลเหล่านี้ จะทำการเก็บจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการ *Depress we care* โดยแบ่งเป็น

3.1.1.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยเก็บจากข้าราชการตำรวจ ในฐานะที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการ โดยจะสำรวจถึงความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติที่มีต่อโครงการและการเข้ารับบริการขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นปัจจัยด้านบริบทแบบหนึ่งที่มีผลต่อประสิทธิผลของโครงการ ทั้งนี้ขอบเขตประชากรที่จะเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการแจกแบบสอบถามใช้ขอบเขตประชากรเป็นข้าราชการตำรวจทั่วประเทศทั้งหมด 213,457 นาย²⁴

²⁴ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, "กำลังพลตำรวจทั่วประเทศ."

3.1.1.2 การเก็บข้อมูลในเชิงคุณภาพจากผู้ให้สัมภาษณ์ โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากบุคลากรผู้มีส่วนในการดำเนินโครงการ ดังรายละเอียดในตารางต่อไปนี้

ลำดับ ที่	ตำแหน่งงาน	ความเกี่ยวข้องกับโครงการ	วันที่ดำเนินการ สัมภาษณ์
1	หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและ ยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ (1 คน)	ซึ่งเป็นผู้ที่รับผิดชอบควบคุมดูแล บริหารการดำเนินโครงการ	22 เมษายน 2563
2	หัวหน้าศูนย์ประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลตำรวจ (1 คน)	ซึ่งทำหน้าที่ในการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร และสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะซึมเศร้า รวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ โครงการเป็นที่รู้จักในวงกว้าง และใน กลุ่มเป้าหมาย	29 เมษายน 2563
3	จิตแพทย์ (2 คน)	เป็นผู้ให้การรักษาแก่ผู้ที่ติดต่อเข้ามา ขอรับคำปรึกษาในกรณีที่ควรได้รับการ รักษาอย่างต่อเนื่อง หรือมีอาการ รุนแรง และเป็นผู้ผลิตเนื้อหาที่โพสต์ลง ในเพจ	22 เมษายน 2563
4	นักจิตวิทยาและผู้ดูแลเพจ (3 คน)	เป็นผู้ดำเนินงานหลักในการให้ คำปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ที่เข้า มาติดต่อ รับผิดชอบการตอบคำถาม ทางอินบ็อกซ์ของเพจเฟซบุ๊ก Depress we care และถือสายด่วน รวมถึง ประสานการนัดหมายให้เข้ามารับ คำปรึกษาในโรงพยาบาลตามแต่กรณี	23 เมษายน 2563

ตาราง 1 รายละเอียดการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

โดยที่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการข้างต้นนั้นย่อมมีมุมมองต่อโครงการที่แตกต่างกัน การสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดเป็นรายบุคคลจึงสามารถทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่เกี่ยวกับปัจจัยด้านต่างๆของโครงการจากหลากหลายมุมมอง และเป็นขอบเขตของข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ หรือปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมไปถึงการหาปัจจัยส่งเสริมและขัดขวางการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพของโครงการต่อไปได้

3.1.2 สื่อและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

สำหรับเอกสารที่สามารถนำมาศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายกระบวนการดำเนินการในโครงการ Depress we care นั้น มีดังนี้

- กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง อาทิ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 และฉบับที่ 2 (พ.ศ.2562) รวมถึงแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580) เพื่อศึกษาในฐานะที่เป็นปัจจัยสภาพแวดล้อม

- มาตรการที่ส่งเสริมการดำเนินโครงการ อาทิ มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้าราชการตำรวจระฆ่าตัวตาย (ฆ่าตัวตาย) เพื่อศึกษาในฐานะที่เป็นปัจจัยสภาพแวดล้อม

- บทสัมภาษณ์และข่าวประชาสัมพันธ์โครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ

- แผนงานโครงการ เพื่อที่จะสามารถนำข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า รวมทั้งแผนในการดำเนินโครงการมาวิเคราะห์ได้ว่าการดำเนินการเป็นไปตามแผนหรือไม่ มากน้อยเพียงใด เพื่อตอบโจทย์ในการอธิบายสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำเนินโครงการ

- สถิติการเข้ารับขอคำปรึกษาของข้าราชการตำรวจในช่วงเวลาที่ผ่านมา เพื่อเปรียบเทียบกับแผนที่กำหนดไว้แรกเริ่มว่ามีความเบี่ยงเบนจากเดิมมากน้อยเพียงใด และต้องมีการหาแนวทางแก้ไขหรือพัฒนาการดำเนินโครงการหรือไม่ และในด้านใด

โดยข้อมูลที่ได้จากเอกสารดังที่ได้กล่าวไปนั้น จะได้นำไปพิจารณาร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์รายบุคคลจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการ เพื่ออธิบายการดำเนินการ ปัญหาอุปสรรคที่พบ รวมทั้งนำมาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินการภายในโครงการ

3.1.3 วิธีการเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บข้อมูลในการวิจัยนี้ ใช้การเก็บข้อมูลด้วยวิธีการแจกแบบสอบถาม วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก หรือ In-depth Interview เป็นรายบุคคล และศึกษาค้นคว้าข้อมูลประกอบเพิ่มเติมจากเอกสารที่เกี่ยวข้องรวมถึงบทสัมภาษณ์ผ่านสื่อของผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลตำรวจ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการ โดยแบ่งเป็น

3.1.3.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีการแจกแบบสอบถามแก่ข้าราชการตำรวจ โดยกำหนดขอบเขตประชากรที่จะเก็บข้อมูลเป็นข้าราชการตำรวจทั่วประเทศทั้งหมด 213,457 นาย โดยวิธีการกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณของ Krejcie and Morgan, 1970

$$n = \frac{x^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1) + x^2 p (1-p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($x^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

ดังนั้นเมื่อกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 จึงคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนี้

$$n = \frac{x^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1) + x^2 p (1-p)}$$

$$n = \frac{3.841 * 213457 * 0.5 (1-0.5)}{(0.05^2 (213457-1)) + (3.841 * 0.5 (1-0.5))}$$

$$n = \frac{204972.084}{533.60025}$$

$$n = 384.130412$$

$$n \approx 385$$

จำนวนตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจึงเท่ากับ 385 ตัวอย่าง โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสายงานในการเก็บข้อมูล โดยแบ่งการเลือกตัวอย่างจาก 6 สายงาน คือ อำนาจการ ป้องกันปราบปราม สืบสวน สอบสวน และสายงานอื่นจำนวนเท่าๆกัน ทำการแจกแบบสอบถามผ่าน google form เพื่อความสะดวกและการกระจายได้อย่างทั่วถึง แล้วจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ถึงความรู้โดยทั่วไปที่มีต่อผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตและต่อโครงการ Depress we care โดยคำนวณออกมาเป็นความถี่และร้อยละ เพื่ออธิบายเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ด้านทัศนคติว่าจากปัจจัยทั้งหมด 10 ปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต

3.1.3.1 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ สำหรับกระบวนการในการเริ่มทำการสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยจะเริ่มจากการขอความยินยอมในการให้ข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์ โดยทำหนังสือขออนุญาตถึงหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลตำรวจ อาทิ สำนักงานนายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด และศูนย์ประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลตำรวจ แล้วจึงทำการนัดหมายกับผู้ที่จะให้สัมภาษณ์ โดยทำความเข้าใจเบื้องต้นถึงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์และขั้นตอนการศึกษา พร้อมทั้งทำข้อตกลงที่จะรักษาข้อมูลส่วนบุคคลและสิทธิของผู้ให้สัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เที่ยงและตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด หลังจากนั้นจึงจะทำการสัมภาษณ์ตามวันและเวลาที่ผู้ให้สัมภาษณ์สะดวก แล้วทำการเรียบเรียงข้อมูลและวิเคราะห์ต่อไป

3.1.4 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

3.1.4.1 เครื่องมือที่ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในการแจกแบบสอบถาม ใช้แบบสอบถาม google form แจกผ่านสื่อออนไลน์ และใช้โปรแกรม SPSS ในการคำนวณและวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีการแบ่งส่วนของแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามคัดกรอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 3 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการรับบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต

ส่วนที่ 4 ทศนคติต่อการรับบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต

ซึ่งในส่วนที่ 4 ทศนคติต่อการรับบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต เป็นการเก็บข้อมูลโดยมีเกณฑ์ในการกำหนดค่าน้ำหนักของการประเมินเป็น 4 ระดับ ตามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale)²⁵

3.1.4.2 เครื่องมือที่ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยใช้แนวคำถามปลายเปิด เพื่อให้ได้ข้อคิดเห็นจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยมีประเด็นคำถาม ดังนี้

- สภาพแวดล้อมการดำเนินการในโครงการ
- หน้าที่ ความรับผิดชอบต่อโครงการของผู้ให้สัมภาษณ์
- ทรัพยากรของโครงการ อาทิ งบประมาณ เครื่องมือ บุคลากร สิ่งอำนวยความสะดวก
- การบริหารงานในโครงการ การประสานงาน และโครงสร้างหน้าที่ภายในโครงการ
- ปัจจัยส่งเสริม หรือปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ

²⁵ บุญชม ศรีสะอาด, การวิจัยสำหรับครู (กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น, 2546).

- สิ่งที่คุณคิดว่าควรแก้ไข ปรับปรุงเพื่อการดำเนินโครงการได้ดีขึ้น

ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาอธิบายสภาพโดยทั่วไป รวมถึงปัญหาและอุปสรรคใดๆที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งหาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลในการดำเนินโครงการทั้งจากภายในและภายนอก ตลอดจนกระบวนการดำเนินงานของโครงการ และได้สร้างเป็นแนวคำถามการวิจัยสำหรับบุคคลที่จะทำการสัมภาษณ์ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

แนวคำถามสำหรับผู้จัดการโครงการ (หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ)

- ในทัศนะของผู้จัดการโครงการ โครงการนี้มีความสำคัญอย่างไร และมีเป้าหมายที่ต้องการบรรลุอย่างไร
- ทรัพยากรที่มีในการบริหารเพียงพอหรือไม่ หรือเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินโครงการหรือไม่
- มีการจัดโครงสร้างการทำงานของบุคลากร รวมไปถึงการแบ่งหน้าที่ และควบคุมติดตามอย่างไร
- โครงการนี้มีวงรอบในการประเมินผลหรือไม่ อย่างไร
- มีการพบผลการดำเนินการที่เบี่ยงเบนไปจากเป้าหมายที่ต้องการบรรลุหรือไม่ และคาดว่าสาเหตุมาจากปัจจัยใด

แนวคำถามสำหรับหัวหน้าศูนย์ประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลตำรวจ

- ในทัศนะของผู้จัดการโครงการ โครงการนี้มีความสำคัญอย่างไร และมีเป้าหมายที่ต้องการบรรลุอย่างไร
- ทรัพยากรที่มีในการบริหารเพียงพอหรือไม่ หรือเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินโครงการหรือไม่
- มีการจัดโครงสร้างการทำงานของบุคลากร รวมไปถึงการแบ่งหน้าที่ และควบคุมติดตามอย่างไร
- มีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการหรือไม่ อย่างไร

แนวคำถามสำหรับจิตแพทย์

- ในทัศนะของจิตแพทย์ โครงการนี้มีความสำคัญอย่างไร มีเป้าหมายที่ต้องการบรรลุอย่างไร และตัวท่านมีส่วนช่วยในการบรรลุเป้าหมายนั้นอย่างไร
- งานที่ได้รับมอบหมายเป็นไปอย่างเหมาะสมหรือไม่ มีปัจจัยใดที่ช่วยสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการทำงานบ้าง
- มีการประสานงานกับฝ่ายต่างๆอย่างไร

แนวคำถามสำหรับนักจิตวิทยาและผู้ดูแลเพจ

- ในทัศนะของนักจิตวิทยา โครงการนี้มีความสำคัญอย่างไร มีเป้าหมายที่ต้องการบรรลุอย่างไร และตัวท่านมีส่วนช่วยในการบรรลุเป้าหมายนั้นอย่างไร
- งานที่ได้รับมอบหมายเป็นไปอย่างเหมาะสมหรือไม่ มีปัจจัยใดที่ช่วยสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการทำงานบ้าง
- กระบวนการติดต่อ และส่งต่อผู้ติดต่อขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตโดยทั่วไปเป็นอย่างไร บุคลากรและเครื่องมือที่มีเพียงพอหรือไม่ มีการจัดเวรกันอย่างไรบ้าง

3.2 วิธีการวิเคราะห์

3.2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งส่วนในการวิเคราะห์เป็น 2 ส่วน คือ

3.2.1.1 ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้อธิบายข้อมูลและลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง อาทิ เพศ อายุ ยศ สายงาน และความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการรับบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตในรูปแบบของตารางแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

3.2.1.2 ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ทดสอบสมมติฐาน โดยใช้ One Sample T-Test ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในคำถามส่วนที่ 4 ของแบบสอบถาม โดยสำหรับการแปลความหมายของค่าเฉลี่ยมีเกณฑ์ในการวิเคราะห์²⁶ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.26-4.00	= มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 2.51-3.25	= มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตมาก
ค่าเฉลี่ย 1.76-2.50	= มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00-1.75	= มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตน้อยที่สุด

²⁶ ศรีสะอาด, การวิจัยสำหรับครู.

ดังนั้นในการตั้งสมมติฐานเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลจึงกำหนดให้คะแนนความคิดเห็นของแต่ละด้านจะต้องมีมากกว่า 2.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

ปัจจัยด้านการติตรา

ระดับสังคม

สมมติฐานที่ 1 วัฒนธรรมองค์กรมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก โดยกำหนดให้

H_0 : วัฒนธรรมองค์กรไม่ได้มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก

H_1 : วัฒนธรรมองค์กรมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก

กำหนด μ แทนค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมองค์กรที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจ จึงได้สมมติฐานทางสถิติเป็น

$$H_0 : \mu \leq 2.5$$

$$H_1 : \mu > 2.5$$

สมมติฐานที่ 2 ทศนคติของผู้บังคับบัญชามีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก โดยกำหนดให้

H_0 : ทศนคติของผู้บังคับบัญชาไม่ได้มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก

H_1 : ทศนคติของผู้บังคับบัญชามีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก

กำหนด μ แทนค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่อทศนคติของผู้บังคับบัญชาที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจ จึงได้สมมติฐานทางสถิติเป็น

$$H_0 : \mu \leq 2.5$$

$$H_1 : \mu > 2.5$$

สมมติฐานที่ 3 ทศนคติของเพื่อนร่วมงานมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก โดยกำหนดให้

H_0 : ทศนคติของเพื่อนร่วมงานไม่ได้มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก

H_1 : ทศนคติของเพื่อนร่วมงานมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก

กำหนด μ แทนค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่อทศนคติของเพื่อนร่วมงานที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจ จึงได้สมมติฐานทางสถิติเป็น

$$H_0 : \mu \leq 2.5$$

$$H_1 : \mu > 2.5$$

สมมติฐานที่ 4 ทศนคติของครอบครัวมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก โดยกำหนดให้

H_0 : ทศนคติของครอบครัวไม่ได้มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก

H_1 : ทศนคติของครอบครัวมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก

กำหนด μ แทนค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่อทศนคติของครอบครัวที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจ จึงได้สมมติฐานทางสถิติเป็น

$$H_0 : \mu \leq 2.5$$

$$H_1 : \mu > 2.5$$

ระดับบุคคล

สมมติฐานที่ 5 ความรู้สึกไม่มีคุณค่าและความรู้สึกไร้พลังในตนเองมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก โดยกำหนดให้

H_0 : ความรู้สึกไม่มีคุณค่าและความรู้สึกไร้พลังในตนเองไม่ได้มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก

H_1 : ความรู้สึกไม่มีคุณค่าและความรู้สึกไร้พลังในตนเองมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับ
คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก

กำหนด μ แทนค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่อความรู้สึกไม่มีคุณค่าและความรู้สึกไร้พลังใน
ตนเองที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจ จึงได้สมมติฐาน
ทางสถิติเป็น

$$H_0 : \mu \leq 2.5$$

$$H_1 : \mu > 2.5$$

ระดับการหลีกเลี่ยงการถูกตีตรา

สมมติฐานที่ 6 ความอับอายในการถูกวินิจฉัยสุขภาพจิตมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับ
คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก โดยกำหนดให้

H_0 : ความอับอายในการถูกวินิจฉัยสุขภาพจิตไม่ได้มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษา
ด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก

H_1 : ความอับอายในการถูกวินิจฉัยสุขภาพจิตมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้าน
สุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก

กำหนด μ แทนค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่อความอับอายในการถูกวินิจฉัยสุขภาพจิตที่มีผล
ต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจ จึงได้สมมติฐานทางสถิติเป็น

$$H_0 : \mu \leq 2.5$$

$$H_1 : \mu > 2.5$$

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่การงาน

สมมติฐานที่ 7 ความกลัวผลกระทบต่อหน้าที่การงานมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับ
คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก โดยกำหนดให้

H_0 : ความกลัวผลกระทบต่อหน้าที่การงานไม่ได้มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้าน
สุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก

H_1 : ความกลัวผลกระทบต่อหน้าที่การงานมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้าน
สุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก

กำหนด μ แทนค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่อความกลัวผลกระทบต่อน้ำที่การทำงานที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจ จึงได้สมมติฐานทางสถิติเป็น

$$H_0 : \mu \leq 2.5$$

$$H_1 : \mu > 2.5$$

สมมติฐานที่ 8 ความไม่มั่นใจต่อการรักษาความลับในการเข้ารับบริการมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก โดยกำหนดให้

H_0 : ความไม่มั่นใจต่อการรักษาความลับในการเข้ารับบริการไม่ได้มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก

H_1 : ความไม่มั่นใจต่อการรักษาความลับในการเข้ารับบริการมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก

กำหนด μ แทนค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่อความไม่มั่นใจต่อการรักษาความลับในการเข้ารับบริการที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจ จึงได้สมมติฐานทางสถิติเป็น

$$H_0 : \mu \leq 2.5$$

$$H_1 : \mu > 2.5$$

สมมติฐานที่ 9 เวลาทำงานทำให้ไม่สามารถเข้ารับบริการได้สะดวกมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก โดยกำหนดให้

H_0 : เวลาทำงานทำให้ไม่สามารถเข้ารับบริการได้สะดวกไม่ได้มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก

H_1 : เวลาทำงานทำให้ไม่สามารถเข้ารับบริการได้สะดวกมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก

กำหนด μ แทนค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่อเวลาทำงานทำให้ไม่สามารถเข้ารับบริการได้สะดวกที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจ จึงได้สมมติฐานทางสถิติเป็น

$$H_0 : \mu \leq 2.5$$

$$H_1 : \mu > 2.5$$

ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพจิต

สมมติฐานที่ 10 การไม่ทราบข้อมูลว่าควรรับบริการสุขภาพจิตจากที่ไหนมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก โดยกำหนดให้

H_0 : การไม่ทราบข้อมูลว่าควรรับบริการสุขภาพจิตจากที่ไหนไม่ได้มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก

H_1 : การไม่ทราบข้อมูลว่าควรรับบริการสุขภาพจิตจากที่ไหนมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก

กำหนด μ แทนค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่อการไม่ทราบข้อมูลว่าควรรับบริการสุขภาพจิตจากที่ไหนมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจ จึงได้สมมติฐานทางสถิติเป็น

$$H_0 : \mu \leq 2.5$$

$$H_1 : \mu > 2.5$$

3.2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ตามประเด็นสำคัญ (Thematic Analysis) ตามประเด็นของโมเดล CIPP ของ Stufflebeam, 1966 ที่ได้กล่าวไว้แล้ว คือ

- บริบทหรือสภาวะแวดล้อม (Context) ซึ่งได้แก่ การให้การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง ทัศนคติของกลุ่มเป้าหมายที่มีต่อโครงการ และกฎหมายหรือนโยบายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสำรวจจากความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายที่มีต่อโครงการ โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมา คำนวณค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยด้วยโปรแกรม SPSS เพื่ออธิบายสถานการณ์ของโครงการและทัศนคติของกลุ่มเป้าหมาย

- ปัจจัยนำเข้า (Input) วิเคราะห์ตามประเด็นของทรัพยากรในโครงการ อาทิ บุคลากร เครื่องมือ สิ่งอำนวยความสะดวก และงบประมาณ

- กระบวนการ (Process) สำรวจถึงการแบ่งงาน เทคนิควิธีในการดำเนินการ การสื่อสารและประสานงานภายในโครงการ และการบริหารกระบวนการดำเนินการของโครงการ

แล้วจึงอธิบายปัจจัยต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อโครงการตามประเด็นที่แยกไว้ข้างต้น เพื่อให้สามารถหาประเด็นในการให้ข้อเสนอแนะที่ถูกต้องและสามารถนำไปปรับปรุงพัฒนาประสิทธิภาพในการดำเนินโครงการต่อไปให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายหลักที่เป็นข้าราชการตำรวจ ให้ได้รับบริการการให้คำปรึกษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตอย่างเกิดประสิทธิผล

บทสรุป

เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อจุดประสงค์การวิจัยที่มุ่งอธิบายการดำเนินการ สภาพปัญหา อุปสรรค รวมทั้งหาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของการดำเนินโครงการที่มีต่อกลุ่มเป้าหมายที่เป็นข้าราชการตำรวจ ไปจนถึงการหาข้อเสนอแนะในขั้นสุดท้ายนั้น จำเป็นต้องมีการเก็บข้อมูลจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ ประกอบกับการศึกษาหาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยการเก็บข้อมูลทั้งโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงในเชิงลึกจากมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในโครงการ และการแจกแบบสอบถามเพื่อสำรวจทัศนคติของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นข้าราชการตำรวจโดยทั่วไป แล้วจึงนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดระเบียบ แยกแยะ และวิเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นสำคัญ ซึ่งแยกเป็นประเด็นตามโมเดล CIPP ของ Stufflebeam, 1966 ต่อไป

บทที่ 4 การวิเคราะห์ผลการวิจัย

บทนำ

ในการดำเนินงานภายใต้โครงการ Depress we care ซีมิเศร้า เราใส่ใจ โดยความร่วมมือกันระหว่างกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลช่องทางการติดต่อสื่อสารในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต รวมไปถึงการสร้างเนื้อหาเผยแพร่ให้ความรู้ และการประสานงานต่างๆในการให้บริการด้านสุขภาพจิต และศูนย์ประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลตำรวจที่มากอยช่วยสนับสนุนในด้านการประชาสัมพันธ์โครงการให้เป็นที่รับรู้ อีกทั้งช่วยผลิตสื่อที่ใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลที่เขียนขึ้นโดยจิตแพทย์จากกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ซึ่งจะต้องมีการประสานงานกันทั้งภายในกลุ่มงาน และระหว่างกลุ่มงาน ซึ่งในการดำเนินการของทั้งเพจเฟซบุ๊ก Depress we care ซีมิเศร้า เราใส่ใจ และสายด่วน 0819320000 จะมีนักจิตวิทยาเป็นแกนหลักในการสลับเวรกันคอยรับฟัง ให้คำปรึกษา รวมถึงคอยประเมินอาการว่ามีความรุนแรงระดับใด แล้วจึงทำการประสานงานส่งต่อให้จิตแพทย์ทั้งของโรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดที่ผู้ติดต่อขอรับคำปรึกษาสะดวกจะไปอีกที หรือแม้กระทั่งประสานกับข้าราชการตำรวจในพื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆในกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉินในขั้นที่กำลังจะฆ่าตัวตาย หรือฆ่าตัวตายด้วย ในขณะที่อีกด้าน จิตแพทย์ก็จะเป็นผู้รับผิดชอบในการผลิตเนื้อหาที่จะใช้เผยแพร่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซีมิเศร้า ความเครียด และอาการอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตลงในเพจ โดยประสานกับเจ้าหน้าที่จากศูนย์ประชาสัมพันธ์ ซึ่งจะทำหน้าที่ในการแปลงเนื้อหาที่เป็นบทความให้อยู่ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย เช่น อินโฟกราฟฟิก หรือเป็นคลิปวิดีโอ เป็นต้น นอกจากนี้ เพื่อให้การดำเนินโครงการเป็นไปอย่างราบรื่นและเกิดประสิทธิผล ต้องมีทรัพยากรที่ใช้ในโครงการอย่างเพียงพอ มีการบริหารและควบคุมดูแลความเป็นไปของโครงการอยู่เป็นระยะจากผู้จัดการโครงการ โดยในที่นี้ก็คือ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมานั้น นับเป็นปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อการดำเนินโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ หรือก็คือการเป็นช่องทางในการให้ความรู้ และให้ข้าราชการตำรวจสามารถเข้าถึงการได้รับบริการด้านสุขภาพจิตจากนักจิตวิทยาและจิตแพทย์เมื่อมีความจำเป็นนั่นเอง ซึ่งสามารถสรุปปัจจัยภายในต่างๆที่เป็นจุดแข็งและจุดอ่อนของโครงการได้ดังตารางนี้

จุดแข็ง	จุดอ่อน
<ul style="list-style-type: none"> ■ มีช่องทางการติดต่อสื่อสารที่ทำให้เข้าถึงบริการได้ง่าย และประหยัดงบประมาณ ■ มีโครงสร้างการแบ่งงานและอำนาจหน้าที่แยกกันชัดเจน ไม่ซ้อนทับกัน ■ มีเครือข่ายการประสานงานระหว่างพื้นที่ในการปฏิบัติงานที่เข้มแข็ง เช่น สามารถประสานงานให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ช่วยยับยั้งเหตุฆ่าตัวตายได้ ประสานงานเครือข่ายโรงพยาบาลในพื้นที่ให้รับผู้ป่วยจากโครงการไปรักษาและฟื้นฟูอาการต่อ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ นักจิตวิทยาที่เป็นบุคลากรหลักมีเพียง 8 คน หากมีผู้ติดต่อมีการขยายตัวเพิ่มจำนวนขึ้นในอนาคต อาจารย์รับได้ไม่หมด และเป็น การเพิ่มภาระงาน ■ สายด่วนรองรับได้เพียงครั้งละ 1 สาย และ อินบ็อกซ์มีอัตราการตอบกลับที่ค่อนข้างช้า ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ที่ติดต่อไม่สำเร็จ ล้มเลิกความตั้งใจได้ ■ ในการทำงานเกิดการเน้นไปที่ กระบวนการมากกว่าการบรรลุเป้าหมาย

ตาราง 2 ปัจจัยภายในที่เป็นจุดแข็งและจุดอ่อนของโครงการ

ทว่านอกจากปัจจัยภายในที่ขับเคลื่อนโครงการดังกล่าวแล้ว ก็ยังมีสภาพแวดล้อมภายนอกที่มีผลต่อประสิทธิภาพของโครงการอยู่ด้วย อาทิ นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย นโยบายและมาตรการส่งเสริมจากองค์กรต้นสังกัดอย่างสำนักงานตำรวจแห่งชาติ รวมไปถึงทัศนคติ และความรู้ความเข้าใจของข้าราชการตำรวจทั่วไปที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักมีต่อโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจด้วย ซึ่งในที่นี่จะมีการศึกษาปัจจัยที่ข้าราชการตำรวจนำมาประกอบการพิจารณาในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตด้วย อาทิ ปัจจัยด้านการตีตรา ทั้งจากวัฒนธรรมองค์กร ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน ครอบครัว หรือแม้แต่ทัศนคติของตนเอง รวมไปถึงปัจจัยด้านหน้าที่การงาน ความกลัวว่าการมารักษาจะกระทบต่องาน และปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการรับบริการด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นปัจจัยต่างๆที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม และจะทดสอบทางสถิติว่าปัจจัยที่นำมาประกอบการพิจารณาในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตดังกล่าวในมุมมองของข้าราชการตำรวจมีการให้คะแนนมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ ซึ่งจะเป็นการแสดงให้เห็นถึงทัศนคติและความคิดในการที่จะเข้ามารับการให้บริการด้านสุขภาพจิตของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อจะได้อธิบายสถานการณ์และนำไปปรับใช้ในการสื่อสารสร้างความตระหนักรู้ได้ต่อไป ให้โครงการสามารถเป็นช่องทางการติดต่อและเข้าถึงการรับบริการด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจได้ และมีส่วนช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตาย หรือลดการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจได้ต่อไป โดยในบทนี้ จะแบ่งการวิเคราะห์หรือกรอบแนวคิดและประเด็นการวิจัยที่ตั้งไว้ 3 ส่วน คือ ปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยตัวป้อนเข้า และปัจจัยด้านกระบวนการ

4.1 ปัจจัยด้านบริบท

ในส่วนปัจจัยด้านบริบท ที่เป็นปัจจัยสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการดำเนินโครงการ Depress we care จะแบ่งเป็นการวิเคราะห์โดยอาศัยข้อมูลจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์จากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยสามารถแยกเป็นประเด็นได้ ดังนี้

4.1.1 กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ในบริบทด้านกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง มีการออกกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตฉบับแรก ก็คือ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551²⁷ ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง มุ่งเน้นการบังคับใช้ไปที่การกำหนดกระบวนการรักษาสำหรับบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต และมุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยที่มีภาวะอันตราย หรือมีแนวโน้มจะทำร้ายตนเองและผู้อื่น และผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา หรือตามนิยามในพระราชบัญญัติก็คือ “สภาวะของผู้ป่วยซึ่งขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษาและต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็วเพื่อป้องกันหรือบรรเทาให้มีความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรงหรือเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น” รวมทั้งมีการกำหนดและให้อำนาจหน้าที่แก่คณะกรรมการชุดหนึ่งเข้ามากำกับดูแล คือ คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ซึ่งมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย มาตรการคุ้มครองสิทธิและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต รวมทั้งวางหลักเกณฑ์ วิธีการในการให้คำปรึกษา แนะนำ และประสานงานแก่หน่วยงานรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง และยังมีหน้าที่ตรวจสอบและติดตามการดำเนินงานของ คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาที่ประจำอยู่ตามสถานบำบัดรักษาและมีหน้าที่ตรวจวินิจฉัย รวมถึงประเมินอาการผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้ป่วยคดี (ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการสอบสวนหรือดำเนินคดี) ด้วย โดยในส่วนของกระบวนการรักษาจะเน้นการกำหนดกระบวนการ และสิทธิของผู้ป่วยที่อาการค่อนข้างหนัก มีภาวะอันตรายแล้ว หรือจำเป็นต้องได้รับการรักษา มีการให้อำนาจพนักงานเจ้าหน้าที่ในการเข้าควบคุมตัว และนำส่งตัวผู้ป่วยที่มีแนวโน้มทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น รวมทั้งมีการกำหนดโทษสำหรับประเด็นการเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยในประการที่จะทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย หรือแจ้งความเท็จ หรือไม่ทำตามหนังสือของเจ้าหน้าที่ หรือขัดขวางการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่เป็นโทษทางอาญา

ต่อมาจึงมีการแก้ไขเพิ่มเติมในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562²⁸ โดยตราขึ้นเพื่อปรับปรุงพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ให้มีความเข้ากับสถานการณ์ปัจจุบันมากขึ้น และเสริมประเด็นในการคุ้มครองสิทธิสำหรับบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตให้มีความถูกต้องและเพียงพอ

²⁷ ราชกิจจานุเบกษา, "พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551."

²⁸ ราชกิจจานุเบกษา, "พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562."

โดยเน้นในประเด็นการเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อต่างๆที่ทำให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตถูกมองในด้านไม่ดี ถูกรังเกียจ รวมไปถึงการเกิดความเสียหายต่อจิตใจและเกียรติศักดิ์ศรี ซึ่งในกรณีที่มีการเผยแพร่ออกไปแล้ว มีการเพิ่มมาตราที่ 16/2 ให้อธิบดีกรมสุขภาพจิตมีอำนาจในการให้แก่ไขข้อความหรือวิธีการในการเผยแพร่ข้อมูล ห้ามการใช้ข้อความบางอย่างที่ปรากฏในการเผยแพร่ข้อมูล ระวังการเผยแพร่ข้อมูลหรือห้ามใช้วิธีการนั้นในการเผยแพร่ข้อมูล หรือให้เผยแพร่ข้อมูลเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้อื่นที่อาจเกิดขึ้น หากไม่ปฏิบัติตามจะมีโทษทางอาญาตามมาตรา 50/1 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ นอกจากนี้ยังเน้นไปที่การสร้างกลไกการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขด้วย และสนับสนุนให้ภาครัฐและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการดังกล่าว ส่วนอีกหนึ่งประเด็นที่น่าสนใจ คือการให้อำนาจหน้าที่เพิ่มเติมแก่คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เช่น เสนอนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนสุขภาพจิตระดับชาติ การคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐ และเอกชนดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต รวมถึงกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางสื่อ เพื่อไม่ให้ละเมิดสิทธิผู้ป่วย โดยมีการเพิ่มเติมให้กรมสุขภาพจิตเข้ามาทำหน้าที่งานธุรการให้แก่คณะกรรมการ

ดังนั้น ตามที่ได้บัญญัติเอาไว้ในอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติเพิ่มเติมขึ้นมา จึงมีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580)²⁹ ขึ้นเป็นครั้งแรก ซึ่งนับเป็นก้าวสำคัญในการส่งเสริมและให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตในฐานะที่เป็นองค์ประกอบหนึ่งของก้าวไปสู่การคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ในศตวรรษที่ 21 ตามนโยบายของรัฐบาล ด้วยการบ่มเพาะให้คนไทยมีปัญญาเฉียบแหลม (Head) มีทักษะที่เห็นผล (Hand) มีสุขภาพที่แข็งแรง (Health) และมีจิตใจที่งดงาม (Heart) และมุ่งเน้นให้บรรลุเป้าหมายของแผนพัฒนา คือ “คนไทยมีปัญญา อารมณ์ดีและมีความสุข อยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า” ทั้งนี้ได้มีการประเมินถึงสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย และในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น ที่ผ่านมาจากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตในช่วงปี 2557-2559 พบว่ามีแนวโน้มการเข้าถึงบริการที่สูงขึ้น แต่ก็ยังคงอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งเป็นปัญหาที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วโลก อันเนื่องมาจากทัศนคติการยอมรับการรักษา และปัญหาการพัฒนาระบบการรักษาที่ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยโรคทางจิตจึงเข้าถึงบริการในการรักษาได้ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคทางกาย ในขณะเดียวกัน เพื่อให้เกิดการเข้าถึงเชิงพื้นที่ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการเพิ่มการตรวจรักษาโรคทางจิตเวชในโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป รวมถึงการขยายการบริการลงไปถึงระดับโรงพยาบาลชุมชน และยังมีการพัฒนาศูนย์

²⁹ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580), (2562).

ความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอีกด้วย โดยได้มีการตั้งเป้าไว้ถึงการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชว่าภายในปี 2564 ให้มีผู้ป่วย 4 ประเภท คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการไม่ต่ำกว่าร้อยละ 74 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 ผู้ป่วยโรคออทิสติกไม่ต่ำกว่าร้อยละ 15 และผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นไม่ต่ำกว่าร้อยละ 15 นอกจากนี้ในตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมาย ได้มีการระบุถึงการลดอัตราการฆ่าตัวตายโดยให้เหลือเพียงไม่เกิน 5.1 ต่อประชากรแสนคนภายในปี 2580 ซึ่งสอดคล้องกับที่มาและความสำคัญของโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ ที่มุ่งมั่นหวังจะให้เกิดผลลัพธ์ในการลดการฆ่าตัวตายในกลุ่มข้าราชการตำรวจ และตั้งเป้าให้ข้าราชการตำรวจสามารถมีช่องทางในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต โดยในรายละเอียดของยุทธศาสตร์ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับนี้มีทั้งหมด 4 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต

มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบคลุมทุกกลุ่มวัยร่วมกับภาคีเครือข่าย พัฒนาสถาบันครอบครัวให้มีศักยภาพในการเลี้ยงดูเด็ก รวมถึงเสริมสร้างให้คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต(Mental Health Literacy) มีทัศนคติที่ดีต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ให้สังคมเกิดการยอมรับและให้โอกาสผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ให้สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในวิถีชีวิต การทำงานและกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ซึ่งหากปฏิบัติได้ตามแผนจริงจะสามารถลดปัจจัยที่ขัดขวางไม่ให้กลุ่มเสี่ยงตัดสินใจที่จะเข้าขอรับบริการด้านสุขภาพจิต อีกทั้งยังสามารถเริ่มต้นการดูแลและเรียนรู้การเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีได้ตั้งแต่เด็กไปจนตลอดชีวิตด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

โดยมีการพัฒนาทั้งบุคลากร สถานที่ และกระบวนการบำบัดรักษา พัฒนาระบบเฝ้าระวังและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ จัดระบบบริการสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิ และผลักดันการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเวช ให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข รวมทั้งร่วมกันสังเกตอาการ เพื่อให้เข้าถึงตั้งแต่เริ่มป่วยจนอาการทุเลาอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ขับเคลื่อนและผลักดันมาตรการทางกฎหมาย สังคม และสวัสดิการ

ให้กลุ่มเสี่ยง รวมทั้งผู้ป่วยจิตเวช ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม มีการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมทั้งกระบวนการจนกระทั่งจำหน่าย และติดตามอย่างต่อเนื่องให้ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามกฎหมายสุขภาพจิต เพื่อลดการก่อให้เกิดอันตรายตนเองและบุคคลอื่น ๆ ในสังคม หรือภาวะอันตราย โดยยังมีแนวทางในการที่จะแก้ไข เพิ่มเติม หรือออกกฎหมายที่จะช่วยเสริมประเด็นในการเพิ่มปัจจัยปกป้อง และลดปัจจัยเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิตอีกด้วย ซึ่งนับได้ว่าเป็นการเพิ่มเติมจากกฎหมายเดิมที่มุ่งเน้นเพียงกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะอันตราย หรือมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา และผู้ป่วยคดี

รวมไปถึงการคุ้มครองสิทธิ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการในกลุ่มเสี่ยง หรือ กระบวนการกลับคืนสู่สังคมอย่างปกติสุขของผู้ป่วย

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาการและกลไกการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

พัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตด้วยการใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบการบริหาร และทรัพยากรที่พร้อม รวมถึงพัฒนาระบบประกันสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ในส่วนของกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องนั้น ในปัจจุบันยังคงเน้นไปที่ กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ในกรณีที่มีภาวะอันตราย หรือจำเป็นต้องได้รับการรักษา รวมไปถึงการคุ้มครองสิทธิต่างๆ แต่ยังคงขาดการป้องกัน หรือการคัดกรองเบื้องต้นในระยที่อาการ ยังไม่หนัก หรือยังเป็นเพียงกลุ่มเสี่ยง ทว่าก็มีแนวโน้มที่จะมีปัจจัยส่งเสริมเข้ามาเพิ่มเติมให้การเข้ารับ บริการด้านสุขภาพจิตสามารถเป็นไปอย่างทั่วถึงได้มากขึ้น โดยมีการระบุไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพจิต แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580) ว่ามีการตั้งเป้าในเรื่องของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตให้ มีมากขึ้น ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ มีการคิดแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันด้วย การสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิต พัฒนาระบบการใน การบำบัดรักษา เริ่มตั้งแต่ระบบคัดกรองไปจนถึงการจำหน่าย และให้มีการรักษาติดตามอาการ อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการผลักดันให้เกิดความร่วมมือในชุมชน ให้ผู้ป่วยที่อาการทุเลาแล้วสามารถ กลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขตามศักยภาพ ซึ่งครบวงจรตั้งแต่การป้องกันไปจนถึง การคืนกลับสู่สังคมหากสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างครบถ้วนในอนาคต

4.1.2 มาตรการส่งเสริมจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติและการสนับสนุนจากผู้บริหาร ระดับสูงของโรงพยาบาลตำรวจ

นอกจากกฎหมายและแผนพัฒนาในระดับประเทศแล้ว สำนักงานตำรวจแห่งชาติซึ่งเป็น หน่วยงานต้นสังกัด ก็ได้มีหนังสือบันทึกข้อความที่ 009.331/ ลงวันที่ 26 พฤศจิกายน 2562 เรื่องมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์ตำรวจกระทำอัตวินิบาตกรรม (ฆ่าตัวตาย)³⁰ เพื่อลด ปัญหาการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจที่เกิดขึ้นทุกปี และมีการเผยแพร่ข่าวตามสื่อต่างๆมา โดยตลอด โดยได้กำหนดมาตรการดังกล่าวออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเร่งด่วน ระยะกลาง และ ระยะยาว โดยในระยะเร่งด่วนนั้น ได้มีการกำหนดให้ทุกหน่วยงานช่วยประชาสัมพันธ์ให้ ข้าราชการตำรวจในสังกัดได้รับทราบ และเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตในโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ ได้ทั้งทางสายด่วนและผ่านการคุยผ่านการส่งข้อความทางอินบ็อกซ์ของเพจ ซึ่งนับ

³⁰ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์ตำรวจกระทำอัตวินิบาตกรรม (ฆ่าตัวตาย), (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, 2562).

ได้ว่าเป็นมาตรการที่ช่วยสนับสนุนและประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการตำรวจที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก ได้รู้จัก และมีโอกาสเข้าถึงการรับบริการด้านสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น เป็นปัจจัยส่งเสริมในการดำเนินการของโครงการ โดยนอกจากนี้ ยังมีการกำหนดมาตรการเชิงรุกโดยมีการตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตข้าราชการตำรวจและครอบครัวขึ้นในแต่ละสถานีตำรวจ และกองกำกับการอีกทางด้วย เพื่อช่วยในการสอดส่องดูแลพฤติกรรมของผู้ที่อาจเป็นกลุ่มเสี่ยง โดยคณะกรรมการแต่ละชุดดังกล่าว จะได้รับการอบรมจากโรงพยาบาลตำรวจในการสอดส่องดูแล และให้ความช่วยเหลือข้าราชการตำรวจกลุ่มเสี่ยงในระดับที่ใกล้ชิดขึ้น ส่วนระยะกลางนั้น มีการส่งเสริมให้มีนักจิตวิทยาร่วมตรวจในการตรวจสุขภาพประจำปี และสุดท้ายในระยะยาวได้มีการมอบให้โรงพยาบาลตำรวจจัดตั้งศูนย์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาข้าราชการตำรวจกระทำอัตวินิบาตกรรม (ฆ่าตัวตาย) ต่อไป

กล่าวคือ มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้าราชการตำรวจกระทำอัตวินิบาตกรรม (ฆ่าตัวตาย) ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติในระยะเร่งด่วน มีโครงการ Depress we care ซึมเศร้าเราใส่ใจ เป็นส่วนหนึ่งของมาตรการ ซึ่งได้รับการสนับสนุนให้มีการประชาสัมพันธ์โครงการสู่ข้าราชการตำรวจผ่านทางหน่วยงานต้นสังกัดในแต่ละที่โดยตรง ได้เริ่มต้นมีการจัดอบรมและประชาสัมพันธ์ไปบ้างแล้วในบางหน่วยงาน ขณะเดียวกันข้อมูลจากการสัมภาษณ์นักจิตวิทยา ผู้รับผิดชอบการจัดทำสถิติการติดต่อเข้ามาในโครงการของข้าราชการตำรวจพบว่า ผู้ติดต่อเข้ามาส่วนใหญ่ยังเป็นประชาชนมากกว่าที่จะเป็นข้าราชการตำรวจติดต่อเข้ามา แม้จะมีสัดส่วนร้อยละของข้าราชการตำรวจที่เพิ่มขึ้นมาเล็กน้อยจากประมาณร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 14-15 โดยกล่าวว่า “ยังมีข้าราชการตำรวจติดต่อเข้ามาบ้าง แต่ก็ยังมีน้อยกว่าประชาชนทั่วไปค่อนข้างเยอะ”

ในส่วนของการสนับสนุนการดำเนินงานจากผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลตำรวจนั้น นอกจากการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินโครงการตามที่ได้มีการยื่นเสนอจากกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ยังมีการให้การสนับสนุนในการประชาสัมพันธ์โครงการ โดยผู้บริหารระดับสูงได้ร่วมแถลงข่าว ออกให้สัมภาษณ์กับสื่อต่างๆทั้งทางโทรทัศน์ ออกข่าวในสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อออนไลน์ และได้มีการจัดพื้นที่เป็นเวทีให้ความรู้เกี่ยวกับทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตภายในส่วนห้องโถงต้อนรับของตึกโรงพยาบาลที่สร้างขึ้นใหม่ ซึ่งเปิดพื้นที่ให้มีการให้ความรู้ และยังมีการเล่นดนตรีบำบัด รวมไปถึงกิจกรรมแบ่งปันประสบการณ์สั้นๆจากนักดนตรีจิตอาสา หรือนักแสดงจิตอาสาที่เคยมีภาวะซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้าอีกด้วย เป็นการเปิดพื้นที่สาธารณะในโรงพยาบาลในการประชาสัมพันธ์กิจกรรมทั้งจากโครงการ Depress we care และโครงการอื่นๆภายในโรงพยาบาลสำหรับผู้ที่นั่งรอรับบริการให้เกิดความตระหนักรู้ในประเด็นด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพต่างๆอย่างถูกต้องด้วย³¹

³¹ Lightning Talk กับ สายสวรรค์ ขยันยิ่ง, "จิตอาสาดนตรีกล่อมใจ กิจกรรมช่วยเยียวยาหัวใจในโรงพยาบาลตำรวจ," aired 26 มีนาคม 2561.

4.1.3 ความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติของข้าราชการตำรวจต่อการรับบริการด้านสุขภาพจิต

อีกหนึ่งบริบทที่ต้องนำมาร่วมพิจารณาถึงปัจจัยที่จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดำเนินงานของโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ คงต้องมีการกล่าวถึงความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติของข้าราชการตำรวจเองด้วย ในฐานะที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการ ว่าสถานะที่เป็นอยู่ในปัจจุบันเป็นอย่างไร ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นปัจจัยทางสังคมที่อาจส่งผลต่อการตัดสินใจ เข้ารับคำปรึกษาหรือการรักษา รวมถึงการตัดสินใจติดต่อเข้ามาที่โครงการ ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลจากการแจกแบบสอบถามแก่ข้าราชการตำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 385 นาย โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสายงาน และทำการแจกแบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลด้านความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่มีผลต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตที่นับเป็นบริบทด้านสังคมของข้าราชการตำรวจ

4.1.3.1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	245	63.6
หญิง	140	36.4
รวม	385	100
2. อายุ		
20 – 29 ปี	148	38.4
30 – 39 ปี	86	22.3
40 – 49 ปี	69	17.9
50 ปีขึ้นไป	82	21.3
รวม	385	100

ลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. ยศ		
สิบตำรวจตรี – ดาบตำรวจ	92	23.9
ร้อยตำรวจตรี – ร้อยตำรวจเอก	170	44.2
พันตำรวจตรี - พันตำรวจเอก (พิเศษ)	107	27.8
พลตำรวจตรี – พลตำรวจเอก	16	4.2
รวม	385	100
4. สายงาน		
อำนาจการ	64	16.6
ป้องกันปราบปราม	65	16.9
สืบสวน	64	16.6
สอบสวน	64	16.6
จราจร	64	16.6
อื่นๆ (เทคนิคและวิทยาศาสตร์)	54	14.0
อื่นๆ (การศึกษา)	4	1.0
อื่นๆ (บริการ)	6	1.6
รวม	385	100

ตาราง 3 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างข้าราชการตำรวจที่ทำการแจกแบบสอบถาม ประกอบด้วยเพศชายเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 63.6 และมีเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 36.4 สำหรับสัดส่วนของช่วงอายุผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยช่วงอายุ 20-29 ปีร้อยละ 38.4 ซึ่งมีจำนวนมากที่สุด ตามมาด้วยช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 22.3 ช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป 21.3 และช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 17.9 ในส่วนของยศ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มียศเป็นระดับร้อยตำรวจตรีถึงร้อยตำรวจเอกมากที่สุด ร้อยละ 44.2 ยศพันตำรวจเอก (พิเศษ) ถึงพันตำรวจตรี ร้อยละ 27.8 เป็นจำนวนรองลงมา ตามด้วยยศสิบตำรวจตรีถึงดาบตำรวจที่เป็นข้าราชการตำรวจชั้นประทวน และระดับพลตำรวจตรีถึงพลตำรวจเอกซึ่งเป็นข้าราชการตำรวจระดับบริหารตามลำดับ ขณะที่สายงานของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งใช้เป็นเกณฑ์ในการเลือกผู้ตอบแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม โดยมี 5 สายงานหลัก และสายงานอื่นๆ คือ สายงานอำนวยการ สายงานป้องกันปราบปราม สายงานสืบสวน สายงานสอบสวน สายงานจราจร และสายงานอื่นๆ โดยแต่ละกลุ่มจะสุ่มเก็บข้อมูลในสัดส่วนกลุ่มละ 64-65 คน และในสายงานอื่นๆได้มีการเก็บข้อมูลจากสายงานเทคนิคและวิทยาศาสตร์ 54 คน ตามด้วยสายงานที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา 4 คน และสายงานบริการอีก 1 คน

3.1.3.2 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพจิต

ข้าราชการตำรวจที่รู้จักผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รู้จัก	149	38.7
ไม่รู้จัก	236	61.3
รวม	385	100.0

ตาราง 4 ข้าราชการตำรวจที่รู้จักผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

จากการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามพบว่า ข้าราชการตำรวจกลุ่มตัวอย่างยังรู้จักผู้ให้บริการที่ให้คำปรึกษาและการบำบัดรักษาด้านสุขภาพจิตค่อนข้างน้อย โดยมีจำนวนเพียง 149 คน จากทั้งหมด 385 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 38.7 ในขณะที่ผู้ที่ไม่รู้จักผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตมีสูงมากกว่าครึ่ง คิดเป็นร้อยละ 61.3 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลรักษาสุขภาพจิตในหมู่ข้าราชการตำรวจยังไม่เป็นที่ตระหนักในวงกว้างนัก ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ขัดขวางการดำเนินการของโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ และเมื่อทำการรวบรวมข้อมูลต่อไปว่าในจำนวน 149 คน ที่เป็นข้าราชการตำรวจกลุ่มที่รู้จักผู้ให้บริการที่ให้คำปรึกษาและการบำบัดรักษาด้านสุขภาพจิต มีสัดส่วนเท่าใดที่รู้จักโครงการ Depress we care ได้ผลออกมาดังตาราง

โครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ข้าราชการตำรวจที่รู้จักโครงการ		
รู้จัก	40	26.8
ไม่รู้จัก	109	73.2
รวม	149	100.0
2. ข้าราชการตำรวจที่เคยติดต่อขอปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพจิตจากโครงการ		
เคย	4	10.0
ไม่เคย	36	90.0
รวม	40	100.0

ตาราง 5 ข้าราชการตำรวจที่รู้จักโครงการ และข้าราชการตำรวจที่เคยปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพจิตจากโครงการ

ในจำนวนข้าราชการตำรวจที่รู้จักสถานที่หรือผู้ให้บริการให้คำปรึกษาหรือบำบัดรักษาด้านสุขภาพจิต 149 คน มีผู้ที่รู้จักโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 26.8 จาก 149 คน หรือมีจำนวนเพียง 40 คน ซึ่งในจำนวนดังกล่าวมีผู้ที่ตัดสินใจติดต่อขอปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพจิตกับเพจหรือสายด่วนของ Depress we care เพียง 4 คน หรือเพียงร้อยละ 10 ของผู้ที่รู้จักโครงการ โดยได้ให้เหตุผลในการติดต่อปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตต่างๆกันไป อาทิ ในต่างประเทศก็เป็นเรื่องปกติที่จะมีจิตแพทย์ประจำตัว มีความทุกข์ใจ เบื่อหน่ายกับความซ้ำซากจำเจของงานจนต้องการระบาย และอยากปรึกษาในเบื้องต้นก่อนที่จะไปเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งในกลุ่มนี้มองว่าการติดต่อขอรับคำปรึกษาเป็นเรื่องที่ไม่ได้ผิดปกติ เป็นการช่วยระบายอารมณ์และความเครียดที่สะสมได้ในระดับหนึ่ง อีกทั้งยังเป็นช่องทางการติดต่อเพื่อประเมินอาการตนเองได้ก่อนจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งตรงกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์นักจิตวิทยาและหัวหน้าศูนย์ประชาสัมพันธ์ที่ได้กล่าวว่า การติดต่อเข้ามาส่วนใหญ่จะเป็นการโทรหรือพิมพ์มาระบายความอัดอั้นตันใจ ซึ่งการที่ผู้ที่ติดต่อเข้ามาทราบว่า มีคนที่คอยรับฟังและเข้าใจก็สามารถทำให้ผู้ที่ติดต่อเข้ามาไม่มีความกังวลใจน้อยลงได้บ้าง ในขณะที่กลุ่มที่รู้จักโครงการแต่ยังไม่เคย

ติดต่อขอปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มีการให้เหตุผลไว้ว่ายังไม่มีความเครียดมากพอที่จะตัดสินใจปรึกษา หรือยังคิดว่าตนเองยังจัดการกับความเครียดได้ บางส่วนกล่าวว่าตนยังมีเพื่อนร่วมงานที่ดีที่สามารถปรึกษาปัญหาในชีวิตได้ ขณะที่อีกส่วนเพียงต้องการติดตามเพจเพื่อหาความรู้เพิ่มเติมด้านสุขภาพจิต และมีความสนใจทางด้านนี้เป็นทุนเดิมเท่านั้น ซึ่งในประเด็นนี้ก็เป็นที่ตระหนักในกลุ่มนักจิตวิทยาผู้ดำเนินโครงการว่า บางครั้งข้าราชการตำรวจยังคิดว่าตนเองรับมือกับความเครียดต่างๆได้ และไม่ได้มีปัญหาอะไร จึงไม่ได้นึกถึงการรักษาสุขภาพจิตของตัวเอง สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคลากรผู้ดำเนินงานภายในโครงการที่มองว่าโครงการยังขาดการประชาสัมพันธ์ที่ต่อเนื่อง และยังคงหาวิธีการในการสร้างความตระหนักในกลุ่มเป้าหมายต่อไป

แหล่งข้อมูลหรือสื่อที่ทำให้รู้จักโครงการ Depress we care	จำนวน
จากที่ทำงาน	20
จากสื่อออนไลน์ หรืออินเทอร์เน็ต	26
จากข่าวในโทรทัศน์หรือหนังสือพิมพ์	5
จากการอบรมหรือสัมมนา	2

ตาราง 6 แหล่งข้อมูลหรือสื่อที่ทำให้รู้จักโครงการ Depress we care

นอกจากนี้ ได้มีการถามคำถามข้าราชการตำรวจที่รู้จักโครงการ Depress we care จำนวน 40 คน ว่าได้รู้จักกับโครงการนี้ผ่านทางช่องทาง แหล่งข้อมูล หรือสื่อใด พบว่าส่วนใหญ่รู้จักโครงการจากสื่อออนไลน์หรืออินเทอร์เน็ต ตามมาด้วยอันดับที่สอง คือรู้จักจากการพูดคุย จากประกาศ หรือหนังสือเวียนในที่ทำงาน และมีบางส่วนรู้จักโครงการผ่านข่าวประชาสัมพันธ์ทางโทรทัศน์หรือหนังสือพิมพ์ และจากการไปอบรมหรือสัมมนา ซึ่งข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อออนไลน์ หรือผ่านทางที่ทำงานน่าจะเป็นช่องทางที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายจดจำได้ และรู้จักโครงการ Depress we care

3.1.3.3 ทักษะที่มีผลต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต

ในการวิเคราะห์ทักษะที่มีผลต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต ได้มีการถามคำถามโดยการให้ระดับคะแนน 4 ระดับตามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) วิเคราะห์ด้วยวิธี One sample T-test ทิศทางเดียว และกำหนดเกณฑ์ค่าเฉลี่ยที่ 2.5 โดยค่าเฉลี่ยของแต่ละปัจจัย

ต้องมีค่ามากกว่า 2.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ α ที่กำหนดไว้เท่ากับ .05 จึงจะแปลผลได้ว่ามีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ได้มีการถามถึงปัจจัยต่างๆทั้งหมด 10 ปัจจัยย่อย และมีผลการทดสอบออกมาดังตารางต่อไปนี้

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย ประชากร	ค่าเฉลี่ย กลุ่ม ตัวอย่าง	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	t	df	Sig. (1- tailed)
การติตรา: ระดับสังคม						
วัฒนธรรมองค์กรที่ต้อง เข้มแข็ง อดทน	2.50	3.09	0.88	13.21	384	.000
ทัศนคติของผู้บังคับบัญชาต่อ การเข้ารับบริการด้าน สุขภาพจิต	2.50	2.61	0.95	2.35	384	.010
ทัศนคติของเพื่อนร่วมงานต่อ การเข้ารับบริการด้าน สุขภาพจิต	2.50	2.38	0.97	-2.44	384	.008
ทัศนคติของครอบครัวต่อการ เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต	2.50	2.41	1.01	-1.75	384	.041

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ทัศนคติที่มีผลต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตในด้านการติตราระดับสังคม

สมมติฐานที่ 1-4 ซึ่งสำรวจถึงทัศนคติของข้าราชการตำรวจที่มีผลต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตในด้านการติตราระดับสังคม ที่ประกอบไปด้วยปัจจัยวัฒนธรรมองค์กรที่ข้าราชการตำรวจต้องมีความเข้มแข็ง อดทน ปัจจัยทัศนคติของผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และครอบครัวที่มีต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจ และสามารถสรุปผลเรียงตามลำดับได้ว่า

สมมติฐานที่ 1 วัฒนธรรมองค์กรมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก พบว่ามีค่าเฉลี่ยของกลุ่ม = 3.09, $SD = .88$ ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ 2.5 และค่า $p < .01$ น้อยกว่าค่า α จึงเป็นการยอมรับ H_1 แปลผลได้ว่า วัฒนธรรมองค์กรมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 2 ทศนคติของผู้บังคับบัญชามีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก จากตาราง พบว่ามีค่าเฉลี่ยของกลุ่ม = 2.61, $SD = .95$ ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ 2.5 และค่า $p = .01$ น้อยกว่าค่า α ที่กำหนดไว้ที่ 0.05 จึงเป็นการยอมรับ H_1 ทศนคติของผู้บังคับบัญชามีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์นักจิตวิทยาก็มีการแสดงความคิดเห็นไปในทางเดียวกัน โดยมีกรกล่าวว่า “...สิ่งสำคัญที่จะทำให้โครงการนี้สามารถดำเนินการต่อไปได้ และได้รับความร่วมมือมากขึ้น ต้องมีการให้ความรู้แก่ข้าราชการตำรวจในระดับของผู้บริหารระดับหัวหน้า หรือระดับผู้บังคับบัญชาขึ้นไป ให้มีการเล็งเห็นความสำคัญในเรื่องสุขภาพจิต...”

สมมติฐานที่ 3 ทศนคติของเพื่อนร่วมงานมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก จากการวิเคราะห์ข้อมูล มีค่าเฉลี่ยของกลุ่ม = 2.38, $SD = .97$ ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ 2.5 และพบว่าค่า $t(384)$ มีค่า -2.44 ซึ่งเป็นไปในทิศทางตรงข้าม แม้ว่าจะมีค่า $p = .008$ ซึ่งน้อยกว่า α ที่กำหนดไว้ที่ 0.05 ทำให้ไม่ตรงตามเงื่อนไขและต้องยอมรับ H_0 ปฏิเสธ H_1 และแปลผลได้ว่า ทศนคติของเพื่อนร่วมงานไม่ได้มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตรงกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์นักจิตวิทยาว่าบุคคลใกล้ชิดตัวข้าราชการตำรวจที่มีผลมากต่อการตัดสินใจของข้าราชการตำรวจมีแต่ผู้บังคับบัญชาที่ส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่ถูกต้อง ต่างจากความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานที่มีความสนิทชิดเชื้อและเข้าใจกันมากกว่า จึงทำให้ข้าราชการตำรวจคาดว่าตนจะได้รับการยอมรับ ซึ่งในแง่หนึ่ง นักจิตวิทยากล่าวว่าอาจใช้การรวมตัวทำกิจกรรมกันระหว่างเพื่อนร่วมงานเป็นกลยุทธ์เชิงรุกอย่างหนึ่งได้

สมมติฐานที่ 4 ทศนคติของครอบครัวมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก จากการวิเคราะห์ข้อมูล มีค่าเฉลี่ยของกลุ่ม = 2.41, $SD = 1.01$ ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ 2.5 และพบว่าค่า $t(384)$ มีค่า -1.75 ซึ่งเป็นไปในทิศทางตรงข้าม แม้ว่าจะมีค่า $p = .041$ ซึ่งน้อยกว่า α ที่กำหนดไว้ที่ 0.05 ทำให้ไม่ตรงตามเงื่อนไขและต้องยอมรับ H_0 ปฏิเสธ H_1 และแปลผลได้ว่า ทศนคติของครอบครัวไม่ได้มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุเดียวกับกรณี

เพื่อนร่วมงาน เพราะมีความสนิทชิดเชื้อและพร้อมจะทำความเข้าใจกับอาการด้านสุขภาพจิตมากกว่านั่นเอง

ดังนั้นในด้านการตีตราระดับสังคม วัฒนธรรมองค์กร และทัศนคติของผู้บังคับบัญชาที่มีต่อผู้เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต จึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับคำปรึกษาหรือบำบัดรักษาสุขภาพจิตอย่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่เพื่อนร่วมงานและครอบครัวแทบไม่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ยประชากร	ค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	df	Sig. (1-tailed)
การตีตรา: ระดับบุคคล						
ความรู้สึกไม่มีคุณค่าและความรู้สึกไร้พลังในตนเองหากต้องเข้ารับคำปรึกษา	2.50	2.44	1.03	-1.07	384	.144

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ทัศนคติที่มีผลต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตในด้านการตีตราระดับบุคคล

สมมติฐานที่ 5 ทำการทดสอบว่า ความรู้สึกไม่มีคุณค่าและความรู้สึกไร้พลังในตนเองมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก ซึ่งเป็นการตีตราระดับบุคคล โดยจากตาราง พบว่ามีค่าเฉลี่ยของกลุ่ม = 2.44, $SD = 1.03$ ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ 2.5 และพบว่าค่า t (384) มีค่า -1.07 ซึ่งเป็นไปในทิศทางตรงข้าม อีกทั้งค่า $p = .144$ มากกว่า α ที่กำหนดไว้ที่ 0.05 จึงยอมรับ H_0 และแปลผลได้ว่า ความรู้สึกไม่มีคุณค่าและความรู้สึกไร้พลังในตนเองไม่ได้มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจากการถามคำถามในส่วนก่อนหน้าผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาส่วนหนึ่งให้ข้อมูลมาเสริมว่า ในการเข้ามารับการรักษา ถ้าคิดว่าตนมีความเครียดในระดับที่ควบคุมเองไม่ได้หรือรับมือไม่ได้แล้วก็ยินดีที่จะรับการรักษา อีกทั้งยังเห็นว่าเป็นเรื่องปกติที่จะมีจิตแพทย์ประจำตัว

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย ประชากร	ค่าเฉลี่ย กลุ่ม ตัวอย่าง	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	t	df	Sig. (1- tailed)
การตีตรา: ระดับหลีกเลี่ยงการถูกตีตรา						
ความอับอายในการถูกวินิจฉัย สุขภาพจิต	2.50	2.41	1.04	-1.79	384	.038

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ทัศนคติที่มีผลต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตในด้านการตีตราระดับหลีกเลี่ยง
การถูกตีตรา

สมมติฐานที่ 6 ตั้งสมมติฐานว่า ความอับอายในการถูกวินิจฉัยสุขภาพจิตมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก เป็นระดับหลีกเลี่ยงการถูกตีตรา โดยข้อมูลจากตารางแสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม = 2.41, $SD = 1.04$ ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ 2.5 และพบว่าค่า $t(384)$ มีค่า -1.79 ซึ่งเป็นไปในทิศทางตรงข้าม แม้ว่าจะมีค่า $p = .038$ ซึ่งน้อยกว่า α ที่กำหนดไว้ที่ 0.05 จึงไม่ตรงเงื่อนไขจึงเป็นการยอมรับ H_0 ปฏิเสธ H_1 แปลผลได้ว่าความอับอายในการถูกวินิจฉัยสุขภาพจิตไม่ได้มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสมมติฐานข้อนี้มีที่มาคล้ายกรณีของสมมติฐานที่ 5 คือ จากการตอบคำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ข้าราชการตำรวจกลุ่มที่เข้าร่วมให้คำตอบว่าไม่มีความอับอายในการเข้ามารับการรักษา อีกทั้งยังเห็นว่าเป็นเรื่องปกติที่จะมีจิตแพทย์ประจำตัว ในขณะที่อีกกลุ่มที่ยังไม่เคยเข้ารับการรักษา ก็ไม่ได้มีการพูดถึงความอับอายแต่อย่างใด เพียงกล่าวว่าตนยังจัดการกับความเครียดได้และเข้ามาติดตามเพจเพื่อหาความรู้เพิ่มเติมเท่านั้น

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย ประชากร	ค่าเฉลี่ย กลุ่ม ตัวอย่าง	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	t	df	Sig. (1- tailed)
ปัจจัยที่เกี่ยวกับหน้าที่การงาน						
ความกลัวผลกระทบต่อนหน้าที่ การงาน	2.50	2.59	1.06	1.61	384	.054
ความไม่มั่นใจต่อการรักษา ความลับในการเข้ารับบริการ	2.50	2.42	1.06	-1.56	384	.060
เวลาทำงานทำให้ไม่สามารถ เข้ารับบริการได้สะดวก	2.50	2.74	1.02	4.56	384	.000

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ทัศนคติที่มีผลต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตในด้านปัจจัยที่เกี่ยวกับหน้าที่การงาน

สมมติฐานที่ 7-9 เป็นสมมติฐานที่ตั้งขึ้นถึงทัศนคติของข้าราชการตำรวจที่มีผลต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตในด้านปัจจัยที่เกี่ยวกับหน้าที่การงานที่อาจทำให้เกิดความกลัว กังวล หรือไม่สามารถมารับบริการได้สะดวก โดยประกอบไปด้วยความกลัวผลกระทบต่อนหน้าที่การงาน ความไม่มั่นใจต่อการรักษาความลับในการเข้ารับบริการ และเวลาทำงานทำให้ไม่สามารถเข้ารับบริการได้สะดวก ซึ่งสามารถสรุปผลได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 7 ความกลัวผลกระทบต่อนหน้าที่การงานมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม = 2.59, $SD = 1.06$ ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ 2.5 แต่ค่า p มีค่าเท่ากับ .054 ซึ่งมากกว่าค่า α จึงเป็นการยอมรับ H_0 ปฏิเสธ H_1 แปลผลได้ว่า ความกลัวผลกระทบต่อนหน้าที่การงานไม่ได้มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในกรณีนี้อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมที่มีการคุ้มครองข้อมูลของผู้ป่วย อีกทั้งการกำหนดบทลงโทษทางอาญา ทำให้เกิดความมั่นใจว่าจะไม่ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน

สมมติฐานที่ 8 ความไม่มั่นใจต่อการรักษาความลับในการเข้ารับบริการมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก ข้อมูลจากตารางแสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม = 2.42, $SD = 1.06$ ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ 2.5 และพบว่าค่า t (384) มีค่า -1.56 ซึ่งเป็นไปใน

ทิศทางตรงข้าม อีกทั้งยังมีค่า $p = .06$ ซึ่งมากกว่า α ที่กำหนดไว้ที่ 0.05 จึงไม่ตรงเงื่อนไขและต้องยอมรับ H_0 ปฏิเสธ H_1 แปลผลได้ว่า ความไม่มั่นใจต่อการรักษาความลับในการเข้ารับบริการไม่ได้มีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับสมมติฐานก่อนหน้าที่พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมที่ ส่งเสริมการรักษาความลับในการรักษาและข้อมูลของผู้ป่วย โดยมีการกำหนดบทลงโทษทางอาญา

สมมติฐานที่ 9 เวลาทำงานทำให้ไม่สามารถเข้ารับบริการได้สะดวกมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก โดยในปัจจุบันพบว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม = 2.74, $SD = 1.02$ ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ 2.5 และค่า $p < .01$ ซึ่งน้อยกว่าค่า α จึงเป็นการยอมรับ H_1 ปฏิเสธ H_0 แปลผลได้ว่า เวลาทำงานทำให้ไม่สามารถเข้ารับบริการได้สะดวกมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากสมมติฐานทั้งหมดในปัจจุบันที่เกี่ยวกับหน้าที่การงาน สรุปได้ว่าปัจจัยที่ข้าราชการตำรวจกลุ่มตัวอย่างคิดว่ามีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตมาก ก็คือ เวลาการทำงานที่ไม่ตรงกับเวลาให้บริการ ซึ่งส่งผลให้ไม่สะดวกที่จะเข้ารับบริการ โดยเมื่อวิเคราะห์ร่วมกับเรื่องความรู้ ความเข้าใจในหัวข้อก่อนหน้า มีความเป็นไปได้ว่าข้าราชการตำรวจกลุ่มตัวอย่างจะไม่ทราบว่ามีบริการด้านสุขภาพจิตในรูปแบบที่ติดต่อได้ 24 ชั่วโมงอย่างโครงการ Depress we care คิดว่าจะต้องเข้ารับการรักษาด้วยการไปที่โรงพยาบาลเท่านั้น จึงคิดว่าไม่สะดวกนั่นเอง

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ยประชากร	ค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	df	Sig. (1-tailed)
ปัจจัยการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพจิต						
การไม่ทราบข้อมูลว่าควรรับบริการสุขภาพจิตจากที่ใด	2.50	2.78	1.06	5.28	384	.000

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ที่คนคิดที่มีผลต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตในด้านปัจจัยการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพจิต

สมมติฐานที่ 10 ทำการทดสอบว่า การไม่ทราบข้อมูลว่าควรรับบริการสุขภาพจิตจากที่ใดมีผลต่อการตัดสินใจเข้าขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมาก ซึ่งเป็นปัจจัยการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพจิต ซึ่งจากตารางพบว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม = 2.78,

$SD = 1.06$ มีค่ามากกว่าเกณฑ์ 2.5 และค่า $p < .01$ ซึ่งน้อยกว่าค่า α จึงเป็นการยอมรับ H_1 ปฏิเสธ H_0 แปลผลได้ว่า การไม่ทราบข้อมูลว่าควรรับบริการสุขภาพจิตจากที่ใดมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพราะฉะนั้นจากทัศนคติของข้าราชการตำรวจกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตประกอบด้วย **วัฒนธรรมองค์กร ทัศนคติและความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา เวลาการทำงานที่ทำให้ไม่สะดวกในการเข้ารับบริการ และการไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตว่าสามารถรับบริการได้จากแหล่งใด**

3.2 ปัจจัยตัวป้อนเข้า

ในประเด็นเรื่องปัจจัยตัวป้อนเข้า เป็นการรวบรวมข้อมูลและสำรวจถึงปัจจัยต่างๆ อาทิ แผนและที่มาของโครงการ การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง งบประมาณ เครื่องมือที่นำมาใช้เพื่อดำเนินการ และทรัพยากรบุคคลผู้ดำเนินโครงการ เพื่ออธิบายสถานะที่เป็นอยู่ และวิเคราะห์ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของโครงการ ซึ่งในกรณีศึกษานี้โครงการต้องการผลผลิต คือ การทำให้ข้าราชการตำรวจได้เข้าถึงการรับบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย นำไปสู่ผลลัพธ์ในการลดจำนวนข้าราชการตำรวจที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายลงร้อยละ 50 จากสถิติเดิม (ประมาณ 30 คนต่อปี) แบ่งประเด็นการวิเคราะห์ ดังนี้

3.2.1 แผนและที่มาของโครงการ Depress we care

ปัญหาข้าราชการตำรวจเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมานาน โดยแต่ละปีมีแนวโน้มที่จะมีข้าราชการตำรวจเสียชีวิตด้วยเหตุนี้มากขึ้น จึงได้มีความพยายามในการแก้ปัญหาโดยการออกมาตรการต่างๆมาตลอด ซึ่งหนึ่งในนั้นมีความพยายามในการให้บริการปรึกษาด้านสุขภาพจิต และรณรงค์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับข้าราชการตำรวจเอง ด้วยการจัดทำสายด่วน 1599 ที่มีนักจิตวิทยา ผัดกันเข้าเวรรอรับสายขึ้น แต่ในการดำเนินการเกิดอุปสรรคที่เป็นปัจจัยขัดขวางขึ้น ทั้งในเรื่องปัจจัยตัวป้อนเข้า เช่น บุคลากรมีไม่เพียงพอที่จะรับโทรศัพท์ได้หลายคู่สาย ทำให้บริการได้ไม่ทั่วถึง และในปัจจัยเรื่องกระบวนการ คือ ต้องมีการรายงาน ยศ ชื่อ และนามสกุลของผู้ที่โทรเข้ามาปรึกษา ก่อนจึงจะสามารถให้คำปรึกษาได้ ทำให้เกิดความกลัวว่าจะมีผลต่อความก้าวหน้าทางอาชีพ โครงการสายด่วน 1599 ดังกล่าวจึงไม่ประสบความสำเร็จและต้องหยุดลง

ต่อมาจึงมีโครงการ Depress we care ซึ่งเริ่มต้นดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม พ.ศ.2561 โดยต้องการที่จะเข้าถึงข้าราชการตำรวจที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าตั้งแต่แรกเริ่ม ก่อนที่อาการจะนำไปสู่การเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย เป็นการสูญเสียบุคลากรข้าราชการตำรวจที่มีความสามารถไปก่อนวัยอันควร กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ ร่วมกับงานประชาสัมพันธ์

โรงพยาบาลตำรวจจึงได้จัดทำโครงการด้านการบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตขึ้น โดยปรับปรุงวิธีการให้บริการผ่านทาง การส่งข้อความทางอินบ็อกซ์ของเพจและสายด่วนที่เป็นเบอร์มือถือแทน และไม่ต้องให้ผู้ที่โทรเข้ามารายงานตัวด้วยยศและชื่ออีก ซึ่งในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้าราชการตำรวจ โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาโรคซึมเศร้าระยะแรกเริ่มได้เข้าถึงการรับคำปรึกษาหรือบำบัดรักษา อย่างสะดวก รวดเร็ว และเพื่อเพิ่มขีดความสามารถการให้บริการของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ให้สามารถให้บริการได้ 24 ชั่วโมง

3.2.2 งบประมาณของโครงการ Depress we care

ในระยะเริ่มต้นของโครงการ Depress we care ได้งบประมาณจากเงินบำรุงโรงพยาบาลตำรวจ ปี 2561 เป็นจำนวนเงิน 20,000 บาท³² สำหรับการดำเนินการเปิดเพจเฟซบุ๊ก Depress we care การจัดหาอุปกรณ์สำหรับเปิดสายด่วน 0819320000 และใช้จ่ายเป็นค่าบริการโทรศัพท์มือถือ โดยในปีต่อมา หัวหน้ากลุ่มงานได้ให้สัมภาษณ์ว่า ยังคงได้รับงบประมาณสำหรับเป็นค่าบริการโทรศัพท์มือถืออยู่ แต่งบประมาณมีเพียงในส่วนการจัดหาเครื่องมือ ไม่มีงบประมาณเพิ่มเติมให้แก่บุคลากรที่ต้องเข้ามาช่วยดำเนินงานในโครงการเพิ่มเติมขึ้นจากหน้าที่ที่มีอยู่แต่เดิม

3.2.3 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการในโครงการ Depress we care

เครื่องมือที่ใช้เป็นหลักสำหรับการดำเนินโครงการส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่มีอยู่เดิมแล้วในการปฏิบัติงานปกติ มีเครื่องมือเพิ่มเติมเพียงโทรศัพท์มือถือสำหรับให้บริการสายด่วน 0819320000 ที่พูดคุยได้ครั้งละ 1 สายสนทนา ซึ่งแม้ว่าอาจจะทำให้เกิดปัญหาสายไม่ว่างขึ้นบ้าง แต่เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมต่อจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ในการที่จะให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง เป็นการใช้เครื่องมือที่มีอยู่แต่เดิมรวมเข้าเทคโนโลยีและการสื่อสารรูปแบบออนไลน์ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อเป็นช่องทางในการเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ไม่ถูกจำกัดด้วยมิติด้านเวลาและพื้นที่ในการให้บริการ ซึ่งตรงกับจุดประสงค์โครงการที่ต้องการเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการ แต่ก็ยังมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นของทรัพยากรบุคคลที่จะกล่าวในประเด็นต่อไป

3.2.4 ทรัพยากรบุคคลในโครงการ Depress we care

ทรัพยากรบุคคลที่ร่วมดำเนินงานของโครงการ Depress we care มาจากทั้งทางกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด และศูนย์ประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลตำรวจ โดยบุคลากรหลักของโครงการ คือนักจิตวิทยา ที่มีหน้าที่ในการเข้าเวรรับโทรศัพท์สายด่วน และเป็นผู้ดูแลเพจในด้านการตอบข้อความ ทั้งที่มีการความคิดเห็นในโพสต์ และการติดต่อเข้ามาทางอินบ็อกซ์ ซึ่งมีนักจิตวิทยาทั้ง 8 คน ในการ

³² กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด, ขอส่งโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ, (กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลตำรวจ, 2560).

สลับสับเปลี่ยนกันทำหน้าที่ ในกรณีนี้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มีการแสดงความคิดเห็นแตกต่างกันไปกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ฝ่ายหนึ่งกล่าวว่า เป็นจำนวนที่ค่อนข้างเพียงพอและภาระงานที่เพิ่มขึ้นไม่ถึงกับหนักจนเกินไป มีการเข้าเวรของนักจิตวิทยาที่นานที่สุดในการถือสายด่วน คือ 2 วัน และส่วนใหญ่จะเข้าเวรถือสายด่วน 2 ครั้งต่อเดือน ขณะที่อีกด้านมองว่า ด้วยจำนวนบุคลากรในปัจจุบัน ทำให้ไม่สามารถขยายฐานการให้บริการได้ เพราะมีจำนวนเพียงพอสำหรับการรับสายด่วนที่เป็นเบอร์มือถือสายเดียวเท่านั้น ทำให้ผู้ที่ติดต่อเข้ามาโทรคุยได้เพียงครั้งละ 1 คน และขณะพูดคุยกันั้น สายอื่นที่โทรติดต่อเข้ามาจะไม่สามารถติดต่อเข้ามาได้เพราะสายด่วนไม่ว่าง นับว่าส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานจากการตอบสนองที่อาจจะรองรับได้ไม่หมด หรือในบางกรณีอาจทำให้เกิดการล้มเลิกความตั้งใจที่จะติดต่อ

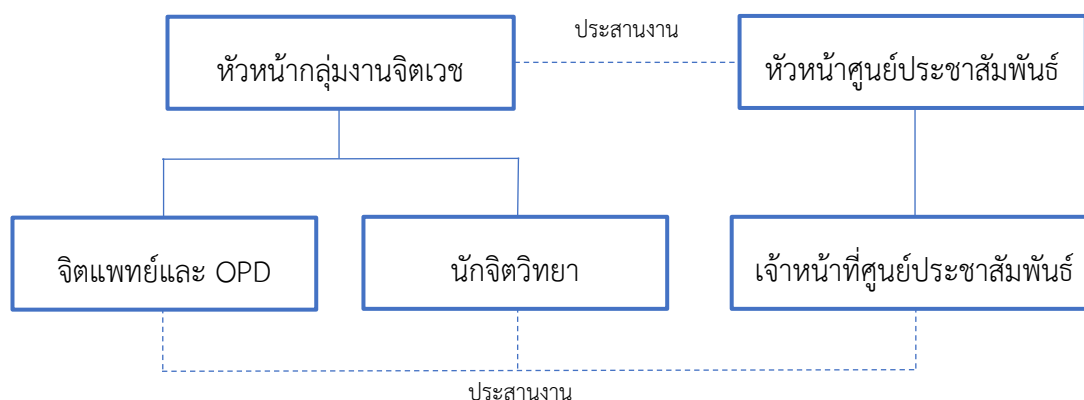
ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ปัจจัยเรื่องทรัพยากรบุคคลในสภาวะการดำเนินโครงการปัจจุบันถือว่าเพียงพอต่อการรับสายด่วนเบอร์มือถือที่รับได้ครั้งละ 1 สาย ตลอด 24 ชั่วโมง แต่ยังไม่สามารถรองรับการขยายฐานการบริการหากมีผู้ติดต่อเข้ามามากขึ้นในอนาคต

3.3 ปัจจัยด้านกระบวนการ

ในส่วนของปัจจัยด้านกระบวนการ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประกอบกับเอกสารโครงการ เพื่อสำรวจถึงโครงสร้างการทำงาน หน้าที่ กระบวนการทำงาน การประสานงาน ไปจนถึงการประเมินและควบคุมจากผู้จัดการโครงการ โดยสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

3.3.1 โครงสร้าง หน้าที่และกระบวนการในการดำเนินงาน

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรผู้ดำเนินงานในโครงการ โครงสร้างในการดำเนินโครงการ Depress we care มาจากกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดร่วมมือกับศูนย์ประชาสัมพันธ์ที่ทำหน้าที่สนับสนุนด้านการประชาสัมพันธ์โครงการ และการผลิตสื่อ ซึ่งสามารถสรุปออกมาให้เห็นภาพได้ดังแผนภาพต่อไปนี้



แผนภาพ 3 โครงสร้างการดำเนินงานภายในโครงการ Depress we care

จากแผนภาพ ผู้ที่รับผิดชอบในการควบคุมและดูแลโครงการหลักๆก็คือ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โดยจะมีการประสานงานขอความร่วมมือกับหัวหน้าศูนย์ประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลตำรวจในงานด้านประชาสัมพันธ์ ในขณะที่ระดับปฏิบัติมีนักจิตวิทยาเป็นแกนหลักในการดำเนินงาน ทำหน้าที่ในการเข้าเวรถือสายด่วนและตอบข้อความในเพจ ซึ่งจะเป็นการรับฟังปัญหาของผู้ที่ติดต่อเข้ามา ให้คำปรึกษาเบื้องต้น พร้อมทั้งทำการประเมินไปในตัวระหว่างพูดคุยว่าระดับอาการของผู้ที่ติดต่อเข้ามาเป็นอย่างไร และควรเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือไม่ พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกในการรับนัดและจองเวลาในการเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลหรือเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้เข้ารับบริการเกิดความสบายใจและไม่รู้สึกเคอะเขินในการเข้าไปลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาล ซึ่งในการทำงานเวลาปกติจะมีการจำกัดจำนวนการรักษาในแต่ละวัน ทำให้ผู้ที่เข้ามาติดต่อด้วยตัวเองบางครั้งจะไม่ได้เข้ารับการรักษาในวันที่ติดต่อและล้มเลิกความตั้งใจที่จะรักษาไป การติดต่อผ่านโครงการ Depress we care นี้จึงเป็นเหมือนช่องทางในการเข้าถึงการรักษาที่ง่ายและสะดวกขึ้น ส่วนจิตแพทย์จะมีหน้าที่ในการรับช่วงต่อและทำการรักษาผู้ป่วยที่ติดต่อผ่านโครงการและมีการประเมินจากนักจิตวิทยาว่าควรเข้าพบจิตแพทย์ มีหน้าที่หลักในการทำการรักษาที่โรงพยาบาล โดยในขณะเดียวกัน ก็เป็นผู้เขียนเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิต รวมไปถึงการสังเกตอาการของโรคซึมเศร้าและความเครียดต่างๆ สร้างความตระหนักรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิต โดยจะประสานงานกับทั้งนักจิตวิทยาและเจ้าหน้าที่จากฝ่ายประชาสัมพันธ์ซึ่งเป็นผู้ดูแลเพจ ในการผลิตสื่อจากเนื้อหาที่จิตแพทย์เป็นผู้เขียน เพื่อเผยแพร่ลงในเพจเฟซบุ๊ก Depress we care ในรูปแบบที่น่าอ่าน น่าสนใจ และเข้าใจได้ง่าย มีการเขียนเนื้อหา 1-2 เรื่องต่อเดือน แบ่งเป็นตอนๆลงในเพจ รวมทั้งมีการแชร์โพสที่น่าสนใจจากเพจเฟซบุ๊กแนวจิตวิทยาด้วย ในกรณีที่มีเนื้อหาที่น่าสนใจและทางโรงพยาบาลเองไม่มีกำลังในการผลิตเนื้อหาที่จะโพสลงได้อย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้การแบ่งหน้าที่ในการตอบรับ พูดคุย และให้คำปรึกษาซึ่งเป็นหน้าที่หลัก จะมีนักจิตวิทยาเป็นผู้รับผิดชอบ มีการแบ่งการทำงานกันและมีเส้นทางในการประสานงานส่งต่อ ดังนี้

กรณีสายด่วน

ในการรับสายด่วน นักจิตวิทยาจะแบ่งการเข้าเวรกัน โดยคนหนึ่งจะถือโทรศัพท์มือถือที่เป็นสายด่วน 1 วันตลอด 24 ชั่วโมงเต็มแล้วจึงเปลี่ยนเวร และเมื่อมีโทรศัพท์เข้านักจิตวิทยาจะเป็นผู้รับสาย พูดคุย ให้คำปรึกษา พร้อมกันนั้นก็ทำการประเมินว่าผู้ที่ติดต่อเข้ามาควรเข้าพบจิตแพทย์หรือไม่ หากเห็นควรจะทำกรแนะนำ พร้อมกับอำนวยความสะดวกด้วยการจองเวลาการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตำรวจให้ โดยประสานงานกับพยาบาลและ OPD

กรณีการส่งข้อความทางอินบ็อกซ์เพจ Depress we care

สำหรับการติดต่ออ่านอินบ็อกซ์จะไม่มีการจัดเวรกันดูข้อความ แต่จะใช้การหมุนเวียนกันเข้าไปดูของผู้ดูแลเพจโดยไม่มีกำหนดตายตัว ซึ่งหากมีผู้ติดต่อเข้ามาแล้วเจ้าหน้าที่ฝ่ายประชาสัมพันธ์เข้ามาเห็นข้อความก่อน ก็จะประสานงานไปยังนักจิตวิทยาให้เข้าไปพูดคุยเบื้องต้นทางอินบ็อกซ์เพื่อประเมินอาการก่อน แล้วจึงพิจารณาว่าเห็นควรให้พบจิตแพทย์หรือไม่ ก่อนจะประสานงานไปยังพยาบาลและ OPD เหมือนกรณีของสายด่วนข้างต้น แต่เนื่องจากเป็นการหมุนเวียนกันเข้าไปดูข้อความแบบไม่เป็นทางการและไม่มีกำหนดตายตัว บางครั้งจึงทำให้การตอบกลับค่อนข้างช้า ซึ่งในปัจจุบันมีอัตราความเร็วในการตอบกลับเฉลี่ยอยู่ที่ 30 นาที จึงมีการทำข้อความอัตโนมัติไว้ตอบผู้ที่ติดต่อเข้ามา โดยมีข้อความแจ้งให้โทรมาเข้าที่เบอร์สายด่วนแทนหากผู้ติดต่อมีความเร่งด่วน โดยในประเด็นนี้ ในการทบทวนวรรณกรรมในบทที่ 2 มีการศึกษาของ Mollen and Vogel (2016) ที่ชี้ให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิตผ่านสื่อออนไลน์นั้น การตอบกลับที่ช้าจะเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งสร้างความกังวลให้กับผู้ที่ติดต่อเข้ามา และอาจกลายเป็นปัจจัยขัดขวางประสิทธิภาพการดำเนินงาน

3.3.2 การประสานงานและระบบเครือข่าย

ปัจจัยด้านการประสานงานในการทำงานและระบบเครือข่ายถือเป็นจุดแข็งอย่างหนึ่งของโครงการ Depress we care โดยเฉพาะในกรณีที่มีเคสฉุกเฉิน อาทิ ผู้ที่ติดต่อเข้ามาที่มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย นักจิตวิทยาผู้ทำหน้าที่รับสายสามารถพูดคุยเกลี้ยกล่อมและเจรจากับผู้ที่พยายามจะฆ่าตัวตายได้ และขณะเดียวกันสามารถประสานงานกับข้าราชการตำรวจในการหาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ที่กำลังจะฆ่าตัวตาย พร้อมทั้งประสานงานไปยังข้าราชการตำรวจที่อยู่ในพื้นที่ให้เข้าทำการช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นระบบเครือข่ายการประสานงานเป็นการภายในที่เข้มแข็งและรวดเร็ว สามารถช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยในกรณีของข้าราชการตำรวจเองที่โทรติดต่อเข้ามาทางสายด่วนและมีความพยายามจะฆ่าตัวตายนั้น เคยเกิดขึ้นและสามารถช่วยไว้ได้ทันก่อนส่งส่งเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในและให้ยาต่อไป และในกรณีการติดต่อเข้ามาขอปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพจิตที่มีอาการไม่รุนแรงมาก แต่นักจิตวิทยาประเมินว่าควรพบจิตแพทย์ โครงการยังสามารถประสานงานกับโรงพยาบาลในจังหวัดต่างๆ อำนวยความสะดวกแก่ผู้ที่ต้องการเข้าพบจิตแพทย์ที่ไม่สะดวกที่จะเดินทางมาโรงพยาบาลตำรวจได้อีกด้วย นับว่ามีระบบเครือข่ายในการประสานงานเพื่อให้การบำบัดรักษาที่เข้มแข็ง

นอกจากนั้น ในการประสานงานในการดำเนินงานระหว่างเจ้าหน้าที่ในโครงการเอง เป็นไปในรูปแบบไม่เป็นทางการ มีการติดต่อประสานงานกันทางกลุ่มในแอปพลิเคชันไลน์เรื่องต่างๆ อาทิ การประสานงานกันในเรื่องการเผยแพร่เนื้อหาที่จะเผยแพร่ลงในเพจ และการประสานงานกันระหว่างเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์และนักจิตวิทยาที่ดูแลเพจร่วมกัน เพื่อส่งต่อเคสที่มีผู้ติดต่อเข้ามาทาง

อินบ็อกซ์ เป็นต้น โดยส่วนใหญ่จะมีนักจิตวิทยาเป็นแกนหลักในการประสานงานต่างๆระหว่างกลุ่มงาน แต่ในการพูดคุยและแบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน สามารถตั้งข้อสังเกตจากการสัมภาษณ์ได้ว่า มีการพูดคุยหรือถึงผลการดำเนินโครงการร่วมกันค่อนข้างน้อย ผู้ดำเนินงานในโครงการบางส่วนไม่ทราบถึงสถิติการติดต่อหรือเข้ามารับการรักษา เพราะไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องในการรวบรวมข้อมูล จะทราบเป็นเพียงภาพรวมถึงสัดส่วนผู้เข้ามาติดต่อคร่าวๆว่ามีข้าราชการตำรวจติดต่อเข้ามาประมาณร้อยละ 10 จากผู้ที่ติดต่อเข้ามาทั้งหมด จึงอาจทำให้สมาชิกที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการมองเห็นสถานการณ์ของโครงการร่วมกันได้ไม่ชัดเจนว่ามีความเสี่ยงเบนจากเป้าหมายไปมากน้อยเพียงใด สร้างความเคยชินในการทำงานในหน้าที่ มุ่งที่การทำงานมากกว่าเป้าหมาย

3.3.3 การควบคุมการดำเนินงานและการประเมิน

ในการควบคุมการดำเนินงานและการประเมินผลการปฏิบัติงาน มีวงรอบในการประเมิน 1 ครั้งต่อเดือน โดยมีการทำสถิติการเข้าติดต่อขอปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพจิตแยกเป็น สถิติการติดต่อผ่านการส่งข้อความทางอินบ็อกซ์ของเพจเฟซบุ๊ก สถิติการติดต่อทางสายด่วน บันทึกถึงการติดต่อเข้ามาในกรณีฉุกเฉิน และสถิติการเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งสถิติดังกล่าวจะถูกส่งให้หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและ ยาเสพติด ก่อนจะส่งไปยังนายแพทย์ใหญ่ของโรงพยาบาลตำรวจอีกครั้ง ในแต่ละเดือน ทำให้ผู้บริหารสามารถทราบความเป็นไปของผลผลิตโครงการ อีกทั้งยังมีการเก็บรวบรวมสถิติการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจ เพื่อสำรวจถึงผลลัพธ์ที่โครงการต้องการลดการเสียชีวิตจากสาเหตุดังกล่าวลงให้ได้ร้อยละ 50 อีกด้วย ซึ่งจะได้กล่าวถึงในส่วนต่อไป

3.4 ประสิทธิภาพของโครงการ *Depress we care* ซึมเศร้า เราใส่ใจ

ในด้านประสิทธิภาพของโครงการ *Depress we care* หลังจากที่ได้มีดำเนินโครงการมาได้ 2 ปี โดยประมาณ เมื่อแบ่งระดับการวิเคราะห์ตามขั้นตอนการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตผ่านโครงการเป็นระดับการรับรู้ ระดับการเข้าร่วม และระดับการยับยั้งการฆ่าตัวตายในกรณีของข้าราชการตำรวจ จากข้อมูลที่ได้จากการสำรวจด้วยแบบสอบถาม และเอกสารสถิติการให้บริการของโครงการ³³ สามารถสรุปเป็นรายละเอียดในแต่ละระดับได้ ดังนี้

3.4.1 ระดับการรับรู้ จากการแจกแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล จากข้าราชการตำรวจจำนวน 385 คน มีผู้ที่รู้จักและรับรู้ว่ามีการโครงการ *Depress we care* อยู่เพียง 40 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10.39 เท่านั้น ซึ่งยังนับว่าเป็นสัดส่วนที่น้อย กล่าวคือ ถึงแม้ว่าทั้งหมดจะไม่ได้เป็นกลุ่มเสี่ยง แต่ก็ควรที่จะรับรู้ถึงการมีอยู่ของโครงการไม่ว่าจะเพื่อให้ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ไป

³³ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด, สถิติโครงการ *Depress we care* ซึมเศร้า เราใส่ใจ, กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด, โรงพยาบาลตำรวจ (กรุงเทพมหานคร, 25 พฤษภาคม 2563).

จนถึงเพื่อแนะนำให้เพื่อนร่วมงานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงได้รับบริการอย่างทันท่วงทีในระยะเริ่มต้น อีกทั้งการรับรู้ นับเป็นจุดเชื่อมแรกที่จะกระจายการให้บริการและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตได้อย่างทั่วถึง จึงมีความสำคัญอย่างมากที่ต้องพัฒนาประสิทธิผลในระดับนี้ให้ดียิ่งขึ้นผ่านการประชาสัมพันธ์

3.4.2 ระดับการเข้าร่วม ในการดำเนินงานของโครงการที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 จนถึงสถิติจากเดือนมกราคมปี พ.ศ.2563 มีดังนี้

สถิติการรับบริการด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจผ่านโครงการ Depress we care

ปี	พ.ศ.2561	พ.ศ.2562	เดือน ม.ค.2563
ช่องทางติดต่อ			
อินบ็อกซ์เพจ Depress we care	28	24	8
สายด่วน Depress we care	45	56	9
รวม	73	80	17

ตาราง 12 สถิติการรับบริการด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจผ่านโครงการ Depress we care

จากข้อมูลในตารางจะเห็นถึงผลผลิตสถิติการติดต่อเข้ามาขอคำปรึกษาจากโครงการ Depress we care จะเห็นว่าโครงการมีแนวโน้มที่จะมีข้าราชการตำรวจผู้ติดต่อรับบริการเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2562 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2561 โดยวิธีการหรือช่องทางที่ใช้ติดต่อเข้ามาใช้บริการจากโครงการ จะใช้การโทรมาทางสายด่วนในสัดส่วนที่มากกว่าการส่งข้อความผ่านอินบ็อกซ์ และเมื่อเปรียบเทียบแนวโน้ม พบว่ามีแนวโน้มที่จะติดต่อผ่านทางอินบ็อกซ์ลดลง ในขณะที่มีการติดต่อผ่านสายด่วนมากขึ้น ซึ่งอาจมีสาเหตุเนื่องมาจากอัตราเร็วในการตอบข้อความดังที่ได้กล่าวไปแล้ว นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ได้มีการให้ข้อมูลถึงช่วงเวลาที่มีการติดต่อเข้ามาทางสายด่วน โดยส่วนใหญ่ผู้ที่เข้ามาใช้บริการจะโทรมาในช่วงเวลาค่าหลังเลิกงาน

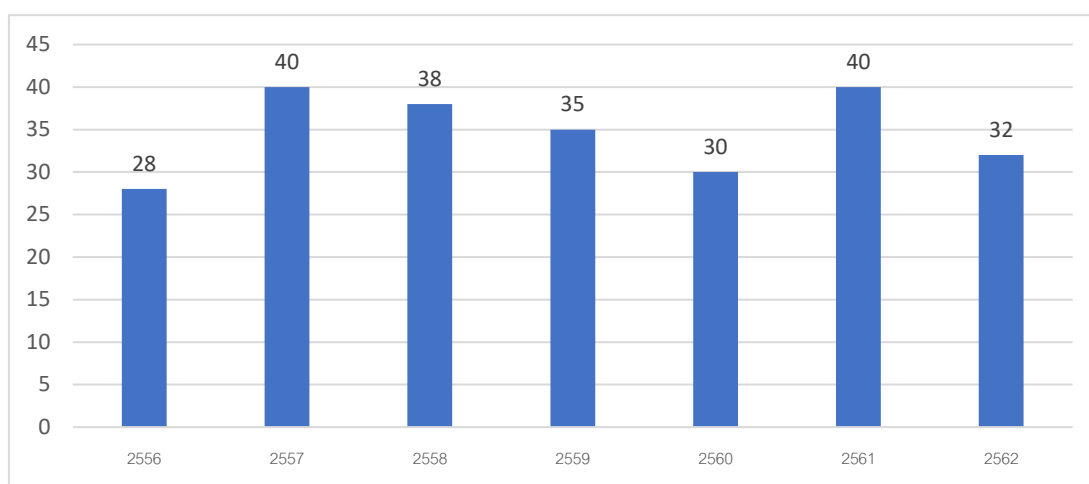
3.4.3 ระดับการยับยั้งการฆ่าตัวตาย

ในระดับนี้ สำหรับกรณีของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นข้าราชการตำรวจ มีผลเป็นรูปธรรมในการยับยั้งการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจ 1 ราย ซึ่งทำการติดต่อเข้ามาทางสายด่วนจำนวน 2 ครั้ง โดยข้าราชการตำรวจรายดังกล่าวมีความคิดจะฆ่าตัวตาย แต่ก่อนตัดสินใจลงมือกระทำการฆ่าตัวตายยังมีสติที่จะโทรขอความช่วยเหลือ (ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีกระบวนการการเปลี่ยนจากความคิดไปสู่การกระทำ Klonsky, May and Saffer (2016) ที่ผู้ปวยรายนี้ยังขาดศักยภาพที่จะลงมือกระทำอยู่ แม้จะ

มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายอย่างรุนแรงแล้ว) จึงสามารถช่วยเหลือไว้ได้ทันและได้รับการรักษาฟื้นฟูจากทางโรงพยาบาลต่อไป

นอกจากนี้ หากพิจารณาผลลัพธ์ของโครงการร่วมกับสถิติการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจ สามารถแสดงเป็นแผนภูมิได้ ดังนี้

แผนภูมิแสดงสถิติการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจปี พ.ศ.2556-2562



แผนภูมิ 2 สถิติการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจปี พ.ศ.2556-2562

ข้อมูลจากแผนภูมิข้างต้นกล่าวได้ว่า หากนับช่วงปีที่ 2 ของการดำเนินโครงการ ซึ่งก็คือปี พ.ศ.2562 ที่โครงการน่าจะเริ่มเห็นผล จำนวนการเสียชีวิตของข้าราชการตำรวจลดลงจากปีก่อนหน้า 8 ราย (จาก 40 ราย เหลือ 32 ราย) กล่าวได้ว่ามีการลดลง และหากมีจำนวนลดลงอีกในปี พ.ศ.2563 นี้ก็ถือว่ามีความเป็นไปได้ตามที่คาดหวัง บรรลุเป้าหมายของโครงการ

บทสรุป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวม พบว่ามีปัจจัยทั้งจากปัจจัยด้านบริบทที่เป็นปัจจัยภายนอก และปัจจัยตัวป้อนเข้า ปัจจัยกระบวนการที่เป็นปัจจัยภายในโครงการที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินโครงการ Depress we care อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสรุปได้ว่า ปัจจัยบริบท หรือปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดำเนินโครงการมีทั้งในระดับประเทศ คือ แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580) ที่มีตัวชี้วัดในการลดการฆ่าตัวตาย เป็นไปในทิศทางเดียวกับโครงการ ในขณะที่ต้นสังกัดเองก็มีการจัดการและการสนับสนุนโครงการนี้ด้วย ไม่ว่าจะเป็นมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้าราชการตำรวจกระทำอัตวินิบาตกรรม (ฆ่าตัวตาย) ที่ส่งเสริมด้านการประชาสัมพันธ์ และการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลที่สนับสนุนทรัพยากรต่างๆในการดำเนินงาน นอกจากนี้ปัจจัยที่สนับสนุนก็ยังมีปัจจัยบริบทที่เป็นอุปสรรค คือปัจจัยด้านสังคม โดยข้าราชการตำรวจยังมีความกังวลในเรื่องวัฒนธรรมองค์กร และทัศนคติของผู้บังคับบัญชาที่มีต่อผู้เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต อีกทั้งยังมีปัจจัยในเรื่องการไม่มีความรู้และขาดความ

เข้าใจในเรื่องของผู้ให้บริการและเวลาทำการในการให้บริการด้านสุขภาพจิตด้วย ส่วนจุดแข็งของโครงการนี้ ก็คือการมีระบบเครือข่ายที่เข้มแข็ง ทำให้ทำการประสานงานช่วยเหลืออำนวยความสะดวกได้ง่าย รวมไปถึง การประสานงานช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินที่สามารถประสานกับข้าราชการตำรวจในพื้นที่ได้ ทว่ายังคงมีปัจจัย ที่ต้องพัฒนาและปรับปรุง เช่น เครื่องมือ และทรัพยากรบุคคลที่ไม่เพียงพอต่อการขยายการให้บริการ รวมไปถึง การประชาสัมพันธ์ที่ยังไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย และการประสานงานภายในที่เน้นกระบวนการมากกว่า เป้าหมาย โดยสามารถสรุปผลเป็นตารางได้ ดังนี้

	จุดแข็ง	จุดอ่อน
ปัจจัยด้าน บริบท	<ul style="list-style-type: none"> มีการสนับสนุนจากภายนอกทั้งใน กฎหมายและนโยบาย ซึ่งมีการ ตั้งเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึง บริการด้านสุขภาพจิตและลดอัตราการฆ่าตัวตาย มีการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูง ในหน่วยงานทั้งในด้านมาตรการและ การประชาสัมพันธ์ 	<ul style="list-style-type: none"> สภาพแวดล้อมทางสังคมของข้าราชการ ตำรวจที่ยังไม่ยอมรับการเข้ารับบริการ ด้านสุขภาพจิต โดยมีปัจจัยที่ขัดขวาง อาทิ วัฒนธรรมองค์กร ทศนคติและ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา และ ความรู้ความเข้าใจของข้าราชการ ตำรวจทั่วไปที่มีต่อการดำเนินโครงการ Depress we care ยังน้อย
ปัจจัยตัว ป้อนเข้า	<ul style="list-style-type: none"> มีช่องทางการติดต่อสื่อสารที่ทำให้ กลุ่มเป้าหมายข้าราชการตำรวจ เข้าถึงบริการได้ง่าย และยังประหยัด งบประมาณ 	<ul style="list-style-type: none"> นักจิตวิทยาที่เป็นบุคลากรหลักมี 8 คน หากจำนวนผู้ติดต่อมีการขยายตัวเพิ่มใน อนาคต อาจรองรับได้ไม่หมด ในช่องทางสายด่วน มีผู้ใช้บริการมากกว่า อินบ็อกซ์ แต่รองรับได้เพียงครั้งละ 1 สาย ทำให้ผู้ที่ติดต่อไม่สำเร็จล้มเลิกความตั้งใจ
ปัจจัยด้าน กระบวนการ	<ul style="list-style-type: none"> มีโครงสร้างการแบ่งงานและอำนาจ หน้าที่แยกกันชัดเจน ไม่ซ้อนทับกัน เครือข่ายการประสานงานระหว่าง พื้นที่ในการปฏิบัติงานที่เข้มแข็ง สามารถประสานงานเจ้าหน้าที่ใน พื้นที่ที่ยังยังเหตุฆ่าตัวตาย และ ประสานงานโรงพยาบาลในพื้นที่รับ ช่วงรักษา 	<ul style="list-style-type: none"> เกิดการทำงานระหว่างแต่ละฝ่ายแบบเน้น กระบวนการมากกว่าการบรรลุเป้าหมาย

ตาราง 13 สรุปผลการศึกษาแบบตามโมเดล CIPP

บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย

บทนำ

โครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ เป็นโครงการที่ริเริ่มขึ้นโดยกลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติด ร่วมกับศูนย์ประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลตำรวจ มุ่งหวังที่จะเป็นช่องทางให้ข้าราชการตำรวจ ซึ่งเป็นอาชีพที่มีหน้าที่ในการดูแลรักษาความสงบเรียบร้อยของชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน มีแรงกดดัน และความเครียดจากการทำงานสูง ได้มีโอกาสเข้าถึงการให้บริการด้านสุขภาพจิตจากนักจิตวิทยา รวมถึงจิตแพทย์ ในการที่จะปรึกษาถึงปัญหาชีวิตทั่วไป ความเครียดหรือเล่าถึงอาการซึมเศร้าต่างๆได้โดยไม่ต้องมีความกังวล อีกทั้งยังอำนวยความสะดวกให้ในทุกขั้นตอนการบำบัดรักษา ซึ่งเป็นการบรรเทาอาการของโรคซึมเศร้า หรือความเครียดที่นำไปสู่โรคซึมเศร้าแต่แรกเริ่ม ก่อนที่จะนำไปสู่อาการที่รุนแรงขึ้น อีกทั้งยังคาดหวังถึงผลลัพธ์ในการลดจำนวนข้าราชการตำรวจที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายลงร้อยละ 50 ทว่าผลผลิตและผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินโครงการ ยังไม่เป็นไปตามที่คาดหวังเสียทีเดียว คือ ข้าราชการตำรวจที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักกลับมีสัดส่วนในการติดต่อเข้ารับบริการน้อยกว่าประชาชนทั่วไปอย่างเห็นได้ชัด ในขณะที่แนวโน้มการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจลดลงหลังจากผ่านการดำเนินการในช่วงปีแรกไปแล้ว ซึ่งถือเป็นแนวโน้มที่ดี

การศึกษาวิจัยนี้ จึงมุ่งที่จะรวบรวมข้อมูลของปัจจัยต่างๆที่มีโอกาสที่จะส่งผลต่อประสิทธิผลของการดำเนินโครงการ Depress we care โดยทำการศึกษาในกรอบของโมเดล CIPP ซึ่งจะสามารถอธิบายอย่างครอบคลุมได้ทั้งบริบท ตัวป้อนเข้า และกระบวนการ ที่จะส่งผลต่อผลผลิตและผลลัพธ์ของโครงการ อีกทั้งยังสรุปออกมาเป็นข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานในโครงการให้เกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นต่อไป

5.1 อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผล การดำเนินงานของโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ โดยวิเคราะห์แยกตามประเด็นโดยใช้โมเดล CIPP เป็นกรอบในการวิเคราะห์นั้น พบว่า ในปัจจัยบริบทนั้น กฎหมายที่เกี่ยวข้องมีส่วนส่งเสริมในแง่ของการกำหนดกระบวนการปฏิบัติในกรณีที่มีเคสฉุกเฉิน และเน้นที่การรักษาข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้เมื่ออาการบรรเทาลง นอกจากนี้ยังมีการกำหนดให้มีการจัดทำนโยบายและแผนเกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพจิตให้นำไปสู่การพัฒนาการให้บริการด้านนี้มากขึ้นทั้งในด้านการป้องกันและรักษา รวมไปถึงการพัฒนากระบวนการโดยตัวชี้วัดหนึ่งของแผนดังกล่าว คือ การลดอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรลง โดยให้ไม่เกิน 5.1 คนต่อประชากรแสนคนภายในปี 2580 สอดคล้องกับที่มาและความสำคัญของโครงการ

Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ ที่มุ่งให้เกิดผลลัพธ์ในการลดการฆ่าตัวตายในกลุ่มข้าราชการตำรวจเช่นกัน กล่าวได้ว่าเป็นบริบทที่มีการส่งเสริมการดำเนินโครงการหากมีการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงปัญหานี้อย่างจริงจังจากหน่วยงานของรัฐอื่นๆเสริมด้วย ขณะที่ภายในองค์กรต้นสังกัดเอง สำนักงานตำรวจแห่งชาติก็ได้มีมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้าราชการตำรวจกระทำอัตวินิบาตกรรม (ฆ่าตัวตาย) ออกมาสนับสนุนการดำเนินงานของโครงการ โดยมีการช่วยส่งเสริมในการประชาสัมพันธ์ไปตามหน่วยงานต่างๆภายในสำนักงานตำรวจแห่งชาติ มีการเผยแพร่ความรู้และอบรมลงลึกไปถึงระดับกองกำกับการซึ่งเป็นหน่วยย่อยที่สุด เพื่อให้เกิดความตระหนักในปัญหาโรคซึมเศร้าอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังได้สำรวจบริบทด้านทัศนคติและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการรับบริการด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจ ซึ่งเป็นบริบทด้านสังคมของข้าราชการตำรวจ พบว่า ข้าราชการตำรวจกลุ่มตัวอย่างรู้จักผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตโดยทั่วไปเพียงร้อยละ 38.7 ซึ่งในจำนวนนี้มีข้าราชการตำรวจที่รู้จักโครงการ Depress we care เพียงร้อยละ 26.8 ในขณะที่ในจำนวนดังกล่าว เคยมีผู้เข้าขอรับคำปรึกษาเพียงร้อยละ 10 ซึ่งมีความสอดคล้องกับการสำรวจปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษา ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่มีส่งผลอย่างมีนัยทางสถิติคือ การไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้บริการ ว่าสามารถรับบริการได้จากที่ไหน สอดคล้องกับอีกหนึ่งปัจจัยที่เป็นปัจจัยด้านเวลาการทำงานที่ไม่ตรงกับเวลาที่สามารไปรับบริการได้ โดยความเข้าใจนี้เกิดจากความไม่รู้ หรือไม่ทราบข้อมูลนั่นเอง ว่ามีโครงการที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงอย่างโครงการ Depress we care อยู่ ซึ่งตรงกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่บุคลากรในโครงการเองก็ตระหนักถึงการประชาสัมพันธ์โครงการ ที่จะต้องมีความต่อเนื่องและตรงกลุ่มเป้าหมายให้มากขึ้น อีกทั้งยังต้องสร้างความตระหนักแก่ข้าราชการตำรวจถึงความอันตรายของโรคซึมเศร้านี้ด้วย นอกจากนี้ก็ยังมีปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการด้วย อาทิ วัฒนธรรมองค์กร และทัศนคติของผู้บังคับบัญชาที่จะมองว่า ผู้ป่วยคือจุดอ่อนของที่ทำงาน อีกทั้งยังเน้นถึงภาพลักษณ์ของข้าราชการตำรวจว่าต้องมีความเข้มแข็ง อดทน มีวินัย โดยถึงกับมีคติของตำรวจว่า “อดทนต่อความเจ็บใจ ไม่หวั่นไหวต่อความยากลำบาก” ที่เป็นที่รู้จักกันโดยทั่วไปในหมู่ข้าราชการตำรวจ ดังนั้นจึงก่อให้เกิดวัฒนธรรมที่จะกดความไม่พอใจ ความกดดัน และความเครียดต่างๆไว้ในใจตนเอง ไม่ระบายออกมา จนก่อให้เกิดความเครียดสะสม ภาวะซึมเศร้า และหากร้ายแรงก็จะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

ในส่วนของปัจจัยตัวป้อนเข้า พบว่าทรัพยากรของโครงการทั้งแผน งบประมาณ เครื่องมือ และทรัพยากรบุคลากร มีเพียงพอสำหรับการดำเนินงานในปัจจุบัน แต่หากมีการขยายฐานการให้บริการ หรือมีจำนวนผู้ติดต่อเข้ามามากกว่าที่เป็นอยู่จะไม่สามารถรองรับได้ ด้วยเครื่องมือที่มีคือสายด่วนที่เป็นเบอร์มือถือสามารถรองรับได้ครั้งละ 1 คู่สายสนทนา หากมีสายซ้อนจะไม่สามารถ

ให้บริการได้ อีกทั้งทรัพยากรบุคคลหลักในโครงการอย่างนักจิตวิทยาที่ปัจจุบันมีทั้งหมด 8 คนก็ไม่สามารถรับภาระงานที่หนักกว่านี้ได้ กล่าวคือสายด่วนเบอร์มือถือและจำนวนนักจิตวิทยาที่มีอยู่ตอนนี้สามารถปฏิบัติงานในภาระงานที่มีในตอนนี้ได้เพียงพอ แต่ไม่สามารถพัฒนาหรือขยายการบริการให้รองรับผู้ติดต่อเข้ามาในจำนวนมากไปกว่านี้ได้ นอกจากนี้อัตราความเร็วในการตอบกลับข้อความทางเพจใช้เวลาโดยเฉลี่ยถึง 30 นาที และไม่มีการจัดเวรแบบการรับสายด่วนด้วย โดยหากจัดเวรอินบ็อกซ์ด้วยอาจจะก่อให้เกิดภาระงานที่หนักเกินไปสำหรับนักจิตวิทยาที่มีอยู่

ขณะที่ปัจจัยกระบวนการ พบว่ามีจุดแข็งในเรื่องของการประสานงานในกรณีที่มีเคสฉุกเฉินเข้ามา เพราะมีระบบเครือข่ายที่เข้มแข็ง สามารถประสานงานกับข้าราชการตำรวจและโรงพยาบาลในพื้นที่ ให้สามารถเข้าช่วยผู้ป่วยวิกฤติได้อย่างทันท่วงที แต่การประสานงานระหว่างบุคลากรภายในโครงการจะเป็นไปตามหน้างานและหน้าที่ ไม่ค่อยมีการพูดคุยแบ่งปันข้อมูลเรื่องผลการปฏิบัติหรือสถิติที่เป็นผลผลิตของโครงการมากนัก ทำให้บุคลากรในส่วนที่ไม่ได้มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดทำสถิติไม่ทราบข้อมูลเรื่องผลผลิตของโครงการมากนัก แต่ทั้งนี้ มีการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอโดยมีวงรอบการประเมินเดือนละครั้ง นำเสนอต่อหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด และต่อนายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ ทำให้ผู้บริหารทราบข้อมูลความเคลื่อนไหวของโครงการ ซึ่งในปัจจุบันมีการเบี่ยงเบนไปจากเป้าหมายที่ตั้งไว้ และยังไม่บรรลุเป้าหมายเสียทีเดียว ทั้งผลผลิตที่ต้องการให้มีข้าราชการตำรวจติดต่อเข้ามาเพิ่มขึ้น และผลลัพธ์ที่ต้องการลดจำนวนข้าราชการตำรวจที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายลงร้อยละ 50

จากข้อมูลทั้งหมดที่ได้รวบรวม จึงสามารถสรุปแยกประเภทได้ว่า ปัจจัยบริบท หรือปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินโครงการโดยตรง ได้แก่ มาตรการและการสนับสนุนจากต้นสังกัด ไม่ว่าจะเป็นมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้าราชการตำรวจกระทำอัตวินิบาตกรรม (ฆ่าตัวตาย) ที่ส่งเสริมด้านการประชาสัมพันธ์และการตระหนักรู้ และการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลที่สนับสนุนทรัพยากรต่างๆในการดำเนินงาน ในขณะที่ปัจจัยภายนอกที่ส่งเสริมโดยอ้อม คือ แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580) ที่มีตัวชี้วัดในการลดการฆ่าตัวตายเช่นกันในระดับประเทศ ส่วนปัจจัยภายในที่เป็นจุดแข็งของโครงการนี้ ก็คือการมีระบบเครือข่ายที่เข้มแข็ง สามารถประสานงานได้ง่าย แต่ก็ยังคงมีปัจจัยที่ต้องพัฒนาในการดำเนินงาน อาทิ เครื่องมือและทรัพยากรบุคคลที่อาจมีไม่เพียงพอต่อการขยายการให้บริการ การประชาสัมพันธ์ที่ไม่ค่อยต่อเนื่อง และการประสานงานภายในที่เน้นกระบวนการทำงานในหน้าที่ ในขณะที่ปัจจัยบริบทที่เป็นอุปสรรค คือปัจจัยด้านสังคม โดยข้าราชการตำรวจยังมีความกังวลในเรื่องวัฒนธรรมองค์กร และทัศนคติของผู้บังคับบัญชาที่มีต่อผู้เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังมีปัจจัยในเรื่องการไม่มีความรู้และขาดความเข้าใจในเรื่องของผู้ให้บริการและเวลาทำการในการให้บริการด้านสุขภาพจิตด้วย

5.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการอภิปรายผลจะเห็นได้ว่ามีปัจจัยขัดขวางจากทั้งปัจจัยภายในที่ควบคุม เปลี่ยนแปลง และปรับปรุงการดำเนินงานได้ และปัจจัยบริบทที่เป็นปัจจัยภายนอกที่อยู่เหนือการควบคุม อีกทั้งยังต้องใช้เวลาในการสร้างความเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยจึงขอสรุปข้อเสนอแนะไว้ ดังนี้

1. การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเข้ารับบริการปรึกษาและบำบัดสุขภาพจิต โดยเฉพาะในข้าราชการตำรวจระดับผู้บังคับบัญชา เพราะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจ ซึ่งต้องมีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้าและสร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของปัญหานี้ที่อาจรุนแรงขึ้นและนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ซึ่งแม้ในประเด็นนี้จะมีการออกมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้าราชการตำรวจกระชกอันตรายกรรม (ฆ่าตัวตาย) ขึ้นมาบังคับควบคุมให้ผู้บังคับบัญชาคอยดูแลและสังเกตอาการผู้ใต้บังคับบัญชา แต่หากขาดการสร้างความรู้เข้าใจถึงความสำคัญและความอันตรายของโรคซึมเศร้าจากรากฐานจริงๆ ก็จะไม่นำไปสู่การปฏิบัติ จึงต้องมีการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักจากการสื่อสารและประชาสัมพันธ์

2. การประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่รับรู้ของข้าราชการตำรวจในวงกว้างขึ้น ซึ่งจากข้อมูลที่เก็บจากการตอบแบบสอบถาม ข้าราชการตำรวจที่รู้จักโครงการส่วนใหญ่ตอบว่ารู้จักจากสื่อออนไลน์ และจากที่ทำงานเป็น 2 อันดับแรก ดังนั้นจึงควรนำมาพิจารณาใช้เป็นช่องทางในการสื่อสารและประชาสัมพันธ์โครงการต่อไป โดยอาจเพิ่มเติมการโฆษณาเพจ นอกเหนือไปจากการโพสต์ตามปกติ เพื่อให้ผู้ที่ยังไม่ได้ติดตามรู้จักโครงการมากขึ้น ร่วมกับการประชาสัมพันธ์ในที่ทำงานผ่านหนังสือเวียนหรือสื่ออื่นๆ ซึ่งอย่างหลังได้รับการสนับสนุนจากมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้าราชการตำรวจกระชกอันตราย (ฆ่าตัวตาย) ด้วยแล้วในระดับหนึ่ง และเมื่อโครงการเป็นที่รู้จักในวงกว้างขึ้นแล้ว ก็ต้องมีการเตรียมการรองรับบริการที่จะมีจำนวนผู้ติดต่อเข้ามาเยอะขึ้นด้วย

3. เครื่องมือและทรัพยากรบุคคลในโครงการ ในประเด็นนี้เป็นที่เข้าใจได้ว่าก่อนหน้าที่จะมีโครงการ Depress we care ขึ้น ได้มีการเปิดสายด่วน 1599 ซึ่งสามารถรับการติดต่อสื่อสารได้หลายคู่สายมากกว่าแต่ทำให้มีปัญหาด้านการขาดแคลนบุคลากรนักจิตวิทยาในการรับสายอย่างหนัก อีกทั้งยังไม่สามารถเปิดรับสายได้ตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีการปรับปรุงมาสู่การใช้เบอร์มือถือและโทรศัพท์มือถือเป็นสายด่วน เพื่อให้สะดวกต่อการพกพาและสามารถขยายขีดความสามารถในการรับสายได้ตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีอัตราความเร็วในการตอบกลับข้อความผ่านอินบ็อกซ์ที่ค่อนข้างช้าเนื่องจากไม่มีการจัดเวรแบบสายด่วน ดังนั้นในการที่จะสามารถรองรับการติดต่อที่มีแนวโน้มว่าจะมีมากขึ้นในอนาคต จึงควรมีการเพิ่มจำนวนบุคลากรนักจิตวิทยาและใช้การติดต่อผ่านอินบ็อกซ์ของเพจให้เกิดประโยชน์สูงสุดมากขึ้น เพราะช่องทางการติดต่อผ่านอินบ็อกซ์สามารถรองรับ

การติดต่อเข้ามาที่ละหลายคนได้มากกว่า โดยแบ่งส่วนหนึ่งให้เข้าเวรสายด่วนโดยเฉพาะและอีกส่วนหนึ่งเข้าเวรคู่มือความทางอินบ็อกซ์โดยเฉพาะอย่างชัดเจน เพื่อเพิ่มอัตราการตอบกลับผ่านอินบ็อกซ์ให้รวดเร็วขึ้นและขยายฐานการบริการมาที่อินบ็อกซ์ที่รองรับจำนวนการติดต่อได้มากกว่าแทน

5.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

โครงการ Depress we care ซีเอ็มเสร์้า เราใส่ใจ เป็นโครงการด้านการให้บริการด้านสุขภาพจิต ที่นอกจากมุ่งหวังผลผลิตในการรักษาโรคซีเอ็มเสร์้าแต่แรกเริ่มแล้ว ยังคาดหวังผลลัพธ์ที่จะสามารถแก้ไขปัญหาที่เรื้อรังยาวนานอย่างปัญหาการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจ ซึ่งมีปัจจัยที่อุปสรรคต่อการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพอยู่ดังเช่นกับการดำเนินโครงการทั่วไป โดยมีทั้งปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องกับ บริบท ตัวป้อนเข้า และกระบวนการดำเนินงานเอง ดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น ทว่าหากมีการปรับปรุง และพัฒนาเพื่อกำจัดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคเหล่านั้น ออกไปได้ รวมทั้งพัฒนาวิธีการให้บริการให้สามารถรองรับการขยายตัวของผู้ที่ติดต่อขอรับคำปรึกษา และการบำบัดรักษาในอนาคต ทั้งหมดนี้จะนำไปสู่การเกิดประสิทธิผลของโครงการที่มากยิ่งขึ้น สร้างประโยชน์และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังได้ต่อไป

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ด้วยกรอบเวลาที่จำกัดร่วมกับปัจจัยด้านกฎหมาย กฎระเบียบ บางประการ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงและรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มข้าราชการตำรวจที่กำลังรับการบำบัดรักษาจากการติดต่อผ่านโครงการได้ ซึ่งเป็นมิติหนึ่งที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมในฐานะที่เป็นผู้ได้รับบริการว่า การได้รับการรักษาเป็นอย่างไร มีประสิทธิผลเพียงใด และทำให้สุขภาพจิตของผู้รับบริการที่เป็นข้าราชการตำรวจกลุ่มดังกล่าวมีอาการที่บรรเทาลงอย่างไรบ้าง อีกทั้งยังจะได้แง่มุมของการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาในเชิงลึกมาพิจารณาเพิ่มเติมเพื่อนำมาพัฒนาการสื่อสาร สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้นด้วย นอกจากนี้ อาจมีการศึกษาเปรียบเทียบถึงเครื่องมือและวิธีการที่สามารถให้บริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพจากโครงการอื่นที่น่าสนใจทั้งจากในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเสนอแนะในการพัฒนาโครงการ Depress we care ให้สามารถสัมฤทธิ์ผลและบรรลุเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- Bell, Sean, and Yarin Eski. "‘Break a Leg—It’s All in the Mind’: Police Officers’ Attitudes Towards Colleagues with Mental Health Issues." *Policing* 10, no. 2 (2016): 95-101. <https://doi.org/10.1093/police/pav041>.
- Fox et al. "Mental-Health Conditions, Barriers to Care, and Productivity Loss among Officers in an Urban Police Department." *Conn Med* 76, no. 9 (2012): 525-31.
- Haugen, P. T., A. M. McCrillis, G. E. Smid, and M. J. Nijdam. "Mental Health Stigma and Barriers to Mental Health Care for First Responders: A Systematic Review and Meta-Analysis." *J Psychiatr Res* 94 (Nov 2017): 218-29. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.001>. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28800529>.
- Klonsky, E. D., A. M. May, and B. Y. Saffer. "Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation." *Annu Rev Clin Psychol* 12 (2016): 307-30. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26772209>.
- Sjostrom, Stefan. "Labelling Theory." *Routledge International Handbook of Critical Mental Health, Theoretical perspectives* (2017): 15-23.
- Tirel, Maili, Dmitri Rozgonjuk, Merle Purre, and Jon D. Elhai. "When Do People Seek Internet Counseling? Exploring the Temporal Patterns of Initial Submissions to Online Counseling Services." *Journal of Technology in Human Services* 38, no. 2 (2019): 184-202. <https://doi.org/10.1080/15228835.2018.1561348>.
- "รายงานผลการศึกษาสาเหตุการฆ่าตัวตายของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ปีงบประมาณ 2557." กองวิจัย สำนักงานยุทธศาสตร์ ตำรวจ, 2557, accessed 13 มกราคม, 2563, <http://www.research.police.go.th/index.php/datacenter/research/--1/-/32---1>.
- กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด. ขอส่งโครงการ *Depress We Care* ซึมเศร้า เราใส่ใจ. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาล ตำรวจ, 2560.

———. สถิติโครงการ *Depress We Care* ซึมเศร้า เราใส่ใจ. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด, โรงพยาบาลตำรวจ (กรุงเทพมหานคร: 25 พฤษภาคม 2563).

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ. สถิติตำรวจที่เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจโรคจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ (ครั้ง). โรงพยาบาลตำรวจ (กรุงเทพมหานคร: 28 พฤษภาคม 2563).

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580), 2562.

Lightning Talk กับ สายสวรรค์ ขยันยิ่ง, "จิตอาสาดนตรีกล่อมใจ กิจกรรมช่วยเยียวยาหัวใจในโรงพยาบาลตำรวจ." Aired 26 มีนาคม, 2561.

"จิตแพทย์ชี้ หากตำรวจคิดฆ่าตัวตาย มักประสบความสำเร็จสูงกว่าคนในอาชีพอื่น." ปีซีนิวส์ไทย, 2562, accessed 12 มกราคม, 2563, <https://www.bbc.com/thai/thailand-46744797>.

ธีระ ศิริสมุด, พรทิพย์ วชิรติลก และอนุรัตน์ สมตน. "การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่." วารสารวิชาการสาธารณสุข 28, no. 2 (2562): 157-71.

"สุขภาพ : ทำไม "โรคซึมเศร้า" เป็นหนึ่งประเด็นด้านสุขภาพจิตที่คนไทยพูดถึงมากที่สุดในปี 2562." ปีซีนิวส์ไทย, 2562, accessed 13 มกราคม, 2563, <https://www.bbc.com/thai/features-50922434>.

มยุรี อนุমানราชชน. การบริหารโครงการ *Project Management*. 6 ed. ปทุมธานี: บริษัท ดุมาเบส จำกัด, 2551.

ราชกิจจานุเบกษา. "พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562." 210, 2562, 16 เมษายน.

———. "พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551." หน้า 37, 2551, 20 กุมภาพันธ์.

วิบูลย์ศรี, เยาวดี ราชชัยกุล. การประเมินโครงการ แนวคิดและแนวปฏิบัติ. 8 ed. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556.

ศรีสะอาด, บุญชม. การวิจัยสำหรับครู. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น, 2546.

สมบัติ ชำรงธัญวงศ์. การบริหารโครงการ. 3 ed. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เสมาธรรม, 2546.

"กำลังพลตำรวจทั่วประเทศ." สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, 2563, accessed 27 มีนาคม, 2563, <https://polisweb.go.th/polis>.

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. มาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้าราชการตำรวจกระทำอัตวินิบาตกรรม (ฆ่าตัวตาย). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, 2562.

หวาน ศรีเรือนทอง, กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, ชีราภา ธาณี และกมลทิพย์ สงวนรัมย์,. "การวิจัยประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 10." วารสารวิชาการสาธารณสุข 26, no. 2 (2560): 362-71.

อิทธิพล สูงแข็ง และเบ็ญจมาศ พงษ์กานนท์. "ประสิทธิผลโครงการเพื่อลดช่องว่างการบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย." วารสารวิชาการสาธารณสุข 23, no. 3 (2557): 427-36.



ภาคผนวก

แบบสอบถาม

ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการให้บริการด้านสุขภาพจิต

โครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ

กรณีศึกษากลุ่มเป้าหมายข้าราชการตำรวจ

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นการเก็บข้อมูลด้านปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต โครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ กรณีศึกษากลุ่มเป้าหมายข้าราชการตำรวจ เพื่อประกอบการทำสารนิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่ออธิบายถึงสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินการโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นข้าราชการตำรวจ
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทั้งภายในและภายนอกที่มีผลกระทบต่อประสิทธิผลการดำเนินการของโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นข้าราชการตำรวจ
3. เพื่อเสนอข้อเสนอนโยบายในการพัฒนาการดำเนินการในโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามคิดกรอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 3 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการรับบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต

ส่วนที่ 4 ทศนคติต่อการรับบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านในการเสียสละเวลาตอบคำถามในแบบสอบถามนี้จนครบทุกข้อ ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลและความเห็นของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด และผลวิจัยที่ได้จากการศึกษาจะถูกนำมาใช้ประโยชน์เชิงวิชาการเท่านั้น

ส่วนที่ 1 คำถามคัดกรอง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับข้อมูลส่วนตัวของท่านมากที่สุด

1.1 ท่านเป็นข้าราชการตำรวจหรือไม่

- ใช่ ไม่ใช่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับข้อมูลส่วนตัวของท่านมากที่สุด

2.1 เพศ

- ชาย หญิง

2.2 อายุ

- 20 - 29 ปี 30 - 39 ปี 40 - 49 ปี 50 ปีขึ้นไป

2.3 ระดับยศ

- พล.ต.อ.- พล.ต.ต. พ.ต.อ.-พ.ต.ต. ร.ต.อ.-ร.ต.ต. ด.ต.-ส.ต.ต.

2.4 สายงาน

- อำนวยการ ป้องกันปราบปราม สืบสวน สอบสวน
- จราจร อื่นๆ.....

ส่วนที่ 3 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการรับบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับข้อมูลส่วนตัวของท่านมากที่สุด

3.1 ท่านรู้จักผู้ให้บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตบ้างหรือไม่ (เช่น สายด่วนสุขภาพจิต โรงพยาบาล ที่ให้บริการ ฯลฯ)

- รู้จัก (ตอบข้อ 3.2)
- ไม่รู้จัก (ข้ามไปส่วนที่ 4)

3.2 ท่านรู้จักเพจ Depress we care หรือสายด่วน 0819320000 ของโรงพยาบาลตำรวจหรือไม่

- รู้จัก (ตอบข้อ 3.3)
- ไม่รู้จัก (ข้ามไปส่วนที่ 4)

3.3 ท่านรู้จักเพจ Depress we care หรือสายด่วน 0819320000 ของโรงพยาบาลตำรวจจากช่องทางใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- จากที่ทำงาน (ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน หนังสือเวียน หรือการประชุมสัมพันธในที่ทำงาน)
- จากบุคคลในครอบครัว
- จากสื่อออนไลน์
- จากข่าวโทรทัศน์/หนังสือพิมพ์
- อื่นๆ.....

3.4 ท่านเคยมีความคิดที่จะขอเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตจากเพจ Depress we care หรือสายด่วน 0819320000 บ้างหรือไม่

- เคย
- ไม่เคย

3.5 โปรดระบุเหตุผลที่คิด/ไม่คิดที่จะขอเข้ารับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตจากเพจ Depress we care หรือสายด่วน 0819320000

.....

.....

.....

ส่วนที่ 4 ทศนคติต่อการรับบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต

คำชี้แจง จงให้คะแนนปัจจัยต่างๆต่อไปนี้ตามระดับความคิดเห็นของท่าน (4=มากที่สุด, 3=มาก, 2=น้อย, 1=น้อยที่สุด และไม่มีความคิดเห็น) ว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการตัดสินใจในการรับบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตในระดับใด

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการรับบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต	ระดับความเห็น				
	4 มากที่สุด	3 มาก	2 น้อย	1 น้อยที่สุด	ไม่มี ความคิดเห็น
ปัจจัยด้านการตีตรา: การตีตราระดับสังคม					
1. วัฒนธรรมองค์กรที่กำหนดให้ต้องเข้มแข็งอดทน					
2. ทศนคติของผู้บังคับบัญชาต่อการขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต					
3. ทศนคติของเพื่อนร่วมงานต่อการขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต					
4. ทศนคติของคนในครอบครัวต่อการขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต					
ปัจจัยด้านการตีตรา: การตีตราระดับบุคคล					
5. ความรู้สึกไม่มีคุณค่าและความรู้สึกไร้พลังในตนเองหากต้องเข้ารับคำปรึกษา					

ปัจจัยด้านการตีตรา: ระดับการหลีกเลี่ยงการถูกตีตรา					
6. มีความอับอายในการถูกวินิจฉัยสุขภาพจิต					
ปัจจัยที่เกี่ยวกับหน้าที่การงาน					
7. ความกลัวผลกระทบที่อาจมีต่อหน้าที่การงานและความก้าวหน้า					
8. ไม่มั่นใจในการรักษาความลับในการเข้ารับบริการ					
9. ไม่มีเวลา หรือเวลาการทำงานทำให้ไม่สามารถเข้ารับบริการได้อย่างสะดวก (เช่น เลิกงานไม่ตรงกับเวลาทำการของการให้บริการด้านสุขภาพจิต เป็นต้น)					
ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพจิต					
10. การไม่ทราบข้อมูลว่าควรรับบริการสุขภาพจิตจากที่ใด					

บทถอดเทปสัมภาษณ์หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจ

วันที่ 22 เมษายน พ.ศ.2563

ผู้วิจัย: สวัสดีค่ะ ต่อไปนี้ผู้วิจัยจะขอเริ่มสัมภาษณ์และทำการอัดเสียงสำหรับการทำสารนิพนธ์หัวข้อ ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการด้านสุขภาพจิตโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ กรณีศึกษากลุ่มเป้าหมายข้าราชการตำรวจนะคะ ซึ่งมีจุดประสงค์ที่จะอธิบายถึงสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินการโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นข้าราชการตำรวจที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการนะคะ โดยขอให้เริ่มจากการเล่าถึงที่มาและความสำคัญของโครงการนี้ ว่ามีความเป็นมาอย่างไร เป้าหมายของโครงการว่าต้องการบรรลุสิ่งใดบ้างคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ก็ (เว้นช่วง) โครงการ Depress we care ของกลุ่มงานจิตเวช (เว้นช่วง) ก็เริ่มมาตั้งแต่ช่วงปี 2561 นะครับ เป็นโครงการที่มีจุดประสงค์ เพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีความเครียด หรือว่ามีปัญหาทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในเรื่องของโรคซึมเศร้า หรือว่าผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย ก็สืบเนื่องมาจากว่า กลุ่มงานจิตเวชได้รับมอบหมายให้ดูแลเรื่องของการดูแลสุขภาพจิตของข้าราชการตำรวจ ก็มีโครงการขึ้นมาโครงการหนึ่ง ซึ่งก็คือโครงการที่ ต้องการที่จะป้องกันการฆ่าตัวตายในข้าราชการตำรวจ ซึ่งก็ได้มีการดำเนินการให้ความรู้ ความเข้าใจ แล้วก็ ที่มีสืบเนื่องต่อมาก็คือ เปิดให้มีการเข้ามาปรึกษาเรื่องสุขภาพจิตหรือปัญหาความเครียดอะไรก็ตามแต่ที่อาจเกิดขึ้นแล้ว ต้องการคำปรึกษา เนื่องจากว่า ปกตินี้การให้บริการที่แผนก จะต้องมาที่โรงพยาบาล เพราะฉะนั้นก็จะมีหลายๆคนที่ไม่สะดวกที่จะเข้ามาใช้บริการด้วยตัวเองที่โรงพยาบาล เพราะรู้สึกแปลกๆ จึงเป็นอีกหนึ่งช่องทางที่จะทำให้ผู้ที่มีปัญหาว่าต้องการคำปรึกษา หรือว่าต้องการคำแนะนำ สามารถที่จะติดต่อเข้ามา ให้ได้รับคำปรึกษา คำแนะนำผ่านทางโซเชียลเน็ตเวิร์คก็คือ ที่เป็นเฟสบุ๊ค แล้วก็ทางโทรศัพท์สายด่วน เป็นช่องทางเบื้องต้นให้มาปรึกษาก่อนในเบื้องต้น แล้วถ้ามีอาการรุนแรงหรือมีความเสี่ยงค่อยมีการแนะนำให้เข้ารับการบริการจากจิตแพทย์ที่โรงพยาบาลอีกทีครับ ซึ่งถ้าอยู่ในกรุงเทพแล้วสะดวกเข้ามาที่โรงพยาบาลตำรวจก็นัดหมายกันแล้วมาได้เลย แต่ถ้าอยู่ต่างจังหวัดไม่สะดวกมา ก็อาจจะประสานโรงพยาบาลในจังหวัดนั้นๆให้ครับ

ผู้วิจัย: พูดถึงช่องทางที่ต้องมีมาเพิ่มเติมมาจากการเข้ามาพบที่โรงพยาบาลตามปกติ ในเรื่องของทรัพยากรในการดำเนินการโครงการนี้เป็นอย่างไรบ้างคะ บุคลากรที่มีอยู่เพียงพอหรือไม่ แล้วส่วนของงบประมาณและเครื่องมือที่ต้องมีมาเพิ่มเติมเป็นอย่างไรคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: สำหรับบุคลากรหลักของโครงการอย่างนักจิตวิทยา เราก็มียู่ทั้งหมด 8-9 คน ถ้าพูดถึงแง่ของการให้บริการ งานในโครงการนี้ก็ถือว่าเป็นงานที่เพิ่มเติมขึ้นมาะครับ จากงานประจำ ก็คิด

ว่า ยังเรียกได้ว่า จำนวนบุคลากรยังไม่ถึงกับน้อย แต่อย่างภาระงานเนี่ย ก็ยังมีภาระงานหลายอย่าง ซึ่งนี่ก็ถือเป็นอีกหนึ่งภาระงานที่เพิ่มเติมขึ้นมา ก็เรียกว่า ยังพอที่จะดำเนินการต่อไปได้ (เว้นช่วง) ส่วนในเรื่องของงบประมาณเนี่ย อย่างงบประมาณเราก็ไม่ได้มีงบประมาณพิเศษเพิ่มเติมอะไรนอกไปเสียจากเรื่องของอุปกรณ์ เรื่องโทรศัพท์ เรื่องของค่าโทรศัพท์ซึ่งก็ยังได้รับงบในการสนับสนุนตรงเรื่องนี้ แล้วก็ เป็นเรื่องของการจัดอีเวนต์เพิ่มเติมตามแต่โอกาสครับ ส่วนการประชาสัมพันธ์อื่นๆจะเป็นการส่งข่าวประชาสัมพันธ์ไปตามสื่อต่างๆ

ผู้วิจัย: ถ้าอย่างนั้นขออนุญาตถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องบุคลากรนะคะ อย่างนักจิตวิทยาที่เป็นบุคลากรหลักนี้รับผิดชอบเรื่องใดบ้างคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ก็จะมีเรื่องของการตอบข้อความที่ถูกส่งเข้ามาขอปรึกษาทางอินบ็อกซ์ของเพจเฟซบุ๊ก และในส่วนของการถือเบอร์สายด่วนไว้รอรับผู้ที่ต้องการโทรเข้ามาปรึกษาครับ

ผู้วิจัย: แล้วมีการจัดระบบการทำงานของนักจิตวิทยาทั้ง 9 คนให้มาทำหน้าที่นี้อย่างไรบ้างคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ก็จะมีการจัดเวรคนที่ต้องคอยถือโทรศัพท์สายด่วนสลับสับเปลี่ยนกันไป ส่วนในเรื่อง การตอบอินบ็อกซ์จะมีการผลัดกันเข้าไปตอบทั้งนักจิตวิทยาและจิตแพทย์ หรือคนอื่นๆในทีม แต่ ว่าโทรศัพท์สายด่วนจะเป็นนักจิตวิทยาเป็นคนถือครับ ตลอด 24 ชั่วโมง

ผู้วิจัย: เพราะฉะนั้นในเรื่องของการจัดโครงสร้างในการทำงาน และการแบ่งหน้าที่ในโครงการนี้ก็จะ มีนักจิตวิทยาและจิตแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบหลักนะคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ใช่ครับ ก็จะมีนักจิตวิทยาทำหน้าที่เป็นด้านหน้าในการให้คำปรึกษา ตอบทางอินบ็อกซ์และคอยรับโทรศัพท์สายด่วนครับ ส่วนจิตแพทย์จะเข้าไปตอบอินบ็อกซ์บ้าง คิดเนื้อหาหรือหา เนื้อหาที่จะโพสต์ลงในเพจบ้าง และจะทำหน้าที่รับให้คำปรึกษาแก่ผู้เข้ารับบริการที่นักจิตวิทยาส่งต่อ มาอีกทีหนึ่งครับ

ผู้วิจัย: แล้วในการดำเนินโครงการนี้มีการควบคุมดูแล มีการประเมินผลอย่างไรบ้างคะ มีเป็นวงรอบ การประเมินผลหรือเปล่าคะ หรือมีการทำสถิติไว้ไหมคะว่ามีผู้เข้ามาติดต่อกี่คน เป็นข้าราชการตำรวจ กี่คน

ผู้ให้สัมภาษณ์: ในส่วนของการควบคุมดูแล ไม่ได้มีอะไรต่างจากปกติมากนะครับ เพราะสิ่งที่เพิ่มเติม มาจากงานปกติ มีเพียงแค่ช่องทางการติดต่อที่มีให้เพิ่มเติมขึ้นมา ก็จะมีนักจิตวิทยาและเจ้าหน้าที่ที่ จะศูนย์ประชาสัมพันธ์มาเป็นแอดมินเพจร่วมกัน ซึ่งในส่วนของนักจิตวิทยาก็จะมีการเก็บข้อมูลอยู่ ทุกเดือนนะครับ ข้อมูลที่เก็บก็อย่างเช่น แต่ละเดือนมีผู้ส่งข้อความเข้ามาทางอินบ็อกซ์ของ

เพลง Depress we care เท่าไหร่ แล้วก็ยังมีผู้ที่โทรเข้ามาทางสายด่วนประมาณเท่าไร ซึ่งส่วนใหญ่ก็จะ เป็นประชาชนโทรเข้ามามากกว่าที่เป็นข้าราชการตำรวจ

ผู้วิจัย: ถ้าลองเทียบเป็นสัดส่วนคร่าวๆระหว่างประชาชนและตำรวจที่โทรเข้ามาเป็นเท่าไรคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ส่วนใหญ่ที่เป็นประชาชนโทรเข้ามาก็น่าจะประมาณร้อยละ 80-90 ได้ ส่วนข้าราชการ ตำรวจหรือครอบครัวตำรวจที่โทรเข้ามาเนี่ยก็จะประมาณสักร้อยละ 7-10

ผู้วิจัย: ซึ่งจริงๆแล้วกลุ่มเป้าหมายหลักที่โครงการนี้ตั้งใจที่จะเสนอช่องทางการให้บริการเพิ่มเติม แต่แรก ก็คือกลุ่มข้าราชการตำรวจ ในเมื่อกลุ่มเป้าหมายหลักกลับไม่ได้ติดต่อกลับมาเยอะเท่าที่ตั้งใจ คาดว่ามีปัจจัยไหนที่เป็นปัญหาและอุปสรรคที่เข้ามาขัดขวางทำให้ข้าราชการตำรวจยังไม่ติดต่อเข้ามา รับคำปรึกษาเยอะเท่าที่ควรไหมคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: สำหรับปัจจัยที่น่าจะเป็นปัจจัยขัดขวางนะครับ

1. ก็คงจะต้องเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น ให้ทางตำรวจรู้จักช่องทางนี้
2. ก็คงเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล คือ ปัญหาทางสุขภาพจิตเนี่ย คนส่วนใหญ่ก็ยังไม่ค่อยที่จะยอมรับ หรือแสวงหาช่องทางในการรักษา ซึ่งนั่นก็เป็นเรื่องของมุมมองของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาชีพตำรวจจะเป็นอาชีพที่ การที่จะมาแสดงให้ เห็นว่ามีปัญหาด้านสภาพจิตใจเนี่ย ก็ค่อนข้างที่จะ ยาก ที่จะแสดงออกมาให้คนอื่นเห็น เป็นเรื่องของวัฒนธรรมองค์กรของตำรวจเรานะ ว่าตำรวจต้องดู เข้มแข็ง ที่เหมือนว่าถ้าแสดงออกมาให้เห็นว่ามีจุดอ่อนหรือความอ่อนแอ เข้ามาปรึกษา ก็จะถูกมอง จากเพื่อนร่วมงานหรือจากผู้บังคับบัญชาว่า ทำงานได้เต็มທີ່หรือเปล่า
3. อาจจะมาจาก บางครั้งเค้าติดต่อมาแต่ไม่ได้แสดงตนว่าเป็นข้าราชการตำรวจก็ได้ หรือบางคน อาจจะไม่สะดวก หรือไม่ทราบช่องทางที่จะมารับการปรึกษา หรือบางทีก็อาจติดต่อ หรือว่า ประสานงานไปยังผู้ให้บริการอื่น รับความช่วยเหลือจากช่องทางอื่นก็ได้

ผู้วิจัย: แล้วคิดว่าผลที่ออกมาต่างจากเป้าหมายแรกที่โครงการตั้งไว้มากไหมคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ก็คิดว่าการตอบสนองผ่านทางอินบ็อกซ์ หรือว่าทางโทรศัพท์สายด่วน ก็ยังมีประชาชน เป็นส่วนใหญ่ก็ยังโอเคอยู่ ถือว่าเป็นที่รู้จัก แต่ในส่วนของข้าราชการตำรวจก็ยังไม่ได้ตามที่เราคิดเอาไว้ คิดว่าน่าจะต้องประชาสัมพันธ์เผยแพร่ให้ข้าราชการตำรวจรับทราบช่องทางนี้เพิ่มเติมต่อไปอีก ให้การ ให้บริการของเราเป็นเชิงรุกมากขึ้นแทนที่การรอให้เค้าเป็นฝ่ายติดต่อมาหาเรา ตามหาเราซึ่งเป็นเชิง รับ เพราะตอนนี้ปัญหาที่เห็นชัดคือข้าราชการตำรวจน่าจะยังไม่รู้จักเรามากเท่าที่ควร หรือไม่ อย่าง น้อยก็ให้เค้ามีความตระหนักรู้ในเรื่องนี้ ว่ามีความสำคัญ และให้ความรู้ว่าเค้าจะสามารถช่วยเหลือ ตัวเอง สังเกตตัวเองยังไง

ผู้วิจัย: ค่ะ สำหรับระยะนี้ก็ยิ่งเน้นไปที่การประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่รู้จักก่อนเป็นอันดับแรกนะคะ เพราะคิดว่าอาจเป็นเพราะข้าราชการตำรวจยังไม่รู้จักและยังไม่ตระหนักเรื่องโครงการ Depress we care มากเท่าที่ควร

ผู้ให้สัมภาษณ์: ถูกต้องครับ

ผู้วิจัย: ถ้าอย่างนั้น สำหรับวันนี้ขอขอบพระคุณมากๆเลยนะคะ ที่กรุณาสละเวลามาให้ข้อมูล

ผู้ให้สัมภาษณ์: ครับ สวัสดีครับ



บทถอดเทปสัมภาษณ์หัวหน้าศูนย์ประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลตำรวจ

วันที่ 29 เมษายน พ.ศ.2563

ผู้วิจัย: ค่ะ สวัสดีค่ะ ขออนุญาตเริ่มทำการสัมภาษณ์เพื่อขอข้อมูล และอัดเสียงสำหรับการทำสารนิพนธ์หัวข้อ ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการให้บริการด้านสุขภาพจิตโครงการ Depress we care ชิมเศร้า เราใส่ใจ กรณีศึกษาในกลุ่มเป้าหมายข้าราชการตำรวจนะค่ะ มีจุดประสงค์ที่จะอธิบายถึงสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินการโครงการ Depress we care ชิมเศร้า เราใส่ใจ ค่ะ ก่อนอื่นขอเริ่มถามถึงที่มาและความสำคัญ รวมถึงเป้าหมายของโครงการนี้ค่ะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: มีความสำคัญอย่างไรนะค่ะ ก็คือว่า จะเห็นข่าวตามหนังสือพิมพ์ หรือสื่อทุกสื่อ ซึ่งที่อยู่ในสื่อเนี่ย ก็จะมีเรื่องของข่าวฆ่าตัวตายกันมาก แล้วก็จะมีในเรื่องของปัญหาของสุขภาพจิตมาก ก็จะเห็นว่ามีความเสี่ยงจะรายวันเลยที่มีการฆ่าตัวตาย แล้วก็จะมีการพูดถึงประเด็นของโรคซึมเศร้า ซึ่งในส่วนของการข้าราชการตำรวจ ต้องขอย้อนไปเมื่อ 2 ปีก่อน หรือจริงๆก็หลายปีก่อนหน้านั้น ก็จะมีข่าวของตำรวจฆ่าตัวตาย ที่พอมีข่าวขึ้นมา ทุกคนในสังคมก็มองว่าอาชีพตำรวจเป็นอาชีพที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุด ซึ่งจริงๆแล้ว ถ้าไปดูจากสถิติ ก็มีความปะปนกันไป ทุกอาชีพก็มีสถิติเท่าเทียมกัน เพียงแต่ตำรวจมีอาวุธข้างกายที่จะสามารถใช้ทำร้ายตัวเองได้ง่ายที่สุด จึงเกิดประเด็นขึ้นมาว่า ถ้าย้อนไปดูเนี่ย จะพบว่าที่ผ่านมาทางสำนักงานตำรวจแห่งชาติได้มีการแก้ปัญหาอย่างไร ซึ่งทางโรงพยาบาลตำรวจก็เคยเปิดสายด่วนขึ้นมาสายหนึ่งให้ข้าราชการตำรวจได้เข้ามาปรึกษา หรือมาระบายความเครียด ซึ่งจะมีนักจิตวิทยาคอยคุยด้วย โดยในตอนนั้นน้อยมากที่จะมีข้าราชการตำรวจกล้าที่จะโทรเข้าปรึกษา เพราะว่าต้องรายงานชื่อ นามสกุล ทำงานที่ไหน อะไร ยังไง ซึ่งมันอาจจะกลายเป็นปัจจัยที่เค้ายังไม่กล้าที่จะมาปรึกษา เค้าอาจจะยังไม่ศรัทธา หรือยังไม่ไว้วางใจ เลยมีการมาคิดกันใหม่ว่า คนเริ่มมีการใช้เฟซบุ๊กกันมากขึ้น สายด่วนที่เคยมี บางทีก็อาจจะติดต่อไม่ได้ สายไม่ว่าง แม้จะมีคู่สายหลายคู่สาย แต่ว่าไม่มีบุคลากรไป support ได้จนถึงขนาดที่จะรับสายได้ตลอด ซึ่งในฐานะที่เราเป็นข้าราชการตำรวจ จึงคิดว่าเราควรจะเริ่มจากการ support ข้าราชการตำรวจกับครอบครัวก่อนดีไหมเลยได้มีการเปิดเพจเฟซบุ๊กซึ่งคุณสามารถที่จะเขียนข้อความระบายอะไรมาทุกอย่างก็ได้ โดยเรามีนักจิตวิทยาและจิตแพทย์ให้การคุยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนสายด่วนเราก็เลือกเป็นสายโทรศัพท์มือถือสายเดี่ยวนี่แหละค่ะ ที่เรามองว่าในกรณีที่มีการคุยแล้ว ประเมินแล้ว เราเป็นนักจิตวิทยา เป็นพยาบาล หรือเป็นหมอ เราประเมินแล้วว่าเคสนี้มีความเสี่ยงระดับสูงที่จะฆ่าตัวตาย เราอาจจะได้มีการพูดคุย หรือสอบถาม หรือได้โทรไปคุย หรือในกรณีที่มียายด่วนโทรเข้ามา กำลังจะฆ่าตัวตายก็เคยมี จากสถิติที่ผ่านมา มีสายด่วนที่โทรเข้ามาแล้วบอกว่าเรากำลังจะฆ่าตัวตายมีประมาณหลายสาย ซึ่งเราสามารถที่จะเข้าไปช่วยได้ 2 ราย อันนี้ก็เป็นที่มาของเฟซบุ๊กที่เปิดขึ้นมา ซึ่งถามว่าสำคัญไหม แน่แน่นอนว่าสำคัญ อย่างน้อยๆเราได้ช่วยเหลือข้าราชการตำรวจทั่วประเทศประมาณ

200,000 ราย ซึ่งอยู่ในสภาวะความเครียด แล้วก็ตอบโจทย์ได้ว่าไม่ต้องมีการรายงานชื่อ ไม่ต้องบอกตัวตน ก็สามารถพูดคุยกับเราได้ แล้วถ้าหากว่าเราประเมินว่ามีภาวะเสี่ยงที่จะต้องเข้าพบจิตแพทย์ เราก็สามารถที่จะแนะนำได้ ไม่ว่าจะอยู่จังหวัดไหน เราก็สามารถแนะนำให้ไปโรงพยาบาลในเครือข่ายที่มีบริการด้านสุขภาพจิตได้ ซึ่งแต่ละจังหวัดก็มีอยู่แล้ว หรือถ้าอยู่ในกรุงเทพและปริมณฑล หรือที่ไหนก็ตามแล้วสะดวกมาที่โรงพยาบาลตำรวจ เราก็สามารถช่วยนำข้อมูลตรงนี้ไปประสานกับทาง OPD เพื่อให้สอดคล้องกับสิ่งที่เคยคุยกันมาก่อนหน้า ในทางกลับกันถ้ารักษาไปแล้วยังมีความกังวลใจ ก็ยังสามารถกลับมาคุยกับเราผ่านทางเพจได้ ซึ่งตรงนี้เป็นเหมือนอีกหนึ่งช่องทางให้เค้าได้มาปรึกษาในบทบาทที่เค้าคิดว่า เค้ามีสภาวะความเครียดแล้วเค้าไม่มีใคร และทุกอย่างที่คุยจะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผย เป็นเรื่องสำคัญค่ะ

ผู้วิจัย: ซึ่งก็เป็นช่องทางการสื่อสารที่สร้างความเชื่อมั่นได้มากขึ้นกว่าวิธีการก่อนหน้านี้ใช่ไหมคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ใช่ค่ะ แต่ก็เป็นเรื่องแปลกนะ ที่ทำขึ้นมาแล้ว มีประชาชนติดต่อเข้ามามากกว่าร้อยละ 70 นะ ซึ่งก็อย่างที่บอก มันอาจจะเป็นในเรื่องของความศรัทธา ในการสร้างศรัทธาต้องใช้เวลา

ผู้วิจัย: ในเรื่องการสร้างความศรัทธา หรือการตระหนักรู้ก็ต้องอาศัยการประชาสัมพันธ์ใช่ไหมคะ มีการวางแผนการประชาสัมพันธ์อย่างไรบ้างคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ใช่ค่ะ วันแรกที่เราเปิดเราประชาสัมพันธ์ทุกช่องทางเลยคะ ทั้งโทรทัศน์ สื่อทุกช่องทาง เราประกาศผ่านทุกสื่อคะ แล้วก็มีการจับมือกับองค์กรทั้งภาคเอกชน รัฐบาล เรามีการจับมือมีการคุยกันว่าแต่ละเคสเป็นยังไง เรามีไลน์เป็นช่องทางติดต่อ มีการประชุม เรียกว่าการให้บริการทางสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่เพียงหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งทำ มันไม่ได้ ต้องมีการร่วมมือกัน ซึ่งในตอนนี้อยู่หลายสื่อออนไลน์ที่เราเคยทำงานร่วมกันก็ยังคงคุยกันอยู่ เพียงแต่ว่าเราก็จะเน้นของเราในเรื่องของตำรวจและครอบครัวที่มี 200,000 กว่าคนในประเทศไทย ซึ่งก็อย่างที่บอกคะ ตอนนี้อยู่ส่วนใหญ่ก็ยังเป็นประชาชนให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง เราก็มีนักจิตวิทยาคอยตอบในเฟซบุ๊กคะ ซึ่งก็ถือว่าโอเค แต่ว่าเราก็ต้องมองศักยภาพของเราด้วย ว่าเรามีบุคลากรเท่านี้ เราก็ทำเต็มที่เท่านี้ ลูกไหมคะ ถ้าเรามีบุคลากรมาก เราก็ทำได้มากกว่านี้ ซึ่งสำหรับความคิดเห็นส่วนตัวนะคะ อยากจะนำเสนอในระดับกระทรวงสาธารณสุขเลยด้วย ให้เห็นความสำคัญว่าสุขภาพจิตมีความสำคัญเท่ากับสุขภาพกาย ทุกคนมองว่าผลิตหมอม่าตัดแกง รักษาโรคแกง แต่ลองเปรียบเทียบกับอัตราส่วนระหว่างจิตแพทย์ นักจิตวิทยากับหมอสึคะ ต่างกันโดยสิ้นเชิง ทั้งที่จริงๆตอนนี้สุขภาพจิตเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด ถ้าเรามีสุขภาพจิตไม่ดี เราทำอะไรก็ทำไม่ได้ เราต้องเริ่มพัฒนาจากสุขภาพจิตก่อน บางครั้งไม่ถึงกับต้องทานยา เพียงแค่การได้รับฟัง ได้พูดคุย ได้ระบายก็เป็นสิ่งที่สำคัญแล้ว อย่างการที่เราเปิดเฟซบุ๊กมา บางครั้งเราก็แทบจะไม่ได้คุยอะไรนะ เพียงแค่เค้าได้เขียน ได้ระบาย ได้รู้ว่ามีคนรับฟัง มีนักจิตวิทยา เรามองออก

ว่าเราจะตอบเค้าตรงไหน ทุกครั้งที่เค้าได้เขียน ได้พูด ได้คุย สิ่งที่เค้าได้กลับไปคือความสบายใจ นอนหลับได้แล้ว เค้าก็จะเขียนตอบว่า “ขอบคุณค่ะ” เค้าไม่คิดฆ่าตัวตายแล้ว เเทนนี้นับว่าเป็นความสำเร็จอย่างหนึ่ง เพราะฉะนั้นจึงอยากให้ในภาพใหญ่ รัฐบาลหันมาสนใจเรื่องนี้มากขึ้น ไม่ใช่แค่การประชาสัมพันธ์แต่ไม่ได้ลงมือทำอะไร มีการใส่ใจเรื่องสุขภาพจิตมากขึ้นก่อนที่จะไปพัฒนาอะไรให้ประเทศชาติได้

ผู้วิจัย: ในส่วนของศูนย์ประชาสัมพันธ์มีทำหน้าที่ การประชาสัมพันธ์ให้กับโครงการ Depress we care อย่างไรคะ มีการแบ่งงานอย่างไร

ผู้ให้สัมภาษณ์: ก็คือในส่วนของศูนย์ประชาสัมพันธ์โดยปกติจะดูแลเรื่องการประชาสัมพันธ์ขององค์กรโดยรวมทั้งหมดค่ะ Depress we care จะเป็นเพียงแค่ส่วนหนึ่ง เป็นหนึ่งในภารกิจค่ะ โดยเราจะดูแลภาพลักษณ์ขององค์กรทั้งหมด และประชาสัมพันธ์ทั้งในเรื่องทางการแพทย์ การดูแลสุขภาพ ก็จะมีเพจของโรงพยาบาลตำรวจ และเป็นช่องทางหนึ่งในการติดต่อสื่อสารขอข้อมูลโดยที่ไม่ต้องมาที่โรงพยาบาลตำรวจเองก็ได้ค่ะ

ผู้วิจัย: แล้วในการประสานงานระหว่างกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด กับศูนย์ประชาสัมพันธ์ มีการทำงานร่วมกันอย่างไรบ้างคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: เราเป็นแอดมินร่วมกันค่ะ โดยเราจะมีการประเมินผล วัตถุประสงค์เกี่ยวกับเคสต่างๆ มีการประสานงานกันในเรื่องของสุขภาพจิตเวลาที่มีคนกำลังจะฆ่าตัวตายมีความสำคัญมากค่ะ เพราะเราจะต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานนอกด้วย ซึ่งโรงพยาบาลตำรวจนี้เรามีข้อดีที่เราเป็นตำรวจ การประสานงานไปยังข้าราชการตำรวจทั่วประเทศค่อนข้างง่าย อย่างเราได้โลเคชั่นมาว่า เรามีคนใช้ชื่อนี้ เบอร์โทรศัพท์นี้ เราก็ประสานตำรวจในพื้นที่ได้ง่ายและรวดเร็ว

ผู้วิจัย: ในการดำเนินงานในโครงการนี้มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไรบ้างคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: เยอะมากค่ะ ข้อแรกนะคะ บุคลากรน้อย นอกจากจะต้องดูแลเพจ Depress we care แล้วยังส่วนของ OPD ของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ซึ่งเปิดทุกวันในเวลาราชการรองรับคนไข้ด้วย ซึ่งก็ใช้บุคลากรทีมเดียวกันหมด ก็ต้องมีการจัดเวรรับโทรศัพท์ด้วย ต้องเป็นแอดมินคอยตอบ คอยให้คำปรึกษาด้วย ตลอด 24 ชั่วโมงนะคะ ซึ่งอัตราการตอบกลับ ถ้าเคสเยอะหน่อยบางทีใช้เวลาจนถึง 1 ชั่วโมง น้อยหน่อยก็ใช้เวลา 10-20 นาทีคละคล้ากันไป ถ้ามีบุคลากรเพิ่มขึ้นก็จะดีขึ้น แน่แน่นอนว่าเรามีบุคลากรน้อย ซึ่งเราต้องทำให้บุคลากรที่มีน้อย ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด เพราะว่า ก่อนที่เราจะไปให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิตคนอื่น สุขภาพจิตเราสำคัญที่สุด ถ้าเราทำงานแบบสุขภาพจิตเราแย่มันก็จะไม่มีความหมายที่เราจะไปทำให้กับคนอื่น ถ้าเราไม่ดูแลตัวเองก่อน เพราะฉะนั้นเราก็ต้องจำกัดขอบเขตของตัวเองก่อนว่าเราไหว หรือไม่ไหว ซึ่งที่

จริงเราวางแผน มีโครงการที่จะทำอะไรได้อีกมากมาย แต่เราไม่สามารถทำได้ เพราะเราขาดบุคลากร
ทางการแพทย์ค่ะ

ผู้วิจัย: สำหรับวันนี้ขอขอบพระคุณมากๆเลยนะคะ ที่กรุณาสละเวลามาให้ข้อมูล

ผู้ให้สัมภาษณ์: ค่ะ สวัสดีค่ะ



บทถอดเทปสัมภาษณ์จิตแพทย์ (คนที่ 1)

วันที่ 22 เมษายน พ.ศ.2563

ผู้วิจัย: สวัสดีค่ะ ผู้วิจัยจะขอเริ่มสัมภาษณ์และทำการอัดเสียงสำหรับการทำสารนิพนธ์หัวข้อ ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการให้บริการด้านสุขภาพจิตโครงการ Depress we care ชิมเศร้า เราใส่ใจ กรณีศึกษาในกลุ่มเป้าหมายข้าราชการตำรวจนะคะ มีจุดประสงค์ที่จะอธิบายถึงสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินการโครงการ Depress we care ชิมเศร้า เราใส่ใจ ค่ะ โดยเฉพาะกับกลุ่มเป้าหมายหลักที่เป็นข้าราชการตำรวจ ขอเริ่มจากการเล่าถึงที่มาของโครงการนี้นะคะ ว่ามีความสำคัญอย่างไร และเป้าหมายของโครงการเป็นอย่างไรบ้างคะ และสำหรับจิตแพทย์มีส่วนร่วมและมีหน้าที่อย่างไรในโครงการนี้คะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: อ้อคะ ก็คือจริงๆ โครงการนี้เนี่ย ตอนจุดเริ่มต้นที่ ที่มีโครงการนี้ขึ้นมา ก็คือ ช่วงหลังๆ มาเนี่ยจะมีข่าวของข้าราชการตำรวจฆ่าตัวตายกันเยอะนะคะ ก็คือมีข่าวออกมาเรื่อยๆ เลยตามสื่อต่างๆ แล้วก็ ทำให้เหมือนกับ คือ เป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคล ที่น่าจะสามารถอยู่ต่อไปเพื่อทำประโยชน์อะไรให้กับสังคมได้อีกเยอะคะ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจก็เลยมีการคุยกัน แล้วก็คิดกันว่า ถ้าบางที สมมติว่าข้าราชการตำรวจมีความเครียด หรือว่ามีอาการที่แบบ คิดว่าตัวเองกำลังจะมีอาการเป็นซึมเศร้า แต่ว่าบางท่านอาจจะยังไม่กล้าเข้ามาปรึกษาที่โรงพยาบาลคะ อาจจะแบบด้วยความกลัว หรือว่าความที่โรคพวกนี้มันยังไม่เป็นที่รู้จักแพร่หลาย ทำให้บางคนรู้สึกว่ถ้ามาที่โรงพยาบาลมันจะดูแปลกๆ ก็เลยคิดว่า ถ้าเกิดว่าเรามีสายด่วนหรือ ช่องทางที่จะทำให้เค้าสามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น ก็น่าจะมีประโยชน์คะ ก็เลยจัดทำเป็นเพจเฟซบุ๊ก Depress we care ขึ้นมา โดยที่มีสายด่วนให้โทรเข้ามาด้วยได้ แล้วก็สามารถอินบ็อกซ์เข้ามาคุยเพิ่มเติมได้เหมือนกัน ซึ่งเข้ามาคุยได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมงเลยคะ ทั้งในส่วนของสายด่วนและข้อความทางอินบ็อกซ์ ก็จะมีนักจิตวิทยาเป็นตัวหลักในการเป็นคนที่ย่อยตอบอินบ็อกซ์ แล้วก็รับโทรศัพท์สายด่วนตลอด 24 ชั่วโมงคะ ซึ่งนี่ถ้า นักจิตวิทยาประเมินแล้ว มีข้อสงสัยว่าจะเป็นโรคซึมเศร้า หรือว่ามีอาการอื่นๆ ที่จำเป็น และน่าจะต้องได้รับการรักษา ก็จะทำให้ผู้ที่โทรเข้ามาปรึกษาลองเข้ามาที่โรงพยาบาลเพื่อที่จะพบกับจิตแพทย์คะ

ผู้วิจัย: ถ้าอย่างนั้นนักจิตวิทยาก็จะทำหน้าที่กลั่นกรองผู้ที่โทรหรือติดต่อเข้ามาขอคำปรึกษา ก่อนชั้นหนึ่ง ก่อนที่จะส่งต่อมาเป็นหน้าที่ของจิตแพทย์ใช่ไหมคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ใช่คะ ก็คือนักจิตวิทยาจะเป็นผู้ประเมินว่าต้องช่วยด้วยหรือเปล่าอีกหน้าที่หนึ่งด้วยคะ ระหว่างที่ได้มีการพูดคุยกันหรือติดต่อสื่อสารกันผ่านทางช่องทางต่างๆ แล้วก็จะมาโรงพยาบาลอีกทีคะ

ผู้วิจัย: แล้วในกรณีที่ข้าราชการตำรวจผู้ที่ติดต่อเข้ามาปรึกษาอยู่ต่างจังหวัด มีการประสานงานยังไงบ้างคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ก็จะมีการประสานงานกับโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดนั้นๆคะ ในการดำเนินการรักษาต่อไป ก็จะมีการแนะนำให้ บางเคสก็ประสานกับโรงพยาบาลในพื้นที่อย่างที่ยก แต่บางเคสมีความรุนแรง เช่น โทรเข้ามาแล้วเป็นเคสที่มีความเสี่ยงมาก ที่กำลังจะฆ่าตัวตายแล้วอะคะ ก็จะต้องมีการประสานเพิ่มเติมไปยังตำรวจในท้องที่ แล้วก็ต้องมีการนำตัวส่งโรงพยาบาลคะ แต่ประเด็นหนึ่งคือพอเปิดเพจมา คนที่เข้ามาใช้บริการส่วนใหญ่จะเป็นประชาชนทั่วไปอะคะ ก็คือเปิดให้สามารถเข้ามาใช้บริการได้เหมือนกันในส่วนของคน

ผู้วิจัย: ก็คือไม่ได้จำกัดว่าจะต้องเป็นแค่ข้าราชการตำรวจที่โทรเข้ามาได้นะคะ ประชาชนปกติทั่วไปก็สามารถเข้ามาติดต่อได้ แต่จริงๆเป้าหมายหลักก็คือข้าราชการตำรวจใช่ไหมคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ใช่คะ แต่ ตั้งแต่เปิดเพจและสายด่วนโครงการมา จะมีประชาชนเข้ามาติดต่อมากกว่าในปริมาณที่ค่อนข้างเยอะเลยคะ แบบเห็นได้ชัด ซึ่งก็น่าจะมีส่วนมาจากกระแสสังคมที่มีความตื่นตัวในเรื่องนี้ด้วย โดยเฉพาะในโลกออนไลน์ที่มีการตื่นตัวในเรื่องของโรควิคิมเศร้ากัน

ผู้วิจัย: แต่ในส่วนของการตำรวจก็มีมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้าราชการตำรวจกระทำอัตวินิบาตกรรม หรือฆ่าตัวตาย จากสำนักงานตำรวจแห่งชาติมาเสริมใช่ไหมคะ มีส่วนช่วยอย่างไรบ้างคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ใช่คะ ก็มีพื้นที่มาช่วยสนับสนุน อย่างในระยะเร่งด่วน ก็มีการกำหนดให้มีการประชาสัมพันธ์โครงการ Depress we care ให้ตำรวจได้รู้จักมากขึ้น เผยแพร่ไปยังหน่วยต่างๆ อย่างน้อยก็น่าจะช่วยให้เค้ารู้จักช่องทางการติดต่อมากขึ้น หรืออย่างน้อยก็น่าจะลองมาสำรวจหาความรู้และข้อมูลในเพจกันมากขึ้นคะ

ผู้วิจัย: แล้วตั้งแต่มีมาตรการนี้มาช่วยเสริม มีจำนวนตำรวจโทรหรือติดต่อเข้ามาเยอะขึ้นบ้างหรือเปล่านั้นคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ก็สำหรับตัวเลขของตำรวจที่ติดต่อมา น่าจะมีมาเยอะขึ้นเรื่อยๆนะคะ แต่ในรายละเอียดน่าจะต้องสอบถามจากนักจิตวิทยาคะ เพราะนักจิตวิทยาจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลและมีข้อมูลตรงนั้นคะ

ผู้วิจัย: ได้คะ แล้วในการดำเนินการของโครงการนี้สำหรับจิตแพทย์มีปัญหาหรืออุปสรรคอะไรบ้างหรือเปล่านั้นคะ เช่น มีทรัพยากรที่ต้องแบ่งมาใช้สำหรับทำโครงการนี้โดยเฉพาะ หรือสำหรับจิตแพทย์คือ อาจจะเป็นการมีเคสที่เพิ่มขึ้นมาจากช่องทางนี้

ผู้ให้สัมภาษณ์: สำหรับทรัพยากร ในเรื่องของบุคลากรที่เป็นเสาหลักของโครงการนี้ก็คือนักจิตวิทยา อะคะ ก็จะมีการจัดเวรกัน คือเป็นมารับโทรศัพท์ ถือสายโทรศัพท์กัน กับตอบอินบ็อกซ์ ซึ่งสำหรับ หมอ ก็จะเป็นปลายทางที่นักจิตวิทยาส่งต่อเคสมาอีกทีคะ ซึ่งนักจิตวิทยาก็จะพิจารณาว่าอาการเป็น อย่างไร ควรพบหมอหรือไม่ หรือควรจ่ายยาอะไรหรือไม่คะ สำหรับหมอก็จะมีเคสจาก Depress we care มาเพิ่มเติม ก็จะมีคนไข้มาที่ OPD ของแผนกเยอะขึ้นคะ ก็จะมีมาจากช่องทางนี้เรื่อยๆ เหมือนกันคะ ก็นอกจากจะเป็นช่องทางในการเข้ามาคุยแล้ว ก็ถือเป็นช่องทางในการประชาสัมพันธ์ อย่างหนึ่งด้วย ที่ทำให้คนได้รับรู้ถึงเรื่องของอาการโรคซึมเศร้า การสังเกตอาการทั้งคนรอบข้างและ ตัวเอง เป็นการทำให้คนเกิดความตื่นตัวในการสังเกตตัวเองด้วยคะ ว่าตัวเองเครียดเกินไปไหม แล้วก็ สามารถติดต่อเข้ามาได้ทันที จากที่ไหน เมื่อไหร่ก็ได้ ซึ่งในส่วนของจิตแพทย์ก็จะมีบทบาทในการ รับเคสที่มาจากโครงการนี้ รวมไปถึงการเขียนเนื้อหาในการโปสลงในเพจ

ผู้วิจัย: แล้วในส่วนของเคสการรักษาที่เข้ามา เคยมีตำรวจเข้ามาปรึกษาในเคสที่รุนแรงถึงกับเสี่ยงฆ่า ตัวตายหรือเปล่านั้นคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ก็มีมาบ้างนะคะ แล้วก็เคยยับยั้งได้ หลังจากนั้นก็มีรักษากันคะ ซึ่งก็ตรงกับ จุดประสงค์และเป้าหมายแต่แรกของโครงการ Depress we care ที่ต้องการแก้ไขปัญหาในจุดนี้คะ

ผู้วิจัย: ก็ค่อนข้างครบวงจรตั้งแต่จุดเริ่มของการติดต่อไปจนถึงการส่งต่อการรักษานะคะ ถ้าอย่างนั้น สุดท้ายนี้ คุณหมอมีเรื่องอะไรที่อยากจะเล่าเพิ่มเติมหรือเปล่านั้นคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: อืมมม (เว้นช่วงคิด) ทั้งหมดก็น่าจะ ประมาณนี้คะ ไม่มีอะไรเพิ่มเติมแล้ว

ผู้วิจัย: คะ ถ้าอย่างนั้น ขอขอบพระคุณคุณหมอนะคะ ที่ช่วยสละเวลามาช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โครงการ Depress we care

ผู้ให้สัมภาษณ์: คะ ยินดีคะ สวัสดีคะ

บทถอดเทปสัมภาษณ์จิตแพทย์ (คนที่ 2)

วันที่ 22 เมษายน พ.ศ.2563

ผู้วิจัย: สวัสดีค่ะคุณหมอ ต่อไปนี้ผู้วิจัยจะขอเริ่มสัมภาษณ์และอัดเสียงสำหรับการขอข้อมูลประกอบการทำสารนิพนธ์หัวข้อ ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการด้านสุขภาพจิตโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ กรณีศึกษากลุ่มเป้าหมายข้าราชการตำรวจนะค่ะ ซึ่งจุดประสงค์ของการวิจัยจะอธิบายถึงสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินการโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นข้าราชการตำรวจนะค่ะ รบกวนขอให้คุณหมอเริ่มจากการเล่าถึงที่มาและความสำคัญของโครงการนี้ ว่ามีความเป็นมาอย่างไร เป้าหมายของโครงการว่าต้องการบรรลุสิ่งใดบ้างค่ะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ค่ะ สำหรับเป้าหมายนะค่ะ เป้าหมายก็คือเพื่อเพิ่มช่องทางการสื่อสาร และการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ข้าราชการตำรวจ แล้วก็ประชาชนที่เข้ามาดูในเพจค่ะ

(เว้นช่วงไปสักพัก)

ผู้วิจัย: ค่ะ งั้นขอถามต่อในเรื่องของการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตนะค่ะ ก็คือกลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติดมีส่วนร่วมอย่างไรในการให้ความรู้บ้างค่ะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ก็จะมีการคิดและสร้างเนื้อหาจากทางฝ่ายจิตเวชและยาเสพติดค่ะ แล้วค่อยประสานงานไปยังศูนย์ประชาสัมพันธ์ในการโพสต์เนื้อหาลงในเพจอีกทีค่ะ

ผู้วิจัย: ซึ่งหน้าที่ของคุณหมอในโครงการนี้เป็นอย่างไรคะ ช่วยเล่าให้ฟังได้ไหมคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ในส่วนของเพจนี้นักจิตวิทยาจะเป็นคนคุยนะค่ะ ในสายด่วนก็ด้วย แต่ก็ต้องแล้วแต่ด้วยนะค่ะ ว่าคนไข้สะดวกไปที่ไหน ซึ่งหมอก็ไม่ได้เป็นคนไปคุยในเพจนะค่ะ จะเป็นนักจิตวิทยาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งในการรักษาเนี่ยเราก็ไม่สามารถที่จะทำผ่านทางเพจหรือทางออนไลน์ได้อยู่แล้ว สำหรับหมอก็จะเป็นใน setting โรงพยาบาลเป็นหลักค่ะ

ผู้วิจัย: ค่ะ แล้วสำหรับในเรื่องทรัพยากรที่ต้องใช้ในการดำเนินโครงการ เช่นในเรื่องของบุคลากร สำหรับคุณหมอมิเคยเข้ามาเพิ่มเยอะหรือเปล่าคะ ตั้งแต่มีโครงการนี้ขึ้นมามีคนไข้เข้ามาเยอะไหมคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ก็ไม่ได้เพิ่มอะไรมากนะค่ะ

ผู้วิจัย: แล้วคิดว่ามีอุปสรรคใดในการดำเนินโครงการไหมคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ก็ไม่ (เว้นช่วงคิดเล็กน้อย) คิดว่าไม่นะค่ะ สำหรับหมอก็ไม่ได้มีอะไรมาเพิ่มมาก ส่วนตัวก็คือไม่ได้มีอะไร

ผู้วิจัย: แล้วในการรักษาของคุณหมอมที่โรงพยาบาลได้มีการแบ่งเก็บข้อมูลหรือเปล่าคะ อย่างเช่นว่าผู้ที่เข้ามารับการรักษาคคนไหนมาจากช่องทางของ Depress we care นี้บ้าง มีการเก็บสถิติตรงนี้ไว้สำหรับประเมินโครงการบ้างไหมคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: อืม (เว้นช่วง) ก็ไม่ได้มีเป็นพิเศษนะคะ คือหมอไม่ได้ทำตรงนี้คะ อันนี้ไม่ทราบจริงๆ แต่ว่า ไม่รู้ว่าทางกลุ่มงานมีการเก็บสถิติเอาไว้บ้างหรือเปล่านั้น อันนี้ไม่ทราบอะคะ แต่ในส่วนของคุณหมอก็ทำการรักษาตามปกติเหมือนทุกคนที่เข้ามา ไม่ได้แยกเคสอะไรเป็นพิเศษคะว่ามาจากโครงการหรือเปล่านั้น

ผู้วิจัย: แล้วสำหรับการประสานงานกันระหว่างจิตแพทย์กับนักจิตวิทยาที่รับเรื่องมา มีการประสานงานกันอย่างไร ในเรื่องใดบ้างคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ของหมอก็จะมีหน้าที่เขียนเนื้อหาที่จะโพสลงในเพจคะ เขียนเสร็จก็ส่งต่อไปให้นักจิตวิทยาประสานต่อ

ผู้วิจัย: โดยสรุปก็คือ คุณหมอมจะมีหน้าที่เขียนเนื้อหาในการโพสลงในเพจด้วย แล้วก็จะมีหน้าที่ในการรักษาผู้ป่วยที่อาจจะติดต่อผ่านเข้ามาทางช่องทางของโครงการ Depress we care ด้วยถูกต้องไหมคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: รักษาตาม setting โรงพยาบาลนะคะ ก็คือ จะรักษาได้ก็ต้องมาที่โรงพยาบาลก่อน มีการออก HN หรือออกหมายเลขของผู้ป่วยนอก และก็ต้องการลงทะเบียนผู้ป่วยตามระเบียบของโรงพยาบาลก่อนคะ ก็คือการรักษาจริงๆจะเริ่มจากตรงนั้นคะ เริ่มจากตอนที่ผู้ป่วยเข้ามาที่โรงพยาบาล สำหรับการพูดคุยติดต่อในเพจหรือสายด่วนจะเป็นการพูดคุยให้คำปรึกษา แต่ยังไม่นับเป็นการรักษาซะทีเดียวคะ

ผู้วิจัย: แล้วสำหรับคุณหมอ มาตรการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้าราชการตำรวจกระทำอัตวินิบาตกรรม หรือแก้ไขปัญหาตำรวจฆ่าตัวตายของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ มีส่วนช่วยสนับสนุนการดำเนินการของโครงการ Depress we care ได้บ้างไหมคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: มาตรการอะไรนะคะ ขอทวนคำถาม

ผู้วิจัย: มาตรการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้าราชการตำรวจฆ่าตัวตายของทางสำนักงานตำรวจแห่งชาติคะ ซึ่งจะมีการแบ่งระยะของมาตรการเป็น 3 ระยะ โดยในระยะเร่งด่วนจะมีข้อหนึ่งที่ระบุว่าให้มีการประชาสัมพันธ์เพจเฟซบุ๊ก Depress we care และสายด่วนให้ข้าราชการตำรวจได้รู้จักเพิ่มเติม คุณหมอมคิดว่ามีส่วนช่วยให้มีคนติดต่อเข้ามาเยอะขึ้นบ้างหรือไม่คะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: (เว้นช่วงคิด) ถ้าเป็นตัวเลขทางสถิติไม่แน่ใจนะคะ เพราะไม่ได้ทำตรงส่วนนี้ แต่ก็มีผู้ป่วยเข้ามาเรื่อยๆคะ เพราะนักจิตวิทยาจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลคะ

ผู้วิจัย: ค่ะ ถ้าอย่างนั้น ขอขอบพระคุณคุณหมอมือที่สละเวลามาให้ข้อมูลประกอบการทำสารนิพนธ์นะคะ สวัสดีค่ะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ค่ะ สวัสดีค่ะ



บทถอดเทปสัมภาษณ์นักจิตวิทยา (คนที่ 1)

วันที่ 23 เมษายน พ.ศ.2563

ผู้วิจัย: สวัสดีค่ะ จะขอเริ่มต้นการสัมภาษณ์ และเริ่มต้นบันทึกเสียงสัมภาษณ์สำหรับการขอข้อมูล ประกอบการทำสารนิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการให้บริการด้านสุขภาพจิตโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ กรณีศึกษากลุ่มเป้าหมายข้าราชการตำรวจ ซึ่งจุดประสงค์ของการวิจัยนี้จะอธิบายถึงสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินการโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นข้าราชการตำรวจนะคะ โดยจะขอให้เริ่มพูดถึงโครงการนี้ได้ไหมคะ ว่าที่มาและความสำคัญของโครงการนี้ ว่ามีความเป็นมาอย่างไร รวมถึงเล่าเป้าหมายของโครงการค่ะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: สำหรับที่มา มันก็มีที่มาจากการที่ พอมิข่าวของตำรวจที่ฆ่าตัวตายกันเยอะใช้ไหมคะ ที่นี้ทางกลุ่มงานจิตเวชก็เลยต้องหาช่องทางที่จะให้ตำรวจได้เข้าถึงการรับคำปรึกษา กับ ทางเจ้าหน้าที่ เฉพาะทางโดยตรง ให้มันสะดวกมากขึ้นค่ะ ด้วยความที่ ความเป็นตำรวจด้วย ซึ่งก็อาจจะมีการเข้าเวรอะไรแบบนี้ ทำให้เค้าไม่สะดวกที่จะโรงพยาบาล เรามีช่องทางแบบนี้คะ อย่างเพลงเฟซบุ๊ก แล้วก็เบอร์โทรสายด่วน มันก็จะช่วยทำให้เค้าสามารถติดต่อได้ตลอดเวลา เพราะว่าอย่างสายด่วน เราก็เปิดรับตลอด 24 ชั่วโมงคะ แล้วส่วนใหญ่คนเค้ามีความเครียด หรือว่ามีภาวะซึมเศร้าอะไรอย่างนี้ อาการมันก็จะเกิด มันจะมาช่วงค่ำๆ หรือช่วงกลางคืนเวลานอนไม่หลับอะไรแบบนี้คะ ยิ่งถ้ามีสายด่วนอันนี้ขึ้นมา ก็จะช่วยรองรับได้ดีขึ้นคะ ค่ะ ก็เลยเกิดโครงการนี้ขึ้นมา แล้วก็อีกคำถามคือช่วยข้าราชการตำรวจได้ยังไงบ้าง ใช้ไหมคะ

ผู้วิจัย: ใช่คะ โครงการนี้สามารถช่วยข้าราชการตำรวจที่มีความเครียด หรือมีอาการซึมเศร้าได้ยังไงบ้างคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ก็อย่างน้อยโทรเข้ามาเนีย การพูดคุยมันก็ ช่วยให้เค้าบรรเทาความเครียดได้บ้างคะ อย่างในกรณีที่มีความเครียด หรือหาทางแก้ปัญหามิได้ แต่ยังไม่ถึงกับมีอาการทางกาย หรือยังไม่ถึงขั้นกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันแบบนั้นคะ ซึ่งกรณีนี้ก็จะเป็นการพูดคุย เสนอแนวทางการแก้ปัญหาต่างๆ แล้วก็ช่วยให้เค้าจัดการกับความเครียดได้

ผู้วิจัย: ซึ่งจริงๆกลุ่มเป้าหมายหลักที่เป็นข้าราชการตำรวจเนี่ยยังถือว่าน้อยใช้ไหมคะ ในปัจจุบันผู้ที่เข้ามาใช้บริการขอรับคำปรึกษาจากโครงการเนี่ย ส่วนใหญ่ยังเป็นประชาชนทั่วไปโทรมาอยู่ใช้ไหมคะ คิดว่าปัจจัยไหนเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่ทำให้เค้ายังไม่โทรเข้ามาหรือเปล่านั้นคะ หรือบางทีเค้าอาจจะโทรมาแต่ไม่ได้บอกว่าตัวเองเป็นตำรวจหรือเปล่านั้นคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: อืม... คือถ้า ส่วนใหญ่ถ้าโทรเข้ามา เป็นตำรวจ ก็มักจะบอกว่าเป็นการตรวจนะ แต่บางทีเราก็ไม่ได้ไปเน้นเค้า แล้วถามยศ ชื่อ นามสกุล หรือที่ทำงานนะคะ แต่ตำรวจจริงๆที่โทรเข้ามาก็น้อย อาจจะเป็นเพราะว่า เหมือนแบบ เค้าคิดว่ายังไม่ได้มีปัญหา คิดว่าจัดการได้ ก็เลยเหมือนไม่ได้นึกถึงช่องทางสุขภาพจิตอะ

ผู้วิจัย: ก็คืออาจจะไม่ได้มีการสังเกตตัวเองเลยคิดว่ายังไม่ได้มีปัญหาจึงยังไม่ได้โทรหรือติดต่อเข้ามาใช่ไหมคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ใช่ค่ะ

ผู้วิจัย: แล้วสำหรับหน้าที่และความรับผิดชอบของนักจิตวิทยาที่เป็นแกนหลักทั้งในการตอบข้อความทางอินบ็อกซ์แล้วก็เป็นผู้ถือโทรศัพท์สายด่วนไว้ด้วย มีการจัดเวรกันยังไง แล้วบุคลากรที่มีอยู่ถือว่าเพียงพอต่อภาระงานที่เพิ่มขึ้นมาไหมคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: อ่า.. ตอนนี่ก็เพียงพออะคะ คือเราจัดเวรกัน 8 คน แล้วก็ถือสายด่วนนานสุดก็ประมาณ 2 วัน เดือนหนึ่งก็จะถือประมาณ 2 ครั้งอะคะ

ผู้วิจัย: ค่ะ แล้วแบบนี้ สมมติคนที่เข้าเวร 2 วันนี่ ถือทั้งสายด่วน ทั้งตอบข้อความอินบ็อกซ์เลยหรือเปล่าคะ หรือแบ่งเป็นคนหนึ่งถือสายด่วน คนหนึ่งตอบอินบ็อกซ์

ผู้ให้สัมภาษณ์: อ้อ ถือเฉพาะสายด่วนคะ แต่ส่วนอินบ็อกซ์เนี่ย นักจิตวิทยาทุกคนเป็นแอดมิน ถ้าใครเห็นก็เข้าไปตอบก่อนคะ จะช่วยๆกัน

ผู้วิจัย: เพราะฉะนั้นก็ยังถือว่าภาระงานยังไม่ได้หนักเกินไป

ผู้ให้สัมภาษณ์: ใช่ค่ะ

ผู้วิจัย: ถ้าอย่างนั้น เรื่องของเนื้อหาที่โพสลงในเพจนี้นอกจากมีนักจิตวิทยาเป็นแอดมินแล้ว มีเจ้าหน้าที่จากศูนย์ประชาสัมพันธ์เข้ามาร่วมเป็นแอดมินเพจด้วยหรือเปล่าคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: มีค่ะ ก็คือมีจากทั้งสองฝ่าย แต่ก็จะมีในส่วนของจิตแพทย์ เค้าจะเขียนเนื้อหาที่จะโพสลงในเพจมาให้ แล้วก็ส่งต่อให้ฝ่ายประชาสัมพันธ์เป็นคน create ทำเป็นโปสเตอร์ อินโฟกราฟฟิก หรือสื่ออะไรแบบนี้ แล้วค่อยโพสลงเพจคะ รวมไปถึงการแชร์ข้อมูลเรื่องราวต่างๆลงในเพจก็จะเป็นส่วนประชาสัมพันธ์คะ ในส่วนของนักจิตวิทยา ก็จะมีหน้าที่ในการตอบอินบ็อกซ์และตอบคอมเม้นอะไรแบบนี้คะ

ผู้วิจัย: แล้วในส่วนของคนทีโทรหรือติดต่อเข้ามาในแต่ละเดือน ได้มีการทำสถิติเอาไว้บ้างไหมคะ หรืออาจเป็นการประเมินโครงการในแบบอื่นๆ

ผู้ให้สัมภาษณ์: มีการจดสถิติไว้ค่ะ แล้วก็มีการส่งรายงานประจำเดือนให้กับหัวหน้า แล้วก็กับ นายแพทย์ใหญ่ด้วยค่ะ

ผู้วิจัย: แล้วแบบนี้คนที่ติดต่อเข้ามาเคยมีเป็นพวกเคสฉุกเฉินเข้ามาบ้างไหมคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: มีค่ะมี ก็อย่างสมมติมีเคสฉุกเฉินโทรเข้ามา เหมือนเค้ากำลังจะทำร้ายตัวเองแล้ว จะ ผูกคอตายแล้วนะ หรือมีปืนอยู่ในมือนะ ก็คือ ถ้าในเวลาราชการก็จะจัดการได้ง่ายหน่อย ตรงที่เรา ก็ อยู่ในห้องเดียวกัน นักจิตวิทยาอะคะ มีคุยอยู่แล้วถ้ารู้ว่าเคสนี้เป็นเคสฉุกเฉิน เราก็จะติดต่อกับเพื่อน นักจิตวิทยาอีกคนหนึ่งว่าเคสนี้โทรเข้ามา เบอร์โทรนั้นๆ ช่วยสืบหาข้อมูลให้หน่อย เพราะบางทีเคสที่ เค้าโทรเข้ามาแบบนี้ก็จะปกปิด แล้วคือถ้าเค้าปกปิด มันก็จะยากสำหรับเรา บางทีเค้าโทรมาแล้วไม่ บอกชื่อ ไม่บอกที่อยู่ เราก็ให้เบอร์โทรศัพท์ที่โทรเข้ามาให้กับเพื่อนนักจิตวิทยาให้เค้าไปหาชื่อ หาข้อมูล เพื่อสืบต่อว่าเบอร์นี้เค้าโทรมาจากแถวไหน เพื่อนของคนทีโทรเข้ามาคนล่าสุดเป็นใคร แล้วเราก็จะ พยายามติดต่อกับเพื่อนหรือญาติเค้า เพื่อให้เข้าถึงคนไข้ก่อน หรือถ้าไม่สามารถติดต่อใครได้ เราก็จะ ติดต่อไปที่ 191 คืออย่างน้อยเนี่ยต้องหาให้ได้ก่อนว่าคนที่เค้าโทรเข้ามาอยู่ที่ไหน แล้วแจ้งไปยัง 191 เพื่อให้เค้าเข้าไปในพื้นที่ค่ะ

ผู้วิจัย: แล้วเคสฉุกเฉินของข้าราชการตำรวจโทรมาเองมีไหมคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ก็มีนะคะ เคยมีโทรเข้ามาเอง แล้วก็ช่วยเอาไว้ได้

ผู้วิจัย: ก็ตรงตามที่มาและความสำคัญของโครงการที่ตั้งเป้าไว้แต่แรกเริ่มนะคะ แล้วถ้าเป็นเคสของ ข้าราชการตำรวจที่มีความเครียด หรือภาวะซึมเศร้าแบบยังไม่รุนแรงแล้วโทรเข้ามา ทางนักจิตวิทยา จะมีการนัดหมายการโทรคุยครั้งต่อไปไหมคะ ว่าให้โทรมาคุยกันอีกครั้ง เวลาใด

ผู้ให้สัมภาษณ์: ไม่มีค่ะ เพราะว่าถ้าเราคุยกันครั้งแรกแล้วประเมินว่าเคสนี้มีความเสี่ยงนะ เราก็จะ แนะนำให้เข้ามาพบจิตแพทย์ ยิ่งถ้ามีสิทธิอยู่ที่โรงพยาบาลตำรวจด้วย เป็นคนกรุงเทพแล้วสะดวกที่จะ เข้ามาที่โรงพยาบาลตำรวจด้วย เราก็จะอำนวยความสะดวกให้ โดยให้เค้าคอมเฟิร์มว่า เค้าจะเข้ามา เจอหมอในวันไหนคะ แล้วทางเราก็จะประสานกับทาง OPD ให้ว่า สมมตินะคะ เดี่ยววันพรุ่งนี้จะมี พันตำรวจตรี ก เข้ามาทาง Depress we care จะขอมาเข้าพบจิตแพทย์ เราก็จะแจ้งพยาบาลไว้ พยาบาลเค้าก็จะล็อกคิวไว้ให้ เพราะว่าทาง OPD เค้าจะมีการจำกัดปริมาณเคสใหม่เอาไว้ค่ะ จะ รับเคสใหม่ได้วันละ 1-2 เคส ก็คือถ้าเราไปขอคิวไว้ว่าให้ล็อกคิวขอสายด่วน 1 เคสนะคะ เค้าก็จะทำ ให้ ก็คือเหมือนเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับตำรวจที่โทรเข้ามาด้วย แล้วก็ทำให้รู้สึกที่เค้า สามารถเข้าถึงได้ง่ายมากขึ้น ซึ่งปกติบางทีถ้ามาเองที่โรงพยาบาลแบบไม่ได้นัดไว้ก่อน แล้วมาซ้ำ ก็ อาจจะไม่ได้พบจิตแพทย์ในวันนั้นก็ทำให้คนไข้รู้สึกแย่ว่า อุตส่าห์มาแล้วทำไมไม่ได้เจอหมอ อะไร แบบนี้ มันก็เลยทำให้เค้าเข้าถึงยาก เราก็จะช่วยได้ในตรงจุดนี้ค่ะ

ผู้วิจัย: อย่างนี้ก็มีส่วนช่วยอำนวยความสะดวกได้เยอะเลยนะคะ ทำให้เข้าถึงการรักษาสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น แล้วช่วยถ่วงรอกอาการของผู้ที่ติดต่อเข้ามาได้ด้วยนะคะ ถ้าอย่างนั้น วันนี้ขอขอบพระคุณมากเลยนะคะที่สละเวลามาให้ข้อมูล ขอจบการสัมภาษณ์เพียงเท่านี้ค่ะ สวัสดีค่ะ



บทถอดเทปสัมภาษณ์นักจิตวิทยา (คนที่ 2)

วันที่ 23 เมษายน พ.ศ.2563

ผู้วิจัย: สวัสดีค่ะ จะขอเริ่มต้นการสัมภาษณ์ และเริ่มต้นบันทึกเสียงสัมภาษณ์สำหรับการขอข้อมูลประกอบการทำสารนิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการให้บริการด้านสุขภาพจิตโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ กรณีศึกษากลุ่มเป้าหมายข้าราชการตำรวจ ซึ่งจุดประสงค์ของการวิจัยนี้จะอธิบายถึงสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินการโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นข้าราชการตำรวจนะคะ โดยจะขอให้เริ่มเล่าถึงจุดประสงค์ของโครงการค่ะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: จุดประสงค์ของโครงการนี้นะคะ มีการเริ่มต้นขึ้นเพื่อช่วยลดความเสี่ยงที่ข้าราชการตำรวจ ค่าเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอะคะ เลยมีการริเริ่มตั้งโครงการนี้ขึ้นมา เพื่อที่จะช่วยลดความเสี่ยงตรงนั้นให้ข้าราชการตำรวจ แล้วก็ครอบครัวตำรวจที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต อาจจะมี ความเครียด หรืออาจจะมีเรื่องของโรคซึมเศร้าได้มีโอกาสเข้ามาขอคำปรึกษาอะ

ผู้วิจัย: แล้วในเรื่องของการประสานงานกันในการทำงาน เช่น ในเรื่องของการสร้างเนื้อหาที่จะโพสต์ลงในเพจ หรือเรื่องเคสต่างๆที่เข้ามา มีการพูดคุยกันอย่างไรบ้างคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ถ้าเป็นเรื่องของเนื้อหาที่ลงในเพจ การประสานงานตรงนี้ หน้าที่หลัก เรามีการมอบหมายกันอยู่แล้วว่าเป็นหน้าที่ของจิตแพทย์อะ เพราะฉะนั้น ในเรื่องของเนื้อหาที่จะโพสต์ลงในเพจ ก็จะเป็นจิตแพทย์กับฝ่ายประชาสัมพันธ์เค้าทำหน้าที่ประสานกันโดยตรงอะ ส่วนเรื่องการประสานงานกันในส่วนของเคสการรักษาที่มีเข้ามาทางอินบ็อกซ์เพจเนี่ย เราจะมีการติดต่อกันระหว่างนักจิตวิทยากับฝ่ายประชาสัมพันธ์กันผ่านทางไลน์เป็นหลักนะคะในการติดต่อกัน ซึ่งในกรณีที่พบว่ามีเคสที่มีความเร่งด่วนเข้ามาทางอินบ็อกซ์อะ เราก็จะมาบอกกันผ่านไลน์อะ

ผู้วิจัย: ซึ่งในการดำเนินโครงการในส่วนของช่องทางการติดต่อเข้ามาของผู้ที่ต้องการรับคำปรึกษาผ่านทางอินบ็อกซ์กับสายด่วน เป็นหน้าที่หลักของนักจิตวิทยาใช่ไหมคะ มีการจัดการเข้าเวรกันอย่างไรบ้างคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ค่ะ นักจิตวิทยาเป็นหลัก ในการสลับเวรกันถือสาย แล้วก็การเข้าไปตอบอินบ็อกซ์อะ แต่จะไม่ได้มีเวรของอินบ็อกซ์อะ ในกลุ่มแอดมินหรือผู้ดูแลเพจใครเห็นก่อนสามารถเข้าไปตอบก่อนได้เลย

ผู้วิจัย: แล้วสำหรับการดำเนินโครงการนี้ คิดว่ามีปัจจัยไหนที่อาจจะเป็นปัญหาและอุปสรรคขัดขวางการทำงานบ้างไหมคะ โดยเฉพาะกับกลุ่มเป้าหมายหลักที่เป็นข้าราชการตำรวจที่สัดส่วนการติดต่อเข้ามาน้อยเมื่อเทียบกับประชาชนที่ติดต่อเข้ามา

ผู้ให้สัมภาษณ์: อืม (เว้นช่วงคิด) อาจจะเป็นเรื่องของความเชื่อในกลุ่มของข้าราชการตำรวจเอง แล้วก็อาจจะมีในเรื่องของงานของตำรวจเองด้วยที่มันทำให้เกิดความกังวลขึ้น ว่ามันอาจจะทำให้เกิดการกระทบต่องานของเค้า เค้าก็เลยไม่กล้าที่จะโทรมา แล้วก็ขาดการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง คือเราไม่ได้มีการกระตุ้นเรื่อยๆ อะไรมะมาตอนนี้คะ

ผู้วิจัย: แล้วจากการที่มีมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้าราชการตำรวจฆ่าตัวตายของสำนักงานตำรวจแห่งชาติขึ้นมา โดยในระยะเร่งด่วน ให้มีการประชาสัมพันธ์โครงการเพิ่มเติม มีผลทำให้ตำรวจเข้ามากดติดตามเพจหรือติดต่อเข้ามาเยอะขึ้นบ้างไหมคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ก็มีคนเข้ามาเรื่อยๆ นะคะ เพียงแต่ว่า คนส่วนใหญ่ที่เข้ามาก็ยังเป็นประชาชนอยู่ดีนะคะ ก็ยังพอมิข้าราชการตำรวจ หรือครอบครัวของข้าราชการตำรวจเข้ามาบ้างนะคะ แต่ก็ยังมีน้อยกว่าประชาชนทั่วไปค่อนข้างเยอะคะ

ผู้วิจัย: ซึ่งในแง่หนึ่งก็อาจจะต้องอาศัยการสร้างการตื่นตัวหรือตระหนักรู้ถึงปัญหาด้านสุขภาพจิตและความเครียดก่อนใช้ไหมคะ ซึ่งก็นับได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ยังไม่กดเข้ามาติดตาม หรือติดต่อเข้ามา

ผู้ให้สัมภาษณ์: โดยส่วนตัวนะคะ คิดว่า สิ่งสำคัญที่จะทำให้โครงการนี้สามารถดำเนินการต่อไปได้ และได้รับความร่วมมือมากขึ้นเนี่ย ต้องมีการให้ความรู้แก่ข้าราชการตำรวจในระดับของผู้บริหารระดับหัวหน้า หรือระดับผู้บังคับบัญชาขึ้นไป ให้มีการเล็งเห็นความสำคัญในเรื่องสุขภาพจิตคะ ว่ามันมีผลต่อการทำงาน มีผลต่อชีวิต และครอบครัวของตำรวจมากกว่าที่เคยคิดกัน เพราะส่วนใหญ่เนี่ย การตอบสนองของข้าราชการตำรวจระดับหัวหน้าเท่าที่ได้รับทราบมา หัวหน้างานมักจะไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าสักเท่าไรคะ กลับกลายเป็นมักจะมองว่าคนที่เป็โรคซึมเศร้าเป็นเหมือน คล้ายๆ เป็นจุดอ่อนของที่ทำงานมากกว่าที่จะมองว่าเป็นอาการป่วยอย่างหนึ่งที่จะต้องได้รับการดูแล หรือช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนคะ

ผู้วิจัย: กล่าวคือมีปัจจัยด้านความเข้าใจของผู้บังคับบัญชา และวัฒนธรรมองค์กรเข้ามาเกี่ยวข้องเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะขัดขวางการเข้ามารับคำปรึกษานะคะ แล้วถ้ากล่าวถึงปัจจัยด้านการบริหารเกี่ยวกับทรัพยากรในการดำเนินโครงการ มีแผนจะพัฒนาเครื่องมือ หรือช่องทางการติดต่อในอนาคตไหมคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: อืม ตอนนี้ก็ยังไม่มีนะคะ อย่างถ้าทำเป็นการเฟสไทม์ ถ้าเป็นการเพิ่มช่องทางจะเป็นเชิงรับมากไป ตอนนี้เราอยากจะทำเนี่ยในการในเชิงรุกมากกว่า คือ การออกไปให้ความรู้ การออกไปให้

โมเดลให้กลุ่มคนที่เป็นตำรวจในที่ทำงานเดียวกันสามารถที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดูแลจิตใจซึ่งกัน และกันในเบื้องต้นมากกว่า เป็นการออกไปให้ความรู้และการจัดการในเชิงรุกมากกว่าที่จะคอยตั้งรับ อย่างเดียวค่ะ

ผู้วิจัย: ในอนาคตก็อาจจะทำเป็นกลยุทธ์เชิงรุกมากขึ้นโดยการออกไปให้ความรู้ และให้ข้าราชการ ตำรวจสามารถดูแลกันและกันได้ในสภาพแวดล้อมของที่ทำงานมากขึ้นนะคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ถูกต้องค่ะ

ผู้วิจัย: ถ้าอย่างนั้นขอจบการสัมภาษณ์เพียงเท่านี้ค่ะ ขอขอบพระคุณที่สละเวลามาให้ข้อมูล ประกอบการทำสารนิพนธ์ในวันนี้ค่ะ สวัสดิ์ค่ะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ค่ะ สวัสดิ์ค่ะ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทถอดเทปสัมภาษณ์นักจิตวิทยา (คนที่ 3)

วันที่ 23 เมษายน พ.ศ.2563

ผู้วิจัย: สวัสดีค่ะ ต่อไปนี้จะขอเริ่มต้นการสัมภาษณ์ และบันทึกเสียงสัมภาษณ์สำหรับการขอข้อมูล ประกอบการทำสารนิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการให้บริการด้านสุขภาพจิตโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจ กรณีศึกษากลุ่มเป้าหมายข้าราชการตำรวจ ซึ่งจุดประสงค์ของการวิจัยนี้จะอธิบายถึงสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินการโครงการ Depress we care ซึมเศร้า เราใส่ใจค่ะ โดยจะขอให้เริ่มต้นโดยการให้เล่าถึงที่มาและความสำคัญของโครงการนี้ได้ไหมคะ รวมถึงเป้าหมายที่ต้องการบรรลุของโครงการค่ะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: คือถ้าเป็นที่มาและความสำคัญนะคะ เบื้องต้นเนี่ย ทางโรงพยาบาลตำรวจเคยทำเป็นโครงการลักษณะนี้มาก่อนหน้านี้ แต่ไม่เชิงว่าทางโรงพยาบาลตำรวจเป็นผู้รับผิดชอบหลักครับ จะเป็นเบอร์สายด่วน 1599 ครับ ซึ่งจะเป็นการเปิดรับการร้องทุกข์อะไรแบบนี้ครับ โดยจะอยู่ในสำนักงานตำรวจแห่งชาติ แล้วเราก็จะมีนักจิตวิทยาเข้าไปนั่งรับเรื่องอยู่ประมาณ 2 วันต่อสัปดาห์ แต่ในขณะนั้นก็ยังมีข้อจำกัดอยู่ตรงที่ว่า สำหรับใครที่โทรเข้ามาแล้วเป็นตำรวจ จะต้องมีการแจ้งชื่อ ผลลัพธ์เลยออกมาว่าไม่ค่อยได้รับความร่วมมือ หรือไม่คอยได้รับความสนใจ และไม่สามารถรับสายของตำรวจที่โทรเข้ามาขอรับคำปรึกษาได้มากเท่าที่ควรครับ จึงมีการเปลี่ยนมาเป็นโครงการ Depress we care ครับ โดยหลักๆจะเน้นในเรื่องของการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ซึ่งจะมุ่งเน้นดูแลข้าราชการตำรวจและครอบครัวข้าราชการตำรวจก่อนครับ เพราะว่าเราเห็นปัญหาที่มีการออกข่าวว่ามีตำรวจฆ่าตัวตาย หรือเป็นโรคซึมเศร้า หรืออะไรแบบนี้ค่อนข้างเยอะ รวมถึงหน้าที่ต่างๆที่ตำรวจมีแรงกดดันจากสังคม รวมทั้งบทบาทที่เป็นผู้ให้คนอื่นให้โทษแก่สังคม ทำให้มีแรงกระแทกทางจิตใจค่อนข้างเยอะทางเราจึงอยากให้มีช่องทาง เป็นช่องทางหนึ่งที่จะสามารถช่วยเหลือดูแลในเรื่องของสภาพจิตใจของข้าราชการตำรวจและครอบครัวได้ ก็เลยคิดว่า ถ้ามีการเปิดสายด่วนตรงนี้มาโดยมีหลักสำคัญคือการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ก็จะทำให้ข้าราชการตำรวจมีความกล้าที่จะเข้ามาขอความช่วยเหลือ หรือกล้าเข้ามาหาตามช่องทางนี้ได้มากขึ้นครับ จึงมีการตั้ง Depress we care ขึ้นมา โดยมีการเปิดเป็นเพจเฟซบุ๊กด้วย และเบอร์โทรศัพท์ด้วย เพราะเล็งเห็นว่าการทำเพจเฟซบุ๊กเราสามารถที่จะแชร์ข้อมูลความรู้ที่มีลงไปเพจได้ รวมถึงเค้าสามารถทักแชทในเฟซ ในอินบ็อกซ์เข้ามาพูดคุยได้ เพราะบางคนเค้าไม่กล้าที่จะพูด แต่เค้าจะถนัดที่จะพิมพ์มากกว่า เค้าสะดวกกว่า เราก็เลยนำสิ่งนี้มาพิจารณา เพราะว่าตอนนี้เทคโนโลยีเปลี่ยนไป โลกก็เปลี่ยนไป หากสะดวกที่จะพิมพ์ก็สามารถพิมพ์มาปรึกษาจากที่ไหน เมื่อไหร่ก็สามารถทำได้ ซึ่งในตอนนี้เราจึงเปิดการสื่อสารเป็นทั้งทางอินบ็อกซ์และทางโทรศัพท์ครับ

ผู้วิจัย: ซึ่งในฐานะที่เป็นนักจิตวิทยาก็มีหน้าที่ในการดำเนินโครงการนี้เป็นการตอบทั้งอินบ็อกซ์และโทรศัพท์สายด่วนเลยถูกต้องไหมคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ถูกต้องครับ

ผู้วิจัย: ในแต่ละวันมีคนติดต่อเข้ามาเยอะไหมคะ แล้วความเร็วในการตอบเป็นอย่างไรคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: สำหรับความเร็วในการตอบเนี่ย ถ้าเป็นในอินบ็อกซ์ความช้าเร็วในการตอบอินบ็อกซ์จะค่อนข้างแตกต่างกันในแต่ละวันครับ เพราะการตอบอินบ็อกซ์ของเราไม่ได้มีการจัดเวรชัดเจน เพราะเราจะมีการจัดเวรในการรับโทรศัพท์เป็นหลักซึ่งมีตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนของอินบ็อกซ์ ถ้าใครเปิดเข้าไปเช็กก่อนก็ตอบได้เลยครับ อย่างมาก ช่วงนี้ ช้าที่สุดก็ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ประมาณนี้ครับ แต่จะมีการตั้งข้อความตอบกลับอัตโนมัติไว้ครับ สำหรับคนที่เข้ามาทักในอินบ็อกซ์ว่าให้รอการตอบกลับในอินบ็อกซ์ หรือถ้ารอไม่ไหว ให้โทรมาที่เบอร์สายด่วน ซึ่งมีคนรับสายแน่นอน นอกเสียจากว่าจะมีการคุยสายอื่นอยู่ครับ

ผู้วิจัย: แล้วในการประสานงานกันกับทางศูนย์ประชาสัมพันธ์ในเรื่องของการผลิตข้อมูลให้ความรู้ที่โพสต์ลงในเพจ มีการประสานงานกันอย่างไรบ้างคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: สำหรับตอนนี้จะมีการเขียนข้อมูลเผยแพร่ลงในเพจเฟซบุ๊ก Depress we care ประมาณเดือนละครั้งครับ โดยที่จิตแพทย์จะเป็นผู้ดูแลและเขียนข้อมูลเผยแพร่ในทางวิชาการครับ จะเอาความรู้หรือข้อมูลต่างๆมา แล้วทางเราก็จะส่งให้ฝ่ายประชาสัมพันธ์จัดทำเป็นอินโฟกราฟฟิกลงเพจครับ ก็จะมีการทยอยลงข้อมูลในเพจอยู่เรื่อยๆเท่าที่เรามีกำลังในการผลิตอินโฟกราฟฟิกออกมาครับ จะเป็นการประสานงานในลักษณะที่ว่า ถ้ามีข้อมูลที่จะลง ก็จะส่งต่อไปประชาสัมพันธ์ประชาสัมพันธ์ก็จะนำข้อมูลนี้ไปปรับเป็นรูปแบบของอินโฟกราฟฟิกให้สวยงาม ให้น่ารัก ให้เข้าใจได้ง่ายมากขึ้นครับ

ผู้วิจัย: อย่างในประเด็นที่กล่าวถึงเมื่อสักครู่ว่าจะมีการโพสต์ข้อมูลลงได้ตามกำลัง ไม่ทราบว่ามีประสิทธิภาพในการลงโพสต์บ่อยแค่ไหนคะ อย่างเช่น อาจจะมีวันละครั้ง

ผู้ให้สัมภาษณ์: วันละครั้งคงไม่อะครับ วันละครั้งคงทำไม่ได้ (หัวเราะ) คุณหมอเค้าจะส่งข้อมูลมาให้ประมาณเดือนละครั้ง ดังนั้นอย่างมากที่สุด ในเดือนหนึ่งเราน่าจะมีข้อมูลลงเพจได้ประมาณ 2 เรื่องอะครับ เพราะบางทีคุณหมอเค้าอาจจะส่งข้อมูลมาใน 1 ครั้งค่อนข้างเยอะ เราก็จะสามารถแบ่งข้อมูลที่ว่าลงเพจได้เป็น 2 ครั้งครับ แต่ในการโพสต์และแชร์ข้อมูลตลอดเรื่อยๆ เราก็พยายามทำเท่าที่จะเป็นไปได้เนอะครับ ก็จะมีการ อืม... สมมติว่าเราไปเจอข้อมูลที่น่าสนใจที่มีคนเขียนไว้อย่างนี้นะครับ เราก็จะนำมาแชร์ลงเพจของเรา เพื่อที่ว่าถึงแม้เราจะไม่มีข้อมูลของตัวเองลงโพสต์ในขณะนั้น แต่ก็ยังทำให้เพจมีการอัปเดตข้อมูลอยู่ตลอดเวลาครับ คือจริงๆเราก็ไม่ได้มีเป้าหมายให้เพจมีการอัปเดต

ตลอดเวลาขนาดนั้นหรือครับ เรียกว่าเป็นการให้ผู้ไข้เข้าถึงข้อมูลให้ได้มากที่สุด เพราะว่าลำพังแค่จากการทำงานของโรงพยาบาลตำรวจเอง เราผลิตข้อมูลลงเพจเองไม่ทันครับ เราจึงมีการแชร์ข้อมูลจากเพจอื่นมาช่วยอำนวยความสะดวกตรงนี้ครับ

ผู้วิจัย: ซึ่งข้อมูลที่ประชาสัมพันธ์ผ่านการโพสต์ลงในเพจนี้ก็เป็นส่วนหนึ่งในการกระตุ้นให้เกิดความสนใจ ความตระหนักรู้ ให้ข้อมูลในการสังเกตอาการของตัวเองไปจนถึงการติดต่อเข้ามาใช่ไหมคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: ใช่ครับ ใช่แล้ว

ผู้วิจัย: นอกจากนี้ในส่วนของการประชาสัมพันธ์โครงการให้เป็นที่รู้จักในหมู่ข้าราชการตำรวจก็มีมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้าราชการตำรวจกระทำอัตวินิบาตกรรมมาช่วยเสริมใช่ไหมคะ ซึ่งการมีมาตรการนี้เพิ่มเติมขึ้นมา มีส่วนช่วยสนับสนุนให้มีคนติดต่อเข้ามาเพิ่มบ้างไหมคะ

ผู้ให้สัมภาษณ์: สำหรับมาตรการนี้นะครับ ก็มีโครงการ Depress we care ที่นับเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการนะครับ ซึ่งสำหรับตอนนี้ที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดกำลังทำอยู่ก็จะเป็นมาตรการเชิงรุก มีการทำเวิร์กช็อปให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า หรือภาวะความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในตำรวจ ซึ่งเวิร์กช็อปนี้เราจัดทำขึ้นแล้วแจกให้กับข้าราชการตำรวจในสังกัดต่างๆให้เค้าได้เปิดดูกัน โดยที่ไม่ได้แชร์ลงแค่ในเพจแล้ว เพราะบางที่ข้าราชการตำรวจบางคนอาจจะไม่ได้ติดตามเลยทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลในเพจ การทำเวิร์กช็อปแล้วแจกไปโดยตรงแบบนี้ก็จะทำให้เข้าถึงระดับกองบังคับการ หรือกองกำกับการแบบนี้ได้เลยโดยตรงครับ ซึ่งต่อจากนี้ก็จะมีการจัดตั้ง เอ่อ... เป็นเชิงการอบรมและสัมมนาครับ แก่ข้าราชการตำรวจ โดยตอนนี้กำลังอยู่ในระหว่างการพูดคุยวางแผนกันอยู่เป็นโครงการในอนาคตนะครับ ซึ่งก็ต้องบอกตามตรงว่าในจุดนี้เป็นสิ่งที่โรงพยาบาลตำรวจขาดไปในการดำเนินโครงการครับ ซึ่งก็คือการปฏิบัติการเชิงรุกที่เพิ่มระดับมากขึ้น ที่จริงทางกลุ่มงาน ในก่อนหน้านี้โรงพยาบาลตำรวจก็เคยมีการจัดสัมมนาให้ความรู้เรื่องตำรวจฆ่าตัวตายเช่นกันนะครับ แต่จะทำในส่วนกลางหรือในกองบัญชาการตำรวจนครบาลเสียมากกว่า ยังไม่ได้ออกไปตามกองบัญชาการในต่างจังหวัดหรือตามภาคต่างๆครับ

ผู้วิจัย: ค่ะ ขอขอบพระคุณที่สละเวลามาให้ข้อมูลประกอบการทำสารนิพนธ์ในวันนี้ค่ะ สวัสดีค่ะ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ร.ต.ท.หญิง ณฑชา เย็นทรวง
วัน เดือน ปี เกิด	7 มีนาคม 2536
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY