

Thai Nurses' Experiences in Providing Mental Health Services to Survivors of the 2004 Tsunami Six Months Post-disaster *

Acharaporn Seeherunwong, DNS, RN¹, Prapa Yuttatri, DNS, RN¹,
Atirat Wattanapailin, EdD, RN¹, Atittaya Pornchaikate Au-Yeong, PhD, RN¹

Abstract

Purpose: This research explored Thai nurses' experiences in providing mental health services six months after the 2004 tsunami disaster, and their perspectives of factors that promoted and impeded services in the affected areas working in Phungpha Province.

Design: A qualitative research design was employed.

Methods: Information was obtained from 16 nurses who had worked at a variety of health service centers. Data were collected by conducting 2 focus groups and 10 in-depth individual interviews, and analysed by content analysis.

Main findings: Five themes were emerged. The first related to care during the crisis phase: Be a friend to face with struggle, helping to manage forthcoming problems, and being supportive. Themes two, three and four related to management of mental health services: Informing people in the community, so that individuals with stress were discovered; Working as a bridge, lack of participation; and Working separately, no collaboration, lots of confusion. The last theme related to mental health service providers: When the sky became bright, health care personnel became exhausted. Key promoting factors of mental health services included having nurses to be responsible for providing mental health services in affected areas; having strong community networking and health volunteers; and learning management strategies from other areas. On the other hand, impeding factors for mental health services included a lack of systematic management and having large numbers of survivors living in the same areas.

Conclusions and recommendations: The findings suggest a plan for psychological assistance of survivors of the disaster by having community participation as well as a plan for systematic management of the people in the affected areas.

Keywords: disaster nursing, content analysis, mental health services, survivors, tsunami

J Nurs Sci. 2012;30(1):16-27

Corresponding Author: Associate Professor AcharapornSeeherunwong, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: acharaporn.see@mahidol.ac.th

* This research was funded by Pfizer Inc. for tsunami survivors through Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand.

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ประสบการณ์ของพยาบาลในการให้บริการสุขภาพจิตแก่ ผู้ประสบภัยสึนามิ พ.ศ. 2547 หลังภัยพิบัติ 6 เดือนแรก *

อัจฉราพร สี่ศรีธวัชวงศ์, พย.ด.¹ ประภา ยุทธไธสง, พย.ด.¹ อติรัตน์ วัฒนไพสิน, กศ.ด.¹
อภิตยา พรชัยกฤ โออ ยอง, PhD¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยนี้เพื่อศึกษาประสบการณ์การให้บริการสุขภาพจิตในเวลา 6 เดือนแรกหลังเหตุการณ์ภัยพิบัติสึนามิ และศึกษาปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการให้บริการสุขภาพจิตจากมุมมองของพยาบาลในจังหวัดพังงา

วิธีดำเนินการวิจัย: ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ จำนวน 16 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง และสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวจำนวน 10 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: ประสบการณ์การให้บริการสุขภาพจิตจากมุมมองของพยาบาลมี 5 ประเด็น ประเด็นแรกเป็นการดูแลสุขภาพจิตในช่วงวิกฤติฉุกเฉิน ได้แก่ “เป็นเพื่อนร่วมทุกข์ ช่วยแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ประคับประคองจิตใจ” ประเด็นที่ 2-4 เป็นเรื่องการดำเนินงานในการให้บริการสุขภาพจิต ได้แก่ “คนในชุมชนบอก จึงพบคนเครียดสูง” “ทำงานเหมือนเป็นสะพานขาดการมีส่วนร่วม” และ “ต่างคนต่างทำ ไม่ประสานพื้นที่ มีความสับสน” และประเด็นสุดท้าย เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการสุขภาพจิต ได้แก่ “ฟ้าเริ่มใส เจ้าหน้าที่เริ่มกล้า” สำหรับปัจจัยเกื้อหนุน ได้แก่ การมีพยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการบริการสุขภาพจิตในพื้นที่ การมีเครือข่ายชุมชนและอสม.ที่เข้มแข็ง การเรียนรู้การบริหารจัดการจากท้องที่อื่น และปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ การขาดการบริหารจัดการที่เป็นระบบ และการมีผู้ประสบภัยพักพิงในพื้นที่จำนวนมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนรับมือการช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติโดยนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ รวมทั้งมีแผนบริหารจัดการช่วยเหลือผู้ประสบภัยในพื้นที่อย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: ภัยพิบัติ วิเคราะห์เนื้อหา การให้บริการสุขภาพจิต ผู้ประสบภัย สึนามิ

J Nurs Sci. 2012;30(1):16-27

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สี่ศรีธวัชวงศ์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: acharaporn.see@mahidol.ac.th

*ทุนการวิจัย: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เงินช่วยเหลือผู้ประสบภัยสึนามิจากบริษัท Pfizer Inc.

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

ภัยพิบัติต่างๆ มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในทั่วทุกมุมโลก มีความรุนแรง และความถี่มากขึ้นเรื่อยๆ ประเทศไทยประสบกับภัยพิบัติทางธรรมชาติอยู่เนืองๆเช่นเดียวกัน ซึ่งได้แก่ ลมพายุพัดผ่าน น้ำท่วม ดินถล่ม เป็นต้น แต่ภัยพิบัติธรรมชาติที่ก่อให้เกิดความเสียหายครั้งใหญ่ที่สุดเท่าที่เคยมีมา ได้แก่ภัยพิบัติซึ่งเกิดจากคลื่นยักษ์สึนามิพัดเข้ามาในพื้นที่ริมฝั่งทะเลอันดามัน 6 จังหวัดภาคใต้ในเช้าวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตทั้งชาวไทยและต่างประเทศรวม 5,401 คน ได้รับบาดเจ็บ 8,457 คน สูญหาย 2,921 คน และมีเด็กกำพร้ามากกว่า 1,215 คน¹

ในหกเดือนแรกถือว่าเป็นภาวะวิกฤติหลังภัยพิบัติ ผู้ประสบภัยจะมีปฏิกิริยาทางจิตใจในช่วงแรก 1-2 วันจนถึง 2-3 เดือนแรกหลังเหตุการณ์ภัยพิบัติในด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลโดยเฉลี่ยประมาณ 6 เดือน ปฏิกิริยาด้านอารมณ์ ได้แก่ ซึมเศร้า หงุดหงิด เศร้า หวาดกลัว โกรธ หงุดหงิด ไม่อยากทำอะไร รู้สึกเหมือนอยู่ในความฝัน ไม่รู้เนื้อรู้ตัว (dissociation) ปฏิกิริยาด้านร่างกาย ได้แก่ อ่อนเพลีย รู้สึกหมดเรี่ยวแรง นอนไม่หลับ สะดุ้งผวา กระสับกระส่าย อาการทางกาย (เช่น ปวดหัว ปวดท้อง) เบื่ออาหาร ความรู้สึกทางเพศลดลง ปฏิกิริยาด้านความคิด ได้แก่ สมาธิลดลง การตัดสินใจไม่ได้ ความจำไม่ดี สับสน ไม่เชื่อ ความสามารถถดถอย คุณค่าในตนเองลดลง ต่ำหนิตนเอง คิดถึงเหตุการณ์ซ้ำๆ คิดฆ่าตัวตาย ปฏิกิริยาด้านสัมพันธระหว่างบุคคล ได้แก่ การทำตัวแปลกๆ ถอยห่างจากผู้คน เก็บตัวไม่ติดต่อกับใคร ขัดแย้งกับผู้อื่น² ผู้ประสบภัยที่สูญเสียบ้าน และผู้ที่ยังมีบ้านอยู่ ในจังหวัดพังงามีอาการของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์ภัยพิบัติ ร้อยละ 12 และ 7 ตามลำดับในหกเดือนแรกหลังเกิดเหตุ และยังพบว่าผู้ประสบภัยในจังหวัดพังงา กระบี่ และภูเก็ต มีอาการวิตกกังวลร้อยละ 37, 30, 22 และซึมเศร้าร้อยละ 30, 21, 10 ตามลำดับ³

สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ได้ตีพิมพ์ข้อแนะนำเรื่องสุขภาพจิตกับความรุนแรงในระดับมวลชน⁴ ซึ่งใกล้เคียงกับที่ Ehrenreich⁵ ได้ให้หลักการช่วยเหลือทางจิตสังคมหลังภัยพิบัติ แปลเป็นภาษาไทยโดยเพ็ญพักตร์ อุทิศ⁶ ดังนี้ การให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ประสบภัยพิบัติในระยะแรกเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และควรบูรณาการอย่าง

เป็นระบบเข้ากับแผนความช่วยเหลือรวมทั้งหมด การให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจควรทำอย่างจริงจัง มีโครงสร้างเป็นลำดับขั้นโดยตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานก่อน เช่น การช่วยให้รอดชีวิต ความปลอดภัย ที่พักอาศัย สุขภาพกาย อาหาร สุขภาพจิต และการสื่อสาร องค์ประกอบหลักของการช่วยเหลือในระยะแรกคือ การเตรียมก่อนเกิดเหตุการณ์ การปฐมพยาบาลทางจิตใจ การประเมินความต้องการและการติดตามเฝ้าระวัง การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร การให้ความช่วยเหลือทางด้านเทคนิค การส่งเสริมกลไกการฟื้นคืนอย่างเป็นธรรมชาติและสร้างความเข้มแข็งในตนเอง การคัดแยกประเภทของผู้ประสบภัยตามความเสี่ยง และการบำบัดทางจิต เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม อย่างไรก็ตามการช่วยเหลือด้านจิตใจนี้ควรคำนึงถึงความไวและความหลากหลายทางวัฒนธรรม รวมทั้งให้การดูแลต่อเนื่องแก่ ผู้ที่มีโรคเครียดฉับพลัน (acute stress disorder) ผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชมาก่อน ผู้ที่โศกเศร้าจากญาติเสียชีวิต ผู้ที่ได้รับการรักษาทางศัลยกรรมและอายุรศาสตร์ และกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีอาการรุนแรงและเรื้อรัง

พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพกลุ่มใหญ่ที่สุด และอยู่ใกล้ชิดประชาชนในชุมชนมากที่สุด มีบทบาทสำคัญในยามเกิดภัยพิบัติในการดูแลสุขภาพให้ครอบคลุมในทุกด้านเพื่อให้ผู้ประสบภัยสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลโดยเร็วที่สุด นอกจากนั้นในแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557 กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ประสบภัยให้กลับมาดำรงชีวิตได้ตามปกติ⁷ อย่างไรก็ตามการดูแลสุขภาพช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติเป็นเรื่องใหม่สำหรับพยาบาล และมีพยาบาลจำนวนน้อยมากที่ผ่านการอบรมการช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติ⁷ การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาประสบการณ์การให้บริการสุขภาพจิตแก่ผู้ประสบภัยพิบัติคลื่นยักษ์สึนามิในช่วง 6 เดือนแรกหลังภัยพิบัติ เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้การดูแลสุขภาพช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติด้านต่างๆให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่ออธิบายประสบการณ์การให้บริการสุขภาพจิตในเวลา 6 เดือนแรกหลังเหตุการณ์ภัยพิบัติสึนามิ
2. เพื่ออธิบายปัจจัยส่งเสริม และอุปสรรคในการให้

บริการสุขภาพจิตแก่ผู้ประสบภัยในเวลา 6 เดือนแรกหลังเหตุการณ์ภัยพิบัติสึนามิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาประสบการณ์การให้บริการสุขภาพจิตในเวลา 6 เดือนแรกหลังเหตุการณ์ภัยพิบัติสึนามิ ในปี พ.ศ. 2547 รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการให้บริการสุขภาพจิตในพื้นที่ประสบภัยจากมุมมองของพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในจังหวัดพังงา

พื้นที่ทำการศึกษ

จังหวัดพังงา มีพื้นที่ 4,170.897 ตารางกิโลเมตร มี 8 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง คุระบุรี ทับปุด กะปง ตะกั่วทุ่ง ตะกั่วป่า ท้ายเหมือง และเกาะยาว จังหวัดพังงามีโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง คือโรงพยาบาลพังงา และโรงพยาบาลตะกั่วป่า มีโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง สถานือนามัย 64 แห่ง มีพยาบาลทั้งหมด 683 คน สภาพภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นป่าเขา ทิศตะวันตกติดทะเลอันดามัน และทิศใต้ติดต่อกับจังหวัดภูเก็ตและทะเลอันดามัน พลังของคลื่นยักษ์สึนามิทำให้ในพื้นที่ชายฝั่งจังหวัดพังงาได้รับความเสียหายอย่างรุนแรง³ ส่งผลให้พื้นที่จังหวัดพังงาได้รับความเสียหาย 6 อำเภอ 19 ตำบล 69 หมู่บ้าน อำเภอดังกล่าวได้แก่ อำเภอตะกั่วป่า ท้ายเหมือง คุระบุรี เกาะยาว ตะกั่วทุ่ง ทับปุด และมีครัวเรือนที่ประสบภัยทั้งสิ้น 4,394 ครัวเรือน และมีประชากรที่ประสบภัยจากคลื่นสึนามิ 19,509 คน จากความเสียหายดังกล่าวทำให้มียอดผู้เสียชีวิตในจังหวัดพังงาสู่ถึง 4,225 คน บาดเจ็บ 5,597 คน และสูญหาย 1,686 คน¹

การได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในหน่วยงานเพื่อขออนุญาตสัมภาษณ์พยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานที่ปฏิบัติงานในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยสึนามิ หลังจากได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยโทรศัพท์นัดหมายเพื่อขอสัมภาษณ์ในสถานบริการของพยาบาลที่คาดหวังว่าจะเป็นผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลทั่วไปที่มีประสบการณ์ในการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้ประสบภัยพิบัติ ซึ่งปฏิบัติงานประจำอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ที่มีผู้ประสบภัยจำนวนมาก และพื้นที่ที่ไม่ได้ประสบภัย

โดยตรงแต่มีผู้ไปใช้บริการหลังประสบภัยจำนวนมากเช่นกัน และพยาบาลซึ่งปฏิบัติหน้าที่ประจำอยู่ ณ สถานือนามัยและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและจังหวัด ซึ่งเป็นผู้ให้บริการสุขภาพด้านหน้าที่ใกล้ชิดประชาชน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ช่วง ช่วงแรกเป็นการสนทนากลุ่ม (focus group) กับพยาบาลในพื้นที่หลังจากนั้นนำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์เพื่อให้ได้ภาพรวมคร่าวๆ และ พัฒนาแนวคำถามเพื่อทำการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวต่อไป ช่วงที่ 2 เป็นการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวแบบกึ่งโครงสร้างกับพยาบาลที่ได้นัดหมายไว้ล่วงหน้า ใช้เวลาในการสัมภาษณ์รายละ 1 – 1 ½ ชั่วโมง ในบริเวณที่มีความเป็นส่วนตัวและผู้ให้ข้อมูลสะดวกที่จะให้ข้อมูล โดยมีการบันทึกเทปการสนทนาทั้งสองช่วง

คำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ เหตุการณ์การให้การช่วยเหลือดูแลผู้ประสบภัยสึนามิเป็นอย่างไร กรุณาเล่าตั้งแต่เริ่มเกิดเหตุ และสอบถามต่อเรื่องการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจท่านได้ทำอะไรบ้าง ส่วนคำถามในการสัมภาษณ์ตัวต่อตัวได้แก่ ขณะนี้ท่านได้ทำงานเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพจิตอะไรบ้าง ในช่วง 6 เดือนแรกของการเกิดภัยพิบัติท่านได้ทำอะไรบ้าง ท่านมีเป้าหมายอย่างไรในการให้การช่วยเหลือ ท่านพบปัญหาหรืออุปสรรคอะไรบ้าง และมีปัจจัยอะไรที่เกื้อหนุนการทำงานของท่าน

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้ข้อมูลที่เพียงพอและไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นอีก ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มมีจำนวนทั้งหมด 6 คน โดยจัดกลุ่ม 2 ครั้ง จำนวนสมาชิกกลุ่มๆ ละ 3 คน เป็นพยาบาลที่ทำหน้าที่เจ้าพนักงานสาธารณสุขอำเภอและจังหวัด 1 กลุ่ม และกลุ่มพยาบาลประจำสถานือนามัย 1 กลุ่ม เหตุที่สมาชิกกลุ่มจำนวนน้อยเนื่องจากผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่มในหน่วยงานที่พยาบาลปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งแต่ละแห่งมีพยาบาลไม่มาก จึงมีสมาชิกกลุ่มเพียง 3 คน ผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวรวม 10 คน ได้แก่ พยาบาลประจำโรงพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต 3 คน พยาบาลประจำสถานือนามัยที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต 2 คน พยาบาลทำหน้าที่เจ้าพนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3 คน และพยาบาลทำหน้าที่เจ้าพนักงานสาธารณสุขอำเภอ 2 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการให้บริการด้านสุขภาพจิต ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดไม่เคยได้รับการอบรมการช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่

ผู้ประสบภัยพิบัติมาก่อนเกิดเหตุการณ์ คณะผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมด้วยตนเอง ในระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2550 เป็นเวลาห่างจากเหตุการณ์ภัยพิบัตินานประมาณ 2 ปี

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้โครงการวิจัยชื่อ “สถานการณ์และเงื่อนไขการให้บริการสุขภาพจิตในพื้นที่ประสบภัยสึนามิ: กรณีศึกษาจังหวัดพังงา” (รหัส MU 2006-233)

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ โดยการถอดเทปแบบคำต่อคำ และบันทึกรายละเอียดระหว่างการสัมภาษณ์ มาวิเคราะห์ด้วยวิธี descriptive content analysis เพื่อระบุเรื่องราวที่สำคัญและแบบแผนความสัมพันธ์ของเรื่องราว¹⁰ โดยผู้วิจัยอ่านทำความเข้าใจเนื้อหาที่ถอดเทปการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ตัวต่อตัว โดยตลอด และให้ความหมาย ให้รหัสข้อความออกเป็นส่วนย่อยๆ จัดกลุ่มความหมาย หาแบบแผน เชื่อมโยงแบบแผนหรือรหัสต่างๆ เข้าด้วยกัน เก็บข้อมูลและวิเคราะห์เพิ่มเติมจนแสดงความสัมพันธ์และตอบคำถามการวิจัยได้ชัดเจน⁹

ความเชื่อถือได้และความตรงของผลการวิจัย

ในการวิเคราะห์ข้อมูล คณะผู้วิจัย 4 คน แยกกันอ่านข้อมูลและให้รหัสข้อมูล จากนั้นตรวจสอบความตรงกันของการให้รหัส ถ้าให้รหัสไม่สอดคล้องกัน คณะผู้วิจัยจะมีการอภิปรายร่วมกัน และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดนำเสนอต่อผู้ให้ข้อมูลและบุคลากรสุขภาพผู้ให้บริการสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดพังงาได้วิพากษ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของผลการศึกษา

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน คือ ประสิทธิภาพของพยาบาลในการให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ประสบภัยสึนามิ ปัจจัยปัจจัยส่งเสริม และอุปสรรคในการให้บริการสุขภาพจิตแก่ผู้ประสบภัย

1. ประสิทธิภาพของพยาบาลในการให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ประสบภัยสึนามิในจังหวัดพังงา สามารถจำแนกได้เป็น 5 ประเด็น ประเด็นแรกเป็นการดูแลสุขภาพจิตในช่วงวิกฤตฉุกเฉิน ได้แก่ “เป็นเพื่อนร่วมทุกข์ ช่วยแก้

ปัญหาเฉพาะหน้า ประคับประคองจิตใจ” ประเด็นที่ 2-4 เป็นเรื่องการดำเนินงานในการให้บริการสุขภาพจิตได้แก่ “คนในชุมชนบอก จึงพบคนเครียดสูง” “ทำงานเหมือนเป็นสะพาน ขาดการมีส่วนร่วม” และ “ต่างคนต่างทำ ไม่ประสานพื้นที่ มีความสับสน” และประเด็นสุดท้ายเกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการสุขภาพจิต ได้แก่ “ฟ้าเริ่มใส เจ้าหน้าที่เริ่มล่า” ผู้วิจัยนำเสนอพร้อมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ดังต่อไปนี้

1.1 เป็นเพื่อนร่วมทุกข์ ช่วยแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ประคับประคองจิตใจ

ช่วงวิกฤตฉุกเฉินเป็นช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังภัยพิบัติ ผู้ประสบภัยมีภาวะสับสน ตกใจ ตื่นตระหนก พลัดพรากจากสมาชิกในครอบครัวและญาติพี่น้อง บางรายมีอาการบาดเจ็บทางกายร่วมด้วย ในระยะนี้พยาบาลมีบทบาทเสมือนเพื่อนร่วมทุกข์ ผลัดเปลี่ยนเวรยามอยู่ใกล้ชิดผู้ประสบภัยตลอด 24 ชั่วโมง คอยหมั่นสังเกต สอบถามให้การประคับประคองจิตใจ และให้ความช่วยเหลือปัญหาเฉพาะหน้าต่างๆ ที่ผู้ประสบภัยกำลังเผชิญอยู่ เช่น ตามหาผู้ที่สูญหาย ช่วยประสานสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารของทางราชการ หรือข่าวอื่นๆ ที่ผู้ประสบภัยควรทราบ จัดหาน้ำ อาหาร และที่พักพิงให้ผู้ประสบภัย ซึ่งช่วยให้ผู้ประสบภัยรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและมีที่พึ่ง ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง และเมื่อผู้ประสบภัยมีปัญหาหรือข้อสงสัยใดๆ ก็จะเข้ามาขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ ทำให้พยาบาลสามารถค้นพบผู้ประสบภัยที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ดังคำกล่าว

.....แล้วก็พอดีหวั่นรับงานสุขภาพจิตอยู่ฝ่ายประสานงานระดับอำเภอ... ตอนนั้นอยู่ที่วัดป่าตันกันนะคะ 7-8 ร้อยคน และก็คอยสังเกตดูว่ามีภาวะเครียดอะไรไว้บ้าง แต่ส่วนใหญ่ก็พบว่าอยู่กับความสูญเสียตรงนั้นแหละคะ ก็จะตามหาศพกันอยู่ แต่ในขณะเดียวกัน หนูก็ เอ้อ ออกไปกับทีมกะปง (ชื่อโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัด)ก็เลยใช้รถของกะปงออกไปตามทีต่างๆ เพื่อติดตามดูว่ามีใครมีภาวะเครียด มีอะไรไว้บ้าง ตอนนั้นแบบฟอร์มประเมินของเรายังไม่มีนะคะ แต่ว่าใช้วิธีการว่า ถ้าเขามีปัญหาอยู่ตรงไหน เราก็จะแก้ตรงนั้น ถ้าเขามีปัญหาว่าที่เขาเครียดเนี่ยเครียดจากข้อมูลข่าวสารหรือว่าเครียดจากที่ว่าจะอะไรที่เขายังไม่ได้รับ ส่วนใหญ่ตอนนั้นเขากำลังหาข่าวของอะไรพวกนี้เครื่องใช้อะไรพวกนี้นะคะ เราก็ใช้วิธีการติดต่อ คือเพื่อให้

ลดภาวะความกดดันของเขาที่ว่าไม่ให้ดูว่าตัวเองถูกทอดทิ้ง เราก็เลยแก้ปัญหาตรงนี้ คือปัญหาเฉพาะหน้าที่หมดเลยที่อยู่ในเหตุการณ์นี้ จนเขารู้สึกว่าเขามีที่พึ่ง อันนั้นเจอได้ของทุ่งตาบ คือส่วนใหญ่จะเป็นพวกมอร์แกน... เขาก็จะนั่งซึมมาก นั่งไม่พูดอะไรเลย แต่ว่าเรา เข้าไป ณ ตรงนั้น ทำให้เขาแก้ปัญหาทุกอย่างที่เขาประสบอยู่ ส่วนใหญ่จะเป็นด้านข้อมูลข่าวสาร การติดต่อให้คนเข้าไปช่วยเหลือเขา อะไรแบบนี้ก็เลยใช้แก้ปัญหาตรงนั้นนะค่ะ ก็เขาก็รู้สึกดีขึ้น พอมีอะไรเขาก็จะวิ่งมาหาเรา อันนั้นคืออันแรกที่เรารับทราบ พอตอนหลังมีอะไรปุ๊บเขาก็จะเรียกหาเราทันที ก็อยู่กับเขาตลอด(12-1-10-12)

การช่วยเหลือดังกล่าวมีเป้าหมายเบื้องต้น เพื่อประคับประคองจิตใจ ให้ผู้ประสบภัยยอมรับการสูญเสีย ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง และผ่านพ้นภาวะเครียดไปได้ ดังคำกล่าวของพยาบาลประจำโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

.....อันนั้นเรามองแค่เรื่องของการประคับประคองจิตใจเบื้องต้นก่อน คือให้เค้าๆ รับกับสภาพที่เกิดขึ้นตอนนั้นให้ได้ คือไม่ให้เค้าเศร้าเกินไปจนทนไม่ได้ แล้วก็ให้เค้ารู้สึกว่ามีผู้ที่คอยประคับประคองเค้าอยู่ คือเค้าไม่โดดเดี่ยว ไม่ถูกทอดทิ้ง (11-1-11)

1.2 คนในชุมชนบอก จึงพบคนเครียดสูง

โดยปกติผู้ประสบภัยที่มีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจหรือความเครียดจะไม่เข้ามาขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ นอกจากมีปัญหาทางกาย เช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ การคัดกรองผู้มีผลกระทบทางจิตใจทั่วไปใช้แบบสอบถามสุขภาพจิตทั่วไป (General Health Questionnaires: GHQ12) ที่กรมสุขภาพจิตแนะนำ ซึ่งผู้ประสบภัยที่มีความเครียดสูง เช่น มีความรู้สึกโศกเศร้า ท้อแท้ ลึนหวั่น หมดหนทางช่วยเหลือ รู้สึกอยากฆ่าตัวตาย มักจะไม่ได้รับการคัดกรองเนื่องจากมีอาการเก็บตัวและแยกตัวออกจากสังคม การค้นหาและพบผู้ประสบภัยที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตและการฆ่าตัวตายเหล่านี้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากชาวบ้านที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีอสม. ที่เข้มแข็งที่สามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ประสบภัย และประสานงานให้พยาบาลประจำสถานีอนามัยเข้าไปให้ความช่วยเหลือ ดังคำกล่าว

.....6 เดือนแรก.... อสม.ช่วยดูในพื้นที่ เพราะอสม.จะเป็นคนรู้ว่าในพื้นที่ ใครที่มีปัญหาอะไรมากที่สุด คือเวลา

อสม. สงสัยก็มาประสานต่อที่อนามัย บางทีเราจะไม่รู้เหมือนกัน(11-3-4)

บางแห่งเมื่อพยาบาลทราบข้อมูลจากอาสาสมัครหรือมีผู้เข้ามาแจ้งให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทราบ เจ้าหน้าที่จะประสานงานให้ทีมสุขภาพจิตจากหน่วยงานต่างๆ เข้าไปพบและช่วยเหลือผู้ประสบภัยที่มีภาวะเครียด ดังคำกล่าว

.....มีมั่งเหมือนกันที่ว่าอาสาสมัครเค้ามอบอกว่าคนเนี่ยเค้ามีภาวะเครียดอะไรเงี้ย เราจะแนะนำทีมเลย เพราะว่าถ้าจะมีทีมของกรมสุขภาพจิตก็ส่งมา เออ สักดาห์นี่เป็นของโรงพยาบาลสราญรมย์ สักดาห์ต่อไปเนี่ยเป็นของอะไรนะ ศรีธัญญาอะไรเงี้ย ก็หมุนเวียนกันมาเนี่ย เราได้รับข้อมูลว่าเออ เนี่ยคนเนี่ยเค้าเครียดนะ เพราะว่าลูกเค้าตาย สามิเค้าตาย หรือว่าภรรยาเค้าแบบเนี่ย เราจะให้ข้อมูลเค้าว่าเค้าอยู่ตรงไหน ทีมสุขภาพจิตก็จะเข้าไป.....(12-4-8)

อย่างไรก็ตามการช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ประสบภัย พยาบาลในพื้นที่จะทำให้ผู้ประสบภัยเชื่อถือไว้วางใจมากกว่า และยินดีที่จะเปิดเผยเรื่องราวและความรู้สึกต่างๆ ดังคำกล่าวของบุคลากรสุขภาพในพื้นที่

.....เพราะว่าคือชาวบ้านเนี่ยเค้ากับเรา เค้าก็จะคุยแบบว่าเปิดเผยอะไรได้มากกว่ากับคนที่เค้าไม่ค่อยรู้จัก กับคนที่เค้าเข้ามาที่นี้อะค่ะ เวลาที่เค้าไม่สบายใจอะไรอย่างเนี่ยค่ะ....แล้วก็เวลาเค้าพูด ก็พยายามใช้คำถามให้เค้าพูดระบายความรู้สึกให้สบายใจ แล้วก็.... พูดคุย ก็ไปคุยด้วยกันเหมือนญาติกับตัวคนไข้ (11-3-5)

1.3 ทำงานเหมือนเป็นสะพาน ขาดการมีส่วนร่วม

สำหรับการบริการด้านสุขภาพจิต มีหน่วยงานจากภาครัฐ เอกชน และอาสาสมัครเข้ามาให้ความช่วยเหลือตั้งแต่ 72 ชั่วโมงแรกหลังภัยพิบัติ โดยการคัดแยกผู้ประสบภัย คัดกรองสุขภาพจิต บำบัดรักษา ให้กำลังใจ ให้ความรู้ทางด้านสุขภาพจิต การจัดกิจกรรมกลุ่ม และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลจิตเวช พยาบาลในพื้นที่ส่วนใหญ่ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกให้กับหน่วยงานภายนอกที่เข้ามาช่วยเหลือ จึงอุปมาการทำงานของตนเองเหมือนเป็นสะพานที่นำพาผู้ให้ความช่วยเหลือจากภายนอกพื้นที่ไปพบกับผู้ประสบภัยในพื้นที่ต่างๆ โดยไม่ได้มีส่วนร่วมในการให้บริการ จึงไม่ทราบว่ามีผู้ให้ความช่วยเหลือได้เข้ามาให้บริการอะไร และได้ผลเป็นอย่างไรบ้าง ตัวอย่างเช่น พาทีมสุขภาพจิตจากหน่วยงานต่างๆ ที่หมุนเวียนเข้าไปช่วยเหลือในพื้นที่ เช่น ทีมจากโรงพยาบาลจิตเวช เข้าไปพบและช่วยเหลือ

ผู้ประสบภัยที่มีภาวะเครียดจากการสูญเสียลูก สามี หรือ ภรรยา โดยไม่ได้มีส่วนร่วมในการให้บริการสุขภาพจิตกับ หน่วยเคลื่อนที่ของกรมสุขภาพจิต นอกจากนั้นยังมีหน่วยงาน ของรัฐ หรือเอกชนที่ได้ประสานมาที่สถานีนอนามัยเพื่อ ให้พาไปพบผู้ประสบภัยในศูนย์พักพิงหรือไปเยี่ยมผู้ประสบ ภัยบางราย ดังคำกล่าว

.....มีหน่วยงานที่เค้าเข้ามาช่วย แต่เราก็ต้องไปกับเค้า ด้วย บางทีไป เรายอมรับเลย เราไปทิ้งเค้าเลยนะฮะ ไปถึง เราบอกว่าเนี่ย ตรงนั้นจะคุณช่วยดูแลให้เราหน่อย แล้วก็เราก็กลับมา แล้วเราก็เอาจกลุ่มอื่นไปอีก ไปอีกศูนย์นี่อะไรเงี้ย เราวิ่งแบบนี้วันหนึ่งก็เต็มที่แล้วค่ะ เจ้าหน้าที่เรากว่าจะได้ กลับบ้านก็ประมาณเกือบเที่ยงคืน ช่วง 6 เดือนแรกนะฮะ 6 เดือนแรกเนี่ยจะเป็นแบบนี้ทุกกก.....วันไม่มีเสาร์อาทิตย์ (12-4-7)

อย่างไรก็ตามมีหน่วยงานจำนวนมากเข้าไปดูแล ช่วยเหลือผู้ประสบภัยโดยไม่แจ้งให้สถานีนอนามัยทราบ เมื่อดำเนินการเสร็จแล้วก็ไม่ได้ส่งต่อข้อมูลให้กับพื้นที่ ทำให้ เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ไม่มีข้อมูลสุขภาพของประชากรของตน ดังคำกล่าว

.....ส่วนใหญ่จะเป็นแบบเข้ามาดำเนินการในหมู่ ในชุม ชมของเราเนี่ย โอเค ช่วงแรกเราไปด้วยโซ้ยฮะ เป็นโครงการ ของเค้า แต่ว่าหลังจากเวลาเค้า เค้าจบโครงการ เค้ากลับไป เค้าไม่ได้ทิ้งงานให้เราดูไว้ว่า เออ เนี่ยที่คุณทำไปทั้งหมดเนี่ย คุณได้ผลยังไม้งั้น อาการคนไข้ดีขึ้นมั๊ย แล้วก็เหลือใครมั่งที่ เราต้องติดตาม จะไม่มีมาให้เราดูตรงนี้.....(12-10-6)

1.4 ต่างคนต่างทำ ไม่ประสานพื้นที่ มีความสับสน

เมื่อมีผู้คนจากหลายฝ่ายเข้ามาให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัย บางกลุ่มเข้ามาประสาน งานกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในพื้นที่ ก็จะมีการวางแผนการ ทำงานร่วมกัน หรือมีการบริหารจัดการเพื่อให้การทำงาน เป็นไปอย่างทั่วถึง แต่มีผู้ที่เข้ามาให้ความช่วยเหลือบางกลุ่ม ไม่ได้เข้ามาติดต่อหรือประสานงานกับทางโรงพยาบาล หรือ สถานีนอนามัยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ ทำให้เกิด ปัญหาการทำงานซ้ำซ้อน กล่าวคือ ผู้ให้ข้อมูลรายงานว่ามี คนเข้ามาสอบถามคัดกรองสุขภาพจิตซ้ำแล้วซ้ำอีก ทำให้ผู้ ประสบภัยไม่อยากจะตอบแบบสอบถาม หรือบางครั้งการไปซัก ถามเป็นการกระตุ้นให้ผู้ประสบภัยรู้สึกเศร้าเสียใจ และ ร้องไห้ขึ้นมาอีก ดังคำกล่าว

.....คือตอนแรกพูดจริงๆ ว่า เราวุ่นวายกันเยอะ

เนื่องจากระบบทางกายมาเยอะด้วย เราจะเน้นทางกาย มาก่อน ในด้านของโรงพยาบาลนะคะ ส่วนทางจิตค่อนข้าง จะน้อยหน่อย พอทางกรมสุขภาพจิต หรือว่าหน่วยงานอื่นที่ เกี่ยวกับสุขภาพจิตมา จึงได้เน้นตรงจุดนี้เพิ่มมากขึ้น แต่ ก็คือว่า บางครั้งทางโรงพยาบาลยังไม่รับทราบตรงจุดนี้ว่าทำ ยังไง แต่ก็มีการสุขภาพจิตมาลงแล้ว ทำให้เราบางครั้งการ ทำงานมันซ้ำซ้อน แล้วก็ก็มีบางคน ผู้ป่วยบางคนก็จะบอกว่า ถามซ้ำๆ อีกแล้ว.....บางครั้งเหมือนกับเค้าเบื่อกับที่จะตอบแล้ว บางคนถามเหมือนกับย่ำเตือนทำให้เค้าต้องคิดมากอีก กลับ ร้องไห้ แต่บางคนก็เหมือนว่าเป็นนักจิตวิทยา ก็ดีอีกทางนึ่ง มันก็มีส่วนถูกนะ ก็มีสองทาง มีสองแบบอะค่ะ มันไม่ เหมือนกันทุกเคสแต่บางเคสเหมือนว่าเค้าไม่อยากจะตอบอีก แล้วอะไรอย่างเงี้ย (11-1-8)

1.5 พาเริ่มใส เจ้าหน้าที่เริ่มล้า

หลังจากเจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัย ไปได้ระยะเวลาหนึ่งจนระบบการดูแลช่วยเหลือเริ่มเข้าที่ เข้าทาง ความต้องการความช่วยเหลือน้อยลง พบว่าเจ้า หน้าที่เริ่มรู้สึกเหนื่อยล้ากับการทำงาน เนื่องจากต้องรับ ภาระงานหลายด้านต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน ดังตัวอย่าง จากเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยบางม่วงซึ่งเป็นพื้นที่ประสบภัย มี เจ้าหน้าที่ที่ทั้งพยาบาลและเจ้าพนักงานสาธารณสุขรวม ทั้งหมด 8 คน บอกว่าในพื้นที่มีศูนย์พักพิงชั่วคราวที่อยู่ใน ความดูแลทั้งหมด 5 ศูนย์ มีสุสานอยู่ในพื้นที่ 1 แห่ง มีวัด อีก 1 แห่ง มีโรงเรียน 3 แห่ง แม้ว่าเจ้าหน้าที่ของสถานีนอนามัยจะไม่ได้ออกไปให้บริการในศูนย์พักพิงชั่วคราว แต่ จะต้องทำหน้าที่ประสานพาองค์กรต่างๆ หรือเจ้าหน้าที่จาก นอกหน่วยงานที่เข้ามาช่วยเหลือไปยังศูนย์พักพิง วัด และ สุสาน ซึ่งในช่วง 6 เดือนหลังเกิดสึนามิ เจ้าหน้าที่ทำงานทุก วันไม่มีวันหยุดเสาร์อาทิตย์ และมีหลายครั้งที่เลิกงานเกือบ เที่ยงคืน ซึ่งเป็นสาเหตุให้เจ้าหน้าที่รู้สึกเหนื่อยล้ากับการ ทำงาน ดังคำกล่าว

.....ช่วง 6 เดือนแรกเนี่ย.....เจ้าหน้าที่ปลื้มตัว ไม่ได้.....1 ปีเต็มๆ ที่เจ้าหน้าที่ไม่ค่อยได้ออกไปทำงานประจำ ที่เราเคยทำอยู่.....คนนึงจะต้องรับผิดชอบหน่วยงานนี้ อีกคน ต้องรับผิดชอบอีกหน่วยงานนึง แล้วจะมีพยาบาลที่เฝ้า สำนักอยู่สองคนอะไรเงี้ย ก็คือรับผิดชอบคนที่มาล้าง คน ที่มาทำแผล คนที่มาให้บริการ คนที่มาปรึกษาเราโดยเฉพาะ ว่าเค้าเครียด เราก็คงได้ปรึกษาเป็นรายๆ ไป แต่ว่าให้ออก ไปตามข้างนอกเนี่ย ช่วงนั้นเนี่ยยอมรับว่ามีน้อย เราตั้งรับ

เพราะเจ้าหน้าที่เราเหลือน้อย คือเจ้าหน้าที่เนี่ยจำนวนเนี่ยเท่าเดิม แต่ว่าต้องพา....คือ....ต้องเข้าใจด้วยว่าช่วงๆ 6 เดือนแรกเราจะมีศูนย์ที่เค้าเรียกศูนย์พักพิงชั่วคราว ในพื้นที่ของบางม่วงเนี่ย มีทับตะวัน มีบ่อหิน มีพงษ์ทรัพย์ มี เอ่อๆ อะไรนะ บ้านนกดาว มีบ้านอมลีน ทั้งหมด 5 ศูนย์ เป็นศูนย์ชั่วคราว มาเป็นปีอะคะที่อยู่ เจ้าหน้าที่แต่ละวันเนี่ย ต้องออกไปตามศูนย์เนี่ย ยังมีหน่วยงานอื่นนะอะ บางครั้งเราๆ ต้องไปดูตรงเนี่ย แล้วก็ไหนเราต้องไปดูที่สุสาน บางมะรอนนะอะ ตอนนั้นก็ยังไม่ค่อยเรียบร้อยเลย เราต้องเข้าไปดูด้วย แล้วก็วัดที่เราต้องเข้าไปดูด้วย มีวัดบางม่วงตรงนี้เจ้าหน้าที่เราต้องเข้าไปดูด้วย ถามว่าเจ้าหน้าที่เราพอมั๊ย ไม่พอหรอกคะ แต่ว่ามีหน่วยงานที่เค้าเข้ามาช่วย แต่เราต้องไปกับเค้าอะคะ (12-4-7)

นอกจากเหนื่อยลำทางกายแล้ว เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ต้องการได้รับการดูแลด้านจิตใจด้วย ดังคำกล่าว

.....นอกจากจะทำกับคนไข้แล้ว อยากให้ทำกับเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการด้วย.....ก็เห็นว่าสเทเหมือนกัน.....ก็เคยเกิดกับตัวเองเหมือนกันว่ากลับไปแล้วก็มีอาการท้อ เครียด พังซำๆ อยู่ทุกวัน มีอาการเหมือนกับเราประสบเหตุการณ์เองอะ

2. ปัจจัยเอื้อต่อการบริการสุขภาพจิตในระยะ 6 เดือนแรกหลังภัยพิบัติ มี 3 ประเด็น ดังนี้

2.1 การมีพยาบาลรับผิดชอบงานสุขภาพจิตโดยตรงในพื้นที่

พื้นที่ใดที่มีพยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโดยตรง ไม่ว่าจะอยู่ในบทบาทของสาธารณสุขอำเภอ หรือพยาบาลประจำโรงพยาบาลชุมชน จากข้อมูลพบว่า จะเริ่มต้นให้บริการสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะวิกฤตฉุกเฉิน โดยร่วมให้การช่วยเหลือในการกู้ชีพ การช่วยผู้บาดเจ็บต่างๆ ตามที่ผู้ประสบภัยต้องการ ขณะเดียวกันก็ไม่ละเลยสุขภาพจิตผู้ประสบภัย โดยทำการสังเกตและประเมินภาวะเครียดแก่ผู้ประสบภัยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อให้ผู้ประสบภัยเกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัยและมั่นใจว่ามีเจ้าหน้าที่คอยให้ความช่วยเหลือ

.....แล้วก็พอดีหน่วยงานสุขภาพจิตอยู่ฝ่ายประสานงานระดับอำเภอ.....พอมาตอนเกิดเหตุการณ์นั้นหนูต้องออกทุกที่เลยที่ทราบ โทรทัศน์ประกาศว่าให้เฝ้าระวังสุขภาพจิตนะ หนูก็ต้องออกไปที่พยาบาล หนูก็ต้องออกร่วมเพราะว่าหน่วยสุขภาพจิตยังไม่ได้ลงตอนนั้นนะคะ พอไปตรงไหน

ก็จะตามตลอดและคอยสังเกตว่า ผู้ประสบภัยจะมีภาวะเครียดอะไรึป่าวในตรงนี้ แล้วก็เข้าไปอยู่กับเขาแล้วก็จัดเวรด้วยนะคะ.....(12-10-10)

2.2 การมีเครือข่ายชุมชน และ อสม. ที่เข้มแข็ง

เครือข่ายอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ทำงานร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่มาก่อนเหตุการณ์ภัยพิบัติ และหน่วยงานในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการช่วยเกื้อหนุนการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยเนื่องจากตัว อสม.เองและครอบครัวก็ได้รับภัยพิบัติเช่นเดียวกัน และเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ประสบภัยในแหล่งพักพิงหรือในชุมชน จึงสามารถเข้าถึง สังเกตและรับทราบปัญหาความทุกข์ใจของเพื่อนผู้ประสบภัยได้ และเป็นผู้ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและนำข่าวสารมาแจ้งกับพยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ผู้ประสบภัยเหล่านั้นได้รับความช่วยเหลือต่อไป ดังคำกล่าว

.....ทำไมเราทำได้ ก็เนี่ยอาศัยความร่วมมือของชุมชนเนี่ยแหละ อสม.บ้าง ผู้นำชุมชนที่อยู่ในชุมชนบ้าง เค้าให้การสนับสนุนเรา เค้าก็ช่วยเหลือเรา เจ้าหน้าที่ที่จะออกไปทำงานข้างนอก ไปงานเรื่องสร้างเนี่ย เรา ยอมรับว่าเราไม่ได้เต็มที่ เพราะว่าคนไข้ที่เราตั้งรับอยู่ตรงนี้นั้นเยอะ.....แต่ว่าโชคดีที่ว่า อสม.ที่เค้าอยู่ในพื้นที่นั้นก็ให้ความร่วมมือ อสม.ก็หนักนะคะของบางม่วงเนี่ยถ้าไปเทียบกับตำบลอื่นนะอะ อสม.ของที่นี่ก็คือเค้าๆ ไม่มีงานเยอะแบบของบางม่วงเนี่ยของบางม่วงนี่ก็รู้สึก ว่า อสม.เค้าเสียสละจริงๆ เลยนะอะ (12-4-1)

2.3 การเรียนรู้ปัญหาจากท้องที่อื่นแล้วนำมาปรับปรุงแผนการทำงานเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาแบบเดียวกันในพื้นที่ของตน

พยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพได้เรียนรู้ปัญหาการให้บริการสุขภาพจิต ในด้านการคัดกรอง การเก็บข้อมูล และการให้ความช่วยเหลือจากท้องที่อื่น ที่พบว่าเกิดปัญหาการทำงานซ้ำซ้อนบ้าง ผู้ประสบภัยไม่พอใจและไม่ยินดียจะให้ข้อมูลบ้าง หรืออาสาสมัครที่เข้ามาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ประสบภัยขาดความรู้และทักษะในการเข้าถึงผู้ประสบภัย และการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ พยาบาลในพื้นที่ที่จะนำมาปรับปรุงวางแผนการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาเหมือนในท้องที่อื่นๆ และแนวทางหนึ่งที่ได้นำมาใช้ได้แก่การประชุมวางแผนก่อนลงพื้นที่ และเมื่อเสร็จสิ้นการปฏิบัติงานในตอนบ่ายทุกวัน จะมีการสรุปจำนวน case ปัญหา

การช่วยเหลือ และจัดเก็บรวบรวมข้อมูลไว้ที่สถานบริการ รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากองค์กรที่มาร่วมให้บริการด้วย

..... (ประมาณ 5-6 เดือนหลังสิ้นปี).....คือตอนนั้น หนูทราบปัญหาของตะกั่วป่า ย้อนไปนิดนึงว่า หลายฝ่ายก็ลงมาแล้วก็ชาวบ้านเบื่ เพราะไปแล้วถือแต่กระดาดไปชกถามไม่ให้อะไรเลย เขาจะย้อนกลับมาแบบนี้ หนูก็เลยแบบว่า ถ้าแบบนั้น ปัญหาตะกั่วป่าเกิด เดี่ยวของหนูไม่นาน แต่หนูก็ได้ข่าวว่าบางคนถือแต่กระดาดมา เงินไม่ให้บ้าง ก็โดนว่าแล้ว เอ้อ พอทีมนี้มาปุ๊ป (ADDA) หนูก็ไม่ให้เขาถือกระดาดแล้วจะโอเคกับเขาเลยว่า เนียนะ ที่เราทำงานมา เราเจอปัญหาที่ว่า เข้าไปชกถามเยอะเหลือเกิน แล้วก็หัวข้อเดียวกัน ซ้ำซ้อน เพราะงั้น เรามาจับมือทำงานด้วยกันตรงนี้นะ(12-1-19)

3. อุปสรรคต่อการบริการสุขภาพจิตในระยะ 6 เดือนแรกหลังภัยพิบัติมี 2 ประเด็น ดังนี้

3.1 ขาดการบริหารจัดการการช่วยเหลือผู้ประสบภัยอย่างเป็นระบบ

หน่วยงานหลายหน่วยงานยินดีและเต็มใจเข้ามาให้ช่วยเหลือแก่ผู้ประสบภัย แต่การทำงานไม่เป็นระบบ ขาดการประสานงานกันในระหว่างหน่วยงาน ทั้งจากภายนอกที่เข้ามาทำงานในพื้นที่ และหน่วยงานในพื้นที่ ทำให้บางหน่วยงานเข้ามาเอาประโยชน์กับผู้ประสบภัย เช่น เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากผู้ประสบภัยโดยไม่แจ้งให้ผู้ประสบภัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ หลายหน่วยงานเข้ามาให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยที่รวมตัวกันอยู่ในศูนย์พักพิงเท่านั้น แต่ผู้ประสบภัยในพื้นที่ห่างไกล หรือที่กระจัดกระจายอยู่ตามพื้นที่ต่างๆกลับไม่ได้รับการช่วยเหลือใดๆ

3.2 ผู้ประสบภัยที่พักอาศัยในพื้นที่รับพิชิตชอบมีจำนวนมาก

บางหน่วยงานมีผู้ศูนย์พักพิงหลายแห่งและมีผู้ประสบภัยพักอาศัยจำนวนมากจนเกินกำลังเจ้าหน้าที่สุขภาพในพื้นที่จะดูแลได้ทั่วถึง ส่งผลกระทบต่อการบริการสุขภาพจิตเนื่องจากไม่ได้ร่วมให้บริการสุขภาพจิตกับหน่วยงานภายนอกที่เข้ามาในพื้นที่ เมื่อหน่วยงานภายนอกออกไปจึงไม่ทราบปัญหาสุขภาพจิต และอาการ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ประสบภัยในพื้นที่

การอภิปรายผล

แม้ว่าพยาบาลจะไม่ได้รับการเตรียมมาเพื่อให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติมาก่อน แต่จากประสบการณ์การให้บริการสุขภาพจิตในหกเดือนแรก พบว่า พยาบาลสามารถนำความรู้ ทักษะ และความสามารถที่มีอยู่ ออกมาใช้ในการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้อย่างเหมาะสม ดังเช่น ประเด็นที่ว่า “เป็นเพื่อนร่วมทุกข์ ช่วยแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ประคับประคองจิตใจ” ซึ่งพยาบาลได้เข้าไปอยู่ร่วมกับผู้ประสบภัยในศูนย์พักพิง ผลเปลี่ยนเวรยาม ทำการประเมินและให้ความช่วยเหลือเร่งด่วน คอยเฝ้าระวังผู้ประสบภัยที่อาจมีความเครียดอย่างเฉียบพลันที่จะต้องให้ความช่วยเหลืออย่างทันที สอดคล้องกับแนวทางช่วยเหลือของ Mental Health Disaster Consortium¹¹ ซึ่งได้พัฒนากลยุทธ์การบำบัดทางจิตใจผู้ประสบภัยพิบัติของ Leskin, Huleatt, Herrmann, LaDue, และ Gusman¹² โดยให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ประสบภัยต้องการจำเป็นก่อน เช่น ความปลอดภัย น้ำ อาหาร ที่พัก ให้กำลังใจและการช่วยเหลือทางอารมณ์ โดยไม่คุกคามล้วงลึกใดๆ การช่วยเหลือไม่มีโครงสร้างแบบแผนตายตัว และจิตอาสาทางวิชาชีพสุขภาพจิตจะเดินสำรวจรอบๆ ศูนย์พักพิง พร้อมทั้งจะคุยกับทุกคน ประเมินว่าใครต้องการการช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตบ้าง และส่งต่อไปให้ผู้ดูแลหรือหน่วยงานที่เหมาะสมต่อไป นอกจากนั้นปัญหาเฉพาะหน้าของผู้ประสบภัยเป็นเรื่องสำคัญที่พยาบาลจะต้องให้ความสนใจ และเร่งให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ประสบภัยได้กลับสู่ภาวะสมดุลให้เร็วที่สุด ซึ่งการช่วยเหลือเช่นนี้สอดคล้องกับหลักการของการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติ¹¹ และบันทึกการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติจากพายุเฮอริเคนแคทรีนาและริต้าในประเทศสหรัฐอเมริกา¹¹

พยาบาลจะต้องให้ความสำคัญกับเครือข่ายในชุมชน และเพื่อนผู้ประสบภัยด้วยกัน เนื่องจากบางครั้งพยาบาลไม่สามารถเข้าถึงผู้ประสบภัยเนื่องจากผู้ประสบภัยที่มีความเครียดสูง หรือมีความสูญเสียมาก จะมีความรู้สึกเศร้าเสียใจ ลึนหวั่น แยกตนเอง ไม่เข้าร่วมกิจกรรมหรือพูดคุยกับคนอื่น ๆ และเก็บตัวอยู่คนเดียว ซึ่งต้องอาศัยเพื่อนบ้านหรือคนใกล้ชิดช่วยแจ้งข่าวให้เจ้าหน้าที่ทราบเพื่อจะได้เข้าไปให้

ความช่วยเหลือ นอกจากนั้นแล้วถ้าพยาบาลในพื้นที่สามารถให้ความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตเบื้องต้นได้จะช่วยให้การดูแลช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพมากขึ้น การเตรียมการสำหรับการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการบรรเทาและฟื้นฟูชุมชนของตนเองด้วย¹⁴

การบริหารจัดการช่วยเหลือที่ไม่มีระบบระเบียบ ทำให้ผู้เข้ามาให้ความช่วยเหลือจากวิชาชีพต่างๆ รวมทั้งอาสาสมัครต่างทำงานไม่ประสานกัน และทำงานซ้ำซ้อน ซึ่งจากประสบการณ์ของพยาบาลในด้านการดำเนินงานระบุว่า “ทำงานเหมือนเป็นสะพาน ขาดการมีส่วนร่วม” และ “ต่างคนต่างทำไม่ประสานพื้นที่ มีความสับสน” สอดคล้องกับการวิจัยการบรรเทาทุกข์แก่ผู้ประสบภัยสึนามิ ณ เมือง Tamil Nadu ตั้งอยู่ชายฝั่งตอนใต้ของประเทศอินเดีย ประเด็นท้าทายเรื่องหนึ่งในการให้ความช่วยเหลือของอาสาสมัคร คือ การประสานทรัพยากรระหว่าง NGOs ด้วยกัน ไม่มีประสิทธิภาพ และยังพบว่ามีการทำงานซ้ำซ้อนอีกด้วย¹⁵ และตรงกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่ศึกษาประสบการณ์ของอาสาสมัครที่ให้ความช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ในเหตุการณ์ภัยพิบัติจากเฮอริเคนแคทรีนาและริต้าในประเทศสหรัฐอเมริกา อาสาสมัครระบุประสบการณ์ว่า ผู้ให้ความช่วยเหลือคับข้องใจกับความสามารถในการเป็นผู้นำองค์กร ซึ่งพวกเขาบางคนไม่เคยมีอำนาจมาก่อน บางคนไม่เคยคาดคิดมาก่อนว่าจะต้องบริหารจัดการองค์กร ซึ่งเกินกว่าความสามารถของตนเองและไม่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อน ส่งผลให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยล่าช้า ไม่เป็นระบบ และขาดการบริหารจัดการที่ดี¹⁶ และสอดคล้องกับบางส่วนของการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ให้ความช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ ในเหตุการณ์แผ่นดินไหว ณ เมือง Wenchuan มณฑลเสฉวน ที่เกิดขึ้นในวันที่ 12 พฤษภาคม 2551 ที่ระบุประสบการณ์ไว้ 3 ประเด็นคือ มีความรู้สึกว่าไม่พร้อมในการทำการบรรเทาทุกข์เนื่องจากไม่ได้รับการฝึกฝนมาก่อน และรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายและต้องใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา และค้นพบความหมายใหม่ของการให้ความช่วยเหลือดูแล¹⁷ ซึ่งในประเด็นเหล่านี้หากพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญทางสุขภาพในพื้นที่ได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติขนาดใหญ่ที่เกิด

จากน้ำมือของมนุษย์หรือภัยธรรมชาติก็ตาม จะสามารถช่วยให้การบริหารจัดการการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้นได้¹⁸

พยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ประสบภัยไปสักระยะหนึ่ง จะมีความรู้สึกเหนื่อยล้า และเครียด ซึ่งสอดคล้องกับที่ Young และคณะ¹³ กล่าวว่าผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยจะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตเช่นเดียวกัน และสอดคล้องกับการวิจัยประสบการณ์ของทีมสุขภาพจิตในการให้ความช่วยเหลือในช่วงแรกของภัยพิบัติไฟไหม้ป่าในประเทศออสเตรเลียหลังเสร็จสิ้นภารกิจ 4 สัปดาห์ พบผลกระทบต่อการรับรู้และสุขภาพกายที่คนส่วนใหญ่รู้สึก ได้แก่ ซัด ซ้ำ ซน เคร้า และเหนื่อยมาก ครึ่งหนึ่งของทีมมีการเจ็บป่วย ประสบอุบัติเหตุ บางคนสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในตนเอง เช่น การกิน การนอนหลับ การดื่มเหล้า ซึ่งบุคลากรเหล่านั้นต้องการการประคับประคองช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากคนที่อยู่นอกพื้นที่ รวมทั้งคนที่อยู่ในชุมชนด้วย¹⁹ และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม 25 เรื่องเกี่ยวกับสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครที่ให้ความช่วยเหลือในเหตุการณ์ถล่มตึกเวิร์ดเทรดในวันที่ 9 กันยายน 2548 ทั้งผู้ที่พบเห็นโดยตรง และผู้ที่ไม่ได้พบเห็นโดยตรงพบว่าผลการศึกษาล้วนส่วนใหญ่พบอัตราของอาการ Posttraumatic stress disorders และ Major Depressive disorders ค่อนข้างสูง พบว่ายิ่งเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญมากยิ่งจะพบอาการทางสุขภาพจิตมากด้วย²⁰

ประสบการณ์ของพยาบาลในการให้บริการทางด้านสุขภาพจิตครั้งนี้มีประเด็นที่สอดคล้องกับการให้บริการสุขภาพและบรรเทาทุกข์แก่ผู้ประสบภัยพิบัติในหลายแห่งทั่วโลกทั้งในด้านแนวทางการช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัย ด้านการบริหารจัดการ และด้านผลกระทบต่อดัชนีชี้วัดการช่วยเหลือ ซึ่งสามารถนำไปพัฒนาปรับปรุงการให้บริการเมื่อมีเหตุการณ์ภัยพิบัติในโอกาสต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่าการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติในช่วง 6 เดือนแรกเป็นสิ่งจำเป็นแม้ว่าผู้ประสบภัยไม่ได้แสดงออกถึงความต้องการการช่วยเหลือทางด้านจิตใจโดยตรง พยาบาล

ทั่วไปสามารถปฏิบัติได้โดยสอดแทรกเข้ากับการดูแลทางด้านร่างกาย และการช่วยเหลือในเรื่องจำเป็นเฉพาะหน้า ในขณะที่เดียวกันควรนำชุมชนหรือแม้แต่ผู้ประสบภัยด้วยกันเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาและให้การดูแลด้านจิตใจ ดังนั้นพยาบาลทั่วไปจึงควรมีความรู้ในประเมินและให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจขั้นต้นแก่ผู้ประสบภัยด้วย นอกจากนี้ควรมีทักษะในการประสานงานและบริหารจัดการการช่วยเหลือผู้ประสบภัยในพื้นที่อย่างเป็นระบบเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการบริการและเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลในการดูแล อย่างไรก็ตามพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพจิตควรได้รับการหยุดพักผ่อนเป็นระยะๆ และการช่วยเหลือระดับประเทศทางด้านจิตใจจากผู้บังคับบัญชา หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วยเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Committees of national disaster prevention and mitigation. Plan of National Disaster Prevention and Mitigation B.E. 2010-2014 [Database on the Internet]. [cited 2011 Oct 13]. Available from: <http://www.disaster.go.th/dpm/users/files/plan/plan002.pdf>
2. Punyayong B. Trace back tsunami. Phungpha Province: Mental Health Recovery Center; 2006. (in Thai).
3. Griensven FV, Chakkraband S, Thienkrua W, et al. Mental Health Problems among Adults in Tsunami-affected areas in Southern Thailand. *JAMA*. 2006;296:537-48.
4. Everly GS, Hamilton SE, Tyiska CG, Ellers K. Mental health response to disaster: consensus recommendations: Early Psychological Intervention Subcommittee (EPI), National Volunteer Organizations Active in Disaster (NVOAD). *Aggress Violent Beh*. 2008;13:407-12.
5. Ehrenreich, JH. Coping with disasters: A guidebook to psychosocial intervention, Available from: URL: <http://www.mhwwb.org>
6. Utit P. translator; Ehrenreich JH, Coping with disasters: A guidebook to psychosocial intervention. Revised ed. Bangkok: WHO and Chulalongkorn University; 2006. (in Thai).
7. Turale S. Nurses: are we ready for a disaster? *J Nurs Sci*. 2010;28(1):8-11.
8. Supharatit S. Result of survey tidal wave in Thailand. In: Punyayong B, editors. Coming to Mental Health Recovery Center for Tsunami Survivors. Phungpha Province: Beyond Publishing; 2005. p. 42. (in Thai).
9. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2008.
10. Yoddumnern-Attig B, Tangchonlatip K. Qualitative analysis: data management, interpretive explanation and finding the meaning. Nakhon Prathom: Institute for Population and Social Research; 2009. (in Thai).
11. Marshall, MC. San Antonio Mental Health Disaster Consortium: Hurricanes Katrina and Rita, A Personal Perspective. *Perspect Psychiatr C*. 2007;43:15-21.
12. Leskin GA, Huleatt WJ, Herrmann J, LaDue LR, Gusman FD. Rapid development of family assistance centers. In: Ritchie EC, Watson PJ, Friedman MJ, editors. Interventions following mass violence and disasters: Strategies for mental health practice. New York: Guilford Press; 2007. p. 257-77.

13. Young BH, Ford JD, Ruzek JD, Friedman MJ, Gusman FD. Disaster Mental Health Services: A Guidebook for Clinicians and Administrators; 1998 [cited 2007 Sept 5]. Available from: [URI:http://ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/nc__manual__dmhm.html](http://ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/nc__manual__dmhm.html)
14. Becker, SM. Psychosocial Care for Adult and Child Survivors of the Tsunami Disaster in India. *JCAPN*. 2007;20:148-55.
15. Wind LH, Kayser K, Shankar, R. Culture and recovery: Challenges to providing disaster relief after the Tsunami in South India. *Journal of Global Social Work Practice* [Internet]. 2009 May-June [cited 2011 Oct 12]; 2(1). Available from: http://www.globalsocialwork.org/vol2no1__Wind.html
16. Clukey L. Transformative experiences for Hurricanes Katrina and Rita disaster volunteers. *Disasters*. 2010;34(3):644-56.
17. Yang Y-N, Xiao LD, Cheng H-Y, Zhu J-C & Arbon P. Chinese nurses' experience in the Wenchuan earthquake relief. *Int Nurs Rev*. 2010;57:217-23.
18. International Council of Nurses and World Health Organization Western Pacific Region. ICN framework of disaster nursing competencies. Geneva: ICN; 2009:7.
19. Berah EF, Jones HJ, Valent P. The experience of a mental health team involved in the early phase of a disaster. *Aust NZ J Psychiat*. 1984;18:354-8.
20. Bills CB, Levy N, Sharma V, Charney DS, Herbert R, Moline J, Katz CL. Mental Health of workers and volunteers responding to event of 9/11: review of the literature. *Mt Sinai J Med*. 2008;75:115-27.