

ผลของการเสริมพลังจิตสำหรับกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ วิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน ระดับโรงพยาบาลชุมชน

กิริพทุธิ เฉลิมเกียรติสกุล*, ประเสริฐ ประสมรักษ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและผลของการเสริมพลังจิตสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ระดับโรงพยาบาลชุมชน พื้นที่อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ ศึกษาในกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบจากระบบรายงานทางระบาดวิทยา ระหว่างเดือน ธ.ค. 2563 - มี.ย. 2564 เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ได้แก่ ST-5, 2Q, 8Q, 9Q, Burnout และ RQ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired Sample T-test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ได้รับผลกระทบ 1,045 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยงสูง ร้อยละ 91.29 ในกลุ่มที่สถานการณ์แพร่ระบาดมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต มีสาเหตุจากรู้สึกว่าตนเองทำให้ครอบครัว สังคมเดือดร้อน ถูกตำหนินินทาจากคนในชุมชน การเสพข่าวจากสื่อต่าง ๆ ดังนั้น รูปแบบการเสริมพลังจิต ประกอบด้วย ทีม EOC ร่วมกับงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชน ประเมินปัญหาสุขภาพจิตทันที และร่วมกับทีม รพ.สต. และ อสม. เยี่ยมบ้านผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเพื่อ 1) หาสาเหตุหลัก-ร่วม 2) สร้างความเข้าใจ ยอมรับปัญหา เห็นพลังในการแก้ไข 3) เสริมพลังจิตในการจัดการสาเหตุด้วยตนเอง 4) รักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเมื่อจำเป็น 5) เยี่ยมเสริมพลังจิตต่อเนื่องที่บ้านประสานจากชุมชนถึงจิตแพทย์ และ 6) ประเมินซ้ำเพื่อดูแลหรือส่งต่อ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า พลังจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัญหาสุขภาพจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งความเครียด ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะหมดไฟ

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, การเสริมพลังจิต, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

*โรงพยาบาลห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ, **มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

Corresponding author: Prasert Prasomruk, Prasert.pra@mahidol.edu

Received 29/06/2021

Revised 23/07/2021

Accepted 20/08/2021

EFFECTS OF MENTAL EMPOWERMENT AMONG PEOPLE AFFECTED OF PANDEMIC OF CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19) IN THE COMMUNITY AT THE SECONDARY CARE HOSPITAL

Thiraphut Chalermkiatsakul, Prasert Prasomruk***

Abstract

This action research aimed to study the model and effects of mental empowerment among people affected by the pandemic situation of COVID-19 in the community at Huatapan hospital, Amnatcharoen province. This work was focused on people who were affected by the COVID-19 pandemic in the epidemiological report between Dec., 2020-Jun., 2021. The data were collected by using ST-5, 2Q, 8Q, 9Q, Burnout, and RQ questionnaires from the department of mental health department and analyzed by using descriptive statistics and Paired Sample T-test.

The results found that 1,045 people were affected by the COVID-19 pandemic; most of them return from high risk areas, 91.3%. Some of the people affected by the pandemic situation of COVID-19 in mental health, their cause was blaming one self, blaming and gossip from the community and social media recognition that highly effect the mental health's people. Therefore, the mental empowerment containing mental health assessment by EOC team combined with staff from secondary care hospital and village health volunteers were presenting the home visit plan 1) find major and minor reasons 2) create problem understanding, accepting and power for solving 3) mindfulness empowering for self-management 4) medication when needed 5) continuous care from the community to psychologist and 6) repeat assessment for continuous care. The comparison of before-after of received mental empowerment program was affected to increased resilience quotient were statistically significant at .05 and lower mental health problem with statistically significant such as stress, risk of depression, depression, risk of suicide and burnout.

Keywords: Mental Health, Mental Empowerment, COVID-19

**Huataphan Hospital, Amnatcharoen Province, **Mahidol University Amnatchareon Campus*

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rational)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นไวรัสชนิดใหม่ ซึ่งองค์การอนามัยโลก ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข เมื่อวันที่ 30 ม.ค. 2563¹ และยกระดับเป็นการระบาดทั่วโลก เมื่อวันที่ 11 มี.ค. 2563² การแพร่ระบาดยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก ข้อมูลเมื่อวันที่ 30 พ.ย. 2563 ทั่วโลกพบผู้ติดเชื้อ 218 ประเทศ จำนวนสะสมกว่า 63 ล้านคน เสียชีวิตกว่า 1.4 ล้านคน ในประเทศไทยพบผู้ป่วยสะสม 3,998 คน เสียชีวิตสะสม 60 คน³ มีการแพร่ระบาดระลอกใหม่ กลางเดือน ธ.ค. 2563 ในกลุ่มแรงงานต่างชาติ และแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว⁴ ส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และการเมือง โดยเฉพาะผลจากการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อออนไลน์ได้อย่างทันที ทำให้เกิดทั้งความรู้ ความกังวลได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ประชาชนต้องตกอยู่ในความเครียดสะสม ท้อแท้ใจ ซึ่งอาจนำมาสู่ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายได้⁵⁻⁷ ซึ่งการปรับตัวจากสถานการณ์ได้เร็วจะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้

จากรายงานในประเทศไทยยังพบผลกระทบด้านสุขภาพจิตจากสถานการณ์ดังกล่าว ซึ่งจากรายงานกรมสุขภาพจิตระหว่างวันที่ 24 ม.ค.-23 เม.ย. 2563 พบประชาชนมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง ร้อยละ 32.78 และระดับสูงร้อยละ 8.6⁵ ส่วน

การศึกษาของอรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ และสุธิดา แก้วท่า⁸ ในประชาชน 77 จังหวัด ส่วนใหญ่เครียดเพิ่มขึ้นร้อยละ 38.3 ขณะที่ข้อมูลจากศูนย์วิจัยและพัฒนากฎหมาย คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1-30 เม.ย. 2563 มีการฆ่าตัวตายเพราะได้รับผลกระทบจากวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้น 44 กรณี มีผู้เสียชีวิต 31 ราย⁹

จังหวัดอำนาจเจริญ พบผู้ติดเชื้อในระลอกแรก 2 ราย และมีผู้ป่วยยืนยันระลอกใหม่ 2 ราย ผู้สัมผัสเสี่ยงรวม 70 ราย¹⁰ และมีกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบเดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยงเข้าสู่พื้นที่เพิ่มขึ้นมากถึง 1,045 คน ซึ่งมีสัดส่วนที่สูงเมื่อเทียบกับภาพรวมทั้งจังหวัด ซึ่งการพบผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากในพื้นที่อำเภอหัวตะพาน สร้างความตระหนกให้กับประชาชน เป็นอย่างยิ่ง¹⁰ ในขณะที่โรงพยาบาลระดับชุมชนยังไม่มีทรัพยากร และแนวปฏิบัติที่เหมาะสมในการดูแล

ความกังวล ความเครียดที่เพิ่มขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดมีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ความเสี่ยงโรค ระดับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรค¹¹ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศข้อมูลโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค¹² กรมสุขภาพจิต จึงเน้นการเพิ่มศักยภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชนให้มีภูมิคุ้มกันทางใจ เพื่อเตรียมความพร้อมสู่ชีวิตวิถีใหม่¹³ และมีงานทบทวนวิชาการที่เสนอให้นำแนวคิดการเร้ากุศลเพื่อการเผชิญหน้ากับ

วิกฤต ประกอบด้วย การคิดในแง่ดี การคิดตามเป็นจริง รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง คิดหาโอกาส คิดไม่ประมาท¹⁴ ซึ่งเป็นการส่งเสริมพลังจิตที่ดี (Resilience Quotient; RQ) ทำให้ฟื้นตัว เอาชนะปัญหาอุปสรรคของชีวิตเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ยากลำบากหรือวิกฤตได้สำเร็จ¹⁵ โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายที่จะต้องฟื้นฟูสุขภาพจิต แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่เป็นรูปธรรมในการดูแลผู้ได้รับผลกระทบ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการเสริมพลังจิตในสถานการณ์ดังกล่าว ในชุมชนทั้งในกลุ่มผู้ป่วย ญาติ และกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมพลังจิตสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนระดับโรงพยาบาลชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลของการเสริมพลังจิตต่อปัญหาสุขภาพจิต และพลังจิตของผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ระดับโรงพยาบาลชุมชน

ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา (Materials)

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 14/2563 โดยมีขั้นตอนการวิจัย 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาสาเหตุของปัญหา ความต้องการช่วยเหลือ

ขั้นที่ 2 พัฒนารูปแบบการเสริมพลังจิตสำหรับผู้ได้รับผลกระทบ ผู้วิจัยค้นหาข้อมูล และสนทนากลุ่มร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบ

ขั้นที่ 3 ปฏิบัติตามรูปแบบการเสริมพลังจิตสำหรับผู้ได้รับผลกระทบ ผู้วิจัยนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และทีมผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตดำเนินการตามแนวทางในระยะเวลา 6 เดือน ในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต 25 คน

ขั้นที่ 4 การสังเกตการณ์ปฏิบัติและสะท้อนผล กำหนดรูปแบบการเยี่ยมชมติดตามและประเมินผลด้านสุขภาพจิตในกลุ่มที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อครบตามระยะเวลากำหนด

ขั้นที่ 5 การขยายผล ผู้วิจัยนำเสนอในเวทีวิชาการจังหวัด และคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลระดับจังหวัด เพื่อพิจารณากำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ได้รับผลกระทบ ภาวธรรมทั้งจังหวัด

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ประชากรศึกษา คือ กลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ผู้ติดเชื้อและญาติผู้ที่ถูกให้ออกจากงานและเดินทางกลับภูมิลำเนา อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ดูแลผู้ติดเชื้อหรือสอบสวนโรค ในช่วงเดือน ธ.ค. 2563-มิ.ย. 2564 ไม่เป็นผู้ถูกดำเนินคดีตามพรก. การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 16) และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 1,045 คน

กลุ่มตัวอย่าง ชั้นศึกษาสถานการณ์ศึกษาในประชากรผู้ได้รับผลกระทบตามนิยาม 1,045 คน ชั้นการพัฒนารูปแบบศึกษาในกลุ่มทีมศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC) งานสุขภาพจิตโรงพยาบาลหัวตะพาน รพ.สต. และ อสม. รวม 32 คน ชั้นศึกษาผลของรูปแบบการเสริมพลังจิต ศึกษาในประชากรที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต 25 คน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์
คุณลักษณะประชากร เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสุขภาพจิต
ได้แก่

1) แบบวัดปัญหาสุขภาพจิต
ได้แก่ แบบวัดความเครียด (ST-5) แบบวัด

ภาวะซึมเศร้า (2Q 9Q) แบบวัดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) แบบประเมินภาวะหมดไฟ โดยวัดและแปลผลตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต

2) แบบประเมินพลังจิต (RQ) ของกรมสุขภาพจิต มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.749 จากการทดสอบกับกลุ่มประชาชนอายุ 25-60 ปี กระจายในทุกภูมิภาคและอายุตามสัดส่วนประชากรจริงทั่วประเทศ 12 จังหวัด จำนวน 4,000 ราย ในปี พ.ศ. 2551 ให้คะแนน 4 ระดับ คือ ระดับไม่จริง จริงบางครั้ง ค่อนข้างจริง และจริงมาก แปลผลภาพรวม 3 ระดับ คือ น้อยกว่า 55 คะแนน มีพลังจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 55-66 อยู่ในเกณฑ์ปกติ และมากกว่า 69 สูงกว่าเกณฑ์ปกติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลซึ่งผ่านการอบรมการใช้แบบสัมภาษณ์ เพื่อเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองในตามระยะเวลาที่กำหนดตามแผนการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บข้อมูลด้วยวาจา

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ด้วย Paired Sample T-test

ผลการศึกษา (Results)

1. สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ได้รับผลกระทบ จำนวน 1,045 คน

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.1 อายุระหว่าง 15-59 ปี ร้อยละ 70.3 เป็นกลุ่มประชาชนทั่วไปร้อยละ 73.5 เป็นกลุ่มที่เดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยงสูงร้อยละ 91.29 ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต มีความเครียดระดับปานกลางถึงมากที่สุด ร้อยละ 9.7 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.0 และร้อยละ 1.0 มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับน้อยถึงรุนแรงร้อยละ 0.4 และร้อยละ 0.8 มีภาวะหมดไฟ และมีระดับพลังจิตที่ปรับตัวได้ระดับน้อยถึงปานกลางร้อยละ 11.6

2. รูปแบบการเสริมพลังจิตสำหรับ ผู้ได้รับผลกระทบ ดำเนินการคู่ขนานกับระบบ เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ภายหลังการได้รับแจ้งผู้เข้าข่ายได้รับผลกระทบ

1) การประเมินปัญหา ด้านสุขภาพจิตที่บ้าน โดยทีม EOC ร่วมกับงานสุขภาพจิตทันที

2) ทีมสุขภาพจิตโรงพยาบาล ชุมชน รพ.สต. และ อสม. เยี่ยมดูแลที่บ้านผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ดังนี้

(1) หาสาเหตุหลัก-ร่วม เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

(2) สร้างความเข้าใจ ยอมรับ ปัญหา และเห็นพลังในการแก้ไข

(3) เสริมพลังจิตในการจัดการ สาเหตุด้วยตนเอง

(4) รักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง เมื่อจำเป็นตามสภาพปัญหา

(5) เยี่ยมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดย อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ โรงพยาบาลชุมชน

(6) ประเมินซ้ำเพื่อการดูแล หรือส่งต่อจิตแพทย์ และติดตามดูแลต่อเนื่อง ภายหลังการดูแลรักษา

3. ผลของรูปแบบการเสริมพลังจิต สำหรับ ผู้ได้รับผลกระทบ ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ก่อนทดลองมีระดับความเครียด มากถึงมากที่สุด ร้อยละ 44.0 มีความเสี่ยง ต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 88.0 มีภาวะซึมเศร้า ระดับเล็กน้อยร้อยละ 24.0 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง 1 ราย มีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟร้อยละ 24.0 และมีระดับพลังจิตอยู่ในระดับมากร้อยละ 48.0 ภายหลังได้รับการดูแลระดับเครียดอยู่ในระดับ เล็กน้อยทุกคน ไม่มีผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า, ฆ่าตัวตายและภาวะหมดไฟ และมีระดับพลังจิตอยู่ในระดับมากร้อยละ 64.0 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ผลการประเมินปัญหาสุขภาพจิตจากการได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับของปัญหาสุขภาพจิต	จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
ระดับความเครียด		
น้อย	7 (28.0)	25 (100)
ปานกลาง	7 (28.0)	0 (0.0)
มาก	6 (24.0)	0 (0.0)
มากที่สุด	5 (20.0)	0 (0.0)
ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (2Q)		
ปกติ	3 (12.0)	25 (100)
เสี่ยง	22 (88.0)	0 (0.0)
ภาวะซึมเศร้า (9Q)		
เล็กน้อย	6 (24.0)	25 (100)
ปานกลาง	4 (16.0)	0 (0.0)
ไม่มี	15 (60.0)	0 (0.0)
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q)		
น้อย	3 (12.0)	25 (100)
ปานกลาง	1 (4.0)	0 (0.0)
รุนแรง	1 (4.0)	0 (0.0)
ไม่มี	20 (80.0)	0 (0.0)
ภาวะหมดไฟ (Burn out)		
ปกติ	19 (76.0)	25 (100)
เสี่ยง	6 (24.0)	0 (0.0)
พลังจิต (RQ)		
น้อย	8 (32.0)	0 (0.0)
ปานกลาง	5 (20.0)	9 (36.0)
มาก	12 (48.0)	16 (64.0)

เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับรูปแบบการเสริมพลังจิตทำให้ปัญหาสุขภาพจิตลดลงจากก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งความเครียด ความ

เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะหมดไฟ ส่วนระดับพลังจิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลของรูปแบบการเสริมพลังจิตสำหรับกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	Mean (S.D.)		Z	p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
ระดับความเครียด	6.80 (3.72)	2.88 (0.78)	3.928	<.001
ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า	1.12 (0.67)	0 (0.00)	4.179	<.001
ภาวะซึมเศร้า	5.92 (4.76)	0 (0.00)	3.924	<.001
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	2.36 (0.21)	0 (0.00)	2.032	.042
ภาวะหมดไฟ	2.28 (0.68)	1.48 (0.51)	3.270	.001
พลังจิต	19.00 (10.34)	25.56 (3.22)	3.933	<.001

วิจารณ์ (Discussions)

1. ลักษณะการได้รับผลกระทบส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่เดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยงสูงร้อยละ 91.3 ถูกเลิกจ้างร้อยละ 4.2 ซึ่งกลุ่มดังกล่าว เป็นกลุ่มที่เสี่ยงอันเนื่องมาจากการอยู่อาศัยในพื้นที่เสี่ยงในเชิงระบาดวิทยาเท่านั้น แต่อาจมิได้เป็นกลุ่มเสี่ยงเชิงพฤติกรรมที่สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยโดยตรง จึงทำให้มีปัญหสุขภาพจิตเพียงส่วนน้อย อีกทั้งในการเข้าโปรแกรมกลุ่มเสี่ยงเรื้อรัง หลังได้รับรายงานทันที ทำให้ปัญหสุขภาพจิตยังไม่รุนแรง อีกทั้งผลกระทบใน

ด้านเศรษฐกิจยังไม่ชัดเจน อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ปัญหาสุขภาพจิตยังไม่รุนแรง แต่ในระยะยาวหากกลุ่มเหล่านี้ไม่สามารถกลับเข้าสู่ตลาดแรงงานได้ไว ก็จะมีส่งผลให้ความเครียดเพิ่มขึ้นได้ จึงต้องมีระบบเฝ้าระวังดูแลด้านสุขภาพจิตต่อเนื่อง พร้อมกับสนับสนุนนโยบายระดับมหภาคที่จะเร่งฟื้นฟูเศรษฐกิจ

2. ผลการประเมินสุขภาพจิตครั้งนี้ พบผู้ได้รับผลกระทบส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของนางลักษณ์ ไตบันลือภพ และคณะ¹⁶ พบกลุ่ม

ตัวอย่างมีปัญห สุขภาพจิตเพียงส่วนน้อย แต่ขัดแย้งกับการศึกษาภาพรวมของประเทศ จากการศึกษาของอรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ และสุธิดา แก้วทา^{๑๐} ในช่วงเดือน เม.ย. 2563 พบส่วนใหญ่มากขึ้นร้อยละ 38.3 ส่วนการศึกษาในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า มีปัญห สุขภาพจิตในระดับที่สูงกว่า อาทิกการศึกษาของวิศิษฐ์ เนติโรจนกุล¹⁷ พบ ความชุกของปัญหาทางสุขภาพจิตร้อยละ 10.0 กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลถึงกังวลเป็น อย่างมากอยู่ในช่วงร้อยละ 38.0-47.1 และ การศึกษาของเอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์, สิริรัตน์ แสงศิริรักษ์¹⁸ พบว่า บุคลากรทาง การแพทย์ มีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไประหว่างร้อยละ 25.93-41.9 มีความ ชี้มเศร้าระดับปานกลางขึ้นไปร้อยละ 1.23-34.08 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มนักศึกษา มีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไปร้อยละ 38.48¹¹

3. รูปแบบการเสริมพลังจิตสำหรับ กลุ่มผู้ได้รับผลกระทบ ประกอบด้วย การ ประเมินปัญหาสุขภาพจิต โดยทีม EOC ร่วมกับงานสุขภาพจิตในผู้ได้รับผลกระทบ ทันที ทีมสุขภาพจิตทุกระดับเยี่ยมบ้านผู้มี ปัญหาสุขภาพจิต เพื่อ (1) หาสาเหตุหลัก-ร่วม (2) สร้างความเข้าใจการยอมรับต่อ ปัญหา (3) จัดการกับสาเหตุด้วยกิจกรรมที่ ชอบ (4) รักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเมื่อ จำเป็น (5) เยี่ยมดูแลต่อเนื่องที่บ้านประสาน จากชุมชนถึงจิตแพทย์ และ (6) ประเมินซ้ำ

เพื่อการดูแลหรือส่งต่อตามความเหมาะสม สอดคล้องกับแนวทางการดูแลของราช วิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย โดยผู้มี ปัญหาจะต้องรู้จักยอมรับถึงความเครียดและ อารมณ์ทางลบ และหาทางออกอย่าง เหมาะสม ส่วน IASC (Inter-Agency Standing Committee) ได้ แนะนำ ให้ผู้มี ปัญห สุขภาพจิตรู้จักมองโลกในแง่ดี และกรม สุขภาพจิตให้ความสำคัญกับการใช้ชีวิต เหมือนปกติ เรียนรู้ทำความเข้าใจโรคที่ เกิดขึ้น พัฒนาสร้างความเข้มแข็งทางใจ และ ประเมินดูแล ติดตามภาวะสุขภาพจิต โดย นำมาจัดเป็นระบบการดูแล ซึ่งรูปแบบการ ดูแลและประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง เพื่อการ ดูแลรายบุคคล เป็นแนวทางที่สอดคล้องกับ รูปแบบที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า

4. ผลของรูปแบบการเสริมพลังจิต สำหรับกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบ เมื่อ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองปัญหา สุขภาพจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับพลังจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า การเสริมพลังจิตแก่ กลุ่มผู้รับผลกระทบจากภาวะฉุกเฉินทาง สุขภาพอย่างรวดเร็วและสอดคล้องกับปัญหา มีความจำเป็นและเป็นปัจจัยของความสำเร็จ ในการลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า การฆ่า ตัวตาย ทั้งนี้ บุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุข ต้องสามารถสร้างพลังบวก เสริม พลังใจให้แก่กลุ่มผู้ได้รับผลกระทบได้อย่าง ต่อเนื่อง ทั้งนี้การศึกษาค้นคว้าใช้แนวทางให้

การดูแลด้านความมั่นคงทางอารมณ์ให้มีสติ และสงบ ด้านกำลังใจโดยคิดถึงสิ่งดี ๆ ด้าน การจัดการปัญหาฝึกหาทางออกในการ แก้ปัญหาเริ่มจากเมื่อมีปัญหาเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของพระมหาประสิทธิ์ แก้วศรี¹⁴ ได้เสนอแนวแก้ไข ด้วยแนวคิดทาง จิตวิทยา คือ การมองโลกในแง่ดี และการคิด เร้ากุศล

ข้อยุติ (Conclusions)

การเสริมพลังจิตที่สอดคล้องกับปัญหา สุขภาพจิตของผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถลดปัญหาได้ และเพิ่มพลังจิตให้ ผู้ได้รับผลกระทบจัดการกับปัญหาสุขภาพจิต ได้ด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรนำรูปแบบการเสริมพลังจิตครั้งนี้ ไปขยายผลในระดับโรงพยาบาลชุมชน โดย เน้นการดำเนินงานไปควบคู่กับการเฝ้าระวัง การแพร่ระบาดของโรค ตั้งแต่ระยะแรกและ ดูแลต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19) [online] 2020 [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>.

2. ควรนำรูปแบบการดูแลรายกรณี ที่ สอดคล้องกับผลการประเมินด้วยเครื่องมือ คัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ช่วยในวางแผนการดูแลได้สอดคล้องกับสภาพปัญหา สาเหตุ และสามารถประเมินซ้ำได้อย่าง ต่อเนื่อง

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การส่งเสริมพลังจิตทำให้ผู้ที่เผชิญกับ สถานการณ์ยากลำบากสามารถเอาชนะ ปัญหาอุปสรรคได้สำเร็จ การศึกษานี้ ที่มี สุขภาพจิตระดับโรงพยาบาลชุมชน ร่วมกับ รพ.สต. อสม. สามารถเสริมพลังจิตที่ สอดคล้องกับสภาพปัญหาและช่วยลดปัญหา สุขภาพจิตได้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอห้วยตะพาน ทุกท่าน และผู้ร่วมตอบแบบสอบถามทุกท่าน

2. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID- 19) situation report–52. [online] 2020 [cited 2020

- Mar 25]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200312-sitrep-52-covid-19.pdf?sfvrsn=e2bfc9c0_4
3. Emergency Operations Center, Department of Disease Control. **Corona Virus Infectious Disease Situation report (COVID-19)** [online] 2020 [cited 2020 Dec 25]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no332-301163.pdf>
 4. Emergency Operations Center, Department of Disease Control. **Corona Virus Infectious Disease Situation report (COVID-19)** [online] 2021 [cited 2021 Jan 25]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no364-010164.pdf>
 5. Mental Health Department, Ministry of Public Health. **COVID-19 and Mental Health**. Nonthaburi: Mental Health Department, Ministry of Public Health; 2020. [in Thai].
 6. Nicomedes CJ, Avila R. An Analysis on the Panic of Filipinos During COVID - 19 Pandemic in the Philippines. **Journal of Affective Disorders** 2020; 276 (2020): 14-22.
 7. Wongpiromsarn Y. Mental health and the COVID- 19 crisis in Thailand. **Journal of Mental Health of Thailand** 2020; 28(4): 280-291.
 8. Karnjanapiboonwong A., Kaewtha S. The effects of COVID- 19 outbreak with control measures to non-communicable disease risk behavior among Thai people during April 2020. **Dis Control J** 2020; 46(4): 551-564.
 9. BBC Thai. **Covid-19: When people choose to commit suicide because of lack of mention** [online] 2020 [cited 2020 May 7]. Available from <https://www.bbc.com/thai/thailand-52562321>.
 10. Epidemiology Department, Huataphan Hospital. **COVID- 19 Epidemiologic Investigation Preliminary Report in Huataphan District, Amnatchareon Province**. Amnatchareon: Epidemiology Department, Huataphan Hospital; 2021. [in Thai].
 11. Suwanaphant K, Seedaket S, Vonok L, Assana S, Wawngam W, Kingsawad K, On- Kail P. Factors associated with stress due to corona virus disease 2019 (COVID- 19)

- pandemic among students of the Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute. **Journal of Health Science Research** 2020; 14(2): 138-148.
12. Waehayi H. Severity Perception and Preventive Behavior on the Coronavirus disease- 2019 among Youth at Sateng- Nok Subdistrict, Muang District, Yala Province. **Academic Journal of Community Public Health** 2020; 6(4): 158-164.
 13. Mental Health Department, Ministry of Public Health b. **5 Things to Know about RQ**. Bangkok: Mental Health Office, Mental Health Department; 2009.
 14. Kaewsri P. Charitable Thinking in order to face of the Coronavirus Disease Crisis (COVID-19). **Journal of MCU Humanities Review** 2020; 6(2): 361-374.
 15. Bureau of Mental Health Academic Affairs, Mental Health Department, Ministry of Public Health. **Turn Bad into Good: Resilience Quotient**. Bangkok: Deenadoo; 2009. [in Thai].
 16. Tobunluepop N, Boonkuna T, Padwang B, Kiartsuwan J. Perception, Attitudes, and Knowledge of Social Distancing Policy and the Effect on Social Distancing Behaviors, Psychological Health and Quality of Life in Lampang Population During COVID- 19 Pandemic. **Journal of Health Sciences Scholarship** 2021; 8(1): 168-184.
 17. Netirojjanakul W. Prevalence and Associated Factors of Mental Health Problems on Healthcare Workers at Nakhonpathom Hospital in Corona Virus Disease 2019 (COVID- 19) Epidemic Era. **Region 4 -5 Medical Journal** 2020; 39(4): 616-627.
 18. Sangsirilak A, Sangsirilak S. Stress and Depressed Mood in Healthcare Workers During COVID-19 Outbreak. **J Psychiatr Assoc Thailand** 2020; 65(4): 400-408.