ผลการบริการสุขภาพจิต ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่ต้องกักตัว อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

พุทธรักษ์ ดีสิน, ณัฐกฤตา ทุมวงศ์***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพจิตสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนา ไวรัส 2019 ที่ต้องกักตัว รูปแบบบริการประกอบด้วย การวางแผนร่วมกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง, การปฏิบัติโดยการพัฒนาศักยภาพผู้ให้คำปรึกษา, การบริการคัดกรองและให้คำปรึกษาในผู้ถูกกักตัวทั้งหมด ในเดือนมีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2563 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 154 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ได้รับการประเมินความเครียด ซึมเศร้า และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแคว์, การทดสอบฟรีดแมนต์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.70 ในวันที่ 1 และ 7 มีระดับความเครียดปานกลาง ร้อยละ 44.20 ระดับคะแนนซึมเศร้าที่ผิดปกติ ในวันที่ 1 ร้อยละ 48.30 วันที่ 7 ร้อยละ 68.00 และลดลงในวันที่ 14 คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ไม่พบในวันแรก พบร้อยละ 50 ในวันที่ 7 และลดลงเหลือ ร้อยละ 12.50 ในวันที่ 14 ทั้งนี้ความเครียด ซึมเศร้า และฆ่าตัวตายมีความแตกต่างกันตามช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การบริการสุขภาพจิต, โคโรนาไวรัส 2019, กลุ่มกักตัว

---

* โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

**สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์

Corresponding Author: Natkritta Thumwong, Email: wwanjai@hotmail.com

Received 20/05/2020 *Revised 25/06/2020* *Accepted 24/07/2020*

MENTAL HEALTH SERVICES AMONG CORONAVIRUS-2019 RISK GROUP AT STATE QUARANTINE THAKHANTHO DISTRICT KALASIN PROVINCE

Puttarak Deesin, Natkritta Thumwong***

The action research for evaluated result of mental health service model for the quarantined coronavirus- 2019 risks group. The mental health service model such as Planned with relevant multidisciplinary practices, implemented by development the potential counselor, actioned in all people at state quarantine between March - April 2020. 154 samples were recruited, data collected by telephone interviewed, assessed of stress, depression, and suicide risks. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Friedman test.

59.70% of sample are female, in day 1 and 7, 44.20% had moderate stress. Abnormal depression score, 48.30 % at day 1, 68.00% at day7 and decreased at day 14. On day one, not found of suicide risk, 50.00% showed suicide risk at day 7 and decreased to 12.50% at day 14. The stress, depression and suicide scores based on time were statistically different.

Keyword: mental health service, coronavirus-2019, state quarantine

---

* Thakuntho hospital, Kalasin province

** Kalasin public health office

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โคโรนาไวรัส เป็นเชื้อโรคที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมและนก ถูกพบครั้งแรกในประมาณ ปี ค.ศ. 1960[1] และมีการค้นพบสายพันธ์ใหม่เรื่อยมาจน ในปี ค.ศ. 2019 มีการตรวจพบการเจ็บป่วยในมนุษย์ ด้วยโคโรนาไวรัส 2019 ซึ่งเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ท้าทายระบบสุขภาพทั่วโลก[2] มีรายงานผู้ติดเชื้อครั้งแรกของโลกที่ประเทศจีน ประมาณเดือนธันวาคม ค.ศ. 2019 [3] ประกาศให้เป็นโรคที่เป็นภาวะฉุกเฉินระหว่างประเทศ ในเดือน มกราคม ค.ศ. 2020 ด้วยการแพร่เชื้ออย่างรวดเร็วจึงประกาศเป็นโรคระบาดทั่วโลกในอีกสองเดือนถัดมา[4] โดยในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อรายแรกเป็นนักท่องเที่ยวชาวจีนในเดือนมกราคม ค.ศ. 2020 จากนั้นพบสถานการณ์การระบาดในกลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติ กลุ่มผู้สัมผัสและกลุ่มคนใกล้ชิด จนกระทั่งมีการระบาดเป็นวงกว้าง โดยประเทศไทยได้ประกาศให้โคโรนาไวรัส 2019 เป็นโรคติดต่อร้ายแรงในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563[5] มีการบริหารจัดการโรคระบาดอุบัติใหม่ที่มีผลกระทบรุนแรงและการระบาดที่ยากต่อการควบคุมด้วยการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน[6]

โคโรนาไวรัส เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ทางอากาศ ส่งผลให้เกิดการระบาดอย่างรวดเร็วและกระจายไปทั่วโลก[2] ด้วยโคโรนาไวรัส 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ ผู้ติดเชื้อบางรายไม่แสดงอาการ บางรายไอ หายใจหอบ และไวรัสเข้าไปทำลายระบบทางเดินหายใจ และมีโอกาสเสียชีวิตได้[7] การไม่มีข้อมูลที่เพียงพอและการจัดการกับโรคระบาดสร้างความตื่นตระหนกทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย[8] ภาวะสุขภาพจิตของผู้ได้รับผลกระทบจากการระบาด แสดงออกถึงภาวะตื่นตระหนกจากการได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรง[9] ทั้งนี้พบว่า มีความวิตกกังวล หรือซึมเศร้าประมาณ ร้อยละ 16-28 เกิดความเครียดร้อยละ 8[10] การศึกษาในประเทศจีน ที่พบผู้ป่วยในระยะแรกของการระบาด พบว่าผู้ได้รับผลกระทบที่ต้องกักตัว มีระดับความเครียดปานกลางถึงมาก ประมาณร้อยละ 8.10 มีความระดับความซึมเศร้าปานกลางถึงมาก เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 16.50 และวิตกกังวลระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 28.80[11] และยังพบว่าประชาชนกว่า ร้อยละ 50 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค[12,13]

อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ มีคำสั่งจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ให้สอดคล้องกับนโยบายของจังหวัด และนโยบายระดับประเทศ โดยในพื้นที่มีข้อกำหนดให้ บุคคลที่เดินทางกลับจากต่างจังหวัดทุกจังหวัด ต้องกักตัวเป็นระยะเวลา 14 วัน ด้วยเป็นมาตรการใหม่ส่งผลให้เกิดความคับข้องใจของกลุ่มเสี่ยงความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และ

สังคมที่กังวลเกี่ยวกับการระบาดของโรค[2] ที่ส่งผลกระทบด้านจิตใจในระหว่างการกักตัว จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการบริการด้านสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างทั่วถึง เพื่อวางแผนการให้บริการด้านสุขภาพจิตให้สอดรับกับการระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอุบัติใหม่ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objectives)

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการบริการด้านสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงโคโรนาไวรัส 2019 ที่ต้องกักตัว

วิธีการศึกษา (Method)

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา

ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพจิต ใช้ วิธีการให้บริการทางโทรศัพท์ เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อสำหรับผู้รับบริการและให้บริการ โดยยึดหลักการปฐมพยาบาลทางใจ ของกรมสุขภาพจิต[8] ดังนี้ คือ 1) สอดส่อง มองหา ในวันแรกของการกักตัว ทำการประเมิน ระดับความเครียด ความซึมเศร้า ทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินความต้องการการได้รับการช่วยเหลือของกลุ่มเสี่ยงที่ถูกกักตัว 2) ใส่ใจรับฟัง โดยเริ่มต้นพูดคุยด้วยการแนะนำตนเอง, รับฟังด้วยความตั้งใจ, ยอมรับในความรู้สึกของผู้พูด, ช่วยบรรเทาความทุกข์ใจ, พูดคุยเกี่ยวกับความต้องการและความกังวล และหาวิธีในการช่วยเหลือ โดยยึดตามบริบท และความสามารถของผู้รับบริการ โดยการบริการทางโทรศัพท์ มุ่งเน้น การฟังอย่างตั้งใจ โดยมีเทคนิค การพูดช้า ๆ ชัดๆ สงบ น้ำเสียงอบอุ่น มีคำพูดที่แสดงออกถึงความเข้าใจในความรู้สึกของผู้รับบริการ ลดความกังวล โดยการค้นหาสิ่งที่ผู้รับบริการสามารถทำได้ในขณะนั้น เช่น เทคนิคการหายใจ เป็นต้น และ 3) ส่งต่อ เชื่อมโยง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่เหมาะสม การปฐมพยาบาลทางใจทางโทรศัพท์ ใช้ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน ที่ผ่านการอบรม และผ่านการทดสอบว่ามีความสามารถเท่าเทียมกันในการดำเนินการ โดยระยะเวลาในการปฐมพยาบาลทางจิตใจแต่ละครั้ง ครั้งละประมาณ 30-45 นาที ในวันที่ 1 และวันที่ 7 ของการกักตัว

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ระยะ ที่ 1 การระดมความคิดเห็นในทีมระบาดวิทยา ทีมดูแลผู้ป่วย และทีมชุมชน ในการออกแบบการจัดการด้านสุขภาพจิต การส่งต่อข้อมูลสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักตัวของศูนย์ประสานสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ระยะที่ 2 อบรมเชิงปฏิบัติการการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบประจำตำบล ระยะที่ 3 ดำเนินการปฏิบัติการตาม

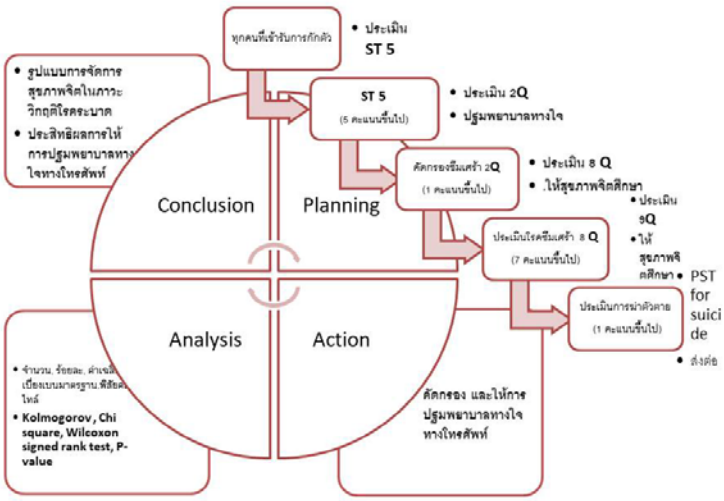
แผนการ และระยะที่ 4 สรุปผลการดำเนินการวิเคราะห์โอกาสพัฒนา

ประชากรศึกษา คือ กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โคโรนาไวรัส 2019 ที่เดินทางกลับมาจากต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ และต้องกักตัว จำนวน 14 วัน ตามประกาศจังหวัดกาฬสินธุ์ ในระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2563 จำนวนทั้งสิ้น 154 คน ขอความยินยอมทางวาจา และสมัครใจ โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS RE.056 ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) เครื่องมือประเมินความเครียด (ST-5; Cornbrash's alpha coefficient 0.87)[14] สำหรับทุกคนที่กักตัว 3) ใช้แบบคัดกรองซึมเศร้า (2Q; sensitivity 96.50%, specificity 44.60%)[15] สำหรับผู้ที่มีคะแนน ST-5 5 คะแนนขึ้นไป 4) แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q; sensitivity 75.68%, specificity 92.85%)[16] สำหรับผู้มีคะแนน 2Q 1 คะแนนขึ้นไป และ 5) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q; Cornbrash's alpha coefficient 0.90)[17] สำหรับผู้มีคะแนน 9Q 7คะแนนขึ้นไป ในวันที่ 1,7 และวันที่ 14

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์บันทึกลงในแบบสอบถามโดยผู้สัมภาษณ์ บันทึกข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ด้วยวิธี Data Double entry

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, พิสัยควอไทล์, ไคสแคว์, วิวคอกซอลไซด์แรงค์เทส



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงาน

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 154 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.70 มีอายุระหว่าง 25-44 ปี ร้อยละ 60.40 และมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 87.00 (ตารางที่ 1)

ระดับความเครียดในวันที่ 1 ของการกักตัว มีความเครียดระดับปานกลาง (5-7 คะแนน) ร้อยละ 44.20 ระดับสูง (8-9 คะแนน) ร้อยละ 12.30 ในวันที่ 7 ของการกักตัว ความเครียดระดับสูง เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.50 และไม่พบความเครียดระดับสูง ในวันสุดท้ายของการกักตัว (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตัวแปร		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	62	40.30
	หญิง	92	59.70
อายุ	15-24	29	18.80
	25-44	93	60.40
	45-59	26	16.90
	60 ปีขึ้นไป	6	3.90
อาชีพ	เกษตรกร	2	1.30
	รับจ้าง	134	87.00
	รับราชการ	3	1.90
	นักเรียน	6	3.90
	แม่บ้าน/พ่อบ้าน	8	5.20
	ค้าขาย	1	0.60

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนความเครียด

ระดับคะแนน	day 1		day 7		day 14	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (0-4 คะแนน)	67	43.50	59	38.30	113	73.40
ปานกลาง (5-7 คะแนน)	68	44.20	68	44.20	41	26.60
สูง (8-9 คะแนน)	19	12.30	27	17.50	0	0.00

ในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดปานกลางขึ้นไป ทั้งหมด 87 คน เมื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า พบว่า ปกติ 45 คน (ร้อยละ 51.70) และ ผิดปกติ จำนวน 42 คน (ร้อยละ 48.30) เมื่อวันที่ 7 พบว่าจำนวนผู้มีระดับคะแนนซึมเศร้าที่ผิดปกติเพิ่มขึ้นเป็น 65 คน (ร้อยละ 68.00) และในวันที่ 14 ลดลง คงเหลือเพียง 16 คน (ร้อยละ 39.00) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนซึมเศร้า

ระดับคะแนน	day 1		day 7		day 14	
	จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**
น้อยกว่า 7 คะแนน	45	51.70	31	32.00	25	61.00
7-12 คะแนน	42	48.30	66	68.00	16	39.00

โดยเมื่อนำกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนซึมเศร้าผิดปกติ ประเมินต่อด้วยเครื่องมือวัดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ปกติทั้งหมดในวันที่ 1 และในวันที่ 7 มีความผิดปกติ ร้อยละ 50 ลดลง ในวันที่ 14 ร้อยละ 12.50 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

	day 1 (n=41)		day 7 (n=68)		day 14 (n=16)	
ระดับคะแนน	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**
0 คะแนน	41	100	34	50.00	14	87.50
1-8 คะแนน	0	0	34	50.00	2	12.50

เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนด้วยสถิติ ฟรีดแมนต์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด ซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบความแตกต่างของคะแนน

ตัวแปร	Day 1		Day 7		Day 14		Fried man test
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
ความเครียด	5.110	1.806	5.330	2.058	3.660	1.243	128.447***
ซึมเศร้า	5.950	2.053	6.840	1.175	5.950	1.432	9.674**
ฆ่าตัวตาย	0	0	1.130	1.246	6.000	1.604	28.00***

***P-value <0.001,** P-value <0.01

วิจารณ์ (Discussions)

ระดับความเครียดของผู้ที่ต้องกักตัว จำนวน 14 วัน ในพื้นที่อำเภอท่าคันโท มีระดับความเครียดมากที่สุด ในระดับปานกลาง มากกว่า ร้อยละ 40 และระดับสูงมากกว่า ร้อยละ 10 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับผู้ได้รับผลกระทบในประเทศจีน ที่มีระดับความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง ประมาณ ร้อยละ 50[10-13] โดยปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรค ที่ไม่มียาในการรักษา และมีความรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีน[11] ทั้งนี้ ความวิตกกังวลในเรื่องของการขาดรายได้ ภาวะเศรษฐกิจเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ที่ได้รับการกักตัวจากโรคระบาดร้ายแรงอุบัติใหม่ทั่วโลก[18] รวมถึงในสถานการณ์การระบาดครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อความเครียดของบุคลากรสาธารณสุขอีกด้วย[19]

เมื่อบุคคลเกิดความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า[17] โดยพบว่า มีระดับซึมเศร้าผิดปกติ ร้อยละ 48.30 และในวันที่ 7 ระดับความเครียดเพิ่มมากขึ้น ระดับความซึมเศร้าจึงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 68.00 และเมื่อครบ 14 วัน ความเครียดลดลง ระดับความซึมเศร้าที่ผิดปกติลดลง เหลือเพียง ร้อยละ 39.00 ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง

เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพที่บุคคลมีความเครียด ซึมเศร้า เป็นปัจจัยสำคัญในการมีความคิดในการฆ่าตัวตาย[20,21] ซึ่งความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย พบร้อยละ 50.00 ในวันที่ 7 ของการกักตัว และพบว่า ลดลงเมื่อระดับความซึมเศร้าลดลง ในวันที่ 14 ร้อยละ 12.50

การให้บริการทางโทรศัพท์ เป็นข้อแนะนำในหลายประเทศในการให้การดูแลด้านจิตใจ สำหรับผู้รับบริการที่ต้องกักตัวจากการเกิดโรคระบาดอุบัติใหม่[13] ซึ่งผู้ที่ถูกกักตัว

ต่างมีความต้องการในการดูแลในภาวะเครียด ซึมเศร้า และการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาใน 28 รายงานการวิจัย ที่พบว่าการให้การบริการอย่างครบถ้วนในด้านจิตใจ สามารถลดความรุนแรงและลดการสูญเสียจากการฆ่าตัวตาย[18]

การปฐมพยาบาลด้านจิตใจเป็นแนวทางในการดูแลสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะตื่นตระหนก วิตกกังวลในสถานการณ์ที่ไม่ปกติ ช่วยผ่อนคลาย ความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ซึ่งถูกนำมาใช้ในภาวะสงคราม[22] และเหตุการณ์ภัยพิบัติรุนแรงทางธรรมชาติ เช่น ซึนามิ เป็นต้น[23] ในสถานการณ์โรคระบาดอุบัติใหม่ที่ผู้ได้รับผลกระทบต่างตื่นตระหนก[24] จึงถูกแนะนำเป็นแนวทางในการดูแลจิตใจของผู้ได้รับผลกระทบทั่วโลก[25] รวมถึงประเทศไทย ซึ่งส่งผลให้ผู้ที่ถูกกักตัว 14 วัน ไม่มีภาวะทางจิตที่รุนแรง และ ไม่ได้รับผลกระทบที่เป็นอันตรายร้ายแรง

ข้อยุติ (Conclusions)

รูปแบบการบริการด้านสุขภาพจิตชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 ที่ต้องกักตัว เป็นแนวทางในการดูแลด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ประสบวิกฤตด้านโรคระบาดอุบัติใหม่ ซึ่งการคัดกรองครอบคลุม ทั้งระดับความเครียด ซึมเศร้า และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย สามารถนำสู่การวางแผนในการป้องกันและแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในกระบวนการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยยึดแนวทางการปฐมพยาบาลทางจิตใจ เพื่อผ่อนคลายความตระหนก จากการเผชิญความเปลี่ยนแปลง และความไม่มั่นคงทางจิตใจระหว่างการกักตัว 14 วัน ในวันที่ 1, 7 และวันที่ 14 มีความเพียงพอและเป็นแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติ ที่เป็นผลดีในการดูแลกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักตัวต่อไป

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

ในสถานการณ์ที่มีโรคระบาดอุบัติใหม่ ควรมีนโยบายในการสนับสนุนในด้านเทคโนโลยี เพื่อใช้ในการบริการด้านจิตใจเพิ่มขึ้น และครอบคลุมในทุกพื้นที่การบริการ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในแนวทาง และนวัตกรรมใหม่ๆ ในการบริการเพื่อให้ง่ายและมีประสิทธิผลที่ดีในการนำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลด้านจิตใจสำหรับกลุ่มที่เกิดวิกฤตด้านจิตใจ การเตรียมความพร้อมของทีมผู้ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อให้เกิดทักษะการฟังที่ดี และการมีแนวทางในการส่งต่อกรณีที่ยุ่งยากซับซ้อนยิ่งขึ้น เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การปฐมพยาบาลด้านจิตใจถูกนำมาใช้ในสถานการณ์วิกฤตรุนแรง ทั้งสงคราม ภัยพิบัติทางธรรมชาติ ความรุนแรงทางการเมือง เป็นต้น ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการ

ปฐมพยาบาลในกลุ่มเสี่ยงต่อโคโรน่าไวรัส 2019 ที่ต้องกักตัว ในรูปแบบที่เปลี่ยนไป คือ การให้บริการทางโทรศัพท์ ซึ่งสามารถป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงได้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 อำเภอท่าคันโท ในการประสานงาน และส่งต่อข้อมูลเพื่อการบริการอบ่างครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Kashn JS, Mcintosh K. History and recent advance in coronavirus discovery. **The pediatric infectious diseases journal** 2005; 24(11): 223-227.
2. Word Health Organization [WHO]. **Coronavirus disease (COVID-19) pandemic** [online] 2019 [cited 2020 July 1]. Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019
3. Word Health Organization [WHO]. **Statement on the second meeting of the international health regulations (2005) Emergency committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCov)** [online] 2019 [cited 2020 July 20]. Available from: https://web.archive.org/web/20200131005904/https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)
4. Gardner L. **Mapping 2019-nCoV** [online] 2020 [cited 2020 July 11]. Available from: https://systems.jhu.edu/research/public-health/ncov/.
5. Royal Thai Government Gazette. **Announcement of the Ministry of Public Health.** [online] 2020 [cited 2020 July 13]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/048/T_0001.PDF.
6. Royal Thai Government Gazette. **Official Statement of the Office of the Prime Minister RE : Declaration of an Emergency Situation pursuant to the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situations B.E. 2005** [online] 2020 [cited 2020 July 13]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/A/024/T_0001.PDF.

7. Centers for Diseases Control and Prevention. **Symptoms of Coronavirus** [online] 2020 [cited 2020 July 20]. Available from: https://www.cdc.gov/coronavirus2019- ncov/ symptoms-testing/ symptoms.html.
8. Department of Mental Health. **Knowledge of mental health care in the outbreak situation** [online] 2020 [cited 2020 July 10]. Available from: https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/view.asp?id=36.
9. Pfefferbaum B, North CS. Mental health and the Covid- 19 pandemic. **The New England Journal of Medicine** 2020; 383(6): 510-512.
10. Rajkumar RP. COVID- 19 and mental health: A review of the psychiatry literature. **Asian Journal of Psychiatry** 2020; 52: 1-5.
11. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho C, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Corona disease (COVID -19) epidemic among the general population in China. **International Journal of environmental research and public health** 2020; 17(5): 1-5.
12. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. **The lancet psychiatry** 2020; 7(4):17-18.
13. Xiao C, A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19) related psychological and mental problems: structure letter therapy. **Psychiatry investigation** 2020; 17(2): 175-176.
14. Silpakit O. Srithanya stress scale. **Journal of Mental Health of Thailand** 2008; 16(3): 177-85. [in Thai].
15. Arunpongpaisal S, Kongsuk T, Maneethorn N, Maneethorn B, Wannasawek K, Leejongpermpoon J, et al. Development and validity of two-question screening test for depressive disorders in Northeastern Thai community. **Asian J Psychiatr** 2009; 2: 149-52.
16. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J.Criterion-Related validity of the 9 queations depression rating scale revised of Thai central dialect. **Journal Psychiatry Association Thailand** 2018; 63 (4): 321- 334. [in Thai].

17. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. **WHO South-East Asia J Public Health** 2017; 6: 34–8.
18. Brooks S, Webster R, Smith L, Woodland L, Wessely S, Greemberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **Lancet** 2020; 395: 912-920.
19. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. **Lancet** 2020; 7:1-2.
20. Warapani P, Bamrauras S, Sukaw S, Factor of attempted suicide Kong Krai Rat district, Sukhothai province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2013; 1(1): 70-78. [in Thai].
21. Marin N, Ketsomboon P, Sunakkarat K. Evaluation of the suicide prevention among people with high risk of suicide Wiang Chiang Rung district, Chiang Rai province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2014; 2(1): 37-44. [in Thai].
22. Word Health Organization. **Psychological first aid: Guide for firework** [online] 2011 [cited 2020 July 10]. Available from: https: / / www. who. int/ mental health/ publications/ guide_field_workers/en/.
23. Word Health Organization [WHO]. **Mental health assistance to the populations affected by the Tsunami in Asia** [online] 2015 [cited 2020 July 10]. Available from: https://www.who.int/wer/2015/wer9020.pdf.
24. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek D. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019- nCov) in japan: Mental health consequences and target population. **Wiley public health emergency collection** 2020; 74(4): 281-282.
25. Psychosocial center. **Remote Psychological First Aid during the COVID- 19 outbreak** [online] 2020 [cited 2020 July 20]. Available from: http://www.socialserviceworkforce.org/system/files/resource/files/Remote-Psychological- First- Aid- during-COVID19.pdf