

บทความวิจัยต้นฉบับ :

ผลของรูปแบบการให้บริการการเฝ้าระวังผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้กักตัว  
ในสถานกักกันตัวแห่งรัฐตามแนวทางการดูแลสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรทางการแพทย์  
และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสังกัดกรมสุขภาพจิต

**The Result of Surveillance Services for Mental Health Problems among Detainees in  
state Detention Centers In Accordance with the Guidelines for Mental Health care for  
Healthcare Professionals and Related staff of Department of Mental Health.**

ชนิกรรดา ไทยสังคม

Chanikarnda Thaisungkom

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

Division of Mental Health Services Administration

เบอร์โทรศัพท์ :08-1905-3033 ; E-Mail : kaamoa72@gmail.com

วันที่รับ 19 ส.ค. 2565; วันที่แก้ไข 12 ก.ย. 2565; วันที่ตอบรับ 20 ก.ย. 2565

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผล  
ของรูปแบบการให้บริการการเฝ้าระวังผู้มีปัญหา  
สุขภาพจิตในกลุ่มผู้กักตัวในสถานกักกันตัวแห่งรัฐ  
ตามแนวทางการดูแลสุขภาพจิตสำหรับบุคลากร  
ทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสังกัดกรม  
สุขภาพจิต เป็นการศึกษาวิจัยแบบ *retrospective  
descriptive study* ใช้ข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูล  
ของผู้กักกันตัวใน *State Quarantine* โดยการเก็บ  
ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบรายงานผลการดำเนินงาน  
ในรูปแบบ *google sheet* ระหว่าง เมษายน 2563 ถึง  
กรกฎาคม 2564 จำนวน 1,599 คน และข้อมูลเชิง  
คุณภาพรวบรวมจากแบบรายงานข้อคิดเห็นการใช้  
รูปแบบการให้บริการการเฝ้าระวัง ผู้มีปัญห  
สุขภาพจิตในกลุ่มผู้กักตัวในสถานกักกันตัวแห่งรัฐ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยจำนวน ร้อยละ  
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การ  
เปรียบเทียบคะแนนการประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น  
ก่อนและหลัง ด้วยสถิติ *pair t-test* วิเคราะห์ข้อมูล  
เชิงคุณภาพด้วยการจัดกลุ่มหัวข้อหรือประเด็น โดย  
ใช้การวิเคราะห์สรุปอุปนัย (*analytic induction*)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน  
1,599 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.2 เพศ  
ชาย ร้อยละ 43.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 35 - 60 ปี ร้อยละ  
46.8 มีอายุเฉลี่ย 38.59 ปี การประเมินสุขภาพจิต  
เบื้องต้นก่อนและหลัง พบความเครียดระดับน้อย  
ร้อยละ 92.4, 98.3 ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 92.4,  
99.1 และไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายร้อยละ 98.4, 99.2  
ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้เข้าพักใน  
ช่วงแรกกับช่วงหลังการกักตัว พบว่า ระดับ

วารสารอิเล็กทรอนิกส์วิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา  
ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2565)

ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การใช้ แนวทางการดูแลสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรทาง การแพทย์ในภาพรวมมีความพึงพอใจระดับมาก ที่สุดถึงร้อยละ 83.8 เนื่องจากแนวปฏิบัติมีความ ชัดเจนในการดูแลสุขภาพจิต ขั้นตอนการ ดำเนินงาน การบริหารจัดการทีม การประสานงาน และการส่งต่อรักษาทำให้การดำเนินงานมี ประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** แนวทางการดูแลสุขภาพจิต; สถานกักกัน ตัวแห่งรัฐ; ปัญหาสุขภาพจิต

#### Abstract

The objective of this research were To study the effect of a surveillance service model for people with mental health problems among detainees in state detention centers. According to the guidelines for mental health care for medical personnel and related staff under the Department of Mental Health. Research study The Retrospective descriptive study used retrospective data from the State Quarantine detainee database by collecting quantitative data from a google sheet performance report form between April 2020 and July 2021 for 1,599 participants, and qualitative data from a retrospective descriptive study. Commentary on the use of a surveillance service model for people with mental health problems among detainees in state detention centers Quantitative data were analyzed by number, percentage, mean and standard deviation. Comparison of pre- and post-preliminary mental health assessment scores with pair t-test

statistics. Qualitative data were analyzed by grouping topics or issues using Analytic Induction.

The analysis found that, the sample consisted of 1,599 most of them were 56.2 percent female, 43.8% were male, aged between 35 - 60 years, 46.8%, mean age 38.59 years. From the pre and post- assessment mental health scores, it was found that 92.4%, 98.3% had mild stress, 92.4% did not have depression, 99.1%. There were not 98.4%, 99.2 percent, suicidal tendencies respectively. Comparing the first and second periods, stress, depression and suicide risk levels were significantly reduced at the 0.05 level. Using the mental health care guidelines for healthcare professionals overall had the highest satisfaction level at 83.8 percent because the guidelines were clear in mental health care. Operation procedure Team management, coordination and referrals make operations efficient.

**Key words:** Guidance for mental Health care of State Quarantine Facilities; State Quarantine

#### บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยพบครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของ มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐ ประชาชนจีน วันที่ 30 ธันวาคม 2562 สำนักงานสาธารณสุขเมืองอู่ฮั่น เมือง หลวงของมณฑลหูเป่ย์<sup>[1]</sup> ได้ออกประกาศเป็นทางการ พบโรคปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุ จึงทำให้ การระบาดแพร่กระจายไปอย่างรวดเร็ว มี ผู้ป่วยหนักและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก หลังจากพบ

การระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนและองค์การอนามัยโลกได้ออกมาระบุว่า ไวรัสชนิดดังกล่าว คือ SARS-CoV-2 เรียกว่า COVID-19 (ย่อมาจาก CO แทน corona, VI แทน virus, D แทน disease และ 19 แทน 2019) ตามการประกาศชื่ออย่างเป็นทางการที่ใช้เรียกโรคทางเดินหายใจ ที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และพบการแพร่เชื้อจากคนสู่คน ผ่านละอองฝอยขนาดเล็ก (aerosol) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (public health emergency of international concern – PHEIC) ในวันที่ 30 มกราคม 2563<sup>[2]</sup> ต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก วันที่ 11 มีนาคม 2563 และแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงด้านสาธารณสุขต่อทุกประเทศทั่วโลก และมีผลกระทบในการแพร่ระบาดสูงในประเทศต่าง ๆ กำลังดำเนินการความพยายามอย่างเต็มที่ เพื่อเฝ้าระวังป้องกันการนำเชื้อเข้าจากต่างประเทศและควบคุมการระบาดในประเทศ

เมื่อมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เกิดขึ้นในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มมาตรการคัดกรองและเฝ้าระวังเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษทุกด่านตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2563 จนถึงปัจจุบัน<sup>[3]</sup> โดยตรวจคัดกรองอุณหภูมิของผู้เดินทางเข้าประเทศจากประเทศที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 หากพบว่ามีไข้เกินกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ก็จะดำเนินการประเมินความเสี่ยงและทำการกักกันโรค เพื่อเป็นการเฝ้าระวังในผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศเข้ามาในราชอาณาจักรไทย<sup>[4]</sup> และจัดให้อยู่ในสถานที่กักกัน ซึ่งทางราชการ

กำหนด เรียกว่าสถานกักกันตัวแห่งรัฐ State Quarantine หรือเรียก SQ เพื่อให้การรักษา และควบคุมไม่ให้แพร่เชื้อไปยังชุมชนทั้งที่มีอาการ และไม่มีอาการ กำหนดให้กระทรวงกลาโหมเป็นผู้รับผิดชอบหลัก และกรมควบคุมโรคเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานให้คำปรึกษาด้านการป้องกัน ควบคุมโรค เฝ้าระวังติดตามอาการ และคัดกรองผู้เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค ภายใต้การสั่งการจาก ผู้บัญชาการเหตุการณ์ และหัวหน้าทีม รวมทั้งมีบุคลากรจากกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และกรมอนามัย ให้การสนับสนุนบุคลากรดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง สำหรับกรมสุขภาพจิตร่วมบูรณาการระบบการดูแลผู้กักตัวและผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในด้านการดูแลสุขภาพจิต เพื่อลดผลกระทบในประเด็นด้านจิตใจ ร่วมปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้กักตัวในสถานกักกันตัวแห่งรัฐ State Quarantine ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

โดยกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิตเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการบริหารสถานการณ์และออกแบบแนวทางในการปฏิบัติงาน ได้พัฒนาแนวทางการดูแลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานใน State Quarantine<sup>[5]</sup> ที่มีระบบการดำเนินงานและการปฏิบัติงาน สามารถให้บริการสุขภาพจิตทั้งในช่วงปกติและในกรณีฉุกเฉิน เพิ่มเติมจากการปฐมพยาบาลทางใจขั้นต้น (psychological first aid) เพื่อแก้ปัญหาด้านการประสานงาน ที่อาจส่งผลให้การส่งต่อผู้ป่วยที่เกิดการเจ็บป่วย มีอาการรุนแรงเกิดความล่าช้าหรือไม่ทันการ โดยจัดทำแนวทางปฏิบัติและการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เมื่อพบผู้กักตัวที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช หรือมี

ปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานของ State Quarantine ที่รับผิดชอบผ่านการพิจารณาจากจิตแพทย์สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และนำเข้าหารือในที่ประชุมคณะกรรมการกลุ่มภารกิจปฏิบัติการ (operation) กรมสุขภาพจิต จัดทำเป็นแนวทางการปฏิบัติงานในการดูแลจิตใจใน State Quarantine

การประเมินสุขภาพจิตผู้กักตัวเดือนเมษายน 2563 – กรกฎาคม 2564 ของผู้กักตัวทั้งหมด 43,587 ราย พบความเสี่ยงจากการประเมิน BS3 จำนวน 6,588 ราย พบความเสี่ยง ST5 จำนวน 2,104 ราย พบความเสี่ยง 2Q จำนวน 4,461 ราย พบความเสี่ยง 9Q จำนวน 865 ราย พบความเสี่ยง 8Q จำนวน 623 ราย ส่งพบจิตแพทย์ 128 ราย (สรุปการประชุมปรึกษาหารือการวางระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายใน State Quarantine, 2563 และจากแบบบันทึกข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตผู้กักตัวในสถานกักกันตัวแห่งรัฐในรูปแบบ google sheet) ผู้ที่ถูกกักตัวจะมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต ได้แก่ รู้สึกไม่พึงพอใจ มีความเครียด วิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยว เบื่อหน่าย ซึมเศร้า ที่ต้องสูญเสียอิสรภาพ ทำให้รู้สึกว่าตัวเองไม่สามารถควบคุมการดำเนินชีวิต/กิจวัตรของตน บางคนอาจรู้สึกด้อยค่าที่ถูกรังเกียจและถูกกีดกัน ที่หลายคนรู้สึกว่าถูกรกักกันทำให้สูญเสียโอกาสในการทำมาหากิน ขาดรายได้หรือทำงานตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ทำให้เกิดปฏิกิริยาทางจิตใจ ได้แก่ ความโกรธไม่พอใจ การขู่ฟ้องร้อง ความเครียดและการทำร้ายตนเองได้ ดังนั้น การกักกันตัวควรใช้ระยะเวลาเท่าที่จำเป็น อธิบายเหตุผลความจำเป็นที่ต้องกักกันตัวให้ชัดเจน มีข้อมูล protocol จัดหาอุปกรณ์ สิ่งจำเป็นที่เพียงพอ<sup>6)</sup> กรณีพบปัญหาสุขภาพจิตจะมีการมอบหมายทีม

ช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (mental health crisis assessment and treatment team : MCATT) เป็นทีมสหวิชาชีพสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่ให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก / นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข ทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือแก่ผู้กักตัวที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ให้การปฐมพยาบาลทางใจ (Psychological First Aid) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Counselling by phone) เป็นต้น สำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีอาการและพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตัว ผู้กักตัวเอง จำเป็นต้องส่งตัวผู้กักกันตัวเข้าสู่กระบวนการรักษาที่โรงพยาบาล/สถานด้านจิตเวช กรมสุขภาพจิตได้จัดระบบศูนย์ประสานงานกลางไว้บริการตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้กักตัวที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงและมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตัวผู้กักตัว จัดระบบส่งต่อด้านจิตเวชไว้ให้บริการกรณีเกิดวิกฤตฉุกเฉินด้านจิตเวชอีกด้วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการผลของรูปแบบการให้บริการการเฝ้าระวังผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้กักตัวในสถานกักกันตัวแห่งรัฐตามแนวทางการดูแลสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของสังกัดกรมสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาคู่มือรูปแบบการให้บริการการเฝ้าระวังผู้มีปัญหาสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตสามารถนำไปปรับใช้ในสถานกักกันตัวแห่งรัฐทุกระดับทั้ง Local quarantine สถานที่กักตัวทางเลือก Alternative State Quarantine และสถานที่กักกันในรูปแบบเฉพาะองค์กร (organizational quarantine) ต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

### วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการให้บริการ การเฝ้าระวังผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในสถานกักกันตัวแห่งรัฐ ตามแนวทางการดูแลสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของสังกัดกรมสุขภาพจิต

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อสำรวจข้อมูลสุขภาพจิตของผู้กักตัวในสถานกักกันตัวแห่งรัฐ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตก่อนและหลังการเข้าพักของผู้กักตัวในสถานกักกันตัวแห่งรัฐ
3. เพื่อศึกษาผลของแนวทางการให้บริการ การเฝ้าระวังผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในสถานกักกันตัวแห่งรัฐ

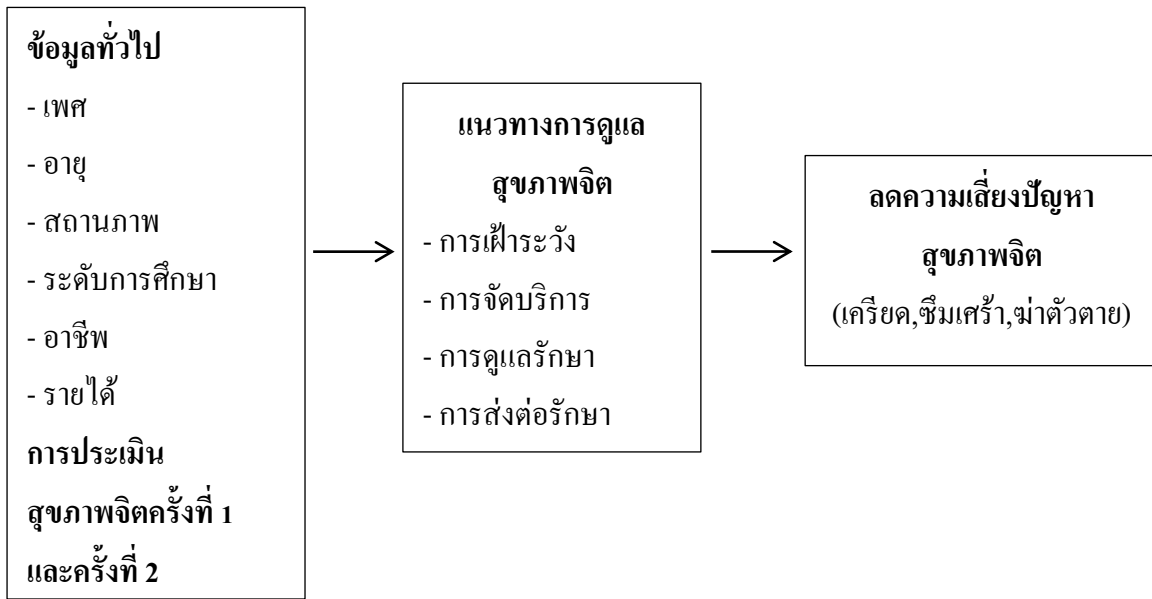
## ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบ retrospective descriptive study ใช้ข้อมูลย้อนหลัง

จากฐานข้อมูลของผู้กักตัวใน State Quarantine โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบรายงานผลการดำเนินงานบันทึกในรูปแบบ google sheet และข้อมูลเชิงคุณภาพรวบรวมจากแบบรายงาน ข้อคิดเห็นการใช้รูปแบบการให้บริการการเฝ้าระวังผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในสถานกักกันตัวแห่งรัฐจำนวน 10 แห่งในเขตกรุงเทพมหานครระหว่าง เมษายน 2563 ถึง กรกฎาคม 2564 ทั้งหมด 1,599 คน

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขององค์การอนามัยโลก<sup>[7]</sup> เกี่ยวกับคำแนะนำด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมในช่วงการระบาดของโควิด-19 เพื่อแนะนำการดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรต่าง ๆ ซึ่งประกอบไปด้วย ประชาชนทั่วไป บุคลากรสุขภาพ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ และคนที่กักตัวอยู่คนเดียว มาเป็นกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในงานวิจัย

### วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ข้อมูลผู้กักตัวใน State Quarantine ได้จากฐานข้อมูลในรูปแบบ google sheet ที่กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต รวบรวมไว้ โดยทำการวิเคราะห์ระหว่างเดือน เมษายน 2563 ถึง กรกฎาคม 2564 เฉพาะผู้กักตัวใน State Quarantine จำนวน 10 แห่งในเขต กรุงเทพมหานคร คัดเลือกข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนจำนวน 1,599 คน จากฐานข้อมูลทั้งหมด จำนวน 17,938 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ข้อมูลแบบบันทึกของผู้กักตัวใน State Quarantine อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มีความสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลที่ใช้ในงานวิจัยนี้คือ ข้อมูลเชิงปริมาณรวบรวมจากข้อมูลทั่วไปและผลการประเมินคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น 2 ครั้ง ของผู้กักตัวใน State Quarantine ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพรวบรวมจากแบบรายงาน ข้อคิดเห็นการใช้รูปแบบการให้บริการการเฝ้าระวังผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้กักตัวในสถานกักกันตัวแห่งรัฐ ตามแนวทางการดูแลสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสังกัด กรมสุขภาพจิตโดยมีรายละเอียดและส่วนประกอบ 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้กักตัวใน State Quarantine ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 การประเมินคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น โดยใช้แบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ได้แก่ แบบประเมินกลุ่มเสี่ยงต่อโรคจิต

เวชและปัญหาสุขภาพจิต 3 ข้อ (BS3) แบบประเมินความเครียด 5 ข้อ (ST-5) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

โดยทำการประเมินสุขภาพจิตก่อนและหลังครั้งที่ 1 วันที่ 3 - 5 ของการเข้าพัก ครั้งที่ 2 วันที่ 11 - 13 ของการเข้าพัก เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของจิตใจและสามารถวิเคราะห์ปัญหาเพื่อการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

- การแปลผลแบบประเมินความเครียด (ST-5) ดังนี้ 0 - 4 คะแนน หมายถึง เครียดน้อย 5 - 7 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง 8 - 9 คะแนน หมายถึง เครียดมาก 10 - 15 คะแนน หมายถึง เครียดมากที่สุด

- การแปลผลแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ดังนี้ คะแนน น้อยกว่า 7 หมายถึง ไม่มีหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก 7 - 12 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย, 13 - 18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และ 19 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

- การแปลผลแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 1 - 8 คะแนน หมายถึง ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย, 9 - 16 คะแนน หมายถึง ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง และมากกว่า 17 หมายถึง ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบคะแนนการประเมินคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้น ก่อนและหลัง ถ้าคะแนนมีการกระจายตัวแบบปกติใช้ สถิติ pair t-test แต่ถ้าคะแนนมีการกระจายตัวไม่ปกติใช้สถิติ Wilcoxon sign rank test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพรวบรวมจากแบบรายงานข้อคิดเห็นการใช้รูปแบบการให้บริการเฝ้าระวัง ผู้มีสุขภาพจิตในกลุ่มผู้กักตัวในสถานกักกันตัวแห่งรัฐ โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการจัดกลุ่มหัวข้อหรือประเด็นโดยใช้การวิเคราะห์สรุปอุปนัย (analytic induction) และแสดงผลโดยการจัดกลุ่มหัวข้อตามข้อคำถาม 5 ข้อ และแยกประเด็นตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้กักตัวในสถานกักกันตัวแห่งรัฐจำนวน 1,599 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.2 เพศชายร้อยละ 43.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 35 - 60 ปี ร้อยละ 46.8 มีอายุเฉลี่ย 38.59 ปี รองลงมาอายุ 18 - 35 ปี ร้อยละ 46.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน/แม่บ้าน ร้อยละ 33.90 รองลงมาคือพนักงานบริษัท/ลูกจ้างเอกชนร้อยละ 20.95 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 88.4 ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต ร้อยละ 98.75 ไม่มีประวัติใช้สุรา/บุหรี่ร้อยละ 78.5 แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=1,599)

ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	898	56.2
ชาย	701	43.8
<b>อายุ</b>		
18 - 35 ปี	742	46.4
35 - 60 ปี	749	46.8
มากกว่า 60 ปี	108	6.8
อายุ (ปี) X = 38.59 S.D.= 12.68 Min = 18 Max=84		
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน/แม่บ้าน	527	33.0
พนักงานบริษัท/ลูกจ้างเอกชน	329	20.6
รับจ้างทั่วไป	261	16.3
นักเรียน/นักศึกษา	237	14.8
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	140	8.8
เกษตรกรกรรม	73	4.6
ข้าราชการ/ลูกจ้าง / พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	32	2.0
<b>ประวัติโรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	1,414	88.4
มี	185	11.6
<b>ประวัติความเจ็บป่วยทางจิต</b>		
ไม่มี	1,498	93.7
มี	101	6.3
<b>ประวัติใช้สุรา/บุหรี่</b>		
ไม่มี	1,256	78.5
มี	343	21.5

การประเมินสุขภาพจิตครั้งที่ 1 ของผู้กักกัน ร้อยละ 92.4, 97.5 และร้อยละ 99.9 ตามลำดับ ระดับ โดยพบภาวะความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความ ปานกลางเท่ากับร้อยละ 5.5, 1.9 และร้อยละ 0.1 เสี่ยงฆ่าตัวตายในระดับเล็กน้อยหรือไม่มีเท่ากับ ตามลำดับ และระดับมากหรือรุนแรงเท่ากับร้อยละ



2.2, 0.6 และร้อยละ 0.0 ตามลำดับ เมื่อติดตาม ประเมินสุขภาพจิตครั้งที่ 2 พบว่าภาวะความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสียงฆ่าตัวตายในระดับ เล็กน้อยหรือ ไม่มีเท่ากับร้อยละ 98.3, 99.7 และ ร้อยละ 99.9 ตามลำดับ ระดับปานกลางเท่ากับ ร้อยละ 1.5, 0.1, และร้อยละ 0.1 ตามลำดับ และ ระดับมากหรือรุนแรงเท่ากับร้อยละ 0.1, 0.1 และ ร้อยละ 0.0 ตามลำดับ แสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า

ประเมินสุขภาพจิต	ประเมินครั้งที่ 1		ประเมินครั้งที่ 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความเครียด (คะแนนเต็ม = 15 )</b>				
เครียดน้อย (คะแนน 0-4)	1,477	92.4	1,572	98.3
เครียดปานกลาง (คะแนน 5-7)	88	5.5	24	1.5
เครียดมาก (คะแนน 8-9)	22	1.4	2	0.1
เครียดมากที่สุด (คะแนน 10-15)	12	0.8	1	0.1
<b>ภาวะซึมเศร้า (คะแนนเต็ม= 27)</b>				
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน 0-6)	1,478	92.4	1,585	99.1
ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (คะแนน 7-12)	81	5.1	10	0.6
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (คะแนน 13-18)	30	1.9	2	0.1
ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (คะแนน 19-27)	10	0.6	2	0.1
<b>ความเสียงฆ่าตัวตาย</b>				
ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย (คะแนน= 0)	1,573	98.4	1,587	99.2
มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ระดับน้อย (คะแนน= 1-8)	24	1.5	11	0.7
มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ระดับปานกลาง (คะแนน= 9-16)	2	0.1	1	0.1
มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ระดับรุนแรง (คะแนน= >17)	0	0.0	0	0.0

ผลการประเมินสุขภาพจิตครั้งที่ 1 ส่วน ใหญ่มีค่าคะแนนความเครียดอยู่ในระดับน้อย คิด เป็นร้อยละ 92.8 ค่าเฉลี่ยการประเมิน 1.37 (SD 1.950) ประเมินครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 98.3 ค่าเฉลี่ยการประเมิน 0.85 (SD 1.216) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมิน

ความเครียดครั้งที่ 2 ต่ำกว่าครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $t=9.107, P<0.01$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะ ซึมเศร้าอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็น ร้อยละ 92.4 ค่าเฉลี่ยการประเมิน 1.14 (SD 3.253) ประเมินครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่มีภาวะ ซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 99.1 ค่าเฉลี่ยการประเมิน

0.19 (SD 1.171) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินความเครียดครั้งที่ 2 ต่ำกว่าครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=11.021, P<0.01$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงฆ่าตัวตายอยู่ในระดับไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 98.4 ค่าเฉลี่ยการประเมิน 0.04 (SD 0.709) ประเมินครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่มี

แนวโน้มฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 99.2 ค่าเฉลี่ยการประเมิน 0.02 (SD 0.328) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินความเครียดครั้งที่ 2 ต่ำกว่าครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=1.037, P<0.01$ ) แสดงดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

ประเมินสุขภาพจิต	ประเมินครั้งที่ 1		ประเมินครั้งที่ 2		t	p – value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความเครียด	1.37	1.950	0.85	1.216	9.107	0.001
ภาวะซึมเศร้า	1.14	3.253	0.19	1.171	11.021	0.001
ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย	0.04	0.709	0.02	0.328	1.037	0.001

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ**

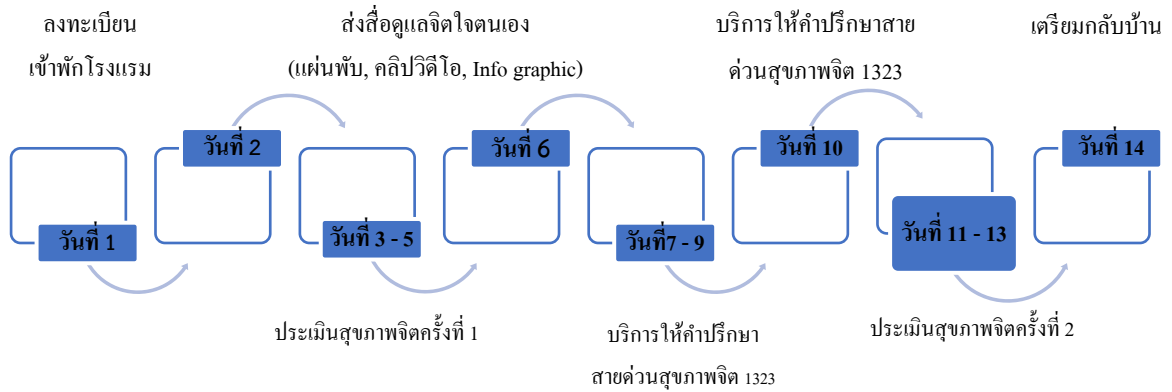
ภารกิจหนึ่งในองค์ประกอบการจัดแบ่งภารกิจหลักในพื้นที่กักกันโรคแห่งรัฐ State quarantine 14 วัน คือการดูแลรักษาด้านจิตใจและการเยียวยา ซึ่งหมายรวมถึงการรักษาภาวะเจ็บป่วยทางจิตเวชทั้งในกลุ่มผู้เข้าพัก และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้เข้าพัก/เจ้าหน้าที่ โรงแรมที่ปฏิบัติงาน ภารกิจดังกล่าวเป็นภารกิจโดยตรงของกรมสุขภาพจิต มีดังนี้

**1. รูปแบบการให้บริการ**

เมื่อผู้เข้าพักเดินทางมาถึงสถานที่กักกันโรคแห่งรัฐแผนกกิจกรรมหลัก คือ ทีมสุขภาพจิตทำหน้าที่ประเมินคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้นทุกคนเริ่มประเมินครั้งที่ 1 ในวันที่ 3 ถึง วันที่ 5 หลังจากการเข้าพักทีมสุขภาพจิตจะให้การดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ผู้ที่มีประวัติทางจิตเวช เช่น โรคจิต

เวช โรคซึมเศร้า และโรคเครียด ประเมินครั้งที่ 2 ในวันที่ 11 ถึง วันที่ 13 หลังจากเข้าพัก จะให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเตรียมพร้อมที่จะกลับสู่ครอบครัวและชุมชน โดยใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพจิตที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และดำเนินการประเมินผ่านการสนทนาแบบตัวต่อตัว เมื่อคัดกรองแล้วพบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตผู้เข้าพักจะได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจิตเช่น การดูแลเยียวยาทางจิตใจเบื้องต้น การดูแลจิตใจตนเองในรูปแบบของสื่อแผ่นพับ infographic หรือคลิปการจัดการความเครียด (ผ่าน Admin กลุ่มไลน์ของโรงแรม ที่ประสานโดยตรงกับผู้เข้าพัก) และติดตามประเมินผลอาการหลังรับการปรึกษาเป็นเวลา 1 สัปดาห์ หากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อให้ทีมวิกฤตสุขภาพจิตเพื่อประเมินและดูแลต่อเนื่อง

และจัดบริการให้คำปรึกษาสายด่วนสุขภาพจิต 1323  
ไว้ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง



ภาพ 2 แผนผังการดำเนินงาน

## 2. วิธีการและและเทคนิคการนำรูปแบบไปใช้

การดำเนินงานดูแลสุขภาพจิตของผู้กักกันตัวในสถานที่แห่งรัฐจัดให้ที่ได้ผลดี ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบสำคัญ คือ การจัดระบบสนับสนุนที่ดี การจัดบริการหลักที่มีประสิทธิภาพ และมีการกำหนดผลลัพธ์ที่ชัดเจน เพื่อการทบทวนและปรับปรุงผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จากข้อค้นพบดังกล่าวจึงนำมาซึ่งแนวทางการดำเนินงานเพื่อการดูแลสุขภาพจิตในสถานที่กักกันตัวในสถานที่แห่งรัฐ

**2.1 การจัดระบบสนับสนุนที่ดี** กรมสุขภาพจิตได้จัดตั้งทีม Operation ของกรมสุขภาพจิต บริหารสถานการณ์และออกแบบแนวทางในการปฏิบัติงาน เพื่อระดมทีมสหวิชาชีพ ที่ให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต

เช่น แพทย์ พยาบาล เกษัชกร นักจิตวิทยาคลินิก / นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข ทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือแก่ผู้กักตัวที่มีปัญหาสุขภาพจิต ทีมสุขภาพจิตทุกคนที่ได้รับการอบรมและมีทักษะการประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น และการจัดการบริการดูแลทางด้านสังคมและจิตใจ เป็นต้น

**2.2 การจัดบริการหลักที่มีประสิทธิภาพ** ทีมสุขภาพจิตได้จัดบริการคัดกรองและประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการปฐมพยาบาลทางใจ ซึ่งตระหนักถึงการเตรียมการจัดกิจกรรมการดูแลที่มีการคำนึงถึงความรู้สึกและอารมณ์ เพื่อช่วยลดปัญหาระยะยาวของผู้กักตัวและเพิ่มความร่วมมือในการดูแลตัวเองมากขึ้น เมื่อพบปัญหาสุขภาพจิตจะให้การช่วยเหลือตามระบบ service plan หากจำเป็นต้องส่งตัวผู้กักตัว

เข้าสู่กระบวนการรักษาด้านจิตเวช กรมสุขภาพจิตได้ จัดระบบศูนย์ประสานงานกลางไว้บริการตลอด 24 ชั่วโมง และจัดระบบส่งต่อด้านจิตเวชไว้ให้บริการ กรณีเกิดวิกฤตฉุกเฉินด้านจิตเวช

**2.3 การกำหนดผลลัพธ์ที่ชัดเจน** การประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นและหลังการเข้าพัก กำหนดประเมิน 2 ครั้ง ตามแนวทางการดูแลสุขภาพจิต เมื่อเสร็จสิ้นภารกิจผู้ปฏิบัติงานรายงาน

ผลการคัดกรองการประเมินสุขภาพจิตให้กับกอง บริหารระบบบริการสุขภาพจิต เพื่อรายงานและส่ง ต่อข้อมูลให้กับทางการแพทย์ เพื่อเชื่อมโยงการดูแล รักษาาร่วมกัน

**3. ความคิดเห็นต่อรูปแบบการให้บริการ**  
**การเฝ้าระวังผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้กักตัวใน**  
**สถานกักกันตัวแห่งรัฐ**

หัวข้อ	รายละเอียด
แบบประเมิน	- แบบประเมินกลุ่มเสี่ยงต่อโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตทาง โทรศัพทมีมือถือ เป็นวิธีการที่เรื่อนำมาใช้ในการระบาดครั้งนี้ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการค้นหาผู้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ การประเมินสุขภาพจิตครั้งที่ 1 เพื่อให้การช่วยเหลือทางจิตใจภายใต้ สถานการณ์การแยกกักตัว โดยมีการประเมินที่ชัดเจนจึงใช้เป็นแนวปฏิบัติ ที่ชัดเจนทำให้เกิดการนำไปใช้ได้ง่าย ช่วยให้สามารถดูแลกลุ่มเสี่ยงได้เร็ว
การประเมินสุขภาพจิต	- แนวทางการประเมินและการดูแลสุขภาพจิต การประเมินสุขภาพจิต ตั้งแต่เข้าและก่อนออกจากสถานที่กักกันของรัฐ และติดตามกลุ่มเสี่ยง ต่อปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องจนหมดความเสี่ยง โดยใช้เครื่องมือ ประเมินสุขภาพจิตที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยแนะนำผู้เข้าพักรักษาแบบประเมินผ่าน โทรศัพทมีมือถือ ทั้งนี้ถ้ามีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ทีมสุขภาพจิต จะทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติม และดำเนินการประเมินผ่านการสนทนา แบบตัวต่อตัว รวมทั้งพิจารณาปรึกษาแพทย์และทีมสหวิชาชีพเพื่อจัดการ ปัญหาสุขภาพจิต

**4. ความพึงพอใจในภาพรวม**

ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการดูแลสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสังกัดกรมสุขภาพจิตของ ทีมงานในภาพรวมระดับมากที่สุดถึงร้อยละ 83.8 เนื่องจากมีการพัฒนาร่วมกันหลายครั้งระหว่าง

จิตแพทย์และผู้ปฏิบัติหน้างาน ทำให้การดำเนินงาน มีประสิทธิภาพ มีลำดับการปฏิบัติงานชัดเจน เมื่อเกิด เหตุการณ์วิกฤตก็สามารถปฏิบัติในหน้างานได้อย่าง รวดลัน เนื่องจากแนวปฏิบัติ มีความชัดเจนใน การบริหารจัดการทีม รวมถึงมีการตรวจสอบ ติดตาม การปฏิบัติงาน และการแก้ปัญหาต่าง ๆ ตลอดเวลา

ทีมงานจึงมีความตื่นตัวและให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี

## 5. ข้อเสนอการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการเฝ้าระวังผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

5.1 การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกใจที่จะรับความช่วยเหลือด้านจิตใจแบบไม่เผชิญหน้า รวมทั้งข้อจำกัดด้านเวลาและสถานะสุขภาพ ทำให้การสื่อสารในบางประเด็นไม่ชัดเจน

5.2 การให้การปรึกษาทางด้านออนไลน์ก็มีอุปสรรคที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข และมีข้อจำกัด เช่น สัญญาณอินเทอร์เน็ต ชิมโทรศัพท์ ดังนั้นหากการปรึกษาทางด้านออนไลน์สามารถลดข้อจำกัดดังกล่าวลงมาได้ ก็จะสามารถเป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต

## อภิปรายผลการวิจัย

มาตรการกักกันและการแยกตัวในสถานกักกันตัวแห่งรัฐที่นำมาใช้อย่างเร่งด่วนเพื่อควบคุมการระบาดใหญ่ของโควิด-19 เมื่อประเมินสุขภาพจิตพบว่ามีความเครียดน้อยร้อยละ 92.4 มีเพียงร้อยละ 2.2 เท่านั้น ที่มีความเครียดในระดับมากถึงมากที่สุด เช่นเดียวกับภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายอยู่ในระดับน้อย ซึ่งการกำหนดมาตรการกักตัวในช่วงการระบาดของโควิด-19 มีส่วนทำให้ผู้กักกันประสบปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตหรือทางร่างกายอยู่ก่อนแล้ว แต่รุนแรงมากขึ้นแตกต่างกัน<sup>[8]</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาความคิดเห็นของผู้เดินทางมาจากต่างประเทศต่อการจัดบริการของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ณ พื้นที่ควบคุมโรคแห่งรัฐในการป้องกันการแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 ผู้เข้าพักร้อยละ 58.1 มีความเครียดความกังวลอยู่ในระดับน้อยมีเพียงร้อยละ 2.4 ที่มีความเครียดและความกังวลในระดับสูง<sup>[9]</sup> สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบทางจิตใจในกลุ่มประชากรทั่วไปช่วงการระบาดรุนแรง ในประเทศจีนด้วยการประเมินตนเองแบบออนไลน์พบว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่เป็นผู้ที่กักตัวอยู่ในบ้าน 20-24 ชั่วโมง ต่อวันร้อยละ 84.7 และพบปัญหาดังกล่าวมากในผู้หญิง เป็นนักเรียนหรือกำลังศึกษามีอาการเจ็บป่วยทางกายหรือยากจนได้รับผลกระทบทางจิตใจในระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 53.8 อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง ถึงรุนแรง ร้อยละ 16.5 มีระดับความเครียดอยู่ที่ระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 8.1 การตอบสนองทางอารมณ์ต่อภาวะเครียด ได้แก่ รู้สึกเสียใจ รู้สึกดิ่งเครียด รู้สึกเหงา รู้สึกไร้ค่า และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล หวาดกลัว หงุดหงิดและมีปัญหาการนอนได้ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้กักตัวมีกิจกรรมประจำวันในการดูแลตนเองและดูแลสุขภาพจิต ด้วยวิธีการดูแลที่เหมาะสม โดยผ่านช่องทางการสื่อสาร เช่น โทรศัพท์มือถือ/Tele conference group /Line group เป็นต้น

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการประเมินสุขภาพจิตของผู้กักตัวในช่วงแรกกับช่วงหลังในสถานกักกันตัวแห่งรัฐ พบว่า ระดับความเครียดภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของการกักกันสุขภาพจิตของประชากรทั่วไปในประเทศจีนในช่วงการระบาดของโควิด-19 ค้นพบรูปแบบการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาที่ชัดเจนสำหรับผู้ถูกกักกัน ระดับภาวะซึมเศร้าที่เป็นกังวลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทันทีหลังการกักกัน แต่จะค่อย ๆ ลดลงเมื่อการกักกัน

ดำเนินไป<sup>[10]</sup> แม้การกักตัวจะมีความจำเป็นเพื่อควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค การใช้แนวทางการดูแลสุขภาพจิตในสถานที่กักกันจึงเป็นสิ่งที่เหมาะสมในการดูแลจิตใจ ในเรื่องการสนับสนุนทางอารมณ์ การปรับความคิด การออกกำลังกายหรือกิจกรรมที่ผ่อนคลาย การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ในการสื่อสารกับครอบครัว เพื่อน ประกอบกับมีรูปแบบในการให้บริการที่หลากหลาย เพื่อลดผลกระทบทางจิตวิทยาที่ไม่พึงประสงค์

แนวทางการดูแลสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องซึ่งสังกัดกรมสุขภาพจิต ได้พัฒนาเครื่องมือและสื่อการเรียนรู้เพื่อผู้กักตัวในการดูแลสุขภาพจิตในสถานที่กักกันของรัฐ เช่น การบริการและการให้คำปรึกษา การให้ข้อมูล ปฏิบัติทางจิตใจต่อภาวะถูกเงินทางสาธารณสุข และคำแนะนำกลวิธีรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม ผลลัพธ์จากการประเมินสุขภาพจิตก่อนและหลังการกักตัวดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเหล่านี้ชี้ให้เห็นแนวทางการดูแลสุขภาพจิตช่วยลดผลกระทบด้านสุขภาพจิต จากการกักกันและเสริมสร้างความเป็นอยู่ที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยงภายใต้สภาวะการระบาดใหญ่ จากการศึกษา<sup>[11]</sup> เสนอว่าการให้บริการสุขภาพจิตศึกษา มีส่วนช่วยให้อาการดีขึ้น สำหรับผู้ที่ถูกกักกันโรค มีข้อเสนอแนะให้รักษากิจวัตรประจำวัน ทั้งการเว้นระยะห่างทางกายภาพแต่ยังคงรักษากิจวัตรทางสังคมผ่านโทรศัพท์และสื่อสังคม ดูแลสุขภาพและมองโลกในแง่ดี<sup>[12]</sup>

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้กักกันตัวผ่านทางโทรศัพท์และสื่อออนไลน์ สามารถใช้ดูแลประชาชนได้ในช่วงที่มีการจำกัดการเข้าถึงและจำกัดพื้นที่ เพื่อเป็นมาตรฐานในการดูแลและลดความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้

### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาประสิทธิผลที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่ม หรือศึกษาในรูปแบบ control study เพื่อให้เห็นผลที่ชัดเจนมากขึ้น

2.2 ควรศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในระยะยาว รวมถึงปัจจัยที่จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต

## การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต หนังสือรับรองเลขที่ DMH.IRB.CO.A 003/2565 ข้อมูลที่ได้จากหน่วยงานที่เป็นเจ้าของฐานข้อมูลจะมีการแปลงข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้กักกันตัวให้เป็นรหัสอื่น (encryption) เพื่อเป็นการรักษาความปลอดภัยให้กับผู้กักกันตัวแต่ละราย ทั้งนี้ การวิเคราะห์ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงเบญจพร ปัญญา ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ระดับ 11 และนายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ

กรมสุขภาพจิตที่ให้คำแนะนำข้อเสนอแนะ ช่วยให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
- [2] World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-March-2020>.
- [3] กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
- [4] รายงานข่าวกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประจำวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2563. [ออนไลน์]. (2564). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 กันยายน 2564]. เข้าถึง
- [5] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการสถานที่กักกันซึ่งราชการกำหนด (State Quarantine: SQ). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.
- [6] Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*; 2020.
- [7] World Health Organization. Mental Health and Psychosocial Considerations During COVID-19 Outbreak. [online]. (2020). [cited December 23, 2020]. Available from : [https://dmh.go.th/covid19/download/files/WHO\\_12MARCH.pdf](https://dmh.go.th/covid19/download/files/WHO_12MARCH.pdf)
- [8] Yunhe Wang, Le Shi, Jianyu Que, Qingdong Lu, et al, 2021. The impact of quarantine on mental health status among general population in China during the COVID-19 pandemic 26 :4813–22. *Molecular Psychiatry*; 2021.
- [9] นิธิรัตน์ พูลสวัสดิ์ และคณะ. ความคิดเห็นของผู้เดินทางมาจากต่างประเทศต่อการจัดบริการของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ณ พื้นที่ควบคุมโรคแห่งรัฐในการป้องกันการแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 20195 วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2563; 1 : 1 – 12.
- [10] Lu W, Yuan L, Xu J, Xue F, Zhao B, Webster C, 2020. The Psychological

- Effects of Quarantine During COVID-19  
Outbreak: Sentiment Analysis of Social  
Media Data. SSRN (2020). [cited  
December 23, 2020 ]. Available from :  
<https://ssrn.com/abstract=3627268.pdf>
- [11] Bo HX, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q,  
Cheung T, et al. Posttraumatic stress  
symptoms and attitude toward crisis mental  
health services among clinically stable  
patients with COVID-19 in China.  
Psychological Medicine 2021; 51(6) : 1-2.
- [12] ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. แนวทางการดูแล  
จิตใจในโรงพยาบาลสนาม. นนทบุรี: กรม  
สุขภาพจิต; 2563.