

## ปกิณกะ

### ผลการดำเนินงาน Line Official Account : @KHUIKUN

นักรกร จำปาทอง, พบ.

สุบิน สมิน้อย, ศษ.ม.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

## หลักการและเหตุผล

ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา องค์การอนามัยโลก (WHO) เห็นว่าการระบาดได้แพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว วันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 จึงได้ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) โดยได้แนะนำให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ให้ขยายวงกว้าง และในวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 ได้ประกาศให้เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) ซึ่งถือเป็นวิกฤตด้านสุขภาพที่กระทบกับประชาชนในหลายประเทศทั่วโลก การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าส่งผลเสียต่อความทุกข์ทางจิตใจและการเจ็บป่วยทางจิต เช่น การนอนหลับถูกรบกวน อาการวิตกกังวล และซึมเศร้า ประมาณร้อยละ 16–28 (Rajkumar, 2020) มีภาวะซึมเศร้าและการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นในระดับที่เป็นอันตราย และมีสภาพจิตใจต่ำกว่าปกติ โดยคนที่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้แอลกอฮอล์ (Ahmed et al., 2020)

ในช่วงเวลาที่ต้องเผชิญหน้ากับวิกฤตการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หน่วยงานด้านสาธารณสุขได้พยายามควบคุมการแพร่ระบาดอย่างเต็มกำลัง และขณะเดียวกันวิกฤตการณ์นี้ก็ส่งผลให้เกิดความเครียดต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมในวงกว้าง การดูแลช่วยเหลือประชาชนเพื่อลดและป้องกันปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไม่ให้ความรุนแรงมากขึ้นจึงเป็นสิ่งจำเป็น มีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 มีผลกระทบทางจิตสังคมอย่างมาก สืบเนื่องจากการแพร่ระบาดอาจจะยังคงมีอยู่เป็นเวลาหลายเดือนและหลายปีข้างหน้า มีการศึกษาที่ระบุว่า การแพร่ระบาดของโรคเกี่ยวข้องกับความรู้สึกความเครียด ความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยวทางสังคม ความกลัวการติดต่อ ภาวะซึมเศร้า และการนอนไม่หลับในประชากรทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงปัญหาทางเศรษฐกิจซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การกำเริบของภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติด และโรคทางจิตเวชอื่นๆในกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่มีอยู่ก่อนและผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความชุกของโรคสูง ผู้รอดชีวิตจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 อาจมีความเสี่ยง

ในการฆ่าตัวตายในระหว่างและหลังการระบาดสูงขึ้น (Sher, 2020) ถึงแม้ยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนว่ามีการทำร้ายตัวเองและการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (John et al., 2020) สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพจิตต้องเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันและรุนแรง จากมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมและการจำกัดการดูแลแบบตัวต่อตัวไปสู่การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารแบบออนไลน์สำหรับการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพดี ลดการเดินทางที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ แต่จำเป็นต้องมีการปรับปรุงเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตที่เรียกว่า e-mental health technologies (Feijt et al., 2020)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ตระหนักในการดูแลสุขภาพจิตประชาชนควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพกายของประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วย ผู้ที่ถูกกักตัวรวมถึงบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นแนวหน้าของการต่อสู้กับโรคระบาด ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของงานป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว การดูแลสุขภาพจิตจะช่วยบรรเทาความเครียด วิตกกังวลใจ ให้สามารถรับมือกับสภาวะอารมณ์ด้านลบจากการระบาดของโรค โดยการบูรณาการการสนับสนุนแหล่งช่วยเหลือทางสุขภาพจิตแบบออนไลน์ ที่มุ่งให้ประชาชนดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ การปฐมพยาบาลทางใจ การรับคำปรึกษา

ทาง line application การรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเอง

### วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการให้บริการปรึกษา Line Official Account : @KHUIKUN

### วิธีดำเนินการ

เป็นการนำแอปพลิเคชัน line official account มาสร้างบัญชีและเนื้อหาในการให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตช่วงโควิดระบาด ให้ประชาชนสามารถสร้างบัญชีของตนเพื่อส่งข้อความเป็นเพื่อนกับ line official account: @KHUIKUN ให้สามารถแชทปรึกษา หรือเลือกที่จะทำแบบประเมิน 2Q, 8Q, 9Q และ ST-5 หรือบริการฝากเบอร์ให้โทรกลับ เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยเวลา 00.00-08.00 กำหนดเป็นบริการข้อความตอบกลับอัตโนมัติ (Auto Reply Messages) เวลา 08.00-16.00 และ 16.00-24.00 น. จัดให้มีให้มีผู้ปฏิบัติงานแชทให้การปรึกษา 2-3 คน/เวร และผู้ดูแลระบบ 1 คน/เวร หากการแชทปรึกษามีปัญหาซับซ้อนไม่สะดวกในการแชทปรึกษา หรือผู้รับบริการมีประเด็นปัญหาเร่งด่วน จะส่งข้อมูลให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ติดต่อกลับ และ/หรือ ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การช่วยเหลือต่อไป

### กลุ่มเป้าหมาย

ประชาชนทั่วไป และประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-19

## ผลการให้บริการ

Line Official Account: @KHUIKUN เปิดให้บริการวันที่ 14 เมษายน 2563 ข้อมูล ณ วันที่ 13 กันยายน 2563 มีผู้ใช้งานจำนวน 8,518 คน มีการส่งข้อความการแชททั้งสิ้น 307,375 ครั้ง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บริการ พบว่าเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 83.5 ช่วงอายุมากที่สุดคือ 20-24 ร้อยละ 22.2 รองลงมาคือ 25-29 ร้อยละ 16.2 ตำแหน่งพื้นที่ที่ผู้ใช้งานมากที่สุดคือ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 25.3 รองลงมา

คือ ภาคอีสาน ร้อยละ 22.5 ลักษณะการเข้าใช้งานมากที่สุดคือการเพิ่มเป็นเพื่อนผ่านการสแกนคิวอาร์โค้ดและผ่านเว็บเพจ ร้อยละ 51.1 รองลงมาคือ ผ่านช่องทางบริการย่อยของไลน์ ร้อยละ 35.2 ประเด็นการปรึกษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ในที่นี้นำเสนอเฉพาะ 5 อันดับแรก พบว่ามีความเครียดความวิตกกังวลมากที่สุด ร้อยละ 40.3 รองลงมาคือ ความผิดปกติทางอารมณ์ (เช่น อารมณ์แปรปรวน หรืออารมณ์เศร้า หรืออาการซึมเศร้า เบื่อหน่ายท้อแท้) ร้อยละ 30.6 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนร้อยละประเด็นการปรึกษาของผู้ใช้งาน Line Official Account: @KHUIKUN (n=10,227)

| ประเด็นการปรึกษา                           | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|--------------------------------------------|-------------|--------|
| ความเครียดความวิตกกังวล                    | 4,121       | 40.0   |
| ความผิดปกติทางอารมณ์                       | 3,126       | 30.6   |
| ปัญหาความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวและผู้อื่น | 1,161       | 11.4   |
| คิดอยากตายหรืออยากฆ่าผู้อื่น               | 432         | 4.2    |
| การเจ็บป่วยทางจิตหรือมีอาการทางจิตกำเริบ   | 170         | 1.7    |

ด้านการช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) พบว่า วิธีการช่วยเหลือที่ใช้เป็นอันดับสูงที่สุดคือการช่วยเหลือทางจิตสังคม ได้แก่ การรับฟัง การให้กำลังใจ การเสนอเทคนิคการจัดการกับอารมณ์

ความรู้สึก การปรับมุมมอง ร้อยละ 74.1 รองลงมาคือ ให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือใกล้บ้าน ร้อยละ 12.3 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงจำนวนร้อยละวิธีการช่วยเหลือผู้ใช้งาน Line Official Account: @KHUIKUN (n=14,473)

| วิธีการช่วยเหลือ                                             | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|--------------------------------------------------------------|-------------|--------|
| การช่วยเหลือทางจิตสังคม                                      | 10,709      | 74.0   |
| ให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือใกล้บ้าน                              | 1,776       | 12.3   |
| แนะนำทำแบบทดสอบ                                              | 1,238       | 8.5    |
| ให้สุขภาพจิตศึกษา                                            | 596         | 4.1    |
| ประสานความช่วยเหลือฉุกเฉิน และส่งต่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง | 154         | 1.1    |

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินภาวะ  
สุขภาพจิตผู้เข้าใช้งานเข้ามาประเมินตนเอง  
ด้วยแบบประเมินความเครียด ST-5 พบว่ามี

ความเครียดระดับมากที่สุด ร้อยละ 57.5 รองลง  
มาคือ เครียดปานกลาง ร้อยละ 20.2 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** แสดงจำนวนร้อยละระดับความเครียด (n=13,255)

| ระดับความเครียด               | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|-------------------------------|-------------|--------|
| เครียดมากที่สุด (10-15 คะแนน) | 7,622       | 57.5   |
| เครียดมาก (8-9 คะแนน)         | 2,673       | 20.2   |
| เครียดเล็กน้อย (0-4 คะแนน)    | 782         | 5.9    |

ผลการประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะซึม  
เศร้า 2 คำถาม พบว่ามีความเสี่ยงมีภาวะซึมเศร้า

ร้อยละ 90.8 ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** แสดงจำนวนร้อยละความเสี่ยงมีภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (n=13,255)

| ความเสี่ยงมีภาวะซึมเศร้า | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|--------------------------|-------------|--------|
| มีความเสี่ยงซึมเศร้า     | 12,038      | 90.8   |
| ไม่มีความเสี่ยงซึมเศร้า  | 1,217       | 9.2    |

ผลประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า  
9 คำถาม พบว่า มีอาการซึมเศร้าระดับ ปานกลาง

มากที่สุด ร้อยละ 35.3 รองลงมา คือ อาการซึมเศร้า  
ระดับรุนแรง ร้อยละ 28.9 ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** แสดงจำนวนร้อยละอาการซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (n=13,132)

| ภาวะซึมเศร้า                          | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|---------------------------------------|-------------|--------|
| อาการซึมเศร้ารุนแรง (19 คะแนน ขึ้นไป) | 3,807       | 28.9   |
| อาการซึมเศร้าปานกลาง (13-18 คะแนน)    | 4,629       | 35.3   |
| อาการซึมเศร้าเล็กน้อย (7-12 คะแนน)    | 3,435       | 26.2   |
| ไม่มีอาการซึมเศร้า (ต่ำกว่า 7 คะแนน)  | 1,261       | 9.6    |

ด้านการประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย  
ด้วย 8 คำถาม พบว่า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย  
ระดับรุนแรง มากที่สุด ร้อยละ 55.5 รองลงมา

คือ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง  
ร้อยละ 21.6 ดังตารางที่ 6

## ตารางที่ 6 แสดงจำนวนร้อยละความเสี่ยงฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (n=13,431)

| ระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย          | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
|--------------------------------------|-------------|--------|
| ระดับรุนแรง (ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป) | 7,466       | 55.5   |
| ระดับปานกลาง (9-16 คะแนน)            | 2,899       | 21.6   |
| ระดับน้อย (1-8 คะแนน)                | 2,183       | 16.3   |
| ไม่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย          | 883         | 6.6    |

### ปัญหาและอุปสรรค

1. การบริหารจัดการอัตรากำลังต่อเวรบางช่วง มีผู้ใช้บริการมาก ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ทันที
2. การจัดทำรูปแบบข้อมูลการส่งต่อให้โทรกลับ ไม่ชัดเจน
3. ผู้รับบริการมักจะปรึกษาเรื่องเดิมซ้ำๆ
4. เจ้าหน้าที่ขาดข้อมูลการให้การปรึกษาในรายที่มีปัญหาซับซ้อนทำให้เจ้าหน้าที่เครียด
5. ขาดแหล่งข้อมูลการประสานงาน หรือการส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
6. ค่าตอบแทนต่ำ ไม่จูงใจให้เจ้าหน้าที่สมัครขึ้นปฏิบัติงาน
7. ผู้รับบริการแสดงอารมณ์ได้อย่างเต็มที่ แต่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานต้องควบคุมอารมณ์อย่างเต็มที่ ทำให้เครียดมาก รู้สึกเหมือนเป็นที่รองรับอารมณ์ผู้ใช้บริการอาจส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟได้
8. การจัดทำแผนการบอร์ดแคสให้สอดคล้องกับจัดอัตรากำลัง
9. อุปกรณ์มือถือ สัญญาณ Internet และ PC ไม่พร้อมเท่าที่ควร

### ข้อเสนอแนะ

1. ให้กำหนดเป็นนโยบายการสำคัญของหน่วยงาน เพื่อให้เป็นบริการที่สอดคล้องกับยุคสมัย มีความยั่งยืน มีความก้าวหน้า ทันสมัย โดยมีการปรับปรุงเนื้อหาการให้บริการที่ไม่สร้างภาระให้กับผู้ปฏิบัติงานและหน่วยงาน เช่น ช่วงเวลาการให้บริการ ค่าใช้จ่าย เป็นต้น
2. ให้มีการพัฒนาระบบร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ที่เข้าใช้งานที่มีวิกฤตสุขภาพจิต อย่างต่อเนื่อง
3. ให้มีการพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติงานให้มีความเชี่ยวชาญ และมีความพร้อมในการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ
4. กำหนดให้บริการแพทย์ให้การปรึกษาในเวลาราชการ เป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติของทีมนสหวิชาชีพในหน่วยงาน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์

## เอกสารอ้างอิง

1. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. Asian Journal of Psychiatry 2020; 52: 1-5. DOI.org/10.1016/j.ajp.2020.102066.
2. Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L and Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. Asian Journal of Psychiatry 2020; 51: 2-7. DOI.org/10.1016/j.ajp.2020.102092.
3. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. An International Journal of Medicine 2020; 00: 1-6. doi: 10.1093/qjmed/hcaa202.
4. Feijt M, Kort Y, Bongers I, Bierbooms J, Westerink J and IJsselsteijn W. Mental Health Care Goes Online: Practitioners' Experiences of Providing Mental Health Care During the COVID-19 Pandemic. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking 2020; 00: 1-5. DOI: 10.1089/cyber.2020.0370.