

บทความวิชาการ

แนวทางการดูแลสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์ วิกฤติโรคโควิด-19: กรณีศึกษา

Guidelines for Mental Health Care on Health Care Providers in The COVID-19 Crisis: A Case Study

สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง^{1*} ศุภวรรณ ใจบุญ¹ ดวงรัตน์ กวีนันทชัย¹ วรรณภา พิพัฒน์ธนวัง²
Surinrat Baurangthienthong^{1*} Supawan Jaiboon¹ Duangrat Kaveenuntachai¹ Wannapa Pipattanawong²

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จังหวัดกรุงเทพมหานคร

¹Lecturer, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand.

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ จังหวัดเชียงใหม่

²Lecturer, Faculty of Nursing, Maejo University, Chiang Mai, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: surinrat.bau@nmu.ac.th

*Corresponding author: surinrat.bau@nmu.ac.th

Received 27 April 2022 • Revised 9 August 2022 • Accepted 17 August 2022

บทคัดย่อ

บทนำ: สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว บุคลากรทางการแพทย์คือผู้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและเสียชีวิต เนื่องจากการดูแลใกล้ชิดกับผู้ที่มีความเสี่ยงติดเชื้อ หรือผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ดังนั้นภาระงานที่มากขึ้น ภาวะเสี่ยงอันตรายแก่ชีวิตและการห่างจากครอบครัวของบุคลากรทางการแพทย์ในภาวะวิกฤติ ก่อให้เกิดความเครียดสะสม เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ บุคลิกภาพ ตามด้วยปัญหาสุขภาพจิต ส่งผลต่อคุณภาพการทำงานและทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามในหน่วยงานต่าง ๆ ยังไม่มีแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นรูปธรรม ดังนั้นในบทความนี้ผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมและนำเสนอแนวทางการดูแลสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์วิกฤติโรคโควิด-19 เพื่อสามารถดูแลช่วยเหลือและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม **สรุป:** หากหน่วยงานมีแนวทางการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วย การเฝ้าระวังติดตาม การประเมินสภาวะสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยให้บุคลากรเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและได้รับการดูแลทางจิตใจได้อย่างเหมาะสม นำมาซึ่งพลังและความหวังที่จะผ่านวิกฤติไปได้ด้วยมีสุขภาพกายและทางจิตใจที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: แนวทางการดูแลสุขภาพจิต; บุคลากรทางการแพทย์; ภาวะวิกฤติ; โรคโควิด-19

Abstract

Introduction: The covid-19 pandemic situation caused has numerous cases of patients and deaths, and both cases increased rapidly. Health care providers are at high risk of infection and death since they have provided immediate care to patients who are high-risk contact patients or infected patients. Therefore, increasing workload, risk of life, and being away from a family during the crisis, all led health personal to chronic stress. Their emotions and personalities were changed and followed by mental problems affecting their work quality. However, there is no concrete guideline for mental health care for health care providers in any agency. In this article, the authors did integrated literature review and presented the guidelines an mental health care for health care providers in the COVID-19 crisis to provide help and manage the problem properly. **Conclusion:** If the agency has the guidelines for mental health care on health care providers, consisting of observation and mental health assessment continuously, it will provide health services to healthcare providers. Consequently, they will have power and hope to overcome the COVID-19 crisis with a healthy soul.

Keywords: guidelines for mental health care; health care provider; crisis; COVID-19

บทนำ

โรคโควิด-19 (Corona Virus Disease 2019: COVID-19) เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนา ซึ่งมีชื่อทางการว่า SARS-Co V-2 เป็นโรคที่อันตราย พบการติดเชื้อครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น (Wuhan) ประเทศจีน ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ได้พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการปอดอักเสบรุนแรง โดยไม่ได้เกิดจากเชื้อไข้หวัด หลังจากนั้นลุกลามไปทั่วโลก โดยประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันนอกประเทศจีน เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563¹ จากการแพร่ระบาดในพื้นที่เสี่ยง ได้แก่ สถานบันเทิง ตลาดสด เรือนจำ เป็นต้น การแพร่ระบาดกระจายตัวเป็นกลุ่มขนาดใหญ่ เนื่องจากความแออัด การใช้เวลาร่วมกันเป็นเวลานาน ขาดการเว้นระยะห่าง และละเลยการปฏิบัติตัวตามมาตรการส่วนบุคคล จึงทำให้เชื้อแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็ว จนเชื้อโรคเกิดการกลายพันธุ์² ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม ถึง 15 มิถุนายน 2565 ยอดผู้สะสม 2,267,325 ราย เสียชีวิตสะสม 8,688 ราย³ ส่วนใหญ่เป็นผู้มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มเสี่ยง และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจำนวนนี้ยังพบว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อจำนวน 4,270 ราย ณ ปัจจุบันการระบาดแพร่ไปอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว จากการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัส แต่ความรุนแรงของโรคน้อยลง⁴

บุคลากรทางการแพทย์ คือ ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ และพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคล

ที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรอง การตรวจ และการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ต้องให้บริการใกล้ชิดกับผู้ที่มีความเสี่ยงติดเชื้อหรือผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ทั้งการเตรียมการป้องกันและการรับบริการของผู้ติดเชื้อ ข้อจำกัดในการดูแลรักษาทั้งเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ หากผู้ปฏิบัติงานไม่คุ้นเคยหรือไม่ชำนาญในการใช้อุปกรณ์ จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงเป็นเท่าทวีในฐานะด้านหน้าที่ต้องเผชิญกับโรคโควิด-19 ก่อให้เกิดความเครียดต่อบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น⁵ สอดคล้องกับการศึกษาในหลายประเทศ พบว่า มีบุคลากรที่เหนื่อยล้า และวิตกกังวล⁶ โดยการศึกษาของประเทศสหราชอาณาจักร กล่าวว่าภาระการระบาดของไวรัสโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service) ซึ่งประสบปัญหาด้านกำลังคน และจำนวนเตียงที่จำกัด ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ทำงานล่วงเวลามากตามไปด้วย⁶

จากการศึกษามูลค่าการทางการแพทย์ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14.20-20.10 วิตกกังวล ร้อยละ 12.70-25.20 และความเครียด ร้อยละ 31.60⁷ เช่นเดียวกับประเทศสหราชอาณาจักร พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 33 ความวิตกกังวล ร้อยละ 27.50 และความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย ร้อยละ 14.60⁸

ในประเทศไทยมีการสำรวจสุขภาพจิตในช่วงภาวะวิกฤติโควิด-19 (rapid survey) ของกรมสุขภาพจิตโดยการสุ่มตัวอย่างบุคลากรสุขภาพทั่วประเทศตามเขตสุขภาพ ครั้งที่ 1 จำนวน 605 คน และครั้งที่สอง จำนวน 578 คน พบว่า ในระยะเวลาสองสัปดาห์ผ่านไประดับความเครียดของบุคลากรเพิ่มขึ้น ในระดับปานกลาง ร้อยละ 24 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 34.80 และในครั้งที่สอง พบความเครียดระดับมาก และมากที่สุดจาก ร้อยละ 6.40 เป็นร้อยละ 7.90⁵ และจากการศึกษาพบว่าบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาล สุนทร ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 41.90 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 34.08⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดในช่วงโควิด-19 ตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปถึงร้อยละ 98.50¹⁰ นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ มีอาการซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 40 มีความวิตกกังวลรุนแรง ร้อยละ 60 และมีความรู้สึกทุกข์ทรมานรุนแรง (severe distressed) ถึงร้อยละ 35¹¹ ซึ่งปัญหาเหล่านี้นำมาสู่ภาวะหมดไฟในการทำงาน ความเหนื่อยล้า ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ บุคลิกภาพ การลดค่าความสำเร็จส่วนบุคคล ประสบความสำเร็จใน การทำงานของบุคลากรเอง และทำให้ผู้รับบริการเกิดผลเสียได้ในที่สุด

จากปัญหาดังกล่าว สะท้อนให้เห็นความสำคัญของแนวทางการดูแลสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์วิกฤติโรคโควิด-19 เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม โดยหน่วยงานสามารถนำแนวทางการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งประกอบด้วย การเฝ้าระวังติดตาม การประเมินสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการไปกับกระบวนการทำงานรับมือสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและรับบริการช่วยเหลือทางสังคมจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ในภาวะวิกฤติโรคโควิด-19

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากในบุคลากรทางการแพทย์ขณะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อโควิด-19 มีดังนี้

1. ความเครียด (stress)

ความเครียดของบุคลากรเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วิตกกังวล กลัว วิตกกังวล ตลอดจนถูกบีบคั้น เกิดจากการที่บุคคลรับรู้หรือประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย ส่งผลกระทบกับประสิทธิภาพในการทำงาน ความสัมพันธ์ทั้งต่อตนเองและเพื่อนร่วมงานจากการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความเครียด ระดับปานกลาง ถึงมากที่สุด ร้อยละ 87 โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องการเกิดความเครียด คือ การสื่อสารข้อมูล การสนับสนุน การเปลี่ยนแปลงและความต้องการในการดูแล¹² นอกจากนี้พบว่าภาระงานที่หนักในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของบุคลากรทางการแพทย์ในเมืองออนแทรีโอ ประเทศแคนาดา ทำให้เกิดความเครียดตามมา จึงมีการพัฒนาโปรแกรมจิตวิทยาบำบัด (Talk Therapy) เพื่อเป็นแนวทางการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ¹³

2. ความวิตกกังวล (anxiety)

เป็นเหตุการณ์เกิดขึ้นในอนาคตกติที่ไม่อาจระบุได้ชัดเจน และเป็นผลจากการประเมินว่าโรคโควิด-19 ทำให้ภาวะทางอารมณ์ถึงความมั่นคงปลอดภัยของตนถูกคุกคามโดยไม่ทราบสาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเป็นอย่างไร เช่น เพื่อนหรือครอบครัวที่เสียชีวิตจากโรคโควิด-19 การที่ผู้ป่วยถามว่าจะตายหรือไม่ และการช่วยชีวิต เนื่องมาจากการฝึกอบรมไม่เพียงพอ ภาระงานที่เพิ่มขึ้น และไม่สามารถให้ข้อมูลที่เพียงพอได้ จึงเกิดความวิตกกังวล พบได้ถึงร้อยละ 44.60 ของบุคลากรทางการแพทย์ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน¹⁴

3. ภาวะซึมเศร้า (depression)

ภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เชื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ อาจส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ความเครียดสะสมจากลักษณะงานที่เปลี่ยนไปมีความซับซ้อนขึ้น การแยกตัวทางสังคม และการกักตัวของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว ว่าเหวตามมาได้ จากการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศบราซิล ซึ่งมีชั่วโมงการทำงานสูงถึง 44.8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แม้ส่วนใหญ่จะมีสุขภาพที่ดี แต่จากสถานการณ์ดังกล่าวมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าถึง ร้อยละ 18¹⁵

4. ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (post-traumatic stress disorder symptoms)

ภาวะความผิดปกติทางจิตหลังจากประสบเหตุการณ์ที่รุนแรง พบได้ในบุคลากรทางการแพทย์ของหน่วยฉุกเฉินเนื่องจากการทำงานที่ตึงเครียดสูง การเผชิญกับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคอย่างรวดเร็ว และจำนวนผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้นอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน ด้วยโรคที่มักคาดเดาไม่ได้ มีอัตราการเสียชีวิตสูง มีรายงานการเกิดความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตรายมากที่สุด ร้อยละ 8 ถึง 30 ในบุคลากรที่ทำงานในหอผู้ป่วยหนัก¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีน บุคลากรทางการแพทย์ 230 คน พบอุบัติการณ์

เกิดประมาณ ร้อยละ 27.39 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ ความตึงเครียดทางกายภาพ และความรู้สึกไม่เป็นต้น¹⁷

จากสิ่งที่กล่าวมาข้างต้น ได้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพจิตในบุคลากรทางการแพทย์ เกิดจากการทำงานช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง โดยกระบวนการทำงานที่ส่งผลต่อจิตใจมากกว่าภาวะปกติจากการศึกษาของ National Center for Post-traumatic stress disorder symptoms¹⁸ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตในบุคลากรทางการแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงสาเหตุ ปัจจัย และปัญหาสุขภาพจิตในบุคลากรทางการแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโควิด-19

สาเหตุ	ปัจจัย	ปัญหาสุขภาพจิต
ความจำเป็นในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันทางชีวภาพ (biosecurity) อย่างเคร่งครัด	- การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ (dehydration) ความร้อน ความอ่อนเพลีย เป็นต้น - การถูกแยกกัก (จำกัดการสัมผัสใกล้ชิดคนอื่นทั้งในและนอกเวลาปฏิบัติงาน) - การที่ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนการควบคุมการติดเชื้อด้วยความระมัดระวังอยู่ตลอดเวลา - ความกดดันจากการปฏิบัติตามขั้นตอนต่าง ๆ อย่างเคร่งครัด	ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ¹⁹ ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย ^{12,14}
ความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อ	- อาการของโรคโควิด-19 ในระยะแรกคล้ายกับไข้หวัดทั่วไป - ช่วงระยะฟักตัวของไวรัสโควิด-19 ทำให้มีโอกาสแพร่เชื้อได้ทั้งที่ไม่มีอาการ - ความสำคัญด้านสาธารณสุขในการป้องกันการแพร่เชื้อและความต้องการของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการกักกันโรค	ความเครียด ความวิตกกังวล ^{7,14}
ความจำเป็นทางการแพทย์และความต้องการของบุคคลที่หลากหลาย อาจทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างความต้องการของตัวเองกับความจำเป็นในฐานะผู้รักษา	- การขัดแย้งกันระหว่างภาระงานต่อวันกับมาตรการเตรียมความพร้อมและเตรียมการรักษา - ความจำเป็นที่ต้องรักษามาตรฐานระดับสูงเพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่ได้พบบ่อย ซึ่งมีข้อแนะนำและนโยบายเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา - ความขัดแย้งภายในระหว่างความต้องการของตัวเองและภาระหน้าที่ เช่น เป็นห่วงสมาชิกครอบครัว กลัวการติดเชื้อ เป็นต้น - ความกังวลในศักยภาพของตัวเอง หากไม่คุ้นเคยกับการดูแลรักษาโรคติดเชื้อ หรือภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์มานาน	ความเครียด ความวิตกกังวล ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย ^{20,21}
ตราบาป (stigma) การแบ่งแยกกีดกันทางสังคมในฐานะผู้ที่ทำงานใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ	- ความกลัวของบุคคลอื่นต่อบุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 - ความรู้สึกไม่ติดกับตัวเองที่จะบอกความต้องการหรือความกังวล ความกลัวของตัวเอง	ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ²²

ปัญหาสุขภาพจิตจะได้รับการช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที จำเป็นต้องมีการประเมินภาวะสุขภาพจิต ซึ่งมีความสำคัญในแนวทางการดูแลสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์วิกฤติโรคโควิด-19 ดังนั้น การสังเกตสัญญาณเตือน การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ และพฤติกรรมจึงสามารถช่วยค้นหาบุคลากรที่ปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม

สัญญาณเตือนความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย²³

1. ด้านร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ เหนื่อยล้าหรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ ความอยากอาหารลดลงหรือรับประทานอาหารมากผิดปกติ ปัญหาการนอนมักพบร่วมกับภาวะเครียด ความไม่สบายใจ และเมื่อนอนไม่หลับจะพยายามบังคับให้ตนเองนอนให้หลับ ทำให้เกิดความวิตกกังวลตามมา และการนอนไม่หลับอาจรุนแรงมากขึ้น แม้บางครั้งสาเหตุที่ทำให้นอนไม่หลับจะถูกแก้ไขแล้วก็ตาม

2. ด้านอารมณ์ อาการที่แสดงออกพบได้ เช่น อาการหดหู่ เศร้า หรือความรู้สึกเบื่อหน่ายแม้ในสิ่งที่ตนเองเคยทำแล้วสบายใจ บางคนอาจมีอาการหงุดหงิด จุกแฉิวได้

3. ด้านความคิด มักรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีที่พึ่ง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ความคิดที่เปลี่ยนไปทำให้เกิดความคิดในการฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ

นอกจากการสังเกตอาการทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง การประเมินสุขภาพจิตสามารถคัดกรองสุขภาพจิตของบุคลากรทางสุขภาพได้รวดเร็ว และวางแผนการช่วยเหลือที่เหมาะสม

การประเมินสุขภาพจิต

การประเมินสุขภาพจิต มีแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์แพร่ระบาดของของโรคโควิด-19 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข²³ มีดังนี้

1. แบบประเมินความเครียดฉบับศรีธัญญา (ST-5) พัฒนาโดย Silpakit²⁴ เป็นแบบวัดความเครียด 5 ข้อ เพื่อประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับคือ แทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว (1 คะแนน) บ่อย ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) คิดเป็นคะแนนรวมระหว่าง 0-15 คะแนน จำแนกภาวะเครียดเป็น 3 กลุ่มคือ ไม่มีปัญหา 0-4 คะแนน น่าจะมีปัญหา 5-6 คะแนน

และมีปัญหาหรือป่วย 7-15 คะแนน โดยพบว่าเกณฑ์การประเมินมีความสอดคล้องกับผลการประเมินของแบบประเมิน hospital anxiety and depression scale (Thai-HADS) โดยพบว่าค่า Pearson chi-square เท่ากับ 69.29 ที่ระดับนัยสำคัญ .00 และมีข้อคำถามไม่มากเกินไปเหมาะสมในวัยผู้ใหญ่

2. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

พัฒนาโดย Arunpongpaisal, et al.²⁵ เป็นแบบคัดกรองค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ใช้สัมภาษณ์เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าใน 2 สัปดาห์โดยคำตอบมี 2 แบบ คือมีและไม่มีถ้าคำตอบมีในข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจึงจำเป็นต้องประเมินอีกครั้งด้วยแบบประเมินที่มีความจำเพาะสูง คำถาม (2Q) ถ้าตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” จะมีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 96.50 และมีค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 44.60 ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (positive likelihood ratio) เท่ากับ 1.74 เท่า แต่ถ้าใช้ทั้งสองข้อจะเพิ่มความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 85.10 ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (positive likelihood ratio) เท่ากับ 4.82 เท่า แบบประเมินดังกล่าวมีจำนวนข้อไม่มาก และสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง แต่เมื่อทำการคัดกรอง พบว่ามีแนวโน้มของการเกิดโรคซึมเศร้า ต้องทำแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถามต่อไป

3. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

พัฒนาโดย Kongsuk, et al.²⁶ เป็นเครื่องมือประเมินและจำแนกความรุนแรงของโรคซึมเศร้า 9 ข้อ แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ คือไม่มีเลย (0 คะแนน) เป็นบางวัน 1-7 วัน (1 คะแนน) เป็นบ่อย > 7 วัน (2 คะแนน) และเป็นทุกวัน (3 คะแนน) มีคะแนนรวมระหว่าง 0-27 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 4 ระดับ คือ ระดับปกติหรือมีอาการน้อยมาก (< 7 คะแนน) ระดับน้อย (7-12 คะแนน) ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) และระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน) มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 75.68 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรค MDD (major depressive disorder) ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า เท่ากับ 11.41 เท่า มีความแม่นยำตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อย เมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton rating scale for depression (HRSD-17) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.71 (p-value < .001) มีค่าความไว

ร้อยละ 85 ความจำเพาะ ร้อยละ 72 และค่า likelihood Ratio 3.04

4. แบบประเมินความวิตกกังวล (the state trait anxiety inventory: STAI) form Y ซึ่งพัฒนาโดย สปิลเบอร์เกอร์และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย Thapinta²⁷ มี 2 ส่วน คือ

4.1 แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ มีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อความด้านบวกและด้านลบ ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วน (rating scale) เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อคำถามด้านบวกให้ 4 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย 3 คะแนน หมายถึง มีบ้าง 2 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างมาก 1 คะแนน หมายถึง มากที่สุด และข้อคำถามด้านลบให้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย 2 คะแนน หมายถึง มีบ้าง 3 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างมาก 4 คะแนน หมายถึง มากที่สุด

4.2 แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง มีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อความด้านบวกและด้านลบลักษณะเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วน (rating scale) เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ข้อคำถามด้านบวกให้ 4 คะแนน หมายถึง เกือบไม่มีเลย 3 คะแนน หมายถึง บางครั้ง 2 คะแนน หมายถึง บ่อยครั้ง 1 คะแนน หมายถึง เกือบตลอดเวลา และข้อคำถามด้านลบให้ 1 คะแนน หมายถึง เกือบไม่มีเลย 2 คะแนน หมายถึง บางครั้ง 3 คะแนน หมายถึง บ่อยครั้ง และ 4 คะแนน หมายถึง เกือบตลอดเวลา ในแต่ละส่วนคิดคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 20-80 คะแนน การแปลความหมาย 20-40 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลระดับเล็กน้อย 41-60 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลระดับปานกลาง 61-70 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลระดับรุนแรง และ 71-80 คะแนน หมายถึง วิตกกังวลระดับต้นกัลลัสสุดขีด แบบประเมินดังกล่าวมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย เหมาะสำหรับผู้ใหญ่ การแปลผลมีทั้งการให้คะแนนทั้งด้านบวกและลบ การนำแบบประเมินไปใช้จึงต้องมีการศึกษาเกณฑ์การให้คะแนน

5. แบบสอบถาม hospital anxiety and depression scale ฉบับภาษาไทย (Thailand HADS) แบบประเมินดังกล่าวพัฒนาขึ้น โดยคำถามแบ่งเป็น 2 ส่วน เป็นคำถามถึงอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีทั้งหมด 14 ข้อ สำหรับการวัดอาการวิตกกังวล มีจำนวน 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคู่ทั้งหมด และการวัดอาการซึมเศร้า จำนวน 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคี่ทั้งหมด การให้คะแนน คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale)

มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน หากคะแนนรวมของกลุ่มอาการใดเกินกว่า 11 คะแนน แสดงว่า อาจมีความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มนั้น ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวมีการวัดคุณภาพของแบบประเมิน สำหรับอาการวิตกกังวล มีความไว (sensitivity) ร้อยละ 100 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 86 ส่วนอาการซึมเศร้ามีความไว (sensitivity) ร้อยละ 85.71 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 91.30 ตามลำดับ ข้อดีของแบบประเมินสามารถประเมินได้ทั้งอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าไปพร้อมกัน ใช้เวลาในการประเมินไม่มาก²⁸

เมื่อประเมินได้ว่าบุคลากรมีปัญหาสุขภาพจิต หน่วยงานหรือองค์กรควรมีแนวทางการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

แนวทางการดูแลสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ในภาวะวิกฤติโควิด-19

แนวทางการดูแลสุขภาพจิตบุคลากรได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถแบ่งได้ 2 แนวทางดังนี้

1. แนวทางการดูแลตนเอง

สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข²³ โดยมีวิธีดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจบุคลากรตามหลักการ “CARE” ดังนี้

1. Clarify คือ การทบทวนใจตนเองและจัดการกับความคาดหวังของตนเองเป็นสิ่งสำคัญ โดยการจัดการกับอารมณ์โกรธ รู้สึกผิดสิ้นหวัง หงุดหงิดเกินไปหรือหมดไฟทำงาน (burnout syndrome)

2. Aim คือ การตั้งเป้าหมายและจัดการปัญหาการสร้างความรู้สึกลดท้อและการได้รับการสนับสนุนดูแลป้องกัน ลดความเสี่ยงทางสุขภาพ และไม่ให้เกิดเชื้อหรือมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น โดยมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ควบคุมและป้องกันการติดเชื้อให้เพียงพอ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสงสัยหรือผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโรคโควิด-19 ควรเตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนออกปฏิบัติงาน เช่น การได้พูดคุย การเข้าใจซึ่งกันและกัน ทำงานเป็นเวรผลัด อย่างน้อยควรมีการหยุดพักเป็นระยะ และหาวิธีพักเพิ่มพลังใจ เมื่อออกเวรหรือหยุดพักต้องลดบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือหน้างานสักระยะ

3. Relax and reassure คือ การผ่อนคลาย และสร้างความมั่นใจในการทำงานของตนเอง หมั่นเติมพลังใจให้ตนเองอยู่เสมอ คำนึงถึงความต้องการพื้นฐานสุขภาพ

กายใจและปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตให้เกิดประโยชน์ ควรหลีกเลี่ยงการรับมือกับความเครียดในทางที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือการใช้สารเสพติดอื่น ๆ

4. Empowerment คือ การสร้างพลังใจ ซึ่งต้องอาศัยบุคคล สังคม และหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องในการสร้างเสริมพลังใจ

นอกจากนี้ ในประเทศจีน มีมาตรการดูแลภาวะวิกฤติสุขภาพจิตในการระบาดของโรคโควิด-19 ตามหลัก Anticipated, Plan and Deter (APD) Responder Risk and Resilience Model เป็นการจัดการความเสี่ยงและเสริมความเข้มแข็งทางใจที่มีต่อความเครียดจำเพาะกับสิ่งอันตราย โดยจะได้รับการฝึกรับมือกับความเครียดก่อนเกิดเหตุการณ์ (pre-event stress training) โดยเน้นผลกระทบทางจิตใจที่เกิดจากเหตุการณ์ร้ายแรง โดยผู้อบรมจะได้เรียนรู้ที่จะใช้เวลาเกิดเหตุการณ์ขึ้นจริง²⁹

2. แนวทางการดูแลสำหรับผู้บริหารและหัวหน้าทีม

ในบทบาทของผู้บริหารและทีมผู้บริหารหน่วยงาน นอกจากเตรียมความพร้อมการจัดบริการอุปกรณ์และวิธีการคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัย และดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพ ยังคงต้องดูแลป้องกันเจ้าหน้าที่ทุกคนจากความเครียดเรื้อรัง และปัญหาสุขภาพจิต สำหรับประเทศไทย คำแนะนำของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2564 ใช้หลัก “4 สร้าง 2 ใช้” มีดังนี้

สร้าง 1 สร้างความปลอดภัย (promote safety) โดยการจัดระบบป้องกันการติดเชื้อ มีอุปกรณ์ที่เพียงพอ การจัดสวัสดิการให้แก่บุคลากรในด้านที่พัก อาหาร การประกันชีวิต เพื่อความปลอดภัย มีบริการประเมิน ตรวจวินิจฉัย กรณีเสี่ยงติดเชื้อ หากติดเชื้อ ควรวางแผนการรักษา รายงานความคืบหน้า และแจ้งภาวะสุขภาพปัจจุบัน

สร้าง 2 สร้างความสงบ (promote calm) โดยการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องชัดเจน ทันต่อเหตุการณ์ในบุคลากรทุกระดับ เช่น กลุ่มไลน์แอปพลิเคชัน เสียงตามสาย และมีทีมดูแลสุขภาพจิตประเมินบุคลากรที่มีความเครียด วิตกกังวล ปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมีกิจกรรมฝึกทักษะในการจัดการความเครียด

สร้าง 3 สร้างความคาดหวัง (instill hope) โดยการให้กำลังใจ รับฟังปัญหา และให้คำปรึกษา หาแนวทางการแก้ไขอย่างมีส่วนร่วม เช่น การประชุมทางวิชาการหรือ

วิชาชีพต่าง ๆ ของทีมบริหารจัดการ นอกจากนี้การจัดบอร์ดให้ความรู้แสดงความรู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 เพื่อแบ่งปันเรื่องราว และความรู้สึกที่ดีต่อกัน

สร้าง 4 สร้างความเห็นใจ (de-stigmatization) โดยการสื่อสารแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ และจัดกิจกรรมให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เช่น การเขียนข้อความให้กำลังใจทีมบุคลากร

ใช้ 1 ใช้ศักยภาพให้เต็มที่ (promote effectiveness) โดยการสนับสนุนสวัสดิการแก่บุคลากร เช่น ค่าตอบแทน วิทยฐานะ ค่าเสี่ยงภัย เป็นต้น ส่วนการปฏิบัติงานจัดให้มีการหมุนเวียนการปฏิบัติงานอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือ 2 สัปดาห์ เพื่อลดความเหนื่อยล้า เป็นต้น

ใช้ 2 ใช้สายสัมพันธ์สร้างความเข้มแข็ง (promote social connectedness) โดยการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความกังวลที่เกิดขึ้นในก่อนและหลังปฏิบัติงาน ร่วมแก้ไขปัญหาในกระบวนการกลุ่ม รวมทั้งชื่นชม ให้กำลังใจบุคคลกรทุกระดับ สร้างบรรยากาศในการทำงาน การแลกเปลี่ยนแบ่งปันในเชิงบวก “ส่งต่องาน ส่งต่อสุข” โดยใช้หลัก “PAAR” (positive after action review)

สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก และในต่างประเทศที่เน้นการค้นหามูลค่าบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างรวดเร็วที่สุด โดยผู้บริหารและหัวหน้าทีมประเมินและติดตามสุขภาพจิตของบุคลากรสม่ำเสมอ มีการให้ข้อมูลเป็นระยะ ประเมินเวลาในการทำงานและมีเวลาให้บุคลากรสำหรับพักผ่อน เปิดโอกาสหรือมีพื้นที่ให้แสดงความคิดเห็นหรือสอบถาม ส่งเสริมสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างเพื่อนร่วมงาน อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตวิทยา ในบุคลากรที่สงสัยว่าติดเชื้อ สามารถคัดกรองสุขภาพจิตผ่านทางแอปพลิเคชันทางโทรศัพท์ และเลือกวิธีการดูแลช่วยเหลือตามผลการคัดกรองสุขภาพจิต มีการติดตามทุกราย ทั้งที่มีและไม่มีปัญหาสุขภาพจิต^{29,30}

ดังนั้นแนวทางการดูแลสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์วิกฤติโรคโควิด-19 เริ่มจากระดับบุคคลสำรวจตนเอง และมีการจัดการสุขภาพจิตที่เหมาะสม โดยผู้บริหารเล็งเห็นความสำคัญของการประเมินสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ หากพบผู้ที่มีความผิดปกติทางสุขภาพจิตสามารถช่วยเหลือได้ทันที และประเมินความรุนแรงส่งต่อการดูแลรักษาไปยังผู้เชี่ยวชาญหรือจิตแพทย์เพื่อทำการรักษา ตลอดจนมีการติดตามอาการเป็นระยะ นอกจากนี้เพื่อ

เตรียมรับมือกับโรคอุบัติใหม่เกิดขึ้นในอนาคต ผู้บริหารควรมีนโยบายที่เสริมสร้างความเข้มแข็งด้านจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการรับมือการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ตัวอย่าง กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป หญิงไทย อายุ 29 ปี สถานภาพโสด ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมและผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ปฏิเสธโรคประจำตัว พื้นฐานนิสัยเป็นคนร่าเริง แจ่มใส อารมณ์ดี เข้ากับผู้อื่นได้ง่าย มักเกรงใจผู้อื่น ก่อนช่วงเก็บกอด จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น ทำให้หอผู้ป่วยต้องเปิดรับผู้ป่วยโรคโควิด-19 หน่วยงานจึงถูกปรับเป็นหอผู้ป่วยเป็นลักษณะห้องแยกโรคติดเชื้อทางอากาศ มีการอบรมการใส่ชุดป้องกัน และแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ ขณะปฏิบัติงานเริ่มมีอาการใจสั่น มือสั่น หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว ตกใจง่าย เมื่อต้องเข้าไปดูแลผู้ป่วย มักนอนหลับยาก นอนหลับไม่สนิท และตื่นนอนตอนดึก บางครั้งรับประทานอาหารมากผิดปกติ หรือเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไม่มีแรงใจในการทำงาน ไม่อยากทำกิจกรรมที่เคยชื่นชอบ รู้สึกเหนื่อย เมื่อยล้า รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่รู้ว่าสิ่งใดทำให้มีความสุข ไม่อยากพูดคุยกับผู้อื่น ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ส่งผลให้ร่างกายเหนื่อยล้ามากผิดปกติ เพราะการใส่ชุดป้องกันที่อึดอัด หายใจไม่สะดวก อีกทั้งทำให้การทำงานหรือการทำการหัตถการต่าง ๆ ไม่สะดวก จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยอาการวิกฤติและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ทำให้รู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า หรือไม่สามารถในการรักษาและดูแลผู้ป่วย รวมทั้งความกดดันจากญาติผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าไปดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต และความกังวลกลัวการติดเชื้อจากผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความเครียดตามมา เมื่อสังเกตถึงอาการผิดปกติของตนจึงแจ้งหัวหน้าหอผู้ป่วย ทำแบบประเมินความเครียดฉบับศรีธัญญา (ST-5) ได้ 8 คะแนน พบว่า มีปัญหาเครียด จึงส่งต่อเพื่อให้ได้รับการดูแล ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคตื่นตระหนก (panic disorder) และได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา ร่วมกับการปรับพฤติกรรมโดยการ

ผ่อนคลายความเครียด ฝึกการคิดบวก รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และพักผ่อนให้เพียงพอ จากกรณีศึกษาสามารถวิเคราะห์สาเหตุ การเผชิญสถานการณ์ และแนวทางการดูแลสุขภาพจิต ดังนี้

1. สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต แบ่งได้ดังนี้

1.1 ด้านบุคคล พื้นฐานนิสัยเดิมค่อนข้างเก็บกอด ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ ภาระงานที่หนัก ความซับซ้อนของการทำงาน ความกลัวและกังวลต่อการติดเชื้อ เข้าสู่ภาวะหมดไฟทำงาน

1.2 ด้านหน่วยงานหรือผู้บริหาร การเปลี่ยนแปลงเพื่อรองรับผู้ป่วยโรคโควิด-19 และบุคลากรมีจำนวนจำกัด

1.3 ด้านผู้รับบริการและครอบครัว ผู้ป่วยต้องการการดูแลที่มากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤติ และครอบครัวคาดหวังต่อการฟื้นหายของโรค

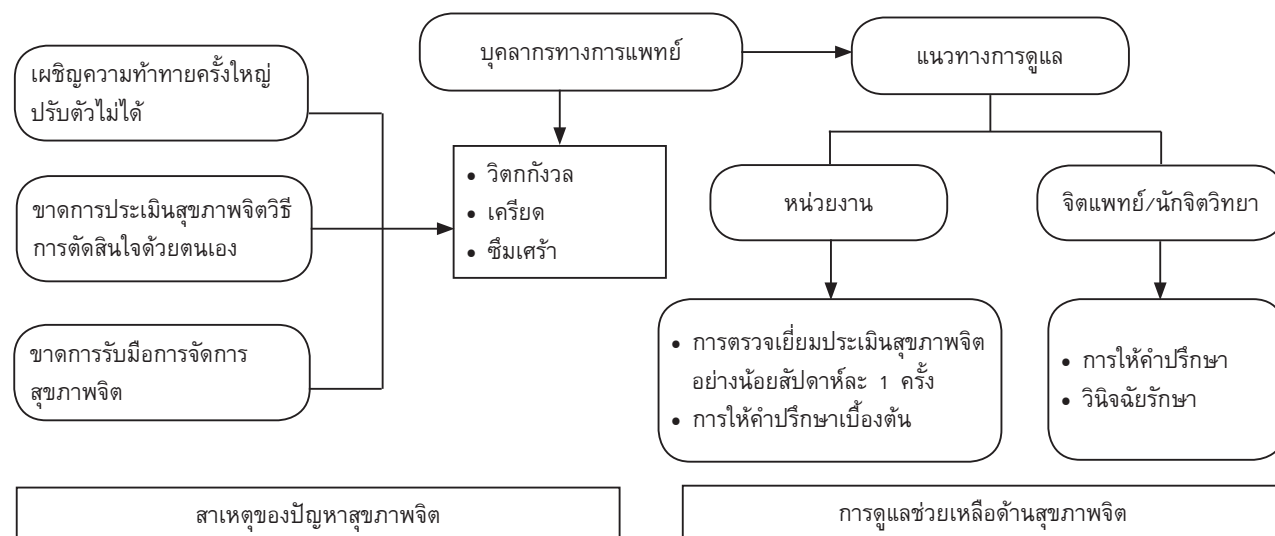
2. การเผชิญกับสถานการณ์ ไม่อยากพูดคุยกับผู้อื่น ไม่มีแรงใจในการทำงาน รู้สึกเหนื่อย เมื่อยล้า ไม่อยากทำกิจกรรมที่เคยชื่นชอบ ไม่รู้ว่าสิ่งใดทำให้มีความสุข ไม่ได้ผ่อนคลายความเครียด หรือมีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอ กัดดันตนเอง และรู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า

3. แนวทางการดูแลสุขภาพจิต

3.1 ด้านบุคคล จากกรณีศึกษา เริ่มมีการทบทวนใจตนเองและสังเกตอาการทางกายที่ผิดปกติ เมื่อเข้าสู่งการรักษาโดยจิตแพทย์ มีการรับประทานยาสม่ำเสมอ และปรับพฤติกรรม ตามหลัก “CARE”

3.2 ด้านหน่วยงานหรือผู้บริหาร มีการประเมินบุคลากรด้วยแบบคัดกรองสุขภาพจิตสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เมื่อพบความผิดปกติ ส่งต่อการดูแลและรักษาโดยจิตแพทย์ หน่วยงานได้มีการนำหลัก “PAAR” ให้กำลังใจ สร้างบรรยากาศในการทำงาน การแลกเปลี่ยนแบ่งปันในเชิงบวก กับเพื่อนร่วมงาน มีการจัดตารางเวรให้มีเวลาพักผ่อนอย่างต่อเนื่อง และการปฏิบัติงานจัดให้มีการหมุนเวียนการปฏิบัติงานอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

จากกรณีศึกษาผลลัพธ์ เมื่อนำมาวิเคราะห์แนวทางการดูแลสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์วิกฤติโรคโควิด-19 ดังภาพ 1



ภาพ 1 แสดงการวิเคราะห์แนวทางการดูแลสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์วิกฤติโรคโควิด-19

แนวทางการดูแลสุขภาพจิตช่วยให้บุคลากรสามารถเผชิญกับสถานการณ์และจัดการกับภาวะที่คุกคามสุขภาพจิตที่เหมาะสม แมื่อนาคตมีการเกิดโรคอุบัติใหม่ การมีแนวทางการดูแลสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นรูปธรรม องค์กรหรือหน่วยงานสามารถช่วยเหลือบุคลากรได้ทันทีที่ ทำให้มีบุคลากรในระบบที่มีคุณภาพ สามารถให้การดูแลหรือรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุป

สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องเผชิญกับความเครียด ความกดดันจากการทำงานเป็นระยะเวลานาน การดูแลช่วยเหลือเยียวยาด้านจิตใจแก่บุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยบุคลากรต้องมีการสังเกตอาการผิดปกติและประเมินตนเอง และหน่วยงานมีหน้าที่ติดตามและประเมินภาวะสุขภาพจิตอย่างเป็นระยะ เพื่อหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุปัญหา ดังนั้นจึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน โดยเฉพาะผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตทั้งจากองค์กรและสหวิชาชีพในการจัดการภาวะสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถป้องกันและช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์ให้สามารถคงความเข้มแข็งทางจิตใจ จนสามารถผ่านพ้นสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในครั้งนี้ได้

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรมีการนำแนวทางการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรไปปฏิบัติเป็นแผนประจำปี ในการดูแลสุขภาพของบุคลากร เพื่อผลลัพธ์ที่ดีในการปฏิบัติงานต่อไป
2. แนวทางดังกล่าวสามารถพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานได้ เนื่องจากโครงสร้างภายในหน่วยงานอาจมีความแตกต่างกัน

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้เขียนทุกคนมีส่วนร่วมในการเขียนบทความวิชาการฉบับนี้

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

การเขียนบทความวิชาการฉบับนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับองค์กรหรือหน่วยงานใดทั้งสิ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เขียนผลงานทางวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

1. Wattana OP. COVID-19: The pandemic that never should have happened and how to stop the next one. Bangkok: Sand clock Books; 2020.
2. Phothichak S. The newly emerging of COVID-19 [Internet]. Bangkok: Department of Mental Health; 2021 [cited 2022 Jan 4]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2304>
3. Department of diseases control. COVID-19 situation in Thailand [Internet]. Bangkok: The information center for COVID-19; 2022 [cited 2022 Jun 4]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
4. The information center for COVID-19 response measures. COVID-19 situation in Thailand [Internet]. Bangkok: The information center for COVID-19; 2021 [cited 2021 Dec 20]. Available from: <https://www.moicovid.com/02/07/2021/uncategorized/3936/>
5. Kittirattanapaiboon P. Mental health crisis assessment and treatment team: MCATT COVID-19 [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2020 [cited 2022 Jan 10]. Available from: https://www.chiangmaihealth.go.th/cmphoto_web/document/200417158711615668.pdf
6. Mark D, Deborah W, Tim G, et al. The NHS at 70: how good is the NHS? [Internet]. United Kingdom: The King's Fund and the Nuffield Trust; 2018. [cited 2022 Jun 20]. Available from: <https://www.health.org.uk/publications/nhs-at-70-how-good-is-the-nhs>
7. Li G, Miao J, Wang H, et al. Psychological impact on women health workers involved in COVID-19 outbreak in Wuhan: A cross-sectional. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2020; 91(8): 895-7. doi: 10.1136/jnnp-2020-323134.
8. Gilleen J, Santaolalla A, Valdearenas L, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health and well-being of UK healthcare workers. *BJPsych Open*. 2021; 7(3): e88. doi: 10.1192/bjo.2021.42.
9. Sangsirilak A, Sangsirilak S. Stress and depressed mood in healthcare workers during COVID-19 outbreak. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2020; 65(4): 400-8. Thai.
10. Aly HM, Nemr NA, Kishk RM, et al. Stress, anxiety and depression among healthcare workers facing COVID-19 pandemic in Egypt: A cross-sectional online-based study. *BMJ Open*. 2021; 11(4): e045281. doi: 10.1136/bmjopen-2020-045281.
11. Alnazly E, Khraisat OM, Al-Bashaireh AM, et al. Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *PLoS One*. 2021; 16(3): e0247679. doi: 10.1371/journal.pone.0247679.
12. Zare S, Mohammadi DM, Esmaeili R, et al. Occupational stress assessment of health care workers (HCWs) facing COVID-19 patients in Kerman province hospitals in Iran. *Heliyon*. 2021; 7(5): e07035. doi: 10.1016/j.heliyon.2021. e07035.
13. Myran DT, Cantor N, Rhodes E, et al. Physician health care visits for mental health than substance used during the COVID-19 pandemic in Ontario, Canada. *JAMA Netw Open*. 2022; 5(1): e2143160. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021. 43160.
14. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*. 2020; 3(3): e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
15. Garcia GPA, Fracarolli IFL, Dos Santos HEC, et al. Depression, anxiety and stress in health professionals in the COVID-19 context. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(7): 4402. doi: 10.3390/ijerph19074402.
16. Machado DA, Figueiredo NMA, Velasques LS, et al. Cognitive changes in nurses working in intensive care units. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(1): 73-9. doi: 10.1590/ 0034-7167-2016-0513.
17. Huang JZ, Han MF, Luo TD, et al. Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Chin Med J Netw*. 2020; 38(3): 192-5. doi: 10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063.
18. US Department of Veterans Affairs. Managing healthcare workers' stress associated with the COVID-19 virus outbreak [Internet]. Washington DC: National Center for PTSD; 2020 [cited 2021 Jul 15]. Available from: <https://www.ptsd.va.gov/covid/COVID19ManagingStressHCW 032020.pdf>
19. Braquehais MD, Vargas-Cáceres S, Gómez-Durán E, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *QJM Int J Med*. 2020; 113(9): 613-7. doi: 10.1093/qjmed/hcaa207.
20. Casagrande M, Favieri F, Tambelli R, et al. The enemy who sealed the world: Effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population. *Sleep Med*. 2020; 75: 12-20. doi: 10.1016/j.sleep.2020.05.011.
21. Sun L, Sun Z, Wu L, et al. Prevalence and risk factors for acute posttraumatic stress disorder during the COVID19 outbreak. *J Affect Disord*. 2021; 283: 123-9. doi: 10.1016/j. jad.2021.01.050.
22. Kisely S, Warren N, McMahon L, et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: Rapid

- review and meta-analysis. *BMJ*. 2020; 369: m1642. doi: 10.1136/bmj.m1642.
23. Department of mental health. Guidelines for mental care for field hospitals. 1 st ed. Nonthaburi: Bureau of mental health service administration; 2020. Thai.
24. Silpakit O. Srithanya stress scale. *J Ment Health Thai*. 2008; 16(3): 177-85. Thai.
25. Arunpongpaissal S, Maneeton N, Wannasawek K, et al. Development and validity of two-question-screening test for depressive disorders in Thai-I-san community. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2006; 52(2): 138-48. Thai.
26. Kongsuk T, Arunpongpaissal S, Janthong S, et al. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2018; 63(4): 321-34. Thai.
27. Thapinta D. Reduction of anxiety of staff nurses working with AIDS patients through cognitive recon structuring and mindfulness training. [master's minor thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 1991. 154 p.
28. Nilchaikovit T, Lortrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 1996; 41(1): 18-30. Thai.
29. Zhang J, Wu W, Zhao X, et al. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precis Clin Med*. 2020; 3(1): 3-8. doi: 10.1093/pcmedi/pbaa006.
30. World Health Organization. Clinical care for survivors of ebola virus disease [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2022 Jun 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EVD-OHE-PED-16.D-1162>.