



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH



“สุขภาพจิตดี วิถีชีวิตใหม่: New Normal Mental Health”

สรุปการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 20 ประจำปี 2564
20th Annual International Mental Health Conference
(ห้องต่างประเทศ)

วันที่ 7-9 กรกฎาคม 2564

ผ่านระบบ VDO Conference Live Streaming (Cisco WebEx Meeting)

ณ ห้องประชุม อาคารผู้ป่วยใน 9 ชั้น โรงพยาบาลศรัทธาวิทยา

July 7th-9th, 2021

VDO Conference Live Streaming (Cisco WebEx Meeting)
at Srithanya Hospital, Nonthaburi Province, Thailand.



“สุขภาพจิตดี วิถีชีวิตใหม่: New Normal Mental Health”

สรุปการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 20 ประจำปี 2564
20th Annual International Mental Health Conference
(ห้องต่างประเทศ)



วันที่ 7-9 กรกฎาคม 2564
ผ่านระบบ VDO Conference Live Streaming (Cisco WebEx Meeting)
ณ ห้องประชุม อาคารผู้ป่วยใน 9 ชั้น โรงพยาบาลศรัทธัญญา
July 7th-9th, 2021
VDO Conference Live Streaming (Cisco WebEx Meeting)
at Srithanya Hospital, Nonthaburi Province, Thailand.

สรุปการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 20 ประจำปี 2564
20th Annual International Mental Health Conference
(ห้องต่างประเทศ)

ISBN 978-974-296-941-7

บรรณาธิการ

นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง ผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต

กองบรรณาธิการ

นางสาวนนท์นิ วรชัยจันทร์	หัวหน้ากลุ่มวิเทศสัมพันธ์ สำนักวิชาการสุขภาพจิต
นางสาวจารุวรรณ บัณฑิตศักดิ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักวิชาการสุขภาพจิต
นางสาวศิวกานต์ สัมไมทย์	นักวิเทศสัมพันธ์ สำนักวิชาการสุขภาพจิต
นางสาวพิไลพรรณ พร้อมมิตรญาติ	นักวิเทศสัมพันธ์ สำนักวิชาการสุขภาพจิต
นางรุ่งทิพย์ ศิริเจริญ	นักวิเทศสัมพันธ์ สำนักวิชาการสุขภาพจิต

จัดทำ/เผยแพร่ กลุ่มวิเทศสัมพันธ์ สำนักวิชาการสุขภาพจิต

พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2564

จำนวน 50 เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัทปิยนันท์ พับลิชชิง

คำนำ

นับตั้งแต่การระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 นั้น จวบจนปัจจุบันยังอยู่ในระดับวิกฤตการณ์ที่รุนแรงมาก และไม่มีท่าทีว่าการระบาดจะทุเลาลงหรือสามารถจัดการกับไวรัสชนิดนี้ได้ ทั้งยังมีสายพันธุ์โคโรนาชนิดใหม่ๆ เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา นับเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนทุกระดับ ทุกชนชั้น เพียงภายในเวลาประมาณ 2 ปี ธุรกิจขนาดเล็ก กลาง และใหญ่ล้มพังพินาศ บันทกอนคุณภาพชีวิตของประชาคมโลกในทุกด้าน รวมถึงวัดขึ้นด้านการระบาดดังกล่าวก็มีความจำเป็นสำหรับประชาชนทุกช่วงอายุ รวมถึงบุคลากรด่านหน้า ผู้เสียสละต่อวิกฤตการณ์ในครั้งนี้

กรมสุขภาพจิต ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 20 ประจำปี 2564 ภายใต้ชื่อ “สุขภาพจิตดี วิถีชีวิตใหม่ (New Normal Mental Health)” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อถ่ายทอด แลกเปลี่ยนความรู้ และแนวทางการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และเครือข่ายนานาชาติ ในการลดผลกระทบด้านสุขภาพจิตจากความเครียด ภาวะหมดไฟ ความซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายของประชาชน รวมทั้งเพื่อเสริมสร้างขวัญกำลังใจให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ การเผชิญกับโรคโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) ถือได้ว่าประชาคมโลกของเราได้ทำสงครามกับโรคระบาดอย่างแท้จริง ซึ่งทุกฝ่ายต้องตระหนักและตื่นตัวรับมือให้เข้ากับข้อมูลปัจจุบันเพื่อเอาชีวิตรอดปลอดภัย และปรับวิถีชีวิตให้เท่าทันเหตุการณ์ตั้งวิถีชีวิตแบบ New Normal

เอกสารเล่มนี้เป็นการรวบรวมองค์ความรู้และผลงานวิชาการต่างๆ จากทั้งประเทศไทยและเครือข่ายต่างประเทศ (ห้องต่างประเทศ) ของงานประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 20 ประจำปี 2564 ภายใต้ชื่อ “สุขภาพจิตดี วิถีชีวิตใหม่ (New Normal Mental Health)” สำหรับนำไปใช้ประโยชน์ในการเผยแพร่และอ้างอิงของนักวิชาการทั้งในและนอกสังกัดกรมสุขภาพจิตต่อไป



(นายแพทย์สมัย ศิริทองถาวร)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
กำหนดการ	1
ISP 3: Digital Mental Health Care Innovation	15
ISP 1: Community Mental Health during COVID-19 pandemic: Innovation and Lesson Learned from Countries	27
ISP 2: Prevalence of Suicide: Estimation and Implication	38
IPD 1: Mental Health Preparedness and Response to the COVID-19 Pandemic	45
ISP 4: Nation's Mental Resilience, Promotion and Suicide Prevention	57
ISP 5: Mental Health Aspects of COVID-19 Vaccine	64
ISP 7: Mental Health Recovery from COVID-19	73
Special Remark: Help, Healing and Hope: responding to Covid-19 mental health impact	83
ภาพบรรยากาศการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 20	90
ภาคผนวก	92

กำหนดการ

20th Annual International Mental Health Conference

“New Normal Mental Health”

July 7th–9th, 2021 via VDO Conference Live Streaming (Cisco WebEx Meeting)
at Srithunya Hospital, Nonthaburi Province, Thailand.

Day	TH Time	Topic
7 July 2021	09.00–10.30	ISP 3: Digital Mental Health Care Innovation Chair: Samai Sirithongthaworn, M.D., Deputy Director–General of Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Co–Chair: Chatdanai Sornchai, CRC., Rehabilitation Counselor, Srithanya hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Speakers: 1. Covid–19 and mental health services in Japan Toshitaka Ii, M.D., Mental Compass co.ltd CEO, Aichi Medical University Part Time Instructor, Japan.



20th Annual International Mental Health Conference

“New Normal Mental Health”

July 7th–9th, 2021 via VDO Conference Live Streaming (Cisco WebEx Meeting)
at Srithunya Hospital, Nonthaburi Province, Thailand.

Day	TH Time	Topic
		2. De-identification real-time psychiatric patient safety monitoring and prediction system (iSAFE) Hsu Wei-Tse, M.D., Psychiatrist, Kaohsiung Municipal Kai-Syuan Psychiatric Hospital, Taiwan. 3. Digital Mental Health Care Innovation in Thailand Thaweesak Sirirutraykha M.D., Director of Office of Information Technology, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. 4. Telepsychiatry in Galya Rajanagarindra Institute Weerapong Sanmontree, M.D., MSc in Clinical Psychiatry, Medical Physician Professional Level, Galya Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand



20th Annual International Mental Health Conference

“New Normal Mental Health”

July 7th–9th, 2021 via VDO Conference Live Streaming (Cisco WebEx Meeting)
at Srithunya Hospital, Nonthaburi Province, Thailand.

Day	TH Time	Topic
7 July 2021	10.30–12.15	ISP 1: Community Mental Health During COVID–19 pandemic: Innovation and Lesson Learned from Countries Chair: Samai Sirithongthaworn, M.D., Deputy Director–General of Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand Co–Chair: Nopporn Tantirangsee, M.D., Ph.D. (Epidemiology), FRCPsychT. Director, Mental Health Center 12, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand Speakers: 1. Community Mental Health during COVID–19: #We strong, We win together... Rosfaizah Rahmat, M.D., Psychiatrist, Fellowship of Community & Rehabilitation Psychiatry, Hospital Permai. Malaysia.



20th Annual International Mental Health Conference

“New Normal Mental Health”

July 7th–9th, 2021 via VDO Conference Live Streaming (Cisco WebEx Meeting)
at Srithunya Hospital, Nonthaburi Province, Thailand.

Day	TH Time	Topic
		2. Community Mental Health During COVID–19 Pandemic: Innovation and Lesson Learned from Indonesia “Increasing Adaptive Coping Mechanisms Strategies in Facing Social Distancing” Farah Diba, Lecturer at Community Health Nursing Department, Nursing Faculty, University of Syiah Kuala, Banda Aceh–Indonesia 3. Suicide Prevention in Community during COVID–19 Pandemic Supasaek Virojanapa, M.D., MPH, Diploma of Preventive Medicine, Community Mental Health, Thailand 4. Introduction to psychological assistance and social work service under the COVID–19 epidemic Wang Zheng, Public Health Attending Physician, Xi'an mental health center, China

20th Annual International Mental Health Conference

“New Normal Mental Health”

July 7th–9th, 2021 via VDO Conference Live Streaming (Cisco WebEx Meeting)
at Srithunya Hospital, Nonthaburi Province, Thailand.

Day	TH Time	Topic
7 July 2021	13.00–14.30	ISP 2: Prevalence of Suicide: Estimation and Implication Chair: Terdsak Detkong, M.D., Director, Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Co–Chair: Sakarin Kaewhao, M.D. Director of North Eastern Institute of Child and Adolescent Mental Health, Department of Mental Health, Thailand Speakers: 1. Prevalence of suicide: estimation and implication Alexandra Fleischmann, Ph.D., Technical lead on suicide prevention, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO Headquarter.



20th Annual International Mental Health Conference

“New Normal Mental Health”

July 7th–9th, 2021 via VDO Conference Live Streaming (Cisco WebEx Meeting)
at Srithunya Hospital, Nonthaburi Province, Thailand.

Day	TH Time	Topic
		2. The national policy for suicide prevention and the national strategic research, ACTIN-J, the evidence-based assertive case management intervention for suicide attempters in Japan Prof. Chiaki Kawanishi, M.D., Ph.D., Professor and Director, Department of Neuropsychiatry, Sapporo Medical University Graduate School of Medicine, Japan. 3. Current Situation Suicide Prevention of Korea: Statistics, Intervention, and Planning Tae-Yeon Hwang, M.D., Ph.D., MPH., President of the Korea Foundation for Suicide Prevention (KFSP), Republic of Korea 4. The Current Situation of Suicide in Thailand during the COVID-19 Pandemic Nattakorn Jampathong, M.D., Director of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Thailand

20th Annual International Mental Health Conference

“New Normal Mental Health”

July 7th–9th, 2021 via VDO Conference Live Streaming (Cisco WebEx Meeting)
at Srithunya Hospital, Nonthaburi Province, Thailand.

Day	TH Time	Topic
7 July 2021	14.30–16.30	IPD 1: Mental Health Preparedness and Response to the COVID–19 Pandemic Chair: Prof. Chawanun Charnsil, M.D., President the Psychiatric Association of Thailand. Moderator: Sankamon Gornnum, Ph.D., Foreign Relations officer, Deputy Director of Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health, Thailand Discussion the issues lead by Chair 1. How does the World Health Organization view mental health situation during the COVID–19 pandemic? What will you do? 2. How does the Department of Mental Health, Thailand view mental health situation during the COVID–19 pandemic? What will you do?



20th Annual International Mental Health Conference

“New Normal Mental Health”

July 7th–9th, 2021 via VDO Conference Live Streaming (Cisco WebEx Meeting)
at Srithunya Hospital, Nonthaburi Province, Thailand.

Day	TH Time	Topic
		3. What is the experience for Mental Health Preparedness and Response to the COVID–19 Pandemic expectation in Thailand and WHO? 4. What are the key factors of success and the challenge to overcome the Mental Health problems during the COVID–19 pandemic? Speakers: 1. Fahmy Hanna, M.D., Psychiatrist, Technical Officer, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, Canada 2. Samai Sirithongthaworn M.D., Deputy Director–General of Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand 3. Navinee Kruahong, Public Health Technical Officer, Division of Mental Health Promotion and Development, Department of mental Health, Ministry of Public Health, Thailand

20th Annual International Mental Health Conference

“New Normal Mental Health”

July 7th–9th, 2021 via VDO Conference Live Streaming (Cisco WebEx Meeting)
at Srithunya Hospital, Nonthaburi Province, Thailand.

Day	TH Time	Topic
8 July 2021	13.00–14.30	ISP 4: Nation’s Mental Resilience, Promotion and Suicide Prevention. Chair: Terdsak Detkong, M.D, Director, Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Co–Chair: Kedsaraporn Kenbubpha, B.N.S, M.Sc. (Epidemiology), MAG, Ph.D., Research and Development Center (International Affairs), Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Speakers: 1. Survey of the effect of COVID–19 on mental health states of first–line medical workers in Japan Tomohiro Shirasaka, M.D., Ph.D., Director of Department of Psychiatry, TEINE KEIJINKAI Medical Center, Japan



20th Annual International Mental Health Conference

“New Normal Mental Health”

July 7th–9th, 2021 via VDO Conference Live Streaming (Cisco WebEx Meeting)
at Srithunya Hospital, Nonthaburi Province, Thailand.

Day	TH Time	Topic
		2. Mental Health Promotion Plan of South Korea Minyoung Sim, M.D., Ph.D., Director of National Center for Disaster and Trauma, National Center for Mental Health, Republic of Korea 3. Taiwan Suicide Prevention and Mental Health Strategy Chia-Yi Jenny Wu, RN, Ph.D., Associate Professor, School of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University, Taiwan 4. Suicide Prevention Strategies During the Dark Times of COVID-19 Nattakorn Jampathong, M.D., Director of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Thailand

20th Annual International Mental Health Conference

“New Normal Mental Health”

July 7th–9th, 2021 via VDO Conference Live Streaming (Cisco WebEx Meeting)
at Srithunya Hospital, Nonthaburi Province, Thailand.

Day	TH Time	Topic
8 July 2021	14.30–16.00	ISP 5: Mental Health Aspects of COVID–19 Vaccine. Chair: Prof. Patrick Bordeaux, Diplomate of the American Board of Addiction Medicine, Clinical Professor of Psychiatry, Department of Child & Adolescent Psychiatry, University Laval, Canada Co–Chair: Patanon Kwansanit, M.D., MSc in Psychiatric Research, Physician, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Speakers: 1. An Open Trial of Emotion Regulation Therapy via Telehealth for Distressed Adults During the COVID–19 Pandemic Prof. David M. Fresco, Ph.D., Department of Psychiatry & Institute for Social Research, University of Michigan, The United States of America



20th Annual International Mental Health Conference

“New Normal Mental Health”

July 7th–9th, 2021 via VDO Conference Live Streaming (Cisco WebEx Meeting)
at Srithunya Hospital, Nonthaburi Province, Thailand.

Day	TH Time	Topic
		2. Evidence-based guidance: COVID-19 Vaccines, Hesitancy, and Mental Health Katharine Smith, Clinical researcher, Honorary Consultant Psychiatrist NIHR Oxford cognitive health Clinical Research Facility, Research Delivery Team, Oxford Health NHS Foundation Trust, United Kingdom 3. Apply of Motivation and Mindfulness in Covid-19 Vaccination Yongyud Wongpiromsarn, M.D., M.S. Clinical Science, Advisor for Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand
9 July 2021	13.00–14.30	ISP 7: Mental Health Recovery from COVID-19. Chair: Suthra Auapisithwong, M.D., MSc., Child and Adolescent psychiatrist, Family psychiatrist, Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute (CAMRI), Department of Mental health, Ministry of Public Health, Thailand

20th Annual International Mental Health Conference

“New Normal Mental Health”

July 7th–9th, 2021 via VDO Conference Live Streaming (Cisco WebEx Meeting)
at Srithunya Hospital, Nonthaburi Province, Thailand.

Day	TH Time	Topic
		Co–Chair: Chatdanai Sornchai, CRC., Rehabilitation Counselor, Srithanya hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Speakers: 1. Peer co–deliver service in a supported employment program for persons with schizophrenia: the experience in Yuli, Taiwan Cheng Kan Yuan, M.D., MSc., Chief of Department of Rehabilitation Psychiatry, Taipei Veterans General Hospital, Yuli Branch, Taiwan 2. Project Share Experience in Johor Bahru Rosfaizah Rahmat, M.D., Ph.D., Psychiatrist, Hospital Permai, Johor Bahru, Malaysia 3. Low Prevalence–Big Impact Mental Health Recovery from COVID–19 Andrew McDonald, M.D., Acting Director for Mental Health Services, Sydney Local Health District, Australia



20th Annual International Mental Health Conference

“New Normal Mental Health”

July 7th–9th, 2021 via VDO Conference Live Streaming (Cisco WebEx Meeting)
at Srithunya Hospital, Nonthaburi Province, Thailand.

Day	TH Time	Topic
9 July 2021	15.45–16.15	Special Remark: Help, Healing and Hope: responding to COVID–19 mental health impact WHO: Devora Kestel, MSc. in Psychology and MSc. in Public Health, Director of Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO Headquarter Thailand: Panpimol Wipulakorn, M.D., Director–General, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand

International Symposium 3: “Digital Mental Health Care Innovation” นวัตกรรมบริการสุขภาพจิตดิจิทัล

วันพุธที่ 7 กรกฎาคม 2564 เวลา 09.00–10.30 น.

➤ ประธาน

นายแพทย์สมัย ศิริทองถาวร รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Samai Sirithongthaworn, M.D., Deputy Director-General for Department of Mental Health, Thailand)

➤ รองประธาน

นายฉัตรดนัย ศรีชัย นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลศรีธัญญา (Chatdanai Sornchai, CRC, Rehabilitation counselor, Srithanya hospital, Department of Mental Health, Thailand)

➤ วิทยากร

1. Toshitaka Ii, M.D., Mental Compass co.ltd CEO, Aichi Medical University Part-Time Instructor, Japan

2. Hsu Wei-Tse, M.D., Psychiatrist, Kaohsiung Municipal Kai-Syuan Psychiatric Hospital, Taiwan

3. Thaweesak Sirirutraykha M.D., Director of Office of Information Technology, Department of Mental Health, Thailand

4. Weerapong Sanmontree, M.D., MSc in Clinical Psychiatry, Medical Physician Professional Level, Galya Rajanagarindra Institute, Thailand

➤ สรุปเนื้อหา

หัวข้อที่ 1: “การให้บริการด้านสุขภาพจิตในประเทศญี่ปุ่น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (Covid-19 and mental health services in Japan)”

วิทยากร: Toshitaka Ii, M.D., Mental Compass co.ltd CEO, Aichi Medical University Part-Time Instructor, Japan

เนื้อหา: จากสถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ทั่วโลกในปัจจุบันพบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อประมาณ 200 ล้านคน และมีจำนวนผู้เสียชีวิตประมาณ 4 ล้านคน ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีจำนวนติดเชื้อมากที่สุดในโลก รองลงมาเป็นประเทศอินเดียซึ่งเป็นประเทศที่มีจำนวนมากที่สุดในทวีปเอเชีย และจำนวนผู้ติดเชื้อในประเทศญี่ปุ่นมีประมาณ 8 แสนคน รัฐบาลญี่ปุ่นได้กำหนดมาตรการในการควบคุมจำนวนผู้ติดเชื้อ รวมถึงการให้บริการฉีดวัคซีน และจำนวนผู้ได้รับวัคซีนแล้วประมาณ 25% จากจำนวนประชากรทั้งหมด

จากการระบาดของโควิด-19 ทำให้คนทั่วโลกมีความวิตกกังวล และความเครียด โดยแต่ละประเทศ จะมีจำนวนผู้ที่วิตกกังวลที่แตกต่างกัน ความวิตกกังวลจากโรคระบาดมีผลกระทบต่อด้านจิตใจของคนในประเทศญี่ปุ่น และจากการศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศญี่ปุ่นหลังจากการระบาดของโควิด-19 ช่วง 6 เดือนแรก พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมากที่สุดในกลุ่มผู้หญิงและวัยรุ่น เนื่องจากมีการจำกัดในกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม เช่น การจ้างงาน และอัตราการฆ่าตัวตายในช่วงการระบาดของโควิด-19 ระลอกที่ 2 เพิ่มขึ้นสูงกว่าระลอกแรก โดยการระบาดระลอกที่ 2 มีผลอย่างมากต่อสภาพจิตใจของผู้คนในประเทศญี่ปุ่นเป็นอย่างมากโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพราะไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม เช่น การทำงานทางไกล

การบริการทางด้านสุขภาพจิตที่มีความสำคัญสำหรับผู้ที่ต้องปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงทางสังคม ในประเทศญี่ปุ่น เช่น อุทสาหกรรมการให้บริการทางด้านสุขภาพจิตในสังคมของประเทศญี่ปุ่นปี 2021 จะเป็น AI ROBOTIC, AI Analytics, Concept Services, Mix Media เช่น SMS และการสื่อสารอื่นๆ ผลิตภัณฑ์สารสกัด CBD (cannabidiol) เช่น น้ำมันกัญชา และการให้ความรู้เกี่ยวกับการแต่งกาย ทั้งหมดนี้เป็นการให้บริการในญี่ปุ่น ซึ่งบริษัท

เหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการจัดทำโปรแกรมเรื่องสุขภาพจิต มีการให้บริการด้านสุขภาพจิตโดยผ่านองค์กรธุรกิจมากขึ้น และบริษัท Mental Compass อยู่ในเครือข่ายการให้บริการด้านสุขภาพจิตนี้เช่นกัน

การบริการด้านสุขภาพจิตด้านการฝึกอบรมสำหรับผู้บริหารในเรื่องรากฐานความปลอดภัยด้านจิตวิทยาซึ่งเรื่องความปลอดภัยทางด้านจิตวิทยาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ โดยเชื่อว่าผู้คนจะไม่ถูกล่วงโทษหรือทำให้อับอาย เวลาที่เขาให้ความคิดเห็นในสิ่งต่างๆ การเสนอไอเดียใหม่ๆ การถามคำถาม หรือการทำอะไรที่ผิดพลาด

ความความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาเป็นการเชื่อมโยงเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ในปัจจุบัน การปรับตัวเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันและการคงอยู่ในเรื่องของพฤติกรรม เพื่อที่จะตอบสนองกับค่านิยมที่เกิดขึ้นใหม่ ซึ่งทั้ง 2 แนวคิดนี้ ทั้งเรื่องความปลอดภัยทางด้านจิตวิทยาและความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาจะเท่ากับการบริหารจัดการหรือการฝึกอบรมผู้จัดการ ซึ่งมุ่งหวังที่จะเพิ่มความปลอดภัยและความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาเพื่อที่จะได้มีการพัฒนาในด้านของสุขภาพจิตให้ดียิ่งขึ้น

โปรแกรมในเรื่องของสุขภาพจิตอีกแบบหนึ่ง คือการพิจารณาเรื่องของความเสี่ยงสูงและการดำเนินการผ่านฐานประชากร ซึ่งความครอบคลุมกลุ่มประชากรจะคำนึงถึงด้านสุขภาพจิตมากขึ้น แบบที่คำนึงถึงความเสี่ยงสูงจะพิจารณาเป็นรายบุคคล แต่สำหรับที่เป็นฐานประชากรก็จะพิจารณากลุ่มประชากรทั้งหมดซึ่งทำให้เห็นชัดเจนว่าโควิด-19 มีผลต่อสุขภาพจิต

สรุปการมีผู้ติดเชื้อจำนวนมากและการกลัวที่ติดเชื้อมีผลต่อสุขภาพจิต โดยเฉพาะกลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มพนักงานที่เป็นวัยรุ่น แต่กลุ่มวัยทำงานสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ดีกว่าการบริการด้านสุขภาพจิตมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นมาตรการการช่วยเหลือทั้งสำหรับกลุ่มพนักงานที่เป็นวัยรุ่นและกลุ่มทำงานทั้งองค์กรในการปรับตัวสำหรับการเปลี่ยนแปลงในช่วงการระบาดของโควิด-19 และแนวทางการ

ดูแลกลุ่มประชากรนั้นมีความสำคัญสำหรับการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร และ Mental Compass ได้ใช้แนวปฏิบัติที่ยึดประชากรเป็นหลัก โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ในอนาคต สุขภาพจิตแบบภาพรวมของตะวันออกจะมีความสำคัญมากกว่าแบบความเป็นปัจเจกของตะวันตก โดยอธิบายแนวทางการป้องกันสุขภาพจิตช่วงการระบาดของโควิด-19 ได้อย่างไรในชีวิตวิถีใหม่ ซึ่งเอเชียมีบทบาทสำคัญ

หัวข้อที่ 2: “ระบบการเฝ้าระวังและการคาดการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวชแบบเรียลไทม์แบบไม่ต้องระบุตัวตน (De-identification real-time psychiatric patient safety monitoring and prediction system: iSAFE)”

วิทยากร: Hsu Wei-Tse, M.D., Psychiatrist, Kaohsiung Municipal Kai-Syuan Psychiatric Hospital, Taiwan

เนื้อหา: ระบบการเฝ้าระวังและการคาดการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวชแบบเรียลไทม์แบบไม่ต้องระบุตัวตน หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า iSAFE จะถูกนำมาใช้ในอนาคตอันใกล้นี้ และจากสถิติปี 2019 ปัจจุบันมีโรงพยาบาลจิตเวชในไต้หวันมีจำนวน 40 แห่ง กระจายอยู่ใน 15 เมือง มีเตียงผู้ป่วยทั้งหมด 21,029 เตียง และสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจำนวน 1,084 แห่ง เพื่อบริการผู้ป่วยจำนวน 62,146 ราย จากการที่มีผู้ป่วยจำนวนมากแบบนี้ในไต้หวัน ปัญหาสำคัญจากระบบการรายงานความปลอดภัยของผู้ป่วยในไต้หวัน คือการบาดเจ็บจากการล้มของผู้ป่วยซึ่งเกิดขึ้นในโรงพยาบาลจิตเวชในไต้หวัน และถ้าเรามีเครื่องมือในการเฝ้าระวังที่สามารถเตือนก่อนการเกิดอุบัติเหตุจะทำให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีสัมพันธภาพที่ดี และทำให้เกิดความไว้วางใจกันในการปฏิบัติงานในแต่ละวัน และนี่ไม่ใช่เฉพาะในไต้หวันแต่เป็นประเด็นสำหรับทั่วโลกด้วย หลังจากปี 2019 มีการตรวจการล้มและมีการนำมาใช้ในสถานการณ์แบบคลินิกมากขึ้น แบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ หนึ่งระบบที่สวมใส่ติดกับผู้ป่วยที่ตรวจการเคลื่อนไหวของร่างกาย

ใช้ระยะห่างระหว่างผู้ป่วยกับวัตถุต่างๆ และสองระบบเซนเซอร์หรือกล้อง ในการคาดการณ์ความเสี่ยงและความเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยจะล้ม ซึ่งระบบ เหล่านี้มีความสำคัญและจำเป็นต้องมีการแก้ไขปัญหายู่สองแบบ อย่างแรกคือระบบตรวจจับที่มีการนำมาใช้หรือเผยแพร่ แต่ส่วนใหญ่ก็ไม่มี หลักฐานว่าระบบเหล่านี้สามารถทำงานร่วมกับมนุษย์ได้ และอย่างที่สอง คือความคุ้มครองความเป็นส่วนตัวและการระบุตำแหน่งต่างๆ ของผู้ป่วย เนื่องจากต้องใช้กล้องในการตรวจจับการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย จะมีข้อกังวล เรื่องกล้องที่อาจจะมีการดึงข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วยมาใช้ ดังนั้นระบบ iSAFE จะมีเซนเซอร์ 2 ระบบด้วยกัน แบบแรก คือมีการใช้กล้องแบบที่ไม่ระบุ ตัวบุคคล และอีกแบบคือมีเรดาร์สำหรับกายภาพที่สามารถจัดเก็บสัญญาณชีพ ของผู้ป่วยได้โดยที่ไม่ได้ใช้อุปกรณ์แบบสวมใส่ และมีระบบการประมวลผล ข้อมูลใน AI Engine และมีที่เก็บข้อมูลเพื่อเป็นฐานข้อมูล ซึ่งข้อมูลประเภทนี้ และกระบวนการประมวลผลข้อมูล สามารถส่งระบบการแจ้งเตือนล่วงหน้า ไปที่แดชบอร์ดของแผนกพยาบาลเพื่อให้มีการช่วยเหลือผู้ป่วยล่วงหน้าได้ โดยเก็บข้อมูล 2 แบบ คือ ท่าทางของร่างกายและสัญญาณชีพ สามารถ ใช้ท่าทางของร่างกาย อัตราการหายใจ ตลอดจนอัตราการเต้นของหัวใจ และสัญญาณชีพอื่นๆ ในการคาดคะเนการล้มหรือการบาดเจ็บได้

ฟังก์ชันต่างๆ ที่อยู่ในระบบ iSAFE อันดับแรกคือท่าทางของร่างกาย ระบบสามารถตรวจจับท่าทางของร่างกายโดยที่ไม่ใช้แสงในการตรวจจับให้เห็น หน้าผู้ป่วยได้ และใช้กล้องถ่ายแบบมิตติความลึก ซึ่งตรวจจับการเคลื่อนไหวของ ร่างกาย เช่น นั่ง ยืน หรืออยู่ในท่าที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดการล้ม เรียกว่า Time of Flight Camera (ToF) เป็นกล้องที่ตรวจจับมิตติความลึกแบบ 3 มิติ สามารถ ทำงานได้ที่ระยะประมาณ 1-7 เมตร สามารถตรวจจับวัตถุหลายๆ ชิ้นได้ใน เวลาเดียวกัน และมีการตรวจจับและการแจ้งเตือนแบบเรียลไทม์ได้ กล้อง ToF นี้สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องแม้ไม่มีแสงและแม้ขณะที่ผู้ป่วยหลับอยู่ ก็สามารถตรวจจับการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยได้ มีความแม่นยำสูงและเสถียร

สามารถนำฟังก์ชันและแอปพลิเคชันอื่นๆ มาใช้ร่วมกับกล้อง ToF นี้ได้ เอไอสามารถตรวจจับภาพความลึกจะบอกถึงความเสี่ยงที่จะมีโอกาสล้ม และระบบส่งการแจ้งเตือนไปยังแดชบอร์ดที่ห้องพยาบาล

ฟังก์ชันที่สองของระบบ iSAFE คือ การเฝ้าระวังสภาพทางกายภาพแบบเรียลไทม์ โดยใช้ millimeter wave ในการตรวจจับสัญญาณชีพต่างๆ โดยไม่ต้องมีอุปกรณ์ที่ไปสัมผัสผู้ป่วย และสามารถตรวจคนได้จำนวนมากในเวลาเดียวกัน และมีการประมวลผลข้อมูลได้แบบเรียลไทม์เช่นกัน รวมทั้งสามารถตรวจสอบอัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจได้อีกด้วย เพื่อที่สามารถตรวจจับความเสี่ยงที่จะเกิดการล้มและอุบัติเหตุอื่นๆ และแจ้งเตือนไปยังเจ้าหน้าที่เพื่อสามารถช่วยเหลือได้ทันเวลาที่ โดยสามารถติดตั้งเรดาร์ millimeter wave เหนือเตียงผู้ป่วยเพื่อตรวจจับการเคลื่อนไหวต่างๆ ของผู้ป่วย เรดาร์นี้จะทำงานร่วมกับกล้อง ToF ในการประมวลผลและส่งสัญญาณแจ้งเตือนไปยังห้องเจ้าหน้าที่

การเฝ้าระวังแบบเรียลไทม์ที่ใช้ทั้ง กล้อง ToF และเรดาร์ millimeter wave สามารถประมวลผลได้อย่างแม่นยำและสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง แม้ในขณะที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหว และในได้หัวนอนจะมีการดำเนินการติดตั้งเรดาร์ millimeter wave เหนือเตียงของผู้ป่วย และกล้อง ToF นี้ ทั้งในห้องผู้ป่วย บริเวณทางเดิน และบริเวณอื่นๆ รอบโรงพยาบาลและศูนย์ดูแลผู้ป่วย และสามารถเก็บฐานข้อมูลเหล่านี้ ไว้ในคอมพิวเตอร์หรือแท็บเล็ต

วิสัยทัศน์ในอนาคตและโอกาสที่จะเป็นไปได้ในแก้ไขปัญหา 2 อย่าง คือ การเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการล้มและการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ อื่นๆ และสาเหตุของการล้ม 3 อันดับแรก คือ การเดิน การเปลี่ยนท่า และการลุกหรือการนั่งลงไปที่เตียง ระบบ iSAFE นี้ก็สามารถจะสามารถตรวจจับได้ และอนาคตอันใกล้นี้จะมีการใช้ระบบในการตรวจจับอื่นๆ เช่น การตรวจจับการถูกทำร้าย การทำร้ายตัวเอง หรือการทำลายอุปกรณ์ และสิ่งของต่างๆ ในอนาคตถ้าระบบ iSAFE นี้ มีอัตราการจดจำและมีความแม่นยำ

มากกว่า 80% จะสามารถลดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ได้จำนวนมาก มีผลในการช่วยเหลือผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วย มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

หัวข้อที่ 3: “นวัตกรรมดิจิทัลสำหรับการบริการสุขภาพจิต (Digital Mental Health Care Innovation in Thailand)”

วิทยากร: Thaweesak Sirirutraykha M.D., Director of Office of Information Technology, Department of Mental Health, Thailand

เนื้อหา: สำหรับการดูแลสุขภาพจิตในประเทศไทยของภาคีรัฐ กรมสุขภาพจิตมีโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 20 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งสถานบริการ ไม่มากพอต่อความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นและระบบดิจิทัลจะมีส่วนช่วย ในการดูแลผู้ป่วย การจัดสรร การวางแผนการทำงาน และการพัฒนาการ ให้บริการต่อไป รวมทั้งครอบคลุมในการป้องกันปัญหาและการดูแลด้าน สุขภาพจิตด้วย เทคโนโลยีดิจิทัลที่กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการนำมาใช้ ในการบริการ มี 3 ประเภท ดังนี้

1. Smart Psychiatric Hospital โรงพยาบาลจิตเวชแบบสมาร์ท จะมี 4 ขั้นตอนที่ทำให้เกิดโรงพยาบาลลักษณะนี้ คือ การวางแผน การทำงาน การสร้างผลิตภัณฑ์ และการประเมินผล นอกจากนี้จะมีการใช้ระบบ เทคโนโลยีต่างๆ ในการพัฒนาโรงพยาบาลให้สามารถให้บริการได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงเพิ่มคุณภาพความปลอดภัย ขั้นตอนแรก คือ การวางแผนโดยใช้ แผนแม่บทจากดิจิทัลเพื่อจัดระบบที่เหมาะสม โดยมีระบบดิจิทัลซึ่งเป็น แพลตฟอร์มเป็นพื้นฐาน และกรมสุขภาพจิตมีแผนพัฒนาดิจิทัลปี 2019 เป็นฉบับแรก ขั้นที่สองคือ การจัดกระบวนการการทำงาน มีการกำหนด กระบวนการทำงานที่ทำให้มีประสิทธิภาพและรวดเร็วมากขึ้น เช่น การลดขั้นตอนในการให้บริการจากเดิม 5 ขั้นตอนใช้เวลาประมาณ 14 นาที ลดเหลือ 3 ขั้นตอนใช้เวลาประมาณ 10 นาที แนวทางที่สาม การกำหนดลักษณะการใช้ นวัตกรรมในการให้บริการ และกรมสุขภาพจิตมีการใช้นวัตกรรมในการ 12 ลักษณะ ดังนี้

1. Appointment online ระบบการนัดหมายทางออนไลน์โดยใช้ไลน์ แอดของโรงพยาบาล
 2. Queue management system ระบบจองคิวทางออนไลน์โดยใช้ไลน์ แอดของโรงพยาบาล
 3. Smart Health ID ระบบระบุข้อมูลบุคคลภายใต้กรมปกครองมาที่โรงพยาบาล
 4. Smart medical devices ระบบเชื่อมโยงข้อมูลอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ไปยังระบบ HIS ของโรงพยาบาล
 5. Electronic Health Record ระบบบันทึกสุขภาพดิจิทัลของบุคคลระดับโรงพยาบาล
 6. Personal Health Record ระบบบันทึกสุขภาพดิจิทัลของบุคคลระดับประชาชน
 7. E-prescription ระบบการจ่ายยาแบบอัตโนมัติ
 8. RDU application แอปพลิเคชันให้ข้อมูลการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยเฉพาะยาทางด้านจิตเวช
 9. E-payment ระบบการชำระค่าบริการอิเล็กทรอนิกส์
 10. E-satisfaction assessment ระบบการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ
 11. Tele-psychiatry ระบบการให้บริการจิตเวชทางไกล
 12. Chatbot ระบบแชทบอร์ด
- นอกเหนือจาก 12 บริการข้างต้นนี้ ก็จะมีแนวทางอื่นที่กำลังศึกษาเพิ่มเติมเช่น การใช้หุ่นยนต์ และโดรนในการจ่ายยา ส่งยา การใช้เออาร์ในการวิเคราะห์และวินิจฉัยโรค และการวีอาร์ในการจำลองสถานการณ์ในการฝึกฝนแพทย์ และขั้นตอนสุดท้ายเป็นการประเมินประสิทธิภาพและคุณภาพในการให้บริการ

2. Mobile & Web Application แอปพลิเคชันบนมือถือและเว็บไซต์

ในการดูแลสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการให้บริการด้านสุขภาพจิตได้มากขึ้น การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในประชากรทั่วไป ในชุมชน และในสถานการณ์จำเพาะบางรูปแบบ การปฐมพยาบาลทางจิตวิทยาสำหรับกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นการให้บริการทางด้านสุขภาพจิตเบื้องต้นเพื่อป้องกันปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต และกรมสุขภาพจิตมีแอปพลิเคชันที่ให้บริการด้านสุขภาพจิต 6 แอปพลิเคชัน ดังนี้

2.1 Mental Health Check-In เป็นเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น และคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์โควิด-19 พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยให้บุคลากรสาธารณสุข/อสม./จิตอาสา ใช้ประเมินสุขภาพจิตประชาชน เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อปัญหา มาดูแลสุขภาพจิต ตลอดจนประชาชนและผู้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสามารถประเมินตนเองและเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว การประเมินประกอบไปด้วย SBSD คือ S : Stress (เครียด) B : Burnout (ภาวะหมดไฟ) S : Suicide (เสี่ยงฆ่าตัวตาย) D : Depression (ซึมเศร้า)

2.2 Mental Health Check-Up เป็นเครื่องมือเพื่อประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นด้วยตนเอง และคัดกรองปัญหาโรคจิตเวชที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19 นำไปสู่ปัญหาความเครียดสะสม ปัญหาชีวิต และฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังสามารถประเมินดัชนีความสุขหลังสุขภาพจิต หรือความฉลาดทางอารมณ์ได้

2.3 School Health Hero เป็นแอปพลิเคชันบนเว็บไซต์เป็นแนวทางการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ของเด็กและวัยรุ่น ผ่านคำถาม 9 ข้อง่าย ๆ (9 symptoms หรือ 9S) คัดกรองอาการของเด็ก ได้แก่ ซนเกินไป ใจลอย รอคอยไม่ได้ หงุดหงิดง่าย หือแท้เบื่อหน่าย ไม่อยากไปโรงเรียน ถูกเพื่อนแกล้ง แกล้งเพื่อน ไม่มีเพื่อน ซึ่งจะทำให้เกิดการ “เฝ้าระวังคัดกรอง” ช่วยค้นหาเด็ก

ได้เร็วขึ้นโดยไม่เพิ่มภาระครู เป็นการเฝ้าระวังปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ และส่งต่อทีมสาธารณสุขผ่านแอปพลิเคชันได้

2.4 SATI (สติ) เป็นแพลตฟอร์มดิจิทัล ที่เปิดให้คนทั่วไปเข้ามาเป็นจิตอาสา เพื่อช่วยรับฟังในฐานะนักรับฟังเชิงลึก โดยจิตอาสาทั้งหมดต้องผ่านการอบรมในหลักสูตรของกรมสุขภาพจิต ใครที่มีความเครียดหรือความทุกข์ใจ ก็เลือกได้ทั้งรูปแบบการแชตและวิดีโอคอล โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

2.5 KHUIKUN (คุยกัน) เป็น LINE Official Account บริการสุขภาพจิต ให้การปรึกษาเบื้องต้นในกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ที่คร่าชีวิตผู้คนก่อนวัยอันควร ที่เปิดให้ประชาชนทุกเพศเข้ามาพูดคุยกับบุคลากรด้านสาธารณสุข

2.6 Smile Connect เป็น LINE Official Account เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงความรู้สุขภาพและบริการต่างๆ ของ โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต เช่น บริการจองคิวอำนวยการความสะดวกให้เลือกวันและเวลาจองคิวได้ล่วงหน้า (สำหรับผู้ป่วยเก่า), CHAT BOT สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับองค์กร งานวิจัย องค์ความรู้ต่างๆ

3. Mental Health Digital Platform เป็นระบบศูนย์กลางข้อมูลสุขภาพจิต การแลกเปลี่ยนข้อมูล แดตตาสลักข้อมูล และระบบสารสนเทศสำหรับผู้บริหาร

สรุปปีอนวัตกรรมการดูแลสุขภาพจิตแบบดิจิทัลในประเทศไทย สามารถปรับปรุงประสิทธิภาพของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวชและผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตได้ เพิ่มการเข้าถึง ลดเวลาการรอคอย ลดขั้นตอนการให้บริการ และปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย

หัวข้อที่ 4: “บริการจิตเวชทางไกลของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (Telepsychiatry in Galya Rajanagarindra Institute)”

วิทยากร: Weerapong Sanmontree, M.D., MSc in Clinical Psychiatry, Medical Physician Professional Level, Galya Rajanagarindra Institute, Thailand

เนื้อหา: เป้าหมายของ Telepsychiatry คือเพิ่มอัตราการเข้าถึงผู้ป่วย ลดการตีตราทางจิตเวช ลดเวลา การรอให้การรับบริการ ลดอัตราการแพร่เชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของอาการ โดยกลุ่มเป้าหมายคือกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในกระบวนการยุติธรรม และเยาวชนที่อยู่ในสถานควบคุมความประพฤติหรืออยู่ในสถานกักกัน รวมถึงผู้ป่วยนอกต่างๆ ในเครือข่ายของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยวิธีการดำเนินงาน คือ ตั้งทีม / มอบหมายผู้รับผิดชอบ กำหนดสถานที่ที่เหมาะสมและเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น กำหนดขั้นตอนบริการ จิตเวชศาสตร์ จัดให้มีผู้ดูแลระบบ ซักซ้อมบริการจิตเวชทางไกล จัดทำคู่มือ/แนวทางการให้บริการ ทบทวนปัญหาของระบบและอุปสรรคพร้อมวิธีแก้ไขและการประเมินผลการปฏิบัติงานของบริการจิตเวชทางไกล

การบริการของจิตเวชทางไกล มีดังนี้

1. Remote clinical consultations การให้คำแนะนำในเชิงคลินิกทางจิตเวช
2. Psychiatric management (out and inpatients) การบริหารจัดการด้านจิตเวชสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยแพทย์จะใช้รูปแบบวิดีโอคอลกับผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการจิตเวชเบื้องต้น
3. Prison telepsychiatry services การให้บริการด้านจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังโดยแพทย์จะใช้รูปแบบวิดีโอคอลกับผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการจิตเวชเบื้องต้น เช่นกัน
4. Discharge planning การวางแผนให้ผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวที่บ้าน
5. Follow-up of patients in the community การติดตามและประเมินอาการของผู้ป่วยในชุมชน
6. Interhospital case conference การประชุมเคสระหว่างโรงพยาบาล
7. Virtual health programmes โปรแกรมสุขภาพเสมือนจริงการบริการข้างต้นจะเป็นการให้บริการด้านจิตเวชที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและแพทย์ เช่น การบำบัดแบบกลุ่มก็จะอยู่ในระบบจิตเวชทางไกลด้วยเช่นกัน

แพลตฟอร์มในการให้บริการ Telepsychiatry มีหลายแบบ เช่น Zoom Meeting, Line Video Call, Sessioncall, Google Meet, Web Conference, Cisco WebEx, Skype, Google Hangout, Line official account, Jitsi Meet, anydesk 3 ซึ่ง 3 อันแรกเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ในการให้บริการจิตเวชทางไกล สำหรับโรงพยาบาลและสถาบันในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ขั้นตอนการให้บริการ Telepsychiatry สำหรับผู้ป่วยเก่าที่มีอาการคงที่ คือให้คำปรึกษาทางไกล ประเมินอาการ ส่งยา และชำระค่าบริการผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์

ผลลัพธ์ของการใช้ Telepsychiatry ในโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 20 แห่ง ภายใต้สังกัดกรมสุขภาพจิต จะเห็นได้ว่า มีจำนวนการเข้าถึงบริการจิตเวชที่มากขึ้นเป็น 3 เท่า ในช่วงของการระบาดโควิด-19 และTelepsychiatry ใช้กับ OPD เช่นกัน เนื่องจากว่าการให้บริการในขณะนี้ คือ ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยเข้าภายในอาคารและแพทย์จะอยู่ในตัวอาคาร เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 แพทย์จะใช้วิดีโอคอลกับผู้ป่วย ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับความพึงพอใจในหลายๆ ด้าน เช่น การใช้งานง่าย สะดวก ไม่ต้องรอนาน และไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาล และได้รับการเทียบเท่ากับการบริการในโรงพยาบาล ได้รับการที่ครอบคลุม ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์ และระบบชำระค่าบริการที่สะดวกและรวดเร็ว

สิ่งที่จะพัฒนาในการให้บริการต่อไปคือ วางแผนความร่วมมือกับกรมการแพทย์ เพื่อจัดทำ DMS Telemedicine Application จะเป็น Telemedicine ภาพรวม และจะทดลองใช้ที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ก่อน หลังจากนั้นจะนำไปใช้กับโรงพยาบาลจิตเวชทั้ง 20 แห่งต่อไป

สรุปเนื้อหาโดย

นางรุ่งทิพย์ ศิริเจริญ

นักวิทยาศาสตร์

International Symposium 1:

“Community Mental Health during COVID-19

Pandemic: Innovation and Lesson Learned from Countries”

สุขภาพจิตของชุมชนในช่วงการระบาด
ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: นวัตกรรมและบทเรียน
จากประเทศต่างๆ

วันพุธที่ 7 กรกฎาคม 2564 เวลา 10.30–12.15 น.

➤ ประธาน

นายแพทย์สมัย ศิริทองถาวร รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข (Samai Sirithongthaworn, M.D., Deputy Director-General for
Department of Mental Health, Thailand)

➤ รองประธาน

นายแพทย์นพพร ตันติรังสี ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 12
(Nopporn Tantirangsee, M.D., Ph.D. (Epidemiology), FRCPsychT. Director,
Mental Health Center 12, Department of Mental Health, Ministry of Public
Health, Thailand)

➤ วิทยากร

1. Rosfaizah Rahmat, M.D., Ph.D., Psychiatrist, Hospital Permai,
Johor Bahru, Malaysia
2. Farah Diba, Lecturer at Community Health Nursing Department,
Nursing Faculty, University of Syiah Kuala, Banda Aceh–Indonesia
3. Supasaek Virojanapa, M.D., MPH, Diploma of Preventive
Medicine, Community Mental Health, Thailand
4. Wang Zheng, Deputy Chief, Public Health Attending Physician,
Xi'an Mental Health Center

➤ สรุปเนื้อหา

หัวข้อที่ 1: “สุขภาพจิตชุมชนช่วงโควิด-19 #เราเข้มแข็ง เราชนะไปด้วยกัน...(Community Mental Health during COVID-19: #We strong, We win together...)”

วิทยากร: Rosfaizah Rahmat, M.D., Ph.D., Psychiatrist, Hospital Permai, Johor Bahru, Malaysia

เนื้อหา: โครงการของเราเชื่อว่าเราต้องร่วมมือร่วมใจกันถึงจะรอดไปด้วยกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการระบาดมา 2 ปีแล้ว เริ่มจากการที่องค์การอนามัยโลกได้รับการแจ้งเตือนกลุ่ม “ปอดบวมที่ไม่ทราบสาเหตุ” และต่อมาองค์การอนามัยโลกก็มีการประกาศออกมาเป็นระยะ โดยพบผู้ติดเชื้อครั้งแรกที่ประเทศมาเลเซียเป็นชาวจีนที่เดินทางจากประเทศสิงคโปร์ ได้มีการจัดตั้งสภาความมั่นคงแห่งชาติของประเทศมาเลเซียเพื่อรับมือป้องกัน และดูแลการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และมีการประกาศให้ทุกรัฐมีมาตรการการดูแลประชาชนในพื้นที่ของตัวเอง หลังจากมีการระบาดครั้งใหญ่ในประเทศจึงมีการประกาศคำสั่งควบคุมการเคลื่อนไหวในประเทศ (Movement Control Order in Malaysia: MCO) ห้ามเดินทางข้ามประเทศ และควบคุมการระบาดจนมีการระบาดอีกรอบช่วงต้นปี ตอนนี้อย่างนี้ก็ยังมีการห้ามเดินทางอยู่ คำสั่งควบคุมการเดินทางประกาศเพื่อลดการระบาดและการติดเชื้อมีตั้งแต่ครั้ง 1-3 โดยครั้งล่าสุด คือครั้งที่ 3 ประกาศหลังพบเชื้อในมาเลเซียและมีผู้ติดเชื้อมากขึ้นก็ยังคงบังคับใช้ประกาศห้ามเดินทางอยู่ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ผลจากการเกิดโควิด-19 ทำให้การผลเสียต่อสุขภาพจิตทั้งทางตรงและทางอ้อม มีความซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล การฆ่าตัวตาย และปัญหาด้านสุขภาพจิตอื่นๆ เราจะเห็นได้ว่าปัญหาด้านซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ เนื่องจากการประกาศห้ามเดินทาง และถูกบังคับให้อยู่ในสถานที่ใดที่เดียวเป็นเวลานาน ปัญหาสุขภาพจิตมีปัจจัยจากหลายสาเหตุ เช่น รวมทั้งความกังวลด้านการเงิน เศรษฐกิจ การกักตัว และการเว้นระยะห่างทาง

สังคม การขาดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต ขาดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตใจ ผลกระทบจากสื่อโซเชียลมีเดีย ความกลัวและวิตกกังวลต่อสุขภาพของตนเองและสุขภาพของคนในครอบครัว ขาดความรู้เรื่องโรคติดเชื้อ ดังนั้นปัจจัยดังกล่าวสามารถส่งผลกระทบเป็นลูกโซ่ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตใจ ทำให้ประชาชนกังวลถึงความไม่มั่นคงจึงเกิดความเครียดขึ้นมา บางคนถ้ามีปัญหาสุขภาพจิตก็จะนำไปสู่การทำร้ายรุนแรงและส่งผลถึงครอบครัว ผู้ติดเชื้อเองก็มีความเครียดด้วยและสื่อก็มีผลต่อสุขภาพจิต แล้วเราจะรับมืออย่างไร

อย่างที่แจ้งไปแล้ว เราเห็นว่านโยบายของรัฐมีผลต่อสุขภาพจิตของประชาชน รวมถึงสื่อมีเดียต่างๆ ทางภาครัฐมีแอปพลิเคชันให้เข้าถึงการรับบริการด้านสุขภาพจิตอย่างง่ายเข้าได้ง่ายด้วย ตัวแอปฯ นี้มีหลากหลายฟังก์ชัน ในการป้องกันด้านสุขภาพจิต ตัวอย่างของแอปพลิเคชัน การเช็คอิน ซึ่งนอกจากป้องกันการระบาดโควิด-19 แล้ว ยังมีการป้องกันดูแลสุขภาพจิตของประชาชน มาเลเซียเคยเกิดภัยพิบัติในชุมชนมาแล้วจึงมีการให้ความรู้เบื้องต้น เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตผ่านแอปฯ นี้ดูแลสุขภาพจิตและจิตสังคมในระดับชุมชน ทำงานร่วมกันระหว่างจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และเอ็นจีโอ โดยมีการให้บริการสุขภาพจิตทั้งผู้ที่กักตัว การเว้นระยะห่างทางสังคมเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่สำคัญเพราะทำให้เราไปพบแพทย์ได้ยากขึ้น จึงมีการให้บริการแบบสอตไลน์ ไม่ว่าจะเป็นผู้ได้รับผลกระทบผู้ป่วย ญาติหรือผู้เกี่ยวข้องสามารถปรึกษาได้เช่นกัน นอกจากนี้ช่วงโควิด-19 เรายังคงมองเห็นอนาคตการรับมือหลังสถานการณ์โควิด-19 ที่จะทำให้ในประเทศมาเลเซีย โดยจิตแพทย์ทั่วประเทศต้องออกมาให้ความรู้ ให้ข้อมูลช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตทั้งทางทีวีและโซเชียลมีเดียออนไลน์สกรีนนิ่ง การคัดกรองโรคเบื้องต้นสำหรับปัญหาสุขภาพจิต แต่เดิมคือ ตัวต่อตัว โดยใช้เอกสาร และบุคลากรมาคัดกรองซึ่งใช้เวลานานมากตอนนี้จะลองวิธีการอื่น เช่น ใช้ไอทีในการคัดกรอง โดยมีเป้าหมาย 30 คนต่อเดือนต่อคลินิก ในชุมชนยะโฮร์บาห์ ประเทศมาเลเซีย โดยการสแกน

คิวอาร์โค้ดให้ส่งข้อมูลของตัวเอง เป็นการคัดกรองเบื้องต้นด้วยตัวเอง เรียกว่า Self-Screening ซึ่งหลังกรอกข้อมูลๆ จะถูกส่งไปให้บุคลากรทางแพทย์ๆ จะให้คำแนะนำและแนวทางการรับมือที่แตกต่างกัน แจ้งให้ทางผู้รับบริการได้ทราบโดยผ่านการส่งต่อไปในขั้นตอนที่เหมาะสม จะมีการส่งต่อข้อมูลให้แพทย์ในระดับตำบล/อำเภอ โดยประโยชน์จากทำระบบนี้คือใช้เวลาอันน้อยลงและมีเวลาเพิ่มขึ้นในการคิดและวิเคราะห์ แนวทางการแก้ไขมากขึ้น ข้อมูลที่ผ่านเข้ามาทำให้ประมวลผลง่ายและจัดทำให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดียิ่งขึ้น สถิติการเริ่มใช้งานระบบการคัดกรองออนไลน์นี้ในช่วงเดือนสิงหาคมมีการส่งต่อและมีกระจายข้อมูลได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น โดยมีการขยายให้หน่วยงานอื่นมีความร่วมมือเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ให้การสนับสนุนด้านสุขภาพจิตชุมชน/จิตสังคมมากขึ้นก็สามารถช่วยเหลือได้มากขึ้น เช่น ตำรวจ นักดับเพลิง หรือผู้ที่ผ่านการอบรมมาแล้ว สิ่งที่เราเรียนรู้และเป็นสิ่งสำคัญคือ เราจะต้องการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและครบถ้วน เพื่อผู้รับบริการจะได้เข้าใจและทราบถึงรายละเอียดให้การให้ข้อมูลที่ชัดเจน และเจ้าหน้าที่จะต้องทราบถึงกรอบการทำงานที่ชัดเจนเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการให้ถูกต้อง ทุกฝ่ายต้องช่วยกันทั้งเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ สุดท้ายนี้อยากจะเน้นข้อนี้ “จะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ถ้าเราทำพร้อมไปด้วยกัน เราจะสำเร็จไปด้วยกัน

หัวข้อที่ 2: สุขภาพจิตของชุมชนในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: นวัตกรรมและบทเรียนจากประเทศอินโดนีเซีย “การเพิ่มกลไกการเผชิญปัญหาแบบปรับตัวในการเผชิญกับการเว้นระยะห่างทางสังคม” (Community Mental Health During COVID-19 Pandemic: Innovation and Lesson Learned from Indonesia “Increasing Adaptive Coping Mechanisms Strategies in Facing Social Distancing”

วิทยากร: Farah Diba, Lecturer at Community Health Nursing Department, Nursing Faculty, University of Syiah Kuala, Banda Aceh-Indonesia

เนื้อหา: การนำเสนอบทเรียนเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ของอินโดนีเซีย ซึ่งมีประชากรทั้งหมด 250 ล้านคน ในการปรับตัวช่วงเว้นระยะห่างทางสังคม และสุขภาพจิตวิถีใหม่ เราเองก็ต้องปรับตัวมากขึ้น แต่เชื่อว่าทุกคนจะเข้าถึงความรู้และข้อมูล ในการรับมือนี้กับสถานการณ์ที่เรากำลังเผชิญอยู่ทุกวันนี้ เราจะพูดถึงกรณีสถานการณ์โควิด-19 ในประเทศอินโดนีเซีย ที่มีผลต่อสุขภาพจิตคนในประเทศ ในประเทศอินโดนีเซียมีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ถึง 2.284 ล้านคน ผู้ที่อยู่ในการรักษาการติดเชื้อ 12.9% ผู้ที่รักษาหายแล้ว 84.4% ผู้เสียชีวิต 2.7% (ข้อมูล ณ วันที่ 4 กรกฎาคม 2564) จะเห็นว่าแนวโน้มผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นจากปีที่แล้วจนปัจจุบัน ในเมืองจาการ์ และเกาะชวากำลังเผชิญปัญหาในหลายๆ ด้าน และทุกคนก็เผชิญปัญหามากมายเลยทีเดียว องค์การอนามัยโลกแจ้งว่าเราเป็นประเทศที่มีการตรวจการติดเชื้อน้อยที่สุด แต่เรามีการติดและทำให้ทราบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น โดยส่วนใหญ่จำนวนผู้ติดเชื้อขึ้นครบแล้ว 5.1% และมี 8,000 เคสของผู้ติดเชื้อต่อประชากรล้านคน

รัฐบาลมีการตอบสนองกลับอย่างไร หลังพบผู้ติดเชื้อและมีการจัดตั้งหน่วยงานในการควบคุมดูแลเฉพาะกิจและการล็อกดาวน์ทำให้เกิดผลกระทบมากมายในประเทศ จากจำนวนงบประมาณที่รัฐใช้ในส่วนภาคสุขภาพนี้จัดทำระบบเฝ้าระวังผู้ป่วย และบุคคลที่สัมผัสใกล้ชิด กระทรวงสาธารณสุขจะมีการฉีดวัคซีนซิโนแวคแก่ประชากรในประเทศ โดยด้านการศึกษา มีการใช้กฎระเบียบข้อบังคับในระดับจังหวัดและได้มีการปิดโรงเรียน โดยมีการมีกำหนดสิทธิของแต่ละพื้นที่ตามจำนวนผู้ติดเชื้อ ความเสี่ยง และเมื่อมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจึงมีการปิดโรงเรียน และให้มีการฉีดวัคซีนให้กับครู ผู้สอนและประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเดือนกุมภาพันธ์ที่ผ่านมา และเรื่องการเข้าถึงวัคซีนของประชาชนทั่วไปได้รับการยืนยันในเดือนตุลาคม 2563 ที่ผ่านม่ว่าทางอินโดนีเซียมีจัดซื้อวัคซีนแอสตราเซนเนกา (AstraZeneca) วัคซีนซิโนแวค (Sinovac) และวัคซีนซิโนฟาร์ม (Sinopharm) โดยทางกระทรวงฯ มีการส่งข้อบังคับและระเบียบข้อบังคับต่างๆ ในการควบคุมการแพร่

ระบาด ในปัจจุบันจำนวนรวมการฉีดวัคซีนประมาณ 40 ล้านคน 79% จะเป็นกลุ่มของเจ้าหน้าที่การแพทย์ ผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ของรัฐ สำหรับคนที่ปฏิเสธการฉีดวัคซีนจะมีการถูกปรับและลงโทษ หรือช่วยเหลือเพื่อให้เข้าถึงการบริการต่างๆ ของรัฐ

สุขภาพจิตในภาวะโรคระบาด ในประเทศอินโดนีเซียมีปัญหาด้านภัยพิบัติมากมาย และเผชิญปัญหาทางการเมืองมาอย่างยาวนาน ในเมืองบันดาเอเจะห์ก็เผชิญภัยพิบัติและปัญหาทางการเมืองเช่นกัน ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดในการทำงาน ผู้ตั้งครรภ์ และเด็กเองก็มีความเครียด รู้สึกซึมเศร้า หวาดกลัว ได้มีการทำแบบสำรวจคนในอาเจะห์ อายุ 60-70 ปี มีผู้ตอบแบบสำรวจทำให้ทราบว่า การดูแลสุขภาพในเชิงป้องกันก็จะสามารถรับมือได้ดีมากขึ้น มีการศึกษาอีกหนึ่งหัวข้อที่ทำในอินโดนีเซีย การทำแบบสอบถามจำนวน 2,000 ราย จาก 34 จังหวัดของประเทศอินโดนีเซีย ผู้คนพูดคุยกับคนที่ซึมเศร้าทำให้ทราบว่า การรับมือกับความเครียดนี้ คือ การเชื่อมโยงเข้ากับพฤติกรรมของเราคือกลไกในการรับมือ ความเครียดที่ทุกคนเจอจะแสดงออกถึงการมีปัญหาทางสุขภาพและโรคเรื้อรังจากการดื่มสุราและความเครียดที่ทำให้มีสังคมไม่เข้มแข็ง ระดับนานาชาติมีโครงการ MHPSS โดยมีสมาคมสุขภาพจิตและบุคลากรแพทย์ที่ให้การสนับสนุน เป็นการสนับสนุนทางด้านสุขภาพจิตเพื่อให้เข้าถึงบริการต่างๆ ทางด้านสุขภาพจิตได้ดียิ่งขึ้น สำหรับโครงการนี้มีเป้าหมายในการให้บริการในระยะเวลา 1 ปี ผ่านจังหวัดต่างๆ จำนวน 9 จังหวัด การดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิจำนวน 1,000 แห่ง พยาบาลจำนวน 2,000 คน ครอบครัว 1 แสนครอบครัวซึ่งจะมีพยาบาลคอยดูแล 1 คนต่อ 50 ครอบครัว และบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตจำนวน 900 คน สำหรับเนื้อหาการเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิต มีการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูรักษาสุขภาพจิตด้วยกัน สำหรับพฤติกรรมใหม่ที่เรามุ่งหวังในชุมชนเพื่อเพิ่มความคุ้มกันทางกายภาพในชุมชน และสำหรับจิตวิทยาทางสังคมให้มีความรู้เกี่ยวกับการผ่อนคลาย อารมณ์เป็นบวก ความคิดเป็นบวก ทักษะคิดเป็นบวก

ความสัมพันธ์เป็นบวก รวมถึงจิตวิญญาณด้วย สำหรับการป้องกันเราให้ความรู้ให้ความสำคัญในการเว้นระยะห่างทางสังคม สำหรับการป้องกันถึงปัญหาสุขภาพจิตเราก็ให้ความรู้ในการมีทัศนคติที่ดีทางสังคมแก่ครอบครัวและชุมชน บุคลากร การไม่ตีตรา และได้มีการพัฒนาเป็นบทเรียนต่างๆ ที่ใช้สอนแก่บุคลากรทางการแพทย์ๆ ที่ได้รับฝึกอบรมสามารถนำไปถ่ายทอดสู่ชุมชนและครอบครัวอีกต่อหนึ่ง โดยมีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมเรียบร้อยแล้วจำนวน 10,174 คน โดยบุคลากรเหล่านี้จะเข้าไปชุมชนทำกิจกรรมต่างๆ และสถานพยาบาลปฐมภูมิ อินโดนีเซียยังมีการดำเนินการโครงการ SeJIWA เป็นการบริการเรื่องของสุขภาพจิตที่ดีให้บริการด้านสุขภาพจิตผ่านคอลเซ็นเตอร์ (Call Center 119) สำหรับผู้ที่อยากปรึกษาเมื่อประสบความรู้สึกไม่สบายหรือวิตกกังวลที่เกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด-19 นอกจากนี้ ประชาชนทั่วไปยังสามารถดำเนินการให้คำปรึกษาผ่านเว็บไซต์ทางการของสมาคมจิตแพทย์ชาวอินโดนีเซียผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (PDSKJI) ได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบการบริการให้คำปรึกษาสำหรับเด็กและวัยรุ่น (Tele-Medicine) จากสำนักงานการฟื้นฟูทางสังคมสำหรับเด็ก มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการช่วยเหลือด้านจิตสังคมและการดูแลเด็กชั่วคราวและครอบครัวของผู้ประสบภัย COVID-19 ที่ต้องการเข้าถึงบริการ ซึ่งการบริการนี้มีให้ในทุกจังหวัด สำหรับบทเรียนที่นำมาใช้ในประเทศอินโดนีเซีย

- ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 รัฐบาลมีแผนจัดกิจกรรมฉุกเฉินสาธารณะ ตั้งแต่วันที่ 2-20 กรกฎาคมซึ่งจะเพิ่มชั่วโมงทำงานจากที่บ้าน และจำกัดเวลาให้บริการและความจุในการรับประทานในร้าน กิจกรรมทางศาสนาในพื้นที่สีแดงและโซนสีส้มจะถูกระงับชั่วคราว

- Grab ผู้ให้บริการเรียกรถรายใหญ่ของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ ได้เริ่มให้บริการแบบโทรศัพท์บริการฉีดวัคซีนสำหรับผู้ขับขี่ในบาห์ลีร่วมมือกับรัฐบาล การบริการมีกำหนดจะขยายไปทั่วอินโดนีเซียในอีกไม่กี่เดือนข้างหน้า

- เพื่อตอบสนองต่อการเพิ่มขึ้นของการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 สายพันธุ์เดลต้า ประกาศให้ตั้งแต่วันที่ 22 มิ.ย. ถึงวันที่ 5 ก.ค. ธุรกิจที่อยู่ในพื้นที่สีแดงต้องปิดเวลา 20.00 น. และสามในสี่ของแรงงานต้องทำงานที่บ้าน

- รมว.ศาสนา สั่งงดกิจกรรมทางศาสนาช่วงโควิด-19 ในบริเวณพื้นที่สีแดง

- เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน สั่งให้รัฐบาลจากการติดเชื้อวันละ 100,000 คน เริ่ม 22 มิ.ย. ให้เมืองหลวงเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ภายในเดือนสิงหาคม

หัวข้อที่ 3: “การป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 (Suicide Prevention in Community during COVID-19 Pandemic)”

วิทยากร: Supasaek Virojanapa, M.D., MPH, Diploma of Preventive Medicine, Community Mental Health, Thailand

เนื้อหา: เป็นการบรรยายถึงการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยอาศัยการร่วมมือในชุมชนซึ่งมีการดำเนินการใน 5 อำเภอ ในต่างจังหวัด การบรรยายจะแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ที่มาและเหตุผล

ส่วนที่ 2 การประเมินชุมชน

ส่วนที่ 3 การได้ส่งคืนข้อมูล

ส่วนที่ 4 การพัฒนาแผนการดำเนินงาน

ส่วนที่ 5 การติดตามและประเมินผล

1. ที่มาและเหตุผล อย่างที่ทุกท่านทราบว่าโรคโควิด-19 นั้นมีผลกระทบกับทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต เราจะต้องอาศัยทักษะในการรับมือกับความวิตกกังวล การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การติดยา และการฆ่าตัวตาย ซึ่งในช่วงโควิด-19 ทำให้บริการสุขภาพหยุดชะงัก การเว้นระยะห่างทางสังคม โดยมีการใช้ Tele-Medicine และ Tele-Counseling มีการคาดการณ์ว่า

การฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้น และการมีมาตรการในการกักตัวหรือการเว้นระยะห่างทางสังคม ประชาชนก็จะย้ายจากสังคมเมืองไปสู่ชนบทเนื่องจากไม่มีงานทำก็มีความเสี่ยงที่จะมีการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น ในปีที่ผ่านมาหัวหน้าทีมของเราโดยนายแพทย์ศักดิ์กรินทร์ แก้วเข้า ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้มีการพัฒนาแผนการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน ทีมเราได้เลือกมา 5 อำเภอโดยเลือกจากอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงมาทำประเมิน

2. การประเมินชุมชน อันดับแรกการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลจำนวนประชากร การฆ่าตัวตายและสื่อ ทักษะคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย การใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันด้านอื่นๆ ประสพการณ์ฆ่าตัวตาย และการบริการต่างๆ ด้านสุขภาพจิตในชุมชน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ เราได้มีการสัมภาษณ์หรือสอบถามผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร และประชาชนทั่วไป และมีการสอบถามเกี่ยวกับเรื่องการรายงานข่าวในชุมชน เรื่องของวัฒนธรรมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในชุมชน และแผนการป้องกันการฆ่าตัวตาย

3. การได้ส่งคืนข้อมูล การส่งคืนข้อมูล จากการสอบถามข้อมูลจากคนในชุมชน ทำให้เราได้ทราบถึงข้อมูลการฆ่าตัวตายในชุมชน พบว่าในชุมชนเหล่านี้ประชากรที่เสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย คือ แรงงาน นักศึกษาคณาวังงาน และวัยรุ่นและประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับการรับข่าวสาร รับข่าวสารเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ทางทีวี (83.2%) ทางพูดคุยปากต่อปาก (54.5%) และ Facebook (38.8%) ถ้าประชาชนรับข่าวสารมากกว่าหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ก็จะเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมากขึ้น (OR 5.4, 1.98–14.76) และเรียนรู้วิธีฆ่าตัวตายจากข่าว 59% ในด้านความรู้/ทัศนคติเชิงลบต่อการฆ่าตัวตาย พบว่ามีพฤติกรรมที่ไม่ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพราะคนที่พยายามฆ่าตัวตายคิดว่าการขอความช่วยเหลือเป็นการแสดงความอ่อนแอ และการถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายอาจชี้นำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ การฆ่าตัวตายเป็นเพียง

ผู้ที่อ่อนแอเท่านั้น และผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตายก็จะไม่ฆ่าตัวตาย สำหรับการใช้อัลกอฮอล์และสารเสพติด 11.4% และการใช้สารเสพติด 8% และการดื่มสุราอาจจะไม่เชื่อมโยงกับการฆ่าตัวตาย และข้อมูลการใช้สารเสพติดนั้นได้ข้อมูลมาน้อยมาก

สิ่งที่สำคัญที่สุดคือปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ พบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว และพบว่ามีเพียงปัญหาดังกล่าวสามารถเชื่อมโยงกับการฆ่าตัวตาย และมีเพียง 4 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายวิพากษ์วิจารณ์ ต่ำทอ อัจฉริยยา และความรุนแรงตามลำดับ อีกปัจจัยที่เกี่ยวข้องการความเสี่ยงการฆ่าตัวตายคือการเงิน/รายได้

สำหรับปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ การคิดถึงคนที่รักเป็นปัจจัยสำคัญเพียงอย่างเดียว ซึ่งลดความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย 85.7% (52.8%–96.7%) ย้อนกลับไปปัญหาความสัมพันธ์ ถ้าจำเป็นที่จะต้องป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนต้องใช้ความร่วมมือจากคนในครอบครัวแก้ไขปัญหาคือความสัมพันธ์ตามปัญหา 4 อย่างที่กล่าวไปแล้วก็จะลดความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายได้

4. การพัฒนาแผนการดำเนินงาน สิ่งที่จะดำเนินการต่อไปคือ หลังจากการนำข้อมูลการจากสอบถามกลับสู่ชุมชนที่มก็มีการพัฒนาแผนการดำเนินงานของชุมชน โดยใช้ Technology of Participation (TOP) Model คือ เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมถูกนำมาใช้ในการพัฒนาแผนงานการป้องกันการฆ่าตัวตายให้เหมาะสมกับชุมชนของตนเอง ถ้าแต่ละชุมชน/ตำบลกำหนดการป้องกันเองได้ ก็จะได้แผนการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เหมาะสมกับชุมชน และสามารถจัดสรรให้เกิดความยั่งยืนได้

5. การติดตามและประเมินผล ที่ยังไม่มีข้อมูลด้านนี้

หัวข้อที่ 4: “ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการช่วยเหลือด้านจิตใจและ
บริการสังคมสงเคราะห์ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19
(Introduction to psychological assistance and social work service under the
COVID-19 epidemic)”

วิทยากร: Wang Zheng, Deputy Chief, Public Health Attending
Physician, Xi'an Mental Health Center

เนื้อหา: ไม่มีเนื้อหาการบรรยายเนื่องจากวิทยากรไม่สามารถเข้าร่วม
การประชุมได้กะทันหัน

สรุปเนื้อหาโดย

นางสาวพิไลพรรณ พร้อมมิตรญาติ

นักวิทยาศาสตร์สังคม

International Symposium 2:

“Prevalence of Suicide: Estimation and Implication”

ความชุกของการฆ่าตัวตาย; การประเมินและผลกระทบ

วันพุธที่ 7 กรกฎาคม 2564 เวลา 13.00–14.30 น.

➤ ประธาน

นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง ผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Terdsak Detkong, M.D, Director, Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health, Thailand)

➤ รองประธาน

นายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเข้า ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Sakarin Kaewhao, M.D. Director of North Eastern Institute of Child and Adolescent Mental Health, Department of Mental Health, Thailand)

➤ พิธีการ

1. Alexandra Fleischmann, Ph.D. (Clinical and Health Psychologist) Technical lead on suicide prevention, Department of Mental Health and Substance Abuse, The World Health Organization Headquarter, Geneva Switzerland

2. Prof. Chiaki Kawanishi, M.D., Ph.D., Professor and Director, Department of Neuropsychiatry, Sapporo Medical University Graduate School of Medicine, Japan

3. Tae-Yeon Hwang, M.D., Ph.D., MPH., President of the Korea Foundation for Suicide Prevention (KFSP), Republic of Korea

4. Nattakorn Jampathong, M.D., Director of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Thailand



➤ สรุปเนื้อหา

หัวข้อที่ 1: “ความชุกของการฆ่าตัวตาย; การประเมินและผลกระทบ (Prevalence of suicide: estimation and implication)”

วิทยากร: Alexandra Fleischmann, Ph.D. (Clinical and Health Psychologist) Technical lead on suicide prevention, Department of Mental Health and Substance Abuse, The World Health Organization Headquarter, Geneva Switzerland

เนื้อหา: ภาพรวมของการฆ่าตัวตาย จากเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติที่ 3.4 ระบุภายในปีค.ศ. 2030 ต้องมีการตายลดลง 1 ใน 3 ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวมถึงสุขภาพจิตและสุขภาวะที่ดี โดยอัตราการฆ่าตัวตายเป็นตัวบ่งชี้เป้าหมาย 3.4 โดยแบ่งแผนการทำงานเป็น WHO General Programme of Work (GPW 2019–2023) และ WHO Mental Health Action Plan 2013–2030 ซึ่งประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกจะต้องดำเนินงานให้อัตราการฆ่าตัวตายให้ได้ 1 ใน 3 ภายในปี ค.ศ. 2030 และจากข้อมูลการประเมินสุขภาพทั่วโลกขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี ค.ศ. 2019 ซึ่งเกิดจากการประมาณการข้อมูลของปี ค.ศ. 2019 และ ปี ค.ศ. 2020 พบว่าประชาชนมากกว่า 700,000 คน มีสาเหตุการตายจากฆ่าตัวตาย และเมื่อเปรียบเทียบประชาชนที่ตายด้วยโรคมะเร็ง มะเร็งทรวงอก พบว่ามีจำนวนการตายที่สูง รวมถึงเป็นสาเหตุการตายสูงอันดับที่ 3 ในกลุ่มเด็กผู้หญิง และอันดับที่ 4 ในเด็กผู้ชาย อายุ 15–19 ปี และ 15–29 ปี นอกจากนี้พบว่าในประเทศที่พัฒนาแล้วมีอัตราการตายสูงกว่าในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งการประมาณการตายจากการฆ่าตัวตายนี้น่าเชื่อถือเพราะสอดคล้องกับการคาดการณ์และคำนวณของประเทศนั้นๆ การฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นกับคนที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ที่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้น้อยและระดับปานกลางเมื่อเปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายระดับภูมิภาคในประชากร 100,000 คน พบว่าเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในผู้หญิง

และผู้ชายสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก การประมาณการอัตราการฆ่าตัวตายในปี ค.ศ. 2000–2019 จะค่อยๆ ลดลงทีละน้อย ซึ่งประเทศต่างๆ จะต้องเร่งดำเนินการ เพื่อลดการฆ่าตัวตายภายในประเทศให้มากขึ้น โดยอเมริกามีอัตราการฆ่าตัวตาย มากกว่าภูมิภาคอื่นๆ สำหรับประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้ม ค่อยข้างสูงขึ้น สำหรับประเด็นคุณภาพของข้อมูลพบว่าทั่วโลกคุณภาพของ ข้อมูลน้อย เพราะองค์การอนามัยโลกได้รับข้อมูลการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เพียง 80 ประเทศเท่านั้น สำหรับประเทศที่ยังไม่มีข้อมูลเหล่านี้จะต้องพัฒนา ระบบเฝ้าระวังและการรายงานการเสียชีวิต ทั้งนี้พบว่าใน 80 ประเทศที่มี รายงานผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมีเพียง 20 ประเทศเท่านั้นที่มีรายงานของ การพยายามฆ่าตัวตาย จะเห็นได้ว่าข้อมูลที่มีนั้นน้อยมาก และเมื่อมีสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยิ่งทำให้การทำงานเพื่อป้องกัน การฆ่าตัวตายยิ่งขึ้น เพราะสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคทำให้มีปัจจัยเสี่ยง ที่จะทำให้การฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเราต้องเก็บข้อมูลให้ครอบคลุม และประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สำหรับองค์การอนามัยโลกมีเครื่องมือบันทึก อัตราและสาเหตุของการเสียชีวิตออนไลน์ เรียกว่า WHO Mortality Database และมีการจัดทำสำรวจปัจจัยเสี่ยงเพื่อวางแผนดำเนินงาน โดยองค์การอนามัย โลกได้เผยแพร่คู่มือ “LIVE LIFE” ในปี ค.ศ.2021 เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน สำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายให้แก่ประเทศต่างๆ ในการพัฒนากลยุทธ์ การป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติอย่างครอบคลุม

หัวข้อที่ 2: “นโยบายระดับชาติสำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตาย, การวิจัยเชิงกลยุทธ์ระดับชาติ และการแทรกแซงการจัดการกรณีที่เหมาะสมตาม หลักฐานสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตายในประเทศญี่ปุ่น (The national policy for suicide prevention and the national strategic research, ACTIN-J, the evidence-based assertive case management intervention for suicide attempters in Japan)”

วิทยากร: Prof. Chiaki Kawanishi, M.D., Ph.D., Professor and Director, Department of Neuropsychiatry, Sapporo Medical University Graduate School of Medicine, Japan

เนื้อหา: นโยบายระดับชาติเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตายและการวิจัยเชิงกลยุทธ์ระดับชาติของประเทศญี่ปุ่น สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศญี่ปุ่นในช่วงปี ค.ศ.1981–2019 พบว่าในปี ค.ศ.1998 พบอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่า 35% ซึ่งมากกว่า 14 ปีที่ผ่านมา ส่งผลให้ปี ค.ศ.2006 องค์การต่างๆ รวบรวมรายชื่อเสนอให้รัฐบาลออกกฎหมายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ต่อมาได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการการป้องกันการฆ่าตัวตายและพระราชบัญญัติป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยมีข้อกำหนดสำคัญคือทุกจังหวัดต้องมีมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายและในปี ค.ศ. 2007 ออกร่างฉบับแรกของนโยบายป้องกันการฆ่าตัวตายนั่นส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายของญี่ปุ่นลดลงถึง 42% แต่ภายในปี ค.ศ. 2020–2021 กลับพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายกลับเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีโครงการ Japanese Multimodal Intervention Trial for Suicide Prevention (J-MISP) ซึ่งดำเนินการตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายคือแบ่งเป็นการทำงานในระดับชุมชน (NOCOMIT-J) และการดำเนินการเพื่อการวิจัยการฆ่าตัวตาย (ACTION-J) การพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้คนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ดังนั้นถ้าสามารถป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายได้ก็สามารถป้องกันการตายสำเร็จจากการฆ่าตัวตายได้เช่นกัน จากการศึกษาการป้องกันการฆ่าตัวตายของวิทยาการและทีมวิจัยกำหนดแนวทางการดำเนินงานโดยเน้น Case management และ Intervention เป็นรายกรณีไป โดยความสำเร็จของการวิจัยการฆ่าตัวตาย (ACTION-J) ทำให้โรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่ารักษาจากการให้คำปรึกษา และมีโปรแกรมฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สำหรับดูแลผู้ป่วย ดังนั้นนโยบายเพื่อดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของประเทศญี่ปุ่นนั้นมีข้อมูลชัดเจนซึ่งได้จากการทำงานร่วมกันแบบ Multicenter-RCT และการวิจัยการฆ่าตัวตาย (ACTION-J) รวมถึงฝึกอบรมแนวทางปฏิบัติแก่บุคลากรทางการแพทย์อย่างชัดเจน ยิ่งในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ซึ่งตอนนี้กำลังศึกษาและหารากเงาของปัญหาเพื่อป้องกันการพยายาม

ฆ่าตัวตาย และจะเผยแพร่ข้อมูลเพื่อกำหนดแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

หัวข้อที่ 3: “การป้องกันการฆ่าตัวตายในสถานการณ์ปัจจุบันของเกาหลี: สถิติ การแทรกแซง และการวางแผน (Current Situation Suicide Prevention of Korea: Statistics, Intervention, and Planning)”

วิทยากร: Tae-Yeon Hwang, M.D., Ph.D., MPH., President of the Korea Foundation for Suicide Prevention (KFSP), Republic of Korea

เนื้อหา: สถานการณ์การฆ่าตัวตายของสาธารณรัฐเกาหลีระหว่างปีค.ศ. 2015–2019 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายต่ำในปี ค.ศ. 2017 และเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อยหลังปีค.ศ. 2017 จากข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตของสำนักงานสถิติแห่งชาติประจำปีค.ศ. 2019 ระบุว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในเกาหลีอยู่ที่ 13,799 ราย เพิ่มขึ้น 129 ราย (0.9%) จากปีก่อนหน้า โดยค่าเฉลี่ยรายวันของการฆ่าตัวตายจากการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 37.8 อัตราการฆ่าตัวตายในปี 2019 มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 0.9% เมื่อเทียบกับปีที่แล้ว จากสถิติดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขและมูลนิธิป้องกันการฆ่าตัวตายของสาธารณรัฐเกาหลีได้พัฒนายุทธศาสตร์ช่วยเหลือการฆ่าตัวตายและป้องกันการฆ่าตัวตาย และระบบเฝ้าระวังระดับประเทศโดยมีแหล่งที่มาข้อมูลจากสถิติสำนักงานแห่งชาติ สำนักงานตำรวจ กระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาล สำหรับมูลนิธิป้องกันการฆ่าตัวตายของเกาหลีได้นำรายงานสำนักงานตำรวจแห่งชาติเพื่อหาสาเหตุของการฆ่าตัวตายและสนับสนุนรัฐบาลท้องถิ่นจัดทำนโยบายสำหรับท้องถิ่นนั้นๆ รวมถึงทำหน้าที่ประเมินรัฐบาลท้องถิ่นเกี่ยวกับนโยบายและผลลัพธ์ ทั้งนี้ได้พัฒนากลไกการรับรองสำหรับโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยมีทีมสำหรับประเมินการรักษาและให้การรับรอง การประเมินจัดให้มีในทุกๆ 4 ปี และจัดให้มีการฝึกอบรมประชาชนในชุมชน และฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานในภาครัฐ เช่น ครู ผู้ให้บริการระดับท้องถิ่นเพื่อให้เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชน นอกจากนี้จากวิกฤติเศรษฐกิจส่งผลให้ประชาชนฆ่าตัวตายสูงขึ้น องค์กรจึงมีนโยบายคัดกรอง

ณ ศูนย์ให้คำปรึกษา รวมถึงการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน และจัดทำยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายตามกลุ่มอายุ เพื่อส่งเสริมการป้องกันการฆ่าตัวตาย

หัวข้อที่ 4: “สถานการณ์ปัจจุบันของการฆ่าตัวตายในประเทศไทยในช่วงการระบาดของโควิด 19 (The Current Situation of Suicide in Thailand during the COVID-19 Pandemic)”

วิทยากร: Nattakorn Jampathong, M.D., Director of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Thailand

เนื้อหา: องค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่ข้อมูลของอัตราการฆ่าตัวตายในปีค.ศ. 2021 ปรากฏอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยประมาณ 8 ต่อประชากรแสนคน โดยในผู้ชายประมาณ 13.9 ต่อแสนประชากร ผู้หญิง 2.3 ต่อแสนประชากร ซึ่งใกล้เคียงกับการเก็บข้อมูลของรัฐ โดยสถิติของกระทรวงสาธารณสุขไทยในปี 2020 พบว่า 7.37 ต่อแสนประชากรซึ่งเป็นอัตราสูงที่สุดในทศวรรษ หนึ่งในเหตุผลที่ทำให้อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่ 4 ส่งผลให้เกิดอาการป่วยทางจิต ความบอบช้ำทางเศรษฐกิจ และภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ และปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นหนึ่งในหลายปัจจัยนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ถ้าพิจารณาจากอาชีพของปีที่ผ่านมาพบว่าแรงงานและคนที่ตกงานมีการฆ่าตัวตายมากขึ้น และอัตราการฆ่าตัวตายในเกษตรกรเพิ่มขึ้นเล็กน้อยนั้นหมายความว่าปัญหาการฆ่าตัวตายต้องพิจารณาในเรื่องสังคมและเศรษฐกิจด้วยไม่ใช่เพียงด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว ถึงเวลาที่ต้องยอมรับว่าปัญหาล้วนใหญ่มาจากภาคส่วนอื่นไม่เพียงแต่ปัญหาด้านสาธารณสุขเท่านั้น หากเรายังใช้มาตรการการดำเนินงานแบบเดิม คาดการณ์ว่าอัตราการฆ่าตัวตายจะสูงขึ้นถึง 9.45 ต่อแสนประชากร แต่หากใช้มาตรการร่วมมือกับทุกภาคส่วนจะลดลง 7.35 ต่อแสนประชากร ซึ่งกรมสุขภาพจิตจึงได้ร่วมมือกับหน่วยงาน

หลายภาคส่วน ได้แก่ ธนาคารแห่งประเทศไทย กระทรวงมหาดไทย กระทรวง
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวง
อุตสาหกรรม กระทรวงพาณิชย์ และเครือข่ายภาคประชาสังคม

ในปี ค.ศ. 2021 ประเทศไทยจัดทำยุทธศาสตร์ป้องกันการฆ่าด้วยตาย
ซึ่งเป็นวาระแห่งชาติ และจัดตั้ง war room เรื่องสังคมและเศรษฐกิจเพื่อรับมือ
กับปัญหาและเสริมความเข้มแข็งของขีดความสามารถในสวัสดิการสังคมและ
บริการต่างๆ รวมถึงสุขภาพจิต ซึ่งจะเน้นกลุ่มเปราะบางทางสังคมให้สามารถ
เข้าถึงสวัสดิการทางสังคมในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตมากขึ้น โดยมีการ
กำหนดยุทธศาสตร์ดังนี้ 1. ส่งเสริมความรู้ด้านสวัสดิการสังคมและสุขภาพผ่าน
สื่อมวลชนในหลายภาคส่วน ไม่จำกัดเฉพาะด้านสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความ
เข้มแข็งทางจิตใจให้กับประชาชนกลุ่มเปราะบาง 2. การพัฒนาระบบคัดกรอง
สืบค้น และการเฝ้าระวังประชากรฆ่าตัวตายตามความรุนแรงให้ครอบคลุมทุก
มิติ 3. สร้างกลไกการป้องกันการฆ่าตัวตายในแต่ละจังหวัด เนื่องจากปัจจัยด้าน
สภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน และ 4. การพัฒนาเทคโนโลยี
สารสนเทศและนวัตกรรมทำระบบการจัดการข้อมูล เพื่อสนับสนุนการจัดตั้ง
นโยบายและการตัดสินใจ

สรุปเนื้อหาโดย

นางสาวจรรววรรณ บัณฑิตศักดิ์
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

International Panel Discussion 1:

“Mental Health Preparedness and Response to the COVID-19 Pandemic”

การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพจิต
และการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรค COVID-19

วันพุธที่ 7 กรกฎาคม 2564 เวลา 14.30–16.30 น.

➤ ประธาน

รศ.นพ.ชวณันท์ ชาญศิลป์ นายกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
(Prof. Chawanun Charnsil, M.D., President the Psychiatric Association of Thailand)

➤ วิทยากร

1. Fahmy Hanna, Medical doctor and Psychiatrist, Technical Officer–Focal Point for COVID-19 and Mental Health and Psychosocial Support, Co–Chair IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies, WHO Headquarters, Geneva, Switzerland

2. Samai Sirithongthaworn M.D., Deputy Director–General of Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand

3. Navinee Kruahong, Public Health Technical practitioner level, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand

➤ ผู้ดำเนินการอภิปราย

ดร.สรรภมณ กรนุ้ม นักวิเทศสัมพันธ์ชำนาญการ รองผู้อำนวยการ
สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (Sankamon Gornnum, Ph.D., Foreign Relations officer, Deputy Director of Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health, Thailand)

➤ ประเด็นการอภิปราย

1. องค์การอนามัยโลกมองสถานการณ์สุขภาพจิตในช่วงการระบาดของ COVID-19 อย่างไรและจะดำเนินการเช่นไร?
2. กรมสุขภาพจิตมองสถานการณ์สุขภาพจิตช่วงการระบาดของ COVID-19 อย่างไรและจะดำเนินการเช่นไร?
3. ประสบการณ์ในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพจิตและการตอบสนองต่อความคาดหวังของการระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทยและองค์การอนามัยโลกเป็นอย่างไร?
4. อะไรคือปัจจัยสำคัญความสำเร็จและความท้าทายในการเอาชนะปัญหาสุขภาพจิตในช่วงการระบาดของ COVID-19?

➤ สรุปเนื้อหา

ประธานกล่าวเปิดประเด็นการอภิปราย โดย Prof. Chawanun Charmsil, M.D., President the Psychiatric Association of Thailand

เนื้อหา: วันที่ 11 มีนาคม 2563 มีการประกาศว่า COVID-19 เป็นโรคระบาดระดับนานาชาติ มีผู้ได้รับผลกระทบจากโรคระบาดและผลกระทบในเชิงเศรษฐกิจเป็นจำนวนมาก ในวันนี้มีวิทยากรที่มีความรู้และหลายท่านจะมาพูดถึงเรื่องความพร้อมและการรับมือกับโรคระบาด COVID-19 เพื่อจะได้เรียนรู้แนวทางการเตรียมตัวรวมถึงการแก้ไขสถานการณ์ควรจะเป็นอย่างไร โดยเฉพาะแวดวงของสุขภาพจิต

การตอบประเด็นการอภิปรายที่ 1 และประเด็นที่ 3: “แนวทางขององค์การอนามัยโลก ในการรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตในช่วง COVID-19 และแผนการทำงานขององค์การอนามัยโลกในการดำเนินงานในอนาคต”

วิทยากร: Fahmy Hanna, Medical doctor and Psychiatrist, Technical Officer–Focal Point for COVID-19 and Mental Health and Psychosocial Support, Co–Chair IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies, WHO Headquarters, Geneva, Switzerland

เนื้อหา: ในขณะที่สถานการณ์สุขภาพจิตทั่วโลกถือว่าแย่ ที่จริงแล้วไม่ได้แค่ตอนการแพร่ระบาดของโควิด 19 แต่แย่มาตั้งแต่ก่อนหน้านี้ ตอนนี้อันตรายเพราะงบประมาณสุขภาพจิตถูกตัดลดลงในหลายๆ ประเทศและทุกประเทศ อีกประการหนึ่งบุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพจิตนั้นมีจำนวนน้อยมาก มีจำนวน 1 ใน 10 ที่ทำงานเป็นบุคลากรด้านการแพทย์ด้านสุขภาพจิต เรื่องของสุขภาพจิตไม่ใช่เพียงแค่เรื่องของสุขภาพจิตของคนๆ เดียว แต่หมายถึงสุขภาพจิตของคนรอบข้างและสังคม ปัญหาที่พบ เช่น เรื่องความเครียด ความกังวล ภาวะซึมเศร้า หรือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล องค์การอนามัยโลกมีแนวทางการจัดการเชิงคลินิกด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและระบุว่าความเครียดเป็นผลที่หลายๆ คนได้รับการระบาดของ COVID-19 หลังจาก COVID-19 หลายคนก็อาจจะมีปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือด้านจิตเวชต่อเนื่อง แม้ว่าการระบาดจะจบลงแล้ว

การสำรวจล่าสุดของ องค์การอนามัยโลกพบว่ามีปัญหาเรื่องสุขภาพจิตและปัญหาเรื่องการใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง COVID-19 หลายๆ ประเทศเห็นว่าปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาใหญ่ของประเทศตนเองมีมากกว่า 45% ของประเทศที่เราทำการสำรวจโดยได้รับการระบุว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องเร่งด่วน นอกจากนี้ยังมีปัญหาเด็กและเยาวชนมีสุขภาพจิตมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามบริการทางด้านสุขภาพจิตต้องถูกลดเนื่องจากบุคลากรบุคลากรและทรัพยากรไม่เพียงพอ ดังนั้นในการให้บริการต่อไปเราจะต้องจัดสรรทรัพยากรให้ดีขึ้นรวมถึงการปรับปรุงการให้บริการหลายประเทศแก้ปัญหาด้วยการใช้นวัตกรรม อย่างเช่นการใช้ Self-Care หรือมาตรการการดูแลตัวเอง ซึ่งในประเทศไทยได้มีการขอรับรองคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกให้ยกระดับเรื่องการแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิตให้เป็นประเด็นระดับนานาชาติ ทางองค์การอนามัยโลกได้ออกข้อเสนอแนะให้ทุกประเทศได้มีการกำหนดนโยบายเรื่องสุขภาพจิตให้ได้ชัดเจนขึ้นและให้มองว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาเร่งด่วนและปัญหาใหญ่ของประเทศสมาชิก อย่างที่

แจ้งไปแล้ว เรื่ององค์การอนามัยโลกได้จัดทำแบบสำรวจและมีการถามคำถามเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชหลายคำถาม ในหลายๆ ประเทศ ได้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาของการประสานงานรวมถึงการสร้างแพลตฟอร์มเพื่อให้บริการได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ปัญหาในเชิงนโยบายและการปฏิบัติงานแล้วยังพบปัญหาเรื่องงบประมาณ แต่ละประเทศจะมีการให้บริการต่างกัน เช่น เมื่อเกิดการระบาดของ COVID-19 ก็จะมีบริการด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วย COVID-19 โดยเฉพาะในสถานกักกันต่างๆ และยังมีการให้บริการในรูปแบบออนไลน์เพื่อให้การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตสะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้น รวมถึงการร่วมงานกันในหลายๆ องค์การเพื่อให้บริการด้านสุขภาพจิตด้วยการที่เราใช้วิธีการเหล่านี้เป็นการขยายทรัพยากรให้ได้ครอบคลุมและบริการได้ดียิ่งขึ้น

เป้าหมายที่เราต้องการช่วยเหลือคือเด็กและเยาวชนซึ่งทั่วโลกมีจำนวนหลายล้านคน และต้องพบกับปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันก็มีแพลตฟอร์มทางออนไลน์ต่างๆ ที่สร้างเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อดูแลสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น มีการใช้งานในหลายประเทศ เครือข่ายนี้เป็นความพยายามของหลายๆ องค์การที่ทำงานร่วมกัน องค์การอนามัยโลกเป็นหนึ่งในองค์การภายใต้สหประชาชาติ ได้มีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ภายใต้สหประชาชาติเช่นกัน เพื่อให้มีนโยบายรวมถึงแนวทางเพื่อรับมือและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตที่จะเพิ่มมากยิ่งขึ้น ดังนั้น เป้าหมายการทำงานในอนาคตก็คือการขยายการทำงานให้ได้หลายองค์กรมากขึ้น และสามารถทำงานแบบองค์รวมเพื่อผลักดันงานให้ได้เป็นระบบมากขึ้นรวมถึงจัดสรรทรัพยากรให้ได้ดีขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้แต่ละประเทศสามารถทดลองวิธีการที่เหมาะสมกับประเทศของตนเอง และเผยแพร่ต่อไปได้เพื่อเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวเป็นระยะเวลายาวนานมาก จนเกิดความถดถอยทางสุขภาพจิต การช่วยเหลือสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในช่วงการแพร่ระบาดของ

โควิด 19 รัฐบาลของออสเตรเลีย จึงมีการตกลงที่จะทำการออกข้อกำหนด เพื่อปกป้องผู้สูงอายุในรัฐวิกตอเรีย นักจิตวิทยาทีมงานวิจัยโครงการเพื่อส่งเสริม ศูนย์ออนไลน์ มีเครือข่ายทั้งมาเลเซีย ฟิลิปปินส์ เพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุ โครงการ นี้ทำเพื่อลดความโดดเดี่ยวที่เกิดขึ้นในช่วงการระบาดของโควิด 19 โครงการ นี้ให้โอกาสคนได้สัมผัสธรรมชาติ และติดต่อ แบ่งปันกันกับคนรอบข้าง และ โลกออนไลน์ทั่วโลก เพื่อได้รับความรู้สึกที่ดีด้วยการบำบัดจากธรรมชาติ ซึ่งเป็นการดูแลจิตใจจากการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน วิธีการบำบัด คือ ฝึกการแบ่งปันแลกเปลี่ยนเทคนิคการทำสวนการทำอาหาร เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุ ชอบและได้แรงบันดาลใจต่างๆ เปิดโลกและแบ่งปันข้อมูลกัน จัดการให้มีทัวร์ ออนไลน์ให้เข้ามาชื่นชมสวนอาหารมีการแข่งขันทำสวนออนไลน์ มีการแสดง สินค้าจากสวน เช่น ผักสวนครัว การทำอาหารเมนูต่างๆ มีการสาธิตให้ดูว่า นี่คือนสิ่งที่คิดว่าสามารถทำได้ เพื่อช่วยผู้สูงอายุให้มีสุขภาพจิตที่ดี

การตอบประเด็นการอภิปรายที่ 2 และประเด็นที่ 3: “แนวทางการ ดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย ในช่วง COVID-19”

วิทยากร: Samai Sirithongthaworn M.D., Deputy Director-General of Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand

เนื้อหา: สิ่งที่เราให้ฟังเป็นเรื่องราวของประเทศไทย สิ่งที่เราต้อง เผชิญในช่วงระบาดของ COVID-19แนวคิดของเราคือตอนแรกคิดว่าเป็นโรคที่ สามารถควบคุมและป้องกันได้ แต่กลายเป็นว่าเป็นโรคที่กระทบต่อทุกคนในโลก และมีผลต่อสุขภาพจิตของทุกคน ดังนั้นจึงเกิดปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีผล ต่อความรู้สึกของทุกคนทั้งหมด สำหรับแผนด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย เน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น รวมถึงการกำหนดยุทธศาสตร์การป้องกัน การฆ่าตัวตายในระดับประเทศ ซึ่งเราก็จะต้องเร่งทำงานให้เข้มข้นมากขึ้น เพื่อป้องกันเพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นเรื่อยๆ สิ่งที่สำคัญคือเราจะสร้าง สมดุลอย่างไร ระหว่างการป้องกันและควบคุมโรค การดูแลด้านสุขภาพจิต รวมถึงการสื่อสารในเชิงบวก เช่น ณ ตอนนี้อย่างไร คนมีความกังวลเรื่องวัคซีน ไม่มั่นใจเรื่องคุณภาพ บางคนก็โกรธ บางคนก็ตื่นตระหนก ซึ่งเหล่านี้เป็นอารมณ์

ที่เกิดขึ้นในสังคมทั้งนั้น เราอยากหาแนวทางร่วมกันควรจะจัดการปัญหาเหล่านี้
อย่างไร

สังคมมีความเครียดและความวุ่นวายมาก มาจากความเครียด
และความตื่นตระหนก เพราะเมื่อคนจำนวนมากมีพฤติกรรมในเชิงลบ หรือ
มีปฏิสัมพันธ์กันในรูปแบบที่รุนแรงหรือแบบที่ไม่มีเหตุไม่มีผลทำให้เกิด
ความแตกตื่นในสังคมและความเครียดของสังคมขึ้นได้ สิ่งที่เราเรียกว่าสังคม
ตื่นตระหนกหรือ Social panic จะมีหลายๆ แง่มุม แง่มุมแรกคือความวิตกกังวล
แ่งมุมที่สองคือเกิดความเกลียดชัง ความรู้สึกที่เป็นศัตรู ความขัดแย้ง หรือ
การตอบสนองในเชิงลบกับสิ่งที่พบเจอ แต่เราจะเห็นได้ว่าเมื่อคนในสังคม
มีแนวคิดหรือพฤติกรรมไปในทางเดียวกันก็สามารถชักนำผู้อื่นไปในทางนั้นด้วย
(พวกมากลากไป) ก็จะทำให้ทุกคนมีพฤติกรรมที่ไปในทางเดียวกันโดยที่ไม่ได้
คำนึงถึงเหตุผล สังคมในภาพรวมเกิดความไม่มั่นคงพบความแปรผันมากมาย
เนื่องจากความรู้สึกที่ไม่มั่นคงและไม่มั่นใจ ทำให้คนในสังคมมีพฤติกรรมที่ไม่
เหมาะสมหรือไม่สมเหตุสมผลในรูปแบบต่างๆ เช่น ความเครียด ความรุนแรง
ความก้าวร้าว หรือความขัดแย้งแบบรุนแรง ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความ
ตื่นตระหนกของสังคม ได้แก่ อิทธิพลของสื่อ การเด้าข่าว การสร้างข่าวเกินจริง
การบิดเบือนข่าว การคาดเดาหรือการใช้คำเชิงสัญลักษณ์ที่ทำให้คนเข้าใจผิด
ดังนั้นเมื่อมีการเสนอข้อมูลในรูปแบบที่ไม่เหมาะสมคนสามารถตีความไปใน
รูปแบบต่างๆ ซึ่งอาจจะนำมาสู่พฤติกรรมหรือการมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม
เช่นกัน เราจะต้องป้องกันปัญหาลักษณะเช่นนี้ด้วย และการระบาดของ
COVID-19 รอบที่ 4 เรามีแผนการดูแลสุขภาพจิต ซึ่งปรับตัวอย่างมาจาก
เครือรัฐออสเตรเลีย การระบาดแต่ละรอบตั้งแต่รอบที่ 1 ถึงปัจจุบันทางภาค
สาธารณสุขมีการรับมือต่างๆ กันไป Wave แรกป้องกันอัตราการเสียชีวิต
ของ COVID-19 Wave ที่ 2 จัดสรรทรัพยากร Wave ที่สามดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
และ Wave ที่ 4 ประชากรมีความเครียดและมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี เนื่องมาจาก
ปัญหาเชิงตัวโรคระบาดและปัญหาทางเศรษฐกิจ ดังนั้นปัญหาทางสุขภาพ

กายก็จะขยายมาเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต หรือสิ่งที่เราเรียกว่า Trauma หรือความรู้สึกเครียดรุนแรง นอกจากผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป บุคลากรทางการแพทย์ก็ประสบภาวะเครียดและเหนื่อยล้า แนวทางการรับมือปัญหาเชิงสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น เช่น เน้นการส่งเสริมและป้องกัน (PP&P Excellence) รวมถึงกำหนดแนวทางปฏิสัมพันธ์แบบใหม่เพื่อช่วยให้ทุกคนทำงานและปฏิสัมพันธ์กันได้ง่ายขึ้นเราได้มีการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในเรื่องของสุขภาพจิตและทัศนคติต่อ COVID-19 ผลการศึกษาพบว่าก่อนการระบาดรอบที่ 4 (รอบใหญ่) ที่เราพบเห็นแนวโน้มปัญหาที่หลากหลายอยู่แล้วแต่ว่าหลังจากการระบาดรอบใหญ่ โดยเฉพาะช่วงเดือนเมษายน 2564 ที่ผ่านมา การระบาดนั้นรุนแรงมากขึ้น และมีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา สุขภาพจิตของประชาชนก็ยิ่งแย่ตามสถานการณ์ของโรคระบาด เช่น ความเครียด การทำร้ายตัวเอง ความรุนแรง ปัญหาสุขภาพจิต เพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ช่วงการระบาดรอบที่ 2 รวมถึงมีการพยายามฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นดังนั้น เราจึงมีแนวทางรับมือกับปัญหาความเครียด ภาวะซึมเศร้า การทำร้ายตนเองที่เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการระบาดหลายๆ รอบของ COVID-19 มีความผันผวนสอดคล้องกับอัตราความรุนแรงของการระบาดของ COVID-19 แต่ละภูมิภาคจะมีความรุนแรงที่แตกต่างกัน หากแยกตามเพศ ช่วงอายุ และอาชีพ พบว่า ช่วงอายุ 18-40 ปี มีความเครียดมากกว่าช่วงอายุอื่น โดยเฉพาะช่วงอายุ 18-24 ปี จะมีความเครียดมากกว่ารวมถึงการพยายามทำร้ายตนเอง สำหรับอาชีพผู้ที่ทำงาน เช่นบุคคลที่ขับรถสาธารณะ และบุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มที่มีอาการทางสุขภาพจิตที่ไม่ดีเมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่น เราได้มีการวัดอารมณ์ของสังคมในภาพรวมในการสำรวจหลายครั้งตั้งแต่การระบาดใหม่ถึงปัจจุบัน พบว่า ความตื่นตระหนกของประชาชนค่อยๆ เพิ่มขึ้นจากภาวะปกติวัดจากทุกกลุ่มอายุ ประชากรโดยรวมมีความตื่นตระหนกเท่าๆ กัน นำไปสู่ความวุ่นวายของสังคมในภาพใหญ่ที่เกิดขึ้น กลุ่มคนที่ตื่นกลัวที่สุด คือ ผู้ทำธุรกิจออนไลน์ คนขับรถสาธารณะ และพนักงานบริษัท ซึ่งจะต่างกับกลุ่ม

ก่อนหน้าที่จะวัดจากอาการทางสุขภาพจิต นอกจากนี้เรายังสำรวจความชุ่นเคื่องและความโกรธของประชาชน พบว่าประชาชนจำนวนมากมีความรู้สึกโกรธและชุ่นเคื่องใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งในบางครั้งไม่ได้สัมพันธ์กับภาวะโรคระบาด กลุ่มสำรวจที่ 3 จากนครสวรรค์ และกลุ่มสำรวจที่ 7 จากขอนแก่น มีความโกรธมากที่สุด แต่ไม่ได้หมายความว่าทั้งสองกลุ่มนี้พบการระบาดหนัก ความรู้สึกของคนไม่ได้สัมพันธ์กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเสมอไป ความโกรธแบ่งตามช่วงอาชีพ อายุ และเพศ พบว่า 7 ใน 10 คน ประมาณ 10% รู้สึกโกรธ ได้แก่ ผู้ค้าขายออนไลน์ เกษตรกร ผู้ทำงานรัฐวิสาหกิจ และพนักงานเอกชน เพื่อการแก้ไขปัญหา เราได้มีแอปพลิเคชัน ชื่อว่า Mental Health Check In ประชาชนทั่วไปสามารถใช้แอปนี้ประเมินระดับสุขภาพจิตของตนเองว่าเป็นอย่างไร คนที่มีความเครียด ภาวะซึมเศร้าเสี่ยงฆ่าตัวตายสูง เราจะมีการติดตามบุคคลเหล่านั้น พบว่าประมาณ 70-80% ที่ประเมินและได้รับผลว่าเสี่ยงสูงเราจะมีการติดตามผู้ป่วยหรือคนกลุ่มนี้ต่อไป นอกจากแอปพลิเคชันข้างต้น เรายังพยายามจะแก้ปัญหาในสถานที่กักกันโรค หรือโรงพยาบาลสนามต่างๆ จะมีเจ้าหน้าที่ต่างๆ ให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพจิตกับผู้ป่วย เมื่อเกิดการระบาดแต่ละรอบ เราจะเห็นได้ว่า ความเครียดและความซึมเศร้าจะสูงมากกว่าปกติ และเมื่ออยู่ในสถานที่กักกันโรค หรือโรงพยาบาลสนาม จะมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมากขึ้นด้วยเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นคนกลุ่มไหนก็ตาม ดังนั้น ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเมื่อเข้ามาอยู่ในสถานที่กักกันโรค หรือโรงพยาบาลสนาม แพทย์ผู้ป่วยจะทำการรักษาแต่จะต้องมีจิตแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพจิตเข้าไปดูแลเพิ่มเติม ดังนั้น จะต้องมียุติงสำหรับผู้ที่เป็นผู้ติดเชื้อและมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ทั่วประเทศจะมีจำนวนยุติงมากกว่า 300 ยุติง ซึ่งเราจะให้บริการทั้งผู้ป่วยที่ติดเชื้อและผู้ป่วยติดเชื้อที่มีอาการจิตเวชร่วมด้วยเช่นกัน เราจะใช้ Mental Health Risk Assessment Form เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อที่อยู่ในโรงพยาบาลสนาม

พฤติกรรมที่เราพบจากผู้ติดเชื้อบางท่านขณะอยู่โรงพยาบาลสนาม คือ ไม่เว้นระยะห่าง ทำตามใจตนเอง มีการนัดกันข้าหวาระหว่างผู้ติดเชื้อด้วยกัน

ใช้โซเชียลมีเดียแบบไม่เกรงใจผู้อื่น เช่นถ่ายรูปผู้อื่นโดยมิได้ขออนุญาตหรือถ่ายรูป ถ่ายคลิป ที่ไม่เหมาะสมแล้วโพสต์ลงช่องทางออนไลน์ คำแนะนำคือเมื่อผู้ติดเชื้อเข้ามารับการรักษาดัง สถานที่กักกันโรคต่างๆ จะต้องมีการอธิบายกฎเกณฑ์การอยู่ร่วมกันให้ชัดเจน มีการตักเตือนให้มีความเกรงใจซึ่งกันและกัน เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมแก่การอยู่ร่วมกัน

การจัดการกับความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลสนาม ณ ขณะนี้ยังเป็นบริการที่ไม่ดีเลิศ แต่เราจะปรับให้คุณภาพของบริการดีขึ้น และเหมาะสมกับสถานกักกันโรค พบประชากรประมาณ 100,000 คน อยู่ในสถานที่กักกันโรคได้ทำการประเมินหรือคัดกรองเบื้องต้น พบว่า 7% เป็นกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมคือความเครียดสูง นอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า หรือเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย การติดตามแพทย์ติดตาม 5% ในกลุ่มนี้ต้องส่งไปรับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชต่อไปนอกเหนือจากการได้รับการรักษาโรค COVID-19

สรุปปัญหาที่พบ ผู้ติดเชื้อไม่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงหรือมีภาวะทางด้านสุขภาพจิต และไม่ได้รับการรักษาเบื้องต้น จะทำให้การส่งต่อหรือการรักษาล่าช้า จึงมีข้อเสนอแนะให้ผู้ป่วยติดเชื้อให้ประเมินตนเองเบื้องต้น ได้รับการคัดกรองที่มีมาตรฐาน มีการกำหนดวิธีการที่ชัดเจน จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การรักษาแก่ผู้ที่ติดเชื้อที่มีอาการทางจิตเวชได้เหมาะสม สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เราได้มีการฝึกอบรมทักษะการสังเกตอาการของผู้ป่วยติดเชื้อ หากพบอาการที่แน่ชัดต้องส่งให้ทีมจิตแพทย์หรือบุคลากรด้านจิตเวชเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชต่อไป

วัคซีนใจ เป็นการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจของคนในประเทศ สำหรับโรคระบาด COVID-19 เช่นการมี อสม. ไปดูแล การฝึกสมาธิ การสอนการดูแลสุขภาพใจ หรือจิตอาสาต่างๆ ไปดูแลทั้งผู้ที่ติดเชื้อและประชาชนทั่วไป ส่งผลให้สังคมโดยรวมมีชีวิตที่สงบสุข จะได้ไม่ตื่นตระหนก

สุดท้ายยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ 2020-2021 เป็นงานที่ทำอย่างต่อเนื่องเป็นแนวทางป้องกันที่สำคัญไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายและป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้อง มีหลายขั้นตอนในการสร้างยุทธศาสตร์ที่ดี เช่น ออกมาตรฐาน ออกแนวทางปฏิบัติ รวมถึงแนวทางการสื่อสารการดูแลและป้องกันให้ได้อย่างทั่วถึง มีการเผยแพร่ข้อมูลผ่านทางช่องทางต่างๆ ในรูปแบบต่างๆ เช่น Info-graphics, Video clips, Poster ต่างๆ ที่ติดอยู่ที่สถานกักกันโรค เป็นการสร้างความตระหนักรู้ต่อตนเอง การหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมเมื่อเราพบกับปัญหาและดูแลตนเองอย่างไร

ความกลัวในการไม่ยอมรับวัคซีน ก็ได้ด้วยการสื่อสารให้เหมาะสมโดยแต่ละกลุ่มเป้าหมายจะมีวิธีการที่สื่อสารแตกต่างกันไป เพราะความกังวลมาในหลายรูปแบบ รวมถึง ความเหนื่อยล้าจากการเกิดโรคระบาด คือการระวังตัวจนเหนื่อย หหมดแรงในการระวังตัว ต้องพยายามช่วยกันเตือน ช่วยกันสร้างกำลังใจให้การ์ดไม่ตก ช่วยตนเองรวมถึงสร้างสังคมและชุมชนที่เข้มแข็ง ว่าทุกคนจะเป็นกำลังใจให้กันและกันได้ ให้สังคมได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเข้าใจง่าย ไม่ให้เกิดการเข้าใจผิดและนำสังคมไปสู่จุดที่ไม่ถูกต้อง การแก้ไขคือการออกนโยบายแนวทางการแก้ไขที่ชัดเจนและสื่อสารให้ชัดเจน ทางกรมสุขภาพจิตมีบริการ Hotline 1323 สายด่วนสุขภาพจิต รวมถึง QR CODE ข้อมูลด้านสุขภาพจิตสำหรับประชาชน เพื่อให้ทุกคนเข้าใจและเห็นทางออกของปัญหาร่วมกัน

การตอบประเด็นการอภิปรายที่ 4: “ปัจจัยสำคัญของความสำเร็จและความท้าทายในการเอาชนะปัญหาสุขภาพจิตในช่วงการระบาดของ COVID-19”

วิทยากร: Navinee Kruahong, Public Health Technical Officer, Division of Mental Health Promotion and Development, Department of mental Health, Ministry of Public Health, Thailand

เนื้อหา: นางสาวนาวิณี เครือหงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

กรมสุขภาพจิต กล่าวว่า ผู้ป่วยสุขภาพจิตมีความเสี่ยงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของโรคระบาดไวรัส covid-19 เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตของพวกเขาโดยตรง อีกทั้งยังเนื่องมาจากผลกระทบระยะยาวของยาจิตเวช (เช่น โรคเมตาบอลิซึมที่มียารักษาโรคจิตในระยะยาว) โรคร่วม ปัญหาสุขภาพร่างกายหรือผลกระทบจากการสูบบุหรี่ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้รวมกันหมายความว่าพวกเขามีความเสี่ยงมากขึ้นทั้งต่อโรคระบาดไวรัส covid-19 และภาวะแทรกซ้อนของมัน เช่นเดียวกับผลกระทบทางจิตวิทยาที่ไม่พึงประสงค์ของมาตรการต่างๆ เช่น การแยกตัวออกจากกันและการหยุดชะงักของการรักษาพยาบาลรวมถึงการใช้ชีวิตประจำวันที่มีข้อจำกัดมากขึ้น

สถานการณ์ปัจจุบันทำให้หน่วยงานด้านสุขภาพจิตเล็งเห็นความสำคัญถึงความความเข้มแข็งส่วนในการดำเนินการด้านการดูแลสุขภาพจิตเป็นอย่างมาก และเป็นแรงผลักดันให้ดำเนินการให้ผู้ป่วยทดลองใช้ในเชิงบวกและเชิงรุก ซึ่งมีข้อดี คือ ประสิทธิภาพในการเข้าถึงการตรวจรักษาที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางได้อย่างรวดเร็ว เช่น การตรวจคนไข้ผ่านระบบออนไลน์ (VDO call) โดยการนัดหมายล่วงหน้า แทนการมาที่โรงพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยง และยังมีความสะดวกต่อผู้ป่วยในการรักษาตัวผู้ป่วยเองได้ที่บ้าน ซึ่งสามารถนำมาใช้ในเชิงบวกได้ดีหลังจากการระบาดใหญ่

การเปลี่ยนแปลงนี้ยังสามารถใช้ได้กับการวิจัยทางคลินิกซึ่งเรามีโอกาสได้คิดอย่างสร้างสรรค์และยืดหยุ่นเกี่ยวกับวิธีการทำงานที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมที่สุด โดยใช้เทคโนโลยีต่างๆ เช่น e-consent และการประชุมทางวิดีโอในวงกว้างมากขึ้น เพื่อที่จะประเมินวิธีการทำงานใหม่ของกรมสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการจัดการปัญหาได้ทันที่ระหว่างการระบาดใหญ่และในระยะยาว กรมสุขภาพจิตจำเป็นต้องนำเทคนิคการแพทย์ตามหลักฐานมาใช้อย่างรวดเร็วในการจัดหาหลักฐานที่ดีที่สุดให้กับแพทย์ในคำถามเฉพาะแบบเรียลไทม์ ซึ่งสุขภาพจิตดิจิทัลเป็นหนทางสู่อนาคตอย่างแน่นอน ทั้งนี้ ความทุกข์ยากอื่นๆ สามารถเกิดขึ้นใหม่ได้

และท่ามกลางความท้าทายทั้งหมด กรมสุขภาพจิตไม่ควรมองข้ามความก้าวหน้าใหม่ๆ ที่เราสามารถทำได้

นอกเหนือจากระบบสุขภาพจิตแล้ว การตอบสนองด้านสุขภาพจิตยังเกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญจากภาคส่วนอื่นๆ และผู้มีส่วนร่วมในระดับบุคคล ชุมชน ระดับชาติและระดับนานาชาติ การประสานงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านสุขภาพจิตที่หลากหลายเหล่านี้ มักมีความสำคัญอย่างยิ่งเมื่อต้องทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตในกรณีฉุกเฉิน บ่อยครั้งช่วยให้คนในชุมชนช่วยเหลือซึ่งกันและกันด้วยหน้าที่ความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน ผู้กำหนดนโยบายจำเป็นต้องร่วมมือกับแผนกสวัสดิการสังคมซึ่งมีทรัพยากรและความรู้ที่จำเป็นในการสนับสนุนความต้องการขั้นพื้นฐานของประชาชน ความร่วมมือดังกล่าวจะสามารถเก็บเกี่ยวผลประโยชน์ร่วมกันโดยการรวมทรัพยากร (เช่น การเงินและทรัพยากรมนุษย์) และความรู้เพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน สามารถนำไปสู่ความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนได้ ทั้งนี้ วิธีใหม่ในการทำงานร่วมกันและสร้างขีดความสามารถด้านทรัพยากรมนุษย์โดยการสร้างบันทึกความเข้าใจระหว่างภาคส่วน ซึ่งได้ถูกนำมาใช้ในระบบสุขภาพจิตในหลายระบบ เช่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ได้ร่วมมือกับสหภาพแรงงานทั้งระดับประเทศและระดับท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพจิตและการตรวจหาเชื้อตั้งแต่เนิ่นๆ สำหรับคนงานที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากโรคระบาดไวรัส COVID-19 ส่งผลให้พวกเขาอยู่ในระบบที่พร้อมสนับสนุนสุขภาพจิตของตนเอง

สรุปเนื้อหาโดย

นางสาวนันท์นิ วังษ์จันทร์

นางสาวศิวกานต์ สัมโมทย์

นักวิเทศสัมพันธ์

International Symposium 4:
**“Nation’s Mental Resilience,
Promotion and Suicide Prevention”**
**ความยืดหยุ่นทางจิตใจ การส่งเสริม
และการป้องกันการฆ่าตัวตายของประชาชน**

วันพฤหัสบดีที่ 8 กรกฎาคม 2564 เวลา 13.00-14.30 น.

➤ **ประธาน**

นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง ผู้อำนวยการสำนักวิชาการสุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Terdsak Detkong, M.D, Director, Bureau
of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health, Thailand)

➤ **รองประธาน**

ดร. เกษราภรณ์ เคนบุปผา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาล
พระศรีมหาโพธิ์ (Kedsaraporn Kenbubpha, B.N.S, M.Sc. (Epidemiology),
MAG, Ph.D., Research and Development Center, Prasrimahabhodi
Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Thailand)

➤ **วิทยากร**

1. Tomohiro Shirasaka, M.D., Ph.D., Director of Department of
Psychiatry, TEINE KEIJINKAI Medical Center, Japan
2. Minyoung Sim, M.D., Ph.D., Director of National Center for
Disaster and Trauma, National Center for Mental Health, Republic of Korea
3. Chia-Yi Jenny Wu, RN, Ph.D., Associate Professor, School of
Nursing, College of Medicine, National Taiwan University, Taiwan
4. Nattakorn Jampathong, M.D., Director of Khon Kaen
Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health,
Thailand

➤ สรุปเนื้อหา

หัวข้อที่ 1: “การสำรวจผลกระทบของ COVID-19 ต่อสภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรด่านหน้าในญี่ปุ่น (Survey of the effect of COVID-19 on mental health states of first-line medical workers in Japan)”

วิทยากร: Tomohiro Shirasaka, M.D., Ph.D., Director of Department of Psychiatry, TEINE KEIJINKAI Medical Center, Japan

เนื้อหา: ปัญหาทางสุขภาพจิตในช่วงการระบาดของโควิด ไม่เพียงพบในกลุ่มประชาชนทั่วไปเท่านั้น แต่ยังรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้รักษาอาการป่วยของเราด้วย โดย ดร. โทโมฮิโระ ชิราซากะ กล่าวถึงผลการสำรวจสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศญี่ปุ่นว่า ในการตรวจสอบสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ในญี่ปุ่น ผ่านการแจกแบบสอบถามสำรวจความเครียด จำนวน 723 คน และการสัมภาษณ์พูดคุยแบบแชร์ประสบการณ์กัน จำนวน 37 คน พบว่าบุคลากรแพทย์ไม่ต่ำกว่า 30% จากทั้งหมดมีความเครียดสูง ถือว่าเป็นคนที่มีความเครียดอย่างมาก ซึ่ง ดร. โทโมฮิโระ ชิราซากะ กล่าวอีกว่า หลังจากได้พูดคุยกัน เราพบว่า ความเครียดของบุคลากรแพทย์มีสาเหตุมาจากความกังวลต่อการติดเชื้อ การไม่ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ การขาดอิสรภาพในการใช้ชีวิตของตนเอง เช่น การไม่สามารถกินอาหารร่วมกับครอบครัว หรือติดต่อกับบุคคลภายนอกได้ รวมถึงการถูกเลือกปฏิบัติเหมือนเชื้อโรค เพราะทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วย และมีหลายคนติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็รู้สึกการได้รับการปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียมกัน โดยรู้สึกว่าตัวเองปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรคที่เคร่งครัดมาก แต่ในทางกลับกันบุคคลทั่วไปไม่ค่อยให้ความร่วมมือเท่าไร จึงเครียดมาก จากการวิเคราะห์ผลสำรวจเพื่อบรรลุนั้นตามติ ดร. โทโมฮิโระ ชิราซากะ จึงให้ข้อเสนอว่า ผู้นำควรจะประกาศอย่างเป็นทางการว่านี่เป็นวิกฤติที่ไม่ใช่ความผิดพลาดของแพทย์ พร้อมขจัดการเลือกปฏิบัติ

ต่อผู้ติดเชื้อ รวมถึงแพทย์ที่ติดเชื้อหรือปฏิบัติหน้าที่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อด้วย นอกจากนั้นหัวหน้าแผนกต่างๆ ควรจะแสดงถึงความห่วงใย โดยการอาจโทรหาเจ้าหน้าที่ที่ติดเชื้ออยู่ตลอด และเมื่อเขารักษาหายแล้ว กลับมาปฏิบัติหน้าที่ต่ออยากให้ขอบคุณเขา รวมถึงอยากให้มีการจ่ายค่าจ้างพิเศษเพิ่มขึ้นเพื่อเป็นการตอบแทนในภาระหน้าที่อันหนักหน่วง ท่ามกลางการระบาดของโควิดด้วย

หัวข้อที่ 2: “แผนส่งเสริมสุขภาพจิตของเกาหลีใต้ (Mental Health Promotion Plan of South Korea)”

วิทยากร: Minyoung Sim, M.D., Ph.D., Director of National Center for Disaster and Trauma, National Center for Mental Health, Republic of Korea

เนื้อหา: ดร. มินยอง ซิม ผู้อำนวยการศูนย์ภัยพิบัติและการบาดเจ็บแห่งชาติ ศูนย์สุขภาพจิตประเทศเกาหลีใต้ กล่าวว่า หลังจากประสบปัญหาการระบาดระลอกใหญ่ประเทศเกาหลีใต้ เราได้ประสบกับปัญหาซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกัน ในปี 2563 ก็พบว่าชาวเกาหลีใต้มีความต้องการที่จะปรึกษาสุขภาพจิตมากขึ้นถึง 20% จากเดิมที่มีเพียง 3% ในปี 2564 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดแผนดำเนินงานด้านสุขภาพจิต 5 ปี ฉบับที่ 2 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพของประชาชนให้ดีขึ้น ให้เข้าถึงบริการสุขภาพจิตและสามารถใช้บริการได้ในเวลาที่ต้องการมากขึ้น นอกจากนั้นยังมีการจัดตั้งศูนย์ภัยพิบัติแห่งชาติสำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพจิตในระดับภูมิภาค และจัดตั้งศูนย์สวัสดิการสุขภาพท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด ครอบครัว และผู้ถูกกักกันอีกด้วย “สำหรับการให้บริการของศูนย์ภัยพิบัติ จะมีการเผยแพร่องค์ความรู้ผ่านการ์ด โบรชัวร์ เว็บไซต์ หรืออาจผ่านสื่อออนไลน์ เช่น แอปพลิเคชัน แชนแนล และคลิบวิดีโอ เป็นต้น พร้อมกันมีบริการให้คำปรึกษาทางไกลหรือผ่านสายด่วน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจิต ตลอด 24 ชั่วโมง” และ ดร. มินยอง ซิม กล่าวอีกว่า หลังจากมีการให้คำปรึกษาทางไกลหลายๆ ครั้ง แม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่

เราไม่สามารถสัมผัสหน้าตาหรือตัวตนจริงๆ ได้ แต่ก็พบว่าความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าเหล่านี้ลดลง ดังนั้นเราควรมีการสนับสนุนการให้คำปรึกษาทางไกลในเชิงรุกให้การประชาชนทุกคน ไม่จำกัดแต่เฉพาะผู้ป่วยโควิด รวมถึงการจัดการเลือกปฏิบัติและการตีตราผู้ติดเชื้อด้วย

หัวข้อที่ 3: “กลยุทธ์การป้องกันการฆ่าตัวตายและสุขภาพจิตของไต้หวัน (Taiwan Suicide Prevention and Mental Health Strategy)”

วิทยากร: Chia-Yi Jenny Wu, RN, Ph.D., Associate Professor, School of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University, Taiwan.

เนื้อหา: สำหรับปัญหาทางสุขภาพจิตของไต้หวันนั้น รศ.ดร. เชียยวี เจนนี่ อุ๋ คณະแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งชาติของประเทศไทยไต้หวัน กล่าวว่าในช่วงการระบาดของโควิด ปี 2563 ไต้หวันพบความเสี่ยงและอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยมีผู้ฆ่าตัวตายในช่วงวิกฤติโควิด อยู่ที่ 11 คนต่อประชากรแสนคนส่วนสาเหตุที่เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยแตก เนื่องจากเรามีศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายแห่งชาติ ที่มีการรวบรวมสถิติ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ฆ่าตัวตายแห่งชาติเป็นประจำทุกปี เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นไปปรับใช้เป็นกลยุทธ์ในการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ตอบโจทย์มากขึ้น “สำหรับกลยุทธ์ที่เราใช้ เราใช้ยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายจากบนลงล่าง คือ การนำความรู้ที่เรามีมาคาดการณ์ในสิ่งที่จะเกิดขึ้น และเตรียมแผนรองรับ โดยให้ประชาชนทุกคนที่พบเห็นคนกำลังพยายามฆ่าตัวตายเป็นงานมาที่ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย จากนั้นศูนย์จะทำการส่งต่อและให้บริการทางสุขภาพจิต นอกจากนั้นยังวางยุทธศาสตร์จากล่างขึ้นบนด้วย คือเราจะส่งเสริมสุขภาพจิตในหลากหลายสถานการณ์ อาทิ ในโรงเรียน ในภาคสาธารณสุข และสื่อมวลชนด้วย”

จากการกำหนดกลยุทธ์ นำมาสู่การปฏิบัติ เราได้จัดโครงการดูแลผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อให้บริการติดตามและดูแลให้คำปรึกษาทั้งสำหรับผู้พยายามฆ่าและสมาชิกในครอบครัว จัดศูนย์สุขภาพ

ชุมชนในทุกเมืองและชนเมือง เพื่อยกยอให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตที่ราคาถูกลง มอบให้ท้องถิ่นแต่ละพื้นที่ร่วมกันหาแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมในแต่ละท้องถิ่น และส่งเสริมการฝึกอบรมด้านสุขภาพจิตให้สื่อมวลชนทั่วประเทศ นอกจากนั้น ยังมีการออกกฎหมายแบน ‘พาราควอต’ หรือยาฆ่าหญ้า ในปี 2561 ซึ่งเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ชาวได้หันนำไปใช้ในการฆ่าตัวตาย แม้จะมีสัดส่วนของผู้ใช้วิธีนี้ไม่เยอะมาก คิดเป็น 12.5% ของวิธีการฆ่าตัวตายทั้งหมด แต่ทำให้การฆ่าตัวตายด้วยการใช้ยาฆ่าหญ้าโดยรวมลดลง ขณะเดียวกัน เราได้นำเอาประสบการณ์ในการต่อสู้เพื่อควบคุมในโรคซาร์ส และโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 นำมาใช้ในการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิดด้วย อาทิ การให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง และการจัดทำแบบประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพจิตแก่ประชาชนผ่านช่องทางออนไลน์ และการให้บริการสุขภาพจิตตั้งแต่การสอบสวนโรค การแยกกักตัวเพื่อรอผลตรวจ ไปจนถึงการกักตัวเมื่อพบติดเชื้อ เพราะหลายคนมักวิตกกังวลกลัวติดเชื้อ กลัวการถูกตีตราว่าเป็นตัวเชื้อโรค หรือเครียดสะสมเมื่อต้องแยกกักตัวอยู่คนเดียว

“การดูแลสุขภาพจิตในเชิงรุก มีความจำเป็นมากในช่วงการระบาดของโควิดในการวินิจฉัยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หรือมีโรคร่วมในจิตเวช นอกจากนั้น การเตรียมพร้อมดูแลประชาชนทั่วไปก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน แต่อาจส่งเสริมการให้ความรู้ผ่านสื่อมวลชน ให้ความช่วยเหลือในการบอกช่องทางการหาข้อมูลต่างๆ และการจัดทำสายด่วนหรือแอปพลิเคชันเพื่อประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพจิต สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ประชาชนรู้ตัวว่ามีความเสี่ยงหรือไม่ และแสวงหาทรัพยากรต่างๆ มาช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น”

หัวข้อที่ 4: “กลยุทธ์ป้องกันการฆ่าตัวตายในช่วงเวลามืดมนของ COVID-19 (Suicide Prevention Strategies During the Dark Times of COVID-19)”

วิทยากร: Nattakorn Jampathong, M.D., Director of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Thailand.

เนื้อหา: นพ. ธีรกร จำปาทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กล่าวว่า ตั้งแต่ประเทศไทยประสบปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจต้มยำกุ้ง อัตราการฆ่าตัวตายก็เริ่มลดลง กระทั่งเราเผชิญกับปัญหาวิกฤติโควิด อัตราการฆ่าตัวตายจึงกลับมาเพิ่มสูงสุดอีกครั้งในรอบทศวรรษ ในอัตรา 7.37 คนต่อประชากรแสนคน โดยมีปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย “ในปี 2563 เรายังพบอีกว่าลักษณะของอาชีพที่พบการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นสูง ประกอบด้วย ผู้ประกอบอาชีพพนักงานและคนว่างงานที่เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด ขณะเดียวกันในกลุ่มของเกษตรกรและค้าขาย เพิ่มขึ้นเล็กน้อย หลักฐานตรงนี้ชี้ให้เห็นว่าหลักฐานการฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ ไม่ใช่ปัญหาทางสาธารณสุขอย่างเดียว”

ปรากฏการณ์ในช่วงโควิด ทำให้เราเห็นว่าการจะแก้ปัญหาซับซ้อนนี้ได้จะต้องได้รับความร่วมมือจากหลากหลายภาคส่วน ในเรื่องการสร้างงาน การจัดการหนี้สิน และการสร้างองค์ความรู้สร้างภูมิคุ้มกันทางใจให้กับประชาชน ซึ่งหากทุกภาคส่วนยังไม่ร่วมมือกัน ยังใช้มาตรการเดิมในการแก้ปัญหา คาดว่าตัวเลขอัตราการฆ่าตัวตายอาจพุ่งสูงสุดในประวัติการเป็น 9.45 คนต่อประชากรแสนคน แต่หากดำเนินตามมาตรการใหม่ได้ อัตราการตายอาจลดลงมาอยู่ที่ 7.35 คนต่อประชากรแสนคน โดยในปี 2564 รัฐบาลไทยได้เตรียมพร้อมที่จะจัดตั้งยุทธศาสตร์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ เป็นวาระแห่งชาติ ซึ่งจะเน้นกลุ่มเปราะบางทางสังคมให้สามารถเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมในด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตมากขึ้น โดยมีการกำหนดยุทธศาสตร์ดังนี้

1. ส่งเสริมความรู้ด้านสวัสดิการสังคมและสุขภาพผ่านสื่อมวลชนในหลายภาคส่วน ไม่จำกัดเฉพาะด้านสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้กับประชาชนกลุ่มเปราะบาง
2. การพัฒนาระบบคัดกรอง สืบค้น และการเฝ้าระวังประชากรฆ่าตัวตายตามความรุนแรงให้ครอบคลุมทุกมิติ

3. สร้างกลไกการป้องกันการฆ่าตัวตายในแต่ละจังหวัด เนื่องจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน

4. การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมทำระบบการจัดการข้อมูล เพื่อสนับสนุนการจัดตั้งนโยบายและการตัดสินใจ โดยในปัจจุบันได้มีการแบ่งโซนจังหวัดตามความรุนแรงของอัตราการฆ่าตัวตาย แบ่งเป็น สีแดง สีเหลือง และสีเขียว เพื่อจัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง ดำเนินการแก้ไขในส่วนที่เร่งด่วนก่อนทั้งหมดนี้ต่างเป็นการร่างยุทธศาสตร์จากหลายประเทศ ที่วิเคราะห์ปัญหาทางสุขภาพจิตมาขับเคลื่อน เพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด แต่ความสำเร็จนี้จะเกิดขึ้นไม่ได้เลยหากไม่ได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ดังนั้นหากทุกคนร่วมมือกันนำความรู้ต่างๆ มาบูรณาการ ประเทศไทยอาจมีอัตราการตายลดลงมากกว่า 7.35 คนต่อประชากรแสนคนตามที่นักวิชาการชาวไทยได้คาดการณ์ไว้ก็เป็นไปได้

สรุปเนื้อหาโดย

นางสาวนันท์นิ วังษ์จันทร์

นักวิทยาศาสตร์

เอกสารอ้างอิง: <https://www.isranews.org/article/isranews/100316-isranews-health-2.html>

International Symposium 5: “Mental Health Aspects of COVID-19 Vaccine” เรื่อง มุมมองสุขภาพจิตของวัคซีนโควิด 19

วันพฤหัสบดีที่ 8 กรกฎาคม 2564 เวลา 14.30–16.30 น.

➤ ประธาน

Prof. Patrick Bordeaux, M.D., Psychiatrist, Diplomate of the American Board of Addiction Medicine, Clinical Professor of Psychiatry, Department of Child & Adolescent Psychiatry, University Laval, Canada.

➤ รองประธาน

นายแพทย์ปทานนท์ ขวัญสนิท นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (Patanon Kwansanit, M.D., MSc in Psychiatric Research, Physician, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Department of Mental Health, Thailand)

➤ วิทยากร

1. Prof. David M. Fresco, Ph.D., Department of Psychiatry & Institute for Social Research, University of Michigan, United States of America
2. Dr. Katharine Smith, Clinical researcher, Honorary Consultant Psychiatrist, NIHR Oxford Cognitive Health Clinical Research Facility, Research Delivery Team, Oxford Health NHS Foundation Trust, The United Kingdom
3. Yongyud Wongpiromsarn, M.D., M.S. Clinical Science, Advisor for Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand

➤ สรุปเนื้อหา

หัวข้อที่ 1: “การทดลองแบบเปิดของการบำบัดด้วยการควบคุมอารมณ์ผ่านการศึกษาทางไกลสำหรับผู้ใหญ่ ที่มีปัญหาในช่วงการระบาดของโควิด 19 (An Open Trial of Emotion Regulation Therapy via Telehealth for Distressed Adults During the COVID-19 Pandemic)”

วิทยากร: Prof. David M. Fresco, Ph.D., Department of Psychiatry & Institute for Social Research, University of Michigan, United States of America

เนื้อหา: การทดลองแบบเปิดของการบำบัดด้วยการควบคุมอารมณ์ผ่านการศึกษาทางไกลสำหรับผู้ใหญ่ ที่มีปัญหาในช่วงการระบาดของโควิด 19 ซึ่งใช้เวลาศึกษามานาน 25 ปี เป็นพื้นที่ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยแบบเห็นหน้ากันเป็นการเปิดเผยข้อมูล การศึกษาครั้งนี้มีการทำสมาธิ พัฒนาสติ และมีการปรับปรุงจากจิตบำบัดรวมกับข้อค้นพบทางประสาทวิทยาศาสตร์ เพื่อจัดเป็นระบบการรักษาที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาภาวะสุขภาพจิต โดยตั้งสมมติฐานว่าคนๆ หนึ่งเผชิญต่อความไม่สมดุล และระบบความรู้สึกโดยพื้นฐานหนึ่ง คือความมั่งคั่ง ความปลอดภัยซึ่งเป็นกลไกในการปกป้องตัวเองไม่ให้ตกอยู่ในอันตราย ในขณะที่เดียวกันมีระบบให้รางวัล อยากกินอะไรอร่อยๆ หรืออยากให้มีคนอยู่ด้วย การเป็นที่สนใจของคนอื่น ต้องใช้ความพยายามมากแค่ไหนถึงจะประสบความสำเร็จ ซึ่งระบบนี้มีผลเมื่อคนๆ นั้นต้องเผชิญต่อความยากลำบาก คนที่มีปัญหาในการเผชิญปัญหาจะมีปัญหาในการควบคุมอารมณ์ และการใส่ใจอันตรายเฉพาะหน้า โดยความคิดในเชิงลบ ความเหงา การเลือกปฏิบัติจะส่งผลต่อพฤติกรรม มีผลต้องให้ความสำคัญกับความปลอดภัย ทำให้มีความสามารถน้อยลงที่เป็นผลลัพธ์ให้การให้รางวัล แนวคิดนี้ต้องติดตามและพูดถึงแรงกระตุ้น แรงควบคุมสติ การรู้ตัว การควบคุมการเรียนรู้ ลดอคติจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง ทำให้เห็นรางวัลและเลือกได้ว่าจะตอบสนองอย่างไร และเกิดสมดุลในความปลอดภัยและการให้รางวัล โดยกิจกรรมของ

การทดลองนี้สามารถมาปรับเข้ากับชีวิตประจำวันได้ ปัจจุบันมีการทดลองกับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านสุขภาพจิต ติดตาม สนับสนุนชีวิตผู้ป่วยมที่รักษาโรคมะเร็ง พบประสิทธิภาพในทางคลินิกที่เห็นผลชัดเจน

สำหรับโรคระบาดในนครนิวยอร์ก มีการเสียชีวิตและอัตราการติดเชื้อสูงในพื้นที่ที่มีชาติพันธุ์ต่างๆ อาศัยเยอะ โดยเฉพาะละตินโนจะมีโอกาสในการติดเชื้อมากกว่า การล็อกดาวน์เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เราต้องหาวิธีในการตอบสนอง จึงใช้วิธี Emotion Regulation Therapy–Pandemic (ERT–P) ผ่านการสาธารณสุขทางไกล จำนวน 9 ครั้ง ใช้เวลาสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 1 เดือน มีการเสริมการรักษาด้วยแพลตฟอร์มทางอินเทอร์เน็ตและอุปกรณ์เคลื่อนที่เพื่อส่งเสริมการรักษาเพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถเรียนรู้ผ่านเว็บ Portal โดยมีสรุป วิดีโอ เอกสารประกอบในการฝึกควบคุมอารมณ์ รวมถึงมีแบบฝึกหัดและการบ้านให้พัฒนาทักษะ การศึกษา Emotion Regulation Therapy–Pandemic (ERT–P) นั้น ทำการสำรวจคัดกรองผู้ป่วยอายุ 18–65 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในนครนิวยอร์กที่ไม่เคยได้รับการรักษาอื่นๆ และมีความเครียดรุนแรงในช่วงโควิด 19 โดยจะคัดกรองและดูแลสุขภาพต่างๆ ในทางจิตเวชที่เกิดขึ้นในขณะเดียวกัน ทำแบบสอบถามทางออนไลน์ ทำแบบฝึกหัดแต่ละเซสชันต่างๆ ตามกลไกของ ERT และติดตามผลทุก 3 เดือน 9 เดือน จากการเก็บข้อมูล 100–150 คน พบว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 33 ปี 61% เป็นคนกลุ่มน้อย 39% เป็นผู้ที่ตกงาน 30% ไม่มีรายได้ หลังจากเข้าร่วมครบทุกครั้ง พบว่ามีระดับที่ดีขึ้น ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีความพึงพอใจและเป็นประโยชน์

สิ่งที่จะทำให้วัคซีนเป็นที่ยอมรับได้นั้นต้องมีการสนับสนุนและผลิตวัคซีนจำนวนมาก มีการฉีดวัคซีนในเวลาต้นปี เป็นที่น่าเศร้าที่ไม่ได้เห็นว่าทุกที่สามารถฉีดวัคซีน ซึ่งมี 2 ปัจจัยที่มีผลเสีย 1. คือความไม่เสมอภาคในด้านระบบไม่ได้เข้าถึงอินเทอร์เน็ตและเข้าไม่ถึงคลินิกฉีดวัคซีน เป็นผู้ที่ถูกมองข้าม และ 2. ปัจจัยทางการเมือง ซึ่งสถานการณ์แบบนี้อาจจะเกิดขึ้นในหลายๆ ที่ด้วยกัน รวมถึงมีความท้าทายอื่นๆ ด้วย

หัวข้อที่ 2: “คำแนะนำตามหลักฐาน: วัคซีนโควิด 19 กับความลังเลใจ และสุขภาพจิต (Evidence-based guidance: COVID-19 Vaccines, Hesitancy, and Mental Health)”

วิทยากร: Dr. Katharine Smith, Clinical researcher, Honorary Consultant Psychiatrist, NIHR Oxford Cognitive Health Clinical Research Facility, Research Delivery Team, Oxford Health NHS Foundation Trust, The United Kingdom

เนื้อหา: ประเด็นที่ 1 Evidence-Based Guidance on COVID-19 Vaccines and Mental Health (คำแนะนำตามหลักฐานเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 และสุขภาพจิต) สหราชอาณาจักรมีแนวปฏิบัติมากมายในการจัดการกับผู้ป่วยเพื่อลดการเผชิญหน้ากัน สำหรับผู้ที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพจิตนั้น พบความยากในการนำแนวปฏิบัติการบริหารจัดการไปใช้ ดังนั้นจึงต้องปรับปรุง สรุป และจัดทำเป็นเว็บไซต์ให้บุคคลทั่วไปเข้าถึง โดยขยายหัวข้อของแนวปฏิบัติ ออกเป็นจำนวน 12 หัวข้อที่เกี่ยวกับโควิด 19 และปัญหาสุขภาพจิต สามารถศึกษาเพิ่มเติมในหัวข้อ “Covid-19 and Mental Health: a transformational opportunity to apply an evidence-based approach to clinical practice and research”

ประเด็นที่ 2 COVID-19, Vaccine prioritization and mental health in UK (การจัดสรรวัคซีนการจัดลำดับความสำคัญของวัคซีนและสุขภาพจิต ในสหราชอาณาจักร) สหราชอาณาจักรเป็นประเทศแรกๆ ที่ใช้วัคซีน โดยพัฒนาโปรแกรมจัดสรรวัคซีนที่ละเอียดมาก ซึ่งได้รับการพัฒนาจากคณะกรรมการร่วม สามารถจัดกลุ่มผู้ได้รับวัคซีน 9 กลุ่มแรก ซึ่งให้ความสำคัญกับผู้มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับวัคซีนก่อน โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีโรคประจำตัว อายุตั้งแต่ 16-64 ปี รวมถึงผู้ที่มีโรคและภาวะด้านจิตใจเป็นหนึ่งใน 9 กลุ่มที่ได้รับวัคซีนที่เร็ว นับเป็นสิ่งที่ดีเพราะว่ากลุ่มดังกล่าวอาจจะมีความเสี่ยงและผลที่ตามมามากขึ้นหากมีการติดเชื้อ สำหรับกลุ่มที่ได้รับวัคซีนก่อนหน้านี้

อาจจะมีความลังเลที่จะรับวัคซีน เช่น คนที่มีอาการป่วยทางจิตก็ไม่นอยากรับวัคซีน ดังนั้น จึงต้องพัฒนาแนวทางเพื่อลดความลังเลในการรับวัคซีน ซึ่งปัจจุบัน สหราชอาณาจักรให้วัคซีนแก่ผู้ใหญ่ทั้งหมด โดยมีเป้าหมายของการฉีดวัคซีนให้ได้ 2 ใน 3 ของประชากรของประเทศ

ประเด็นที่ 3 Vaccines hesitancy in UK (ความลังเลของวัคซีนในสหราชอาณาจักร) ซึ่งเน้นเรื่องการผลิตวัคซีนไปจนถึงการให้วัคซีนเร็วที่สุด พยายามให้ประชาชนยอมรับและให้ครอบคลุมมากที่สุด ซึ่งต้องทำงานร่วมกันทั่วโลกเพื่อการเข้าถึงวัคซีนได้เป็นสากลเพราะวัคซีนเป็นทางออกของโรคระบาดนี้ ดังนั้นปัญหาความลังเลในการรับวัคซีนจึงเป็นส่วนสำคัญทำให้การรับวัคซีนช้าลง ขยายเป็นวงกว้างออกไป นิยามของความลังเลในการรับวัคซีนอาจมีได้หลายนิยาม แต่นิยามที่สำคัญนิยามหนึ่ง หมายถึง ความล่าช้าของพฤติกรรมในการรับวัคซีนหรือการปฏิเสธการรับวัคซีนถึงแม้จะมีบริการจัดสรร ความลังเลไม่ใช่เกิดขึ้นกับคนใดคนหนึ่ง อาจจะมีสาเหตุแตกต่างกันไปขึ้นกับ เวลา ชนิดของวัคซีน บางคนยอมรับทุกอย่าง แต่บางคนปฏิเสธทุกอย่าง บางคนอยู่ระหว่างกลาง ทั้งนี้ ขึ้นกับความมั่นใจ ความไว้วางใจในวัคซีน ความรู้สึกชะล่าใจ ประโยชน์หลังจากได้รับวัคซีน ความสะดวกของการถึงวัคซีน เป็นต้น ดังนั้นสิ่งสำคัญของความลังเลต้องนึกถึงทัศนคติของการรับวัคซีนซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ การที่ประชาชนมีความลังเลกับการรับวัคซีนนั้นเป็นความท้าทายอย่างมากในการพัฒนาวัคซีน ซึ่งปัจจุบันมีวัคซีนหลายชนิด มีโหมดการทำงานที่ค่อนข้างใหม่ เป็นเรื่องยากที่อธิบายกับประชาชนถึงการทำงานของวัคซีน การทดสอบวัคซีน รวมถึงข้อมูลความปลอดภัยต่อร่างกายในระยะยาว ซึ่งการเผยแพร่ในโซเชียลมีเดียทำให้เกิดความลังเลมากขึ้น จากการศึกษาอัตราความลังเลการรับวัคซีนในสหราชอาณาจักร (OCEANS I) ช่วงเดือนพฤษภาคม 2564 พบว่าประชากร 70% ยอมรับวัคซีน 20% ไม่แน่ใจ และ 10% คิดว่าจะไม่รับวัคซีน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาติดตามอย่างอื่น ได้แก่ OCEANS II และ OCEANS III ซึ่งการศึกษาดังกล่าวได้พัฒนาวิธีการในการประเมินผลความลังเลในการรับวัคซีน สำหรับ

การศึกษา OCEANS II มีกลุ่มสหวิชาชีพรวมทำแบบทดสอบด้วย โดยศึกษาในผู้ใหญ่มากกว่า 5,000 คน พบว่า 71.7% ยินดีรับวัคซีน 16.6 ไม่แน่ใจ 11.7% มีความลังเลมาก นอกจากนี้พบว่ากลุ่มที่ยินดีรับวัคซีนนั้นมีปัจจัยเชื่อมโยง เช่น การรับรู้ความสำคัญในการตัดสินใจ โอกาสที่จะติดเชื้อ และความเชื่อด้านประสิทธิภาพของวัคซีน รวมถึงผลข้างเคียง ดังนั้นการให้ข้อมูลต่อสาธารณะต้องเน้นประโยชน์ต่อสังคม ข้อมูลใดก็ตามที่ทำให้เกิดความไม่เชื่อใจจะทำให้การรับวัคซีนน้อยลง สำหรับการศึกษา OCEANS III เป็นขยายการศึกษาเพื่อลดความลังเลในสหราชอาณาจักรและเพิ่มการยอมรับวัคซีนให้มากขึ้น ศึกษาในผู้ใหญ่กว่า 15,000 คน พบว่ากลุ่มคนที่ยินดีจะรับวัคซีนนั้นส่วนใหญ่มีความลังเลแต่ก็ตัดสินใจรับวัคซีนเพราะคำนึงถึงข้อมูล และกลุ่มที่มีความลังเลมากนั้นความลังเลลดลงเพราะข้อมูลที่เน้นเรื่องประโยชน์ส่วนตัว ข้อสรุปนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าการสื่อสารในสาธารณสุข ต้องออกแบบข้อมูลให้เหมาะสมและตรงกับกลุ่มที่มีความลังเลมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการวิจัยประเด็นทัศนคติว่าทำไมประชาชนปฏิเสธการรับวัคซีน ซึ่งวิจัยดังกล่าวเป็นการศึกษาความกลัวเข็มมีผลต่อความลังเลที่จะรับวัคซีนหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่าถ้ารักษาความกลัวเข็มไปได้ จะลดความลังเลได้ 10% ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีคำแนะนำและแนวปฏิบัติเพื่อจัดการความลังเลเฉพาะกับกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตและผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ความท้าทายของสหราชอาณาจักรไม่ใชการจัดการกับความลังเลในการรับวัคซีน แต่เป็นการเฝ้าติดตามการรับวัคซีนซึ่งการศึกษาพบว่ามีปัจจัยบางอย่างที่เป็นตัวแปร แต่ไม่มีการบันทึกเกี่ยวกับสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ คือ ปัจจัยของความไม่เสมอภาค ระยะเวลา สุขภาพจิต สังคม และเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อวัคซีนอาจจะมีมากที่สุดในกลุ่มเปราะบาง ถึงแม้ว่าจะมีการยอมรับวัคซีนน้อย แต่พบว่ามีอัตราการยอมรับวัคซีนเพิ่มขึ้นซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

หัวข้อที่ 3: “การประยุกต์ใช้แรงจูงใจและสติบำบัดในการฉีดวัคซีนโควิด 19 (Apply of Motivation and Mindfulness in Covid-19 Vaccination)”

วิทยากร: Yongyud Wongpiromsarn, M.D., M.S. Clinical Science,
Advisor for Department of Mental Health, Ministry of Public Health,
Thailand

เนื้อหา: อุปสรรคของการรับวัคซีน ประมาณ 30% ของประชากรไทย มีความลังเลที่จะรับวัคซีนโควิด แต่ปัจจุบันลดลงเหลือ 10% ซึ่งถือว่าการเปลี่ยนแปลงในช่วงไม่กี่เดือน สาเหตุของความลังเลคือความไม่ปลอดภัย ความไม่จำเป็นในการรับวัคซีน สำหรับคนที่มาฉีดวัคซีนมีอุปสรรคถัดไปคือการกลัวการฉีดยา ผลที่ไม่พึงประสงค์ของวัคซีน การแพ้วัคซีน นำไปสู่พฤติกรรมความเครียดหลังรับวัคซีน เช่น การนอนไม่หลับ กล้ามเนื้อไม่มีแรง คลื่นไส้ ดังนั้นต้องหาทางออกสำหรับปัญหานี้ สำหรับมาตรการทางจิตวิทยาเน้นการสร้างแรงกระตุ้นและให้มีสติรู้ตัว การสร้างแรงกระตุ้นช่วยลดการปฏิเสธการรับวัคซีนและลดความกลัว สำหรับสติบำบัด (mindfulness) จะลดความกลัวและความเครียด โดยเฉพาะคนที่มาฉีดวัคซีนจะรู้ตัวขึ้น

วงจรการสร้างแรงกระตุ้น คือการวางแผน เตรียมการทำ และทำต่อเนื่อง สำหรับคนปฏิเสธที่จะรับวัคซีนสามารถใช้วงจรนี้อธิบายได้ว่าคนเหล่านี้อยู่ในขั้นตอนของการไตร่ตรอง (Contemplation) คือคิดว่าไม่จำเป็นต้องรับวัคซีน หากสามารถหาแรงกระตุ้นภายในได้ก็จะสามารถกระตุ้นให้รับวัคซีน และสามารถลดสัดส่วนคนที่ปฏิเสธการรับวัคซีนได้ ในโปรแกรมนี้ไม่เพียงการสื่อสารกับมวลชนเท่านั้น แต่ใช้ยุทธศาสตร์การสื่อสารระหว่างตัวบุคคลโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงกระตุ้นและให้คำแนะนำสั้นและคำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหานี้ในเชิงในประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านให้บริการรับคำปรึกษาแก่ประชาชนอีกทางเลือก การให้คำปรึกษาแบบสั้นสำหรับคนที่ลังเลนั้นใช้รูปแบบอธิบายสั้นๆ 3A ได้แก่ Ask (ถาม) โดยใช้คำถามปลายเปิดว่า “คุณมีความกังวลอะไร” Affirm (ยืนยัน) ใช้คำตอบเพื่อเข้าใจ และ Advice (แนะนำ) ให้คำแนะนำผลที่ไม่พึงประสงค์จากการแพ้ก็ทำให้เขาเปลี่ยนใจและสามารถเข้ารับวัคซีน อีกด้านของการใช้ VBA สำหรับผู้รับบริการที่มาฉีดวัคซีน

เพื่อสร้างแรงกระตุ้นให้สามารถเอาชนะความกลัว โดยถามขณะมานิวัติขึ้น
ดังนี้ Ask (ถาม) “คุณกลัวหรือเปล่า” คำตอบของผู้รับบริการคือกลัวกับไม่กลัว
หลังจากนั้น Affirm (ยืนยัน) ด้วย “คุณกล้ามากเลยนะที่มานิวัติขึ้น” นี่เป็นวิธี
การหนึ่งในการสร้างแรงกระตุ้นให้ผู้รับบริการ หากคำตอบคือไม่กลัวให้ยืนยันว่า
“คุณเป็นต้นแบบในการดูแลครอบครัวและตัวเอง” และพยายามทำให้ผู้รับ
บริการไม่กลัวการนิวัติขึ้นโดยใช้ภาษากายทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา
เพื่อช่วยสำหรับคนที่มานิวัติขึ้น

สติบำบัด (Mindfulness) ในประเทศไทยนั้นแตกต่างจากที่โลกตะวันตก
รู้จักกัน หลักการคือใช้สติลดความเครียด หรือการบำบัดทางความคิดและ
พฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) โดยใช้สติซึ่งอธิบายเป็น 2 แบบ
คือ 1. การรู้ตัวในการโฟกัสความสนใจ และ 2. เผชิญเหตุแบบเปิด เนื่องจาก
ประเทศไทยนั้นส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธจึงมีภูมิปัญญาเรื่องนี้พอสมควรจึง
อธิบายในอีกรูปแบบหนึ่งนั่นคือการรู้ตัวในระดับสูง โดยปกติจะมีการรู้ตัวแบบ
พื้นฐาน เช่น การรู้ว่หลับหรือตื่น ซึ่งมีข้อเสียของการเก็บความคิดลบเข้ามา
เช่น คนในครอบครัวใช้คำพูดที่ติดต่อบเราเสมอ แต่เราจะจำได้เสมอเมื่อโดนต่อว่า
1 ครั้ง หรือมีผู้ให้บริการปฏิบัติต่อเราดีมาเสมอ แต่เรากลับจำได้เมื่อมีการปฏิบัติ
ไม่ดีเพียง 1 ครั้ง การเก็บสิ่งที่เป็นลบจากความรู้ตัวที่เป็นพื้นฐานก็จะทำให้เรา
เกิดอารมณ์และความเครียด อีกวิธีหนึ่งสามารถพัฒนาเป็นความรู้ตัวในระดับ
ที่สูงขึ้นโดยมีคุณลักษณะดังนี้ ความสงบ ความนิ่ง การปล่อยวาง และความ
กรุณา และการรู้ตัวระดับสูงประกอบด้วย 2 ภาวะ คือภาวะความสงบนิ่งและ
ภาวะการมีสติ ในจิตบำบัด (Cognitive behavioral therapy) เป็นการพัฒนาที่
เรียกว่า Focus attention การเฝ้าติดตามอย่างเปิดกว้าง สำหรับประเทศไทย
เรียกว่าการมีสติบำบัด ซึ่งแตกต่างกันที่วิธีใช้คำศัพท์ นอกจากนี้ยังใช้คำศัพท์
ทางประสาทวิทยาและจิตวิทยาในการพัฒนาการมีสติรู้ตัว ไม่ใช่แค่อารมณ์และ
พฤติกรรม รวมถึงโครงสร้างของสมองด้วย เพราะเรามีความรู้สึก ความกลัว
ความกังวล หากฝึกฝนให้มีความสงบมีสติเพิ่มขึ้น ก็จะทำให้สมองส่วน

Prefrontal Cortex (PFC) สามารถควบคุมลิมบิกได้มากขึ้น สำหรับนำความสงบ การมีสติมาใช้ในการคิดวิเคราะห์ป้องกันโควิดนี้ มีคนจำนวนมากรู้มีความกลัว ระหว่างการคิด เราจะแนะนำให้ใช้เวลาหายใจลึกๆ เน้นให้ใส่ใจกับการหายใจ และบรรจงคิด การหายใจจะช่วยให้เขาหยุดคิดและจดจ่อกับการหายใจ เมื่อไม่ได้สนใจกับความกลัวก็จะช่วยให้หายกังวลและหยุดกลัวได้ กรณีผู้รับ บริการที่มีความเครียดหลังคิดยาในช่วงเวลาสังเกตอาการ 30 นาที ในขณะ ระหว่างรอดูอาการ หากผู้รับบริการมีความกลัวมากจะมีปฏิกิริยาเพิ่มขึ้น เช่น หายใจแรง คลื่นไส้ เวียนศีรษะ ต้องจัดพื้นที่แยกออกมาสอนการหายใจให้สงบ ลงพบว่าได้ผลเป็นอย่างมากทำให้เขาหยุดคิด ไม่มีความกลัว และมีความนิ่ง มากขึ้นและช่วยย่ำด้วยการชื่นชมเขา รวมถึงแนะนำให้ฝึกพัฒนาด้วยตนเอง จากหลักสูตรออนไลน์ 8 วัน วันละ 1 ครั้ง เป็นการพัฒนาทักษะความสงบ การมีสติ การกินอย่างรู้ตัว พัฒนาทำความรู้จักตัวเองทุกวัน วันละ 20 นาที หลังจากจบหลักสูตรก็จะรู้ตัวในกิจวัตรประจำวันของตัวเอง สามารถเผชิญ กับความกลัวและมีความกรุณาให้ผู้อื่น โดยประชาชนสามารถเข้ามาเรียนรู้ได้ ด้วยตนเอง รวมถึงมีสื่อเสียงสำหรับฝึกทำสมาธิได้ด้วย นี่คือนิสัยที่ดำเนินการ บางส่วนในประเทศไทยเพื่อให้ก้าวผ่านความลังเลการคิดวิเคราะห์

สรุปเนื้อหาโดย

นางสาวจรรวรรณ บัณฑิตักดี

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

Session: International Symposium 7: “Mental Health Recovery from COVID-19”

การฟื้นฟูสุขภาพจิตจากการระบาด
จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วันศุกร์ที่ 9 กรกฎาคม 2564 เวลา 13.00-14.30 น.

➤ ประธาน

แพทย์หญิงศุทรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข ประเทศไทย (Suthra Auapisithwong, M.D., MSc., Child and
Adolescent psychiatrist, Family psychiatrist, Child and Adolescent Mental
Health Rajanagarindra Institute (CAMRI), Department of Mental health,
Ministry of Public Health, Thailand)

➤ รองประธาน

นายฉัตรดนัย ศรีชัย นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาล
ศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย (Chatdanai
Sornchai, CRC., Rehabilitation Counselor, Srithanya hospital, Department of
Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand)

➤ วิทยากร

1. Cheng Kan Yuan, M.D., MSc., Chief of Department of
Rehabilitation Psychiatry, Taipei Veterans General Hospital, Yuli Branch,
Taiwan

2. Rosfaizah Rahmat, M.D., Ph.D., Psychiatrist, Hospital Permai,
Johor Bahru, Malaysia

3. John Andrew McDonald, M.D., Acting Director for Mental Health
Services, Sydney Local Health District, Australia

➤ สรุปเนื้อหา

หัวข้อที่ 1: “การให้บริการร่วมในระดับเดียวกันในโปรแกรมการจ้างงานที่มีการสนับสนุนสำหรับบุคคลที่มีภาวะจิตเภทเป็นประสบการณ์จากยูลี้ไต้หวัน (Peer co-deliver service in a supported employment program for persons with schizophrenia: the experience in Yuli, Taiwan)”

วิทยากร: Cheng Kan Yuan, M.D., MSc., Chief of Department of Rehabilitation Psychiatry, Taipei Veterans General Hospital, Yuli Branch, Taiwan

เนื้อหา: การฟื้นฟูเป็นจุดเริ่มต้น อาจพบความยากลำบากแต่ยังคงเดินหน้าต่อไป อย่างไรก็ตาม มีการช่วยเหลือในการเอาชนะเรื่องของความเสียเปรียบหรือว่าข้อเสียต่างๆ จากหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับบุคคลที่เป็นผู้ที่เผชิญเหตุการณ์ลักษณะเดียวกัน หรือเรียกว่า Peer supported service จะช่วยคนที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถลดอาการทางจิตเภท เพื่อลดการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลและลดสถานะฉุกเฉิน พร้อมทั้งช่วยส่งเสริมพลังกายและฟื้นฟูจิตใจ ทำให้เกิดความหวังสำหรับผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สังคมและมีบทบาทในสังคมได้ดียิ่งขึ้น

ในไต้หวัน ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน (halfway houses) มีการสนับสนุนโดยระบบประกันสุขภาพ การดูแลของชุมชนเป็นทางเลือกที่ดีกว่าการเลือกรับการรักษาในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว การสนับสนุนการรักษา เรียกว่า Peer supported เป็นการบริการจากบุคคลที่เป็นสมาชิกในกลุ่มเดียวกัน เนื่องจากว่างบประมาณในการสนับสนุนของระบบประกันสุขภาพ ยังไม่เพียงพอสำหรับศูนย์ฟื้นฟูยูลี้ไต้หวัน ชีตความสามารถในการรองรับผู้ที่เจ็บป่วยมีทั้งสิ้นจำนวน 66 คน ซึ่งจากการวินิจฉัยส่วนใหญ่จะเป็นโรคจิตเภท ผู้ป่วยจะอาศัยที่บ้าน หรือศูนย์ฟื้นฟูชุมชน (halfway houses) หรือที่พักอาศัยอื่นๆ ที่ได้รับการสนับสนุน โดยมีบริการฟื้นฟูด้านอาชีพ รวมถึงการบำบัดด้วยการทำงาน การฝึกอบรมพัฒนาทักษะ ตลอดจนการสนับสนุนการจ้างงานที่อยู่ในที่พักอาศัย ซึ่งในตลาดแรงงาน

พบการขาดแรงงานที่มีประสิทธิภาพในพื้นที่ชนบท โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการหรืออาการจิตเสื่อม

เป้าหมายของโครงการคือ การฝึกอบรม Peer ที่มีอาการจิตเภทให้เป็นผู้เข้าร่วมในสถานที่ทำงาน สามารถแก้ไขปัญหาในที่ทำงาน และเป็นผู้ช่วยในการฝึกอบรมการทำงานได้

การจัดหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับ Peer

ระยะที่ 1 (Phase 1) หลักสูตรการฝึกอบรมบุคคลที่เป็น Peer จะใช้แนวคิดในเรื่องของการฟื้นฟู ใช้เวลาทั้งหมด 2 ชั่วโมง ในการรับฟังการบรรยายและการฝึกปฏิบัติต่อสัปดาห์เป็นเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 24 ชั่วโมง การเข้าเรียนจะมีการพูดคุยกับนักกิจกรรมบำบัดก่อนทุกครั้ง ซึ่งในแต่ละชั้นเรียนจะประกอบด้วยการทำแบบฝึกหัด การสาธิต การจำลองสถานการณ์ การเล่าเรื่องแบ่งปันประสบการณ์ นอกจากนี้มีการทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในที่ทำงาน โดยให้ Peer เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ

ระยะที่ 2 (Phase 2) Peer จะเป็นผู้เข้าร่วมในการแก้ไขปัญหาในที่ทำงาน โดยจะใช้เวลา 1.30 ชั่วโมง ทุกๆ 2 สัปดาห์ ทั้งหมด 8 ครั้ง และจะสนับสนุนผู้ที่ทำงานเป็นผู้ช่วย สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 16 สัปดาห์ เมื่อเข้าสู่หลักสูตรการฟื้นฟู Peer จะมีทักษะที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุที่มีสภาพความพิการ โดยจะมีการวัดผลลัพธ์ก่อน-หลังจากการดำเนินงาน ดังนี้

- ด้านการสนับสนุนทางสังคม : ใช้ Social Support scale
- ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วย : ใช้ Peer Support scale
- ด้านสุขภาพจิต : วัดโดย Chinese Health Questionnaire-12
- อาการทางจิตเวช : ใช้ Brief Psychiatric Rating Scale-18
- ด้านหน้าที่ทางสังคม : วัดโดย Global Assessment of Function และ Chinese Version of Social Function Scale
- ผลลัพธ์จากการทำงาน : วัดจากชั่วโมงทำงานต่อสัปดาห์ และรายได้ที่ได้รับ

การเริ่มต้นบริการ Peer Supported ซึ่งเป็นการบริการฟื้นฟูด้วยอาชีพ ได้เริ่มขึ้นเมื่อ 4 ปีก่อน และพบว่า Peer จะมีทักษะและความรู้ทั่วไปเช่นเดียวกับผู้ประกอบการวิชาชีพ เช่นปฏิบัติตามหลักจริยธรรม สร้างสัมพันธภาพที่ดี ทักษะในการสัมภาษณ์ และสามารถแบ่งปันความรู้ ร่วมมือกับผู้ประกอบการวิชาชีพ จนถึงสามารถเขียนรายงานได้ การร่วมมือกับผู้ปฏิบัติงานจะส่งเสริมการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมให้แก่ Peer ทำให้สามารถตัดสินใจในเรื่องการทำงานได้ในชีวิตประจำวัน ในอนาคตทางไต้หวันมีความมุ่งหวังที่จะจัดกิจกรรมที่ดำเนินงานโดย Peer ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการทำงานให้มีบทบาทชัดเจนมากยิ่งขึ้น

หัวข้อที่ 2: “โครงการแบ่งปันประสบการณ์ในยะโฮ บาห์รู (Project Share Experience in Johor Bahru)”

วิทยากร: Rosfaizah Rahmat, M.D., Ph.D., Psychiatrist, Hospital Permai, Johor Bahru, Malaysia

เนื้อหา: ประสบการณ์จากยะโฮ บาห์รู และโปรเจกต์แชร์จากโรงพยาบาลเปอร์ไม ยะโฮ บาห์รู กล่าวถึงรัฐบาลมาเลเซียได้มีคำสั่งควบคุมการเคลื่อนย้ายในประเทศหลายครั้ง และในช่วงของ MCO หรือคำสั่งระงับการเคลื่อนย้ายทางโรงพยาบาลได้มีการดำเนินงานนำผู้เรื้อรังทั้งหมดให้อยู่ในสถานที่ๆ มีความปลอดภัย โดยสามารถจะหยุดยั้งการแพร่เชื้อลงไปในกลุ่มของผู้เรื้อรัง และจากผู้เรื้อรังไปสู่คนอื่นๆต่อไป และสำหรับคนไร้บ้านที่มีอาการป่วยทางจิตจะถูกส่งมาที่โรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา คนจำนวนหนึ่งมีอาชีพก่อนที่จะเกิดการระบาดของ COVID-19 แต่มีความจำเป็นต้องออกจากบ้าน เพราะรายได้ไม่เพียงพอที่จะจ่ายค่าเช่า ด้วยสาเหตุนี้ จึงทำให้คนจำนวนหนึ่งกลายเป็นคนไร้บ้านและบางคนก็ตกงานในช่วงที่เป็นคำสั่งระงับการเคลื่อนย้ายจากการระบาดของ COVID-19 ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ที่พักอาศัยที่ได้รับการสนับสนุน จะเป็นทางเลือกที่มีบทบาทสำคัญสำหรับการฟื้นฟูทางจิตเวชจะเป็นผลลัพธ์สำหรับการเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งของกระบวนการฟื้นฟู คนควรมีพื้นที่ปลอดภัยในการที่จะอยู่อาศัย และเป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจ

ภายในชีวิตในขั้นพื้นฐานได้ ในเรื่องของกระบวนการสนับสนุนการฟื้นฟูมีอยู่ 4 มิติ ได้แก่ สุขภาพ เป้าหมายในชีวิต ชุมชน และบ้าน ซึ่งที่พักอาศัยนั้นเป็นหนึ่งในความต้องการพื้นฐานของมนุษย์

ข้อสรุปสำหรับที่พักอาศัยที่ได้รับการสนับสนุนเป็นสิ่งที่ประสบความสำเร็จสำหรับคนที่ไร้บ้าน และช่วยลดภาวะไร้บ้านและการเข้าโรงพยาบาล ลดอาการในเรื่องของจิตเวช และทำให้คุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น กล่าวถึงโปรเจกต์คือ Supporting Housed and Rehabilitation (ที่พักที่ได้รับการสนับสนุน) ทำให้คนเจ็บป่วยทางจิตไม่เป็นคนไร้บ้าน มีที่ปลอดภัยและสภาพแวดล้อมที่ดีในการพักอาศัย สามารถพึ่งพาตนเอง สามารถคืนสู่สังคมและชุมชน ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างรัฐและหน่วยงานที่ไม่ใช่ภาครัฐในการช่วยเหลือฟื้นฟูและลดการตีตราสำหรับคนที่มีภาวะทางจิตในชุมชน ซึ่งเป็นโครงการนำร่องระหว่างโรงพยาบาลเปอร์โมกับทางหน่วยงานของรัฐเยโฮร์ โดยได้จัดหาที่พักซึ่งมีราคาเช่าไม่แพง เปิดให้สำหรับคนที่มียานมากกว่า 3 เดือนและสำหรับคนที่อยู่ในโปรแกรม SE และได้รับการสนับสนุนจาก NGOs เช่น MAIJ และ PEKA

ความน่าเชื่อถือที่มีความสำคัญ 3 ส่วน คือ การบริการด้านจิตวิทยา สังคมโดยนักกิจกรรมบำบัด และหน่วยงานนักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ จะมีทีมที่ดูแลเรื่องของจิตเวชชุมชน และผู้ให้บริการที่พักอาศัย ซึ่งทำงานร่วมกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นภาครัฐและดำเนินงานในกระบวนการดังนี้

- จัดตั้งคณะกรรมการในเดือนเมษายนปี 2020
- เลือกผู้แทนจากผู้สมัครรับเลือกตั้งขึ้นมาในเดือนพฤษภาคม 2020
- มีการจัดทำวัตถุประสงค์ของโครงการในเดือนมิถุนายน 2020

ที่พักของโปรเจกต์เป็นแฟลตต้นทุนต่ำซึ่งจะอยู่ในแคมปัส ในช่วงเดือนพฤศจิกายนที่ผ่านมา ได้มีการพบปะกับผู้พักอาศัยที่อยู่ในชุมชนในแฟลต เพื่อที่จะส่งเสริมหลักสูตรการให้ความรู้พื้นฐานแก่ผู้ป่วย เพื่อลดการตีตรา หากผู้ป่วยสามารถเข้าสู่หลักสูตรการจ้างงานได้ หลังจากมีอาชีพ จะให้ผู้ป่วย

ย้ายไปพักอาศัยที่แฟลตซึ่งอยู่ในความดูแลของโปรเจกต์แอช ประโยชน์ของโครงการนี้คือ ลดต้นทุนด้านงบประมาณ ผู้ป่วย 1 คน ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 15 ริงกิตหรือประมาณ 3 ดอลลาร์ ถ้ามี 6 คนสามารถลดต้นทุนได้ 3 หมื่นริงกิตมาเลเซียต่อปี (ประมาณ 7000 US Dollar ต่อปีสำหรับผู้ป่วย 6 คน) ผลที่ได้รับพบว่าระดับของประสิทธิภาพการทำงานของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น แต่เดิมทำงานกับรัฐ ปัจจุบันทำงานกับหน่วยงานภายนอกได้ พร้อมทั้งมีความสามารถที่จะช่วยสร้างประโยชน์กับระบบเศรษฐกิจของชุมชน และในแง่ของการจัดการอาการเจ็บป่วย การจัดการตนเอง และมีทักษะทางสังคมที่พึ่งพาตนเองได้ สามารถที่จะลดค่าใช้จ่ายในเรื่องของทรัพยากรบุคคลได้ในการทำงานในโครงการนี้ ได้รับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

ความท้าทายต่างๆ ที่พบมีดังนี้

- การติดต่อกับผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต พบว่าการมีผู้ป่วยทางจิตอาศัยอยู่ร่วมกับคนปกติในชุมชน เป็นเรื่องยากที่จะสื่อสารกับชุมชน เพราะคนทั่วไปมีความคิดเกี่ยวกับผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตว่าเป็นคนอันตราย จึงได้มีการส่งเสริมในเรื่องการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อลดการตีตรา
- การช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นๆ ในแง่ของการฟื้นฟูผู้ป่วยทางจิต ยังคงไม่เพียงพอ ในข้อเสนอของโรงพยาบาลที่ทำกับทางรัฐบาลนั้น จะแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าผู้ป่วยสามารถทำงานได้แบบคนปกติและมีหลักฐานว่าสามารถนำผู้ป่วยไปทำงานในตลาดแรงงานแบบเปิดได้ นับตั้งแต่ปี 2009 มีการสนับสนุนการจ้างงานในผู้ป่วยทางจิต ทั้งนี้ พบปัญหาในเรื่องการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ๆ เพราะผู้ป่วยบางรายไม่มีทักษะทางด้านสังคม ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีการติดตามเฝ้าดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญปัญหาและความสามารถในการพึ่งพาตนเองมากขึ้น

สรุป ผู้ป่วยจิตเวชจะได้รับการฟื้นฟูที่เหมาะสมจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายและมุ่งหวังว่าการฟื้นฟูที่ดี จะต้องมีการพักอาศัยที่มั่นคงปลอดภัย

หัวข้อที่ 3: “การแพร่ระบาดที่ลดลง – การฟื้นฟูสุขภาพจิตที่ได้รับผลกระทบครั้งใหญ่จาก COVID-19 (Low Prevalence – Big Impact Mental Health Recovery from COVID-19)”

วิทยากร: John Andrew McDonald, M.D., Acting Director for Mental Health Services, Sydney Local Health District, Australia

เนื้อหา: การให้บริการด้านสุขภาพจิตเฉพาะหน้าและการตอบสนองต่อบริบทในช่วงการระบาดของ COVID-19 ในพื้นที่ของนครซิดนีย์ รวมถึงบทบาทของ Whole of Health และการใช้ยุทธศาสตร์ของระบบบริการสุขภาพจิตเสมือนจริงที่นำมาใช้ในช่วงโรคระบาดในการสนับสนุนกลุ่มประชากรเปราะบาง

นครซิดนีย์ เป็นเมืองหลวงของรัฐนิวเซาท์เวลส์ มีประชากรค่อนข้างหนาแน่นประมาณ 7 แสนคน และมีคนต่างเมืองเข้ามาทำงานในนครซิดนีย์วันละ 1 ล้านคน เป็นเมืองสำหรับผู้ที่มิฐานะรารวย ประกอบไปด้วยธุรกิจบันเทิง สถานที่พักอาศัย อาคารเคหะต่างๆ ค่าครองชีพในเมืองซิดนีย์สูงมาก และไม่มีที่พักสำหรับผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตมากนัก ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายการบริการด้านสุขภาพจิต สำหรับเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ รวมถึงบริการสำหรับผู้ป่วยในชุมชน สำหรับการจัดการผู้ป่วยจะเน้นกลุ่มที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรงมากกว่ากลุ่มที่มีอาการน้อยหรืออาการปานกลาง โดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนเรื่องการบริการของชุมชนซึ่งมีการดำเนินงานค่อนข้างซับซ้อนและประสานงานได้ไม่ดีเท่าที่ควรระหว่างหน่วยงานของรัฐและชุมชน

ประสบการณ์ในแต่ละประเทศทั่วโลกมีความแตกต่างกัน ในช่วงต้นปี 2020 เครือรัฐออสเตรเลียมีมาตรการปิดชายแดนที่เข้มงวด นับเป็นยุทธศาสตร์การจัดการโรคระบาดที่สำคัญในระลอกแรก โดยปิดชายแดนระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน ปี 2020 พบผู้ติดเชื้อประมาณ 3,000 ราย ช่วงที่พบผู้ติดเชื้อสูงที่สุดต่อวันคือคือ 40 ราย จากในช่วงแรกได้มีการจัดทำแผนฉุกเฉินสำรองสำหรับการดูแลผู้ป่วย ในช่วงต้นของการระบาดระลอกแรก ตามกลยุทธ์

ในการสกัดโรคระบาด COVID-19 มีการจำกัดการเข้าประเทศ สั่งห้ามพลเมืองเดินทางออกนอกประเทศ ยกเว้นได้รับอนุญาตและมีข้อยกเว้นจำเป็น ซึ่งมีหน่วยงานตำรวจช่วยอำนวยความสะดวกในช่วงการระบาด สำหรับคนออสเตรเลียที่ทำงานในต่างประเทศ เมื่อเดินทางกลับเข้าประเทศจำเป็นต้องกักในโรงแรมเป็นเวลา 14 วัน (2 สัปดาห์) และบางรายอาจพบอาการติดเชื้อของโรคระบาด COVID-19 ในนครซิดนีย์มีพื้นที่กักตัวค่อนข้างน้อย และจำนวนผู้ป่วยต่อวันในขณะนั้นอยู่ที่ประมาณ 40 รายต่อวัน และการระบาดในปัจจุบันพบปัญหาเยอะขึ้นกว่าเดิมมาก สิ่งที่น่าสนใจสำหรับการระบาดขณะนี้คือตัวเลขผู้ป่วยยังคงไม่เพิ่มขึ้น แต่มีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยร้อยละ 10 ของผู้ที่ได้รับการยืนยันติดเชื้อ COVID-19 จะต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ในช่วงการระบาดระลอกแรกของปี 2020 นั้น การบริการเข้าสู่โหมดฉุกเฉิน มีการจัดตั้งโครงสร้างในการจัดการภาวะฉุกเฉินและจำกัดการเดินทางในสถานพยาบาลต่าง ๆ รวมถึงแผนกคนไข้ใน โดยเรียนรู้ประสบการณ์จากสเปน อิตาลี อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา และในพื้นที่ที่จะต้องมีการวางแผนเพื่อที่จะลดขนาดของบริการต่าง ๆ ลง และมีการปรับเปลี่ยนจัดสรรเจ้าหน้าที่หรือพนักงานซึ่งต้องลงพื้นที่เสี่ยง เนื่องจากจะต้องมีการกักตัว ทำให้จำนวนบุคลากรลดลงเผชิญปัญหาในการที่จะให้บริการต่าง ๆ โดยเฉพาะบุคคลที่มีความเปราะบางให้ลดการเดินทางที่ไม่จำเป็นและลดการเผชิญหน้า ยกเว้นกรณีที่มีเหตุผลจำเป็น

รัฐนิวเซาท์เวลส์ มีระบบการดูแลทางสุขภาพจิตของรัฐ สำหรับคนที่มีภาวะป่วยทางจิต และองค์กรของ NGOs ที่ช่วยดูแลในช่วงของการระบาด ระบบสาธารณสุขในการดูแลประชาชนยังคงสามารถดำเนินงานได้เป็นอย่างดี และมีการเข้าถึงกลุ่มประชากรได้ กรณีการรับมือกับประชากรกลุ่มที่ติดต่อยากและไม่มีการติดต่อ ถือเป็นเรื่องเสี่ยงมาก ในนครซิดนีย์มีการเพิ่มขีดความสามารถสำหรับการติดต่อทางโทรศัพท์ ก่อนเข้าสู่การรับบริการจะมีทางเลือกให้ประชาชนติดต่อเหตุว่าเป็นสายด่วนหรือสายช่วยเหลือ พบอัตราการเพิ่มขึ้น

ของจำนวนการรับบริการทางโทรศัพท์เกิน 100 เปอร์เซ็นต์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนอายุน้อยรับบริการเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มคนอายุน้อยเหล่านี้มีความคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง

การตอบสนองที่เรียกว่า Whole of Health จะแบ่งออกตามขอบเขตทางภูมิศาสตร์และพบว่าหลาย ๆ สถานที่ในเมือง มีโรงแรมใช้เป็นที่กักตัว เรียกว่า Health Hostel สำหรับผู้ที่เดินทางเข้ามาในประเทศ รวมถึงการทำ RPA Virtual ซึ่งเป็นการจัดตั้งขึ้นมาก่อนที่จะเกิดโรคระบาด เป็นการพัฒนาขึ้นมาเพื่อที่จะให้บริการเสมือนจริงแก่คนที่กักตัวอยู่บ้าน สำหรับการดูแลสุขภาพจิตให้กับคนที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตในช่วงของการระบาด จะต้องลดการเผชิญหน้ากัน จึงต้องใช้ยุทธศาสตร์นี้ ในการที่จะให้บริการสุขภาพจิตแบบออนไลน์หรือแบบเสมือนจริง สำหรับคนที่ต้องเข้ารับการรักษาทุกๆ วัน จะใช้ช่องทางของแอปพลิเคชัน Zoom ในการพบปะและให้คำปรึกษา

การแก้ไขปัญหาทางดิจิทัลสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และไม่สามารถเข้าถึง Wi-Fi โดยผู้ป่วยสามารถใช้ไวไฟฟรีในศูนย์การค้าต่าง ๆ รวมถึงภาครัฐมีการจัดหาอุปกรณ์และ Wi-Fi สำหรับผู้ป่วยผู้เชี่ยวชาญพยายามพัฒนาในเรื่องการเข้าถึงเทคโนโลยีและทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความมั่นใจ สามารถใช้อุปกรณ์ต่างๆ เพื่อเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก สิ่งหนึ่งที่ทางรัฐดำเนินการคือการให้ความสนับสนุนด้านการเงินสำหรับการให้บริการเสมือนจริง ซึ่งเป็นโอกาสในการวิจัยการให้บริการและการวางแผนการดูแลผ่านทางออนไลน์ สามารถติดต่อกันผ่านทางระบบออนไลน์ที่เรียกว่า Tele-Health

ในช่วงต้นของการระบาด Health Hostel เป็นยุทธวิธีของรัฐที่ได้ผลมากที่สุด รัฐได้สนับสนุนงบประมาณชั่วคราวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ซึ่งพบได้มากในกลุ่มคนอายุน้อย คนไร้บ้าน กลุ่มคนพื้นเมือง สำหรับด้านการฟื้นฟูรัฐบาลได้มีการยกระดับมาตรการในการล็อกดาวน์ เพื่อลดการระบาดในชุมชน เน้นการสร้างพลังใจ และแนวทางการพึ่งพาตนเอง แต่จากสถานการณ์

ความไม่แน่นอนต่าง ๆ ของการระบาดที่เป็นอุปสรรค จึงต้องคำนึงถึงแนวทาง
ข้างต้น และในการระบาดครั้งล่าสุดนี้ ทำให้สามารถยกระดับมาตรการ ได้อย่าง
รวดเร็ว เพราะได้บทเรียนมาจากการระบาดระลอกแรก รวมถึงผลกระทบในเรื่อง
ของจิตวิทยาสังคมที่เกิดจาก COVID-19

สรุปเนื้อหาโดย
นางสาวศิวกานต์ สัมโมทย์
นักวิทยาศาสตร์

Special Remark:

“Help, Heal, and Hope: responding to
COVID-19 mental health impact”

ความช่วยเหลือ การเยียวยา และความหวัง : การรับมือ
กับผลกระทบด้านสุขภาพจิตในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

วันศุกร์ที่ 9 กรกฎาคม 2564 เวลา 15.45-16.15 น.

➤ วิทยากร

1. Devora Kestel, Director, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO Headquarter, Switzerland
2. Panpimol Wipulakorn, M.D., Director General of Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand

➤ สรุปเนื้อหา

วิทยากร: Devora Kestel, Director, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO Headquarter, Switzerland

เนื้อหา: จากจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 185 ล้านคน ทั่วโลก ส่งผลให้มีผู้คนจำนวนมากได้รับผลกระทบโดยตรงทั้งในเรื่องของสุขภาพจิต บางคนก็พบอาการที่เป็นแบบระยะยาว เช่น อาการเหนื่อยล้า ปวดหัว วิตกกังวล ซึมเศร้า และประชากรประมาณ 7000 ล้านคนทั่วโลกก็ล้วนเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 เช่นกัน และพบว่าส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเนื่องจากว่าชีวิตต้องเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ชีวิตทางสังคมที่ถูกลดทอนลงไป แม้ว่าจะพ้นไปจากโควิด-19 ไปแล้วแต่เรายังต้องเผชิญกับผลกระทบซึ่งเกิดขึ้นจากโรคระบาดนี้อยู่ และสภาวะที่เกิดจากโควิด-19 นี้ คือความซึมเศร้า ความกังวล ตลอดจนอาการต่างๆ ทั้งในเรื่องของสุขภาพจิตและอาการทางประสาทอื่นๆ ที่เกิดขึ้นโดยเกี่ยวข้องกับโควิด-19 และยังส่งผลต่อด้านอื่นๆ เช่น ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และครอบครัวด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาของ

องค์การอนามัยโลกได้ดำเนินงานเพื่อกำหนดกรอบการบริหารจัดการและ
แนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับสภาพเหล่านี้

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับเรื่องของการบริการด้าน
สุขภาพจิตนั้น การให้บริการด้านการใช้สารเสพติด และการให้บริการต่างๆ
เกี่ยวกับสุขภาพจิตลดลงเนื่องจากการระบาดของโควิด-19 หลายประเทศ
จำเป็นต้องลดการให้บริการต่างๆ สำหรับอาการผิดปกติในการใช้สารเสพติด
และในบางประเทศได้ลดการให้บริการในชุมชนลงไป และจากการสำรวจ
ในชุมชนต่างๆ พบว่าการบริการต่างๆ เช่น การบริการฉุกเฉิน การจัดการ
เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดเกินขนาด และโปรแกรมในการบริการต่างๆ
หยุดชะงักไปในหลายประเทศ และโควิด-19 ทำให้การบริการในด้านสุขภาพจิต
นั้นชะงักงัน และองค์การอนามัยโลกหวังว่าการบริการเหล่านี้จะสามารถทำได้
หลังจากที่โรคระบาดผ่านพ้นไปแล้ว การใช้มาตรการต่างๆ รวมถึง Telemedicine
การส่งเสริมการดูแลตนเอง และส่งเสริมการใช้แพลตฟอร์มออนไลน์
ได้มีการเพิ่มขึ้นในหลายๆ ประเทศ และองค์การอนามัยโลกหวังว่าสิ่งเหล่านี้
จะได้รับการพัฒนาต่อไป

องค์การอนามัยโลกได้ประสานงานทั่วโลกในเรื่องของสุขภาพจิต
และจิตวิทยาทางสังคม เริ่มต้นในเดือนมกราคม 2020 มีการประสานงาน
ร่วมกับภาคีต่างๆ การทำงานร่วมกัน และมีการประชุมกันทุกๆ 2 สัปดาห์
และองค์การอนามัยโลกได้จัดทำคู่มือเพื่อรับมือกับภาวะฉุกเฉินต่างๆ
ทางด้านสาธารณสุขเพื่อนำมาใช้ในบริบทของโควิด-19 สำหรับการช่วยเหลือ
ชุมชนและกลุ่มเปราะบางต่างๆ เช่น เด็ก วัยรุ่น บุคลากรทางการแพทย์หน้าด่าน
และผู้ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลด้านต่างๆ และได้แปลเป็นหลายภาษาและ
กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยก็เป็นภาคีในประเทศแรกๆ ที่ได้ขอ
ให้แปลเนื้อหาเหล่านี้เป็นภาษาท้องถิ่นและปรับเนื้อหามาใช้ในการทำงาน
เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในประเทศ เครื่องมือในการช่วยเหลือต่างๆ ไม่ได้เป็น
แบบสำเร็จรูปที่สามารถใช้ได้กับทุกๆ สถานที่ ต้องมีการพัฒนาร่วมกับชุมชน

ท้องถิ่นที่ออกแบบมาสำหรับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ที่คำนึงถึงความต้องการ และสอดคล้องกับท้องถิ่น และทำให้อยู่ในรูปแบบที่สามารถเข้าถึงได้ นอกจากนั้น ความช่วยเหลือต่างๆ ขององค์การอนามัยโลกนั้นมีความก้าวหน้ามากโดยใช้ หลักการในการช่วยเหลือตนเองและคู่มือต่างๆ ที่ใช้ในภาวะของความเครียด ผู้คนสามาถที่จะใช้คู่มือนี้รับมือกับความเครียด และองค์การอนามัยโลกก็มีคู่มือ ความช่วยเหลือต่างๆ สำหรับเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากโรคระบาด และมี 30 ประเทศที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก ในการดำเนินงาน อย่างรวดเร็ว โดยผู้ประสานงานด้านจิตวิทยาสังคม ได้มีการกำหนดลำดับ ความสำคัญสำหรับประเทศต่างๆ ที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 เช่น เยเมน อัฟกานิสถาน ซูดาน และประเทศ อื่นๆ รวมถึงประเทศในละตินอเมริกา และแคริบเบียน ประเทศเหล่านี้มีความต้องการในเรื่องของการสนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ และในบางประเทศ ที่มีความขัดแย้งที่เกิดจากโรคระบาดที่ได้มีการช่วยเหลือในเรื่องสุขภาพจิต เช่น อาร์มีเนีย และอาเซอร์ไบจาน และองค์การอนามัยโลกก็มีกลไกต่างๆ ในการช่วยเหลือและการสนับสนุนด้านสุขภาพจิต สังคมจิตวิทยา และสนับสนุน รัฐบาลต่างๆ

ในช่วงเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2021 องค์การอนามัยโลกได้รับ รายงานว่า 90% ของรัฐสมาชิกได้แสดงออกว่าต้องการความช่วยเหลือและ การสนับสนุนด้านจิตวิทยาสังคม และ 82% ของรัฐสมาชิกได้นำหลักการ “การดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม (MHPSS)” มาใช้ในการดำเนินงาน และองค์การอนามัยโลกได้จัดสรรทรัพยากรสำหรับกิจกรรมนี้ด้วย รวมถึง การที่จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยโรคโควิด-19 การช่วยเยียวยาผู้คน การให้ความช่วยเหลือกับคนที่รับผลกระทบ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อประเทศต่างๆ และการที่บูรณาการ MHPSS เข้าไปในกรอบการทำงานนั้น เป็นสิ่งที่สำคัญ ในการที่จะให้บริการต่างๆ ที่มีความจำเป็นเร่งด่วน และทางองค์การอนามัย โลกได้เห็นว่าในการตอบสนองและการรับมือกับโควิด-19 นั้นมีการเชื่อมโยงกับ

การรับมือด้านสาธารณสุขเร่งด่วนต่างๆ จะต้องมีการทำงานร่วมกับชุมชน มีการบริหารจัดการเคสต่างๆ มีการทำงานร่วมกับภาคีต่างๆ เพื่อที่จะให้บริการด้านสุขภาพจิต และในเดือนธันวาคม 2020 ได้มีหน่วยงานขององค์การสหประชาชาติ (United Nations) จำนวนมากได้มีการขยายการทำงานในเรื่องของการสนับสนุนด้านสุขภาพจิต และเลขาธิการขององค์การอนามัยโลก ก็ได้มีการเรียกร้องให้องค์การสหประชาชาติ มีการดำเนินงานโดยที่ใช้ MHPSS เป็นองค์ประกอบสำคัญในการตอบสนองอย่างครอบคลุมของสหประชาชาติ องค์การอนามัยโลกได้มีการผสมรวมเรื่องของแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของสุขภาพจิต ประสาทวิทยา และการใช้สารเสพติด เป็นส่วนหนึ่งของแผนในการที่จะรับมือและตอบสนองกับภาวะโรคระบาดนี้ และในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ก็มีความต้องการต่างๆ ที่เพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลก จะดำเนินการปรับข้อมูลในคู่มือเหล่านี้ เพื่อให้มั่นใจว่าบทเรียนต่างๆ ที่องค์การอนามัยโลกได้นั้นปรากฏอยู่ในคู่มือเหล่านี้ และองค์การอนามัยโลกได้ทำงานร่วมกับองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) United Nations High Commissioner for Refugee (UNHCR) และ United Nations Fund for Population Activities (UNFPA) ในการจัดทำเป็นแพ็คเกจเครื่องมือที่จะใช้ในการดำเนินการสนับสนุนด้านสังคมจิตวิทยาและสุขภาพจิต ในภาวะฉุกเฉิน และขณะนี้มีการทดสอบนำร่องใน 5 ประเทศ

สำหรับ Mental Health Action Plan 2013–2030 ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีส่วนร่วมในการที่จะสร้างความหวังในการดูแลสุขภาพจิตที่ดียิ่งขึ้น หลังจากเหตุการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 นี้ ในช่วงเดือนมกราคม 2021 ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ได้เรียกร้องให้องค์การอนามัยโลก รวมเรื่องของ การสนับสนุนเรื่องของจิตวิทยาสังคมไว้เป็นวาระหนึ่งสำหรับหน่วยงานขององค์การอนามัยโลก และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของไทยได้กล่าวถึงความเร่งด่วนของเรื่องการดูแลสุขภาพจิต และให้เรื่องของสุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบของเรื่องเร่งด่วน และอัปเดตแผนดำเนินงาน

ต่างๆ ไว้ในวาระ ปี 2030 ด้วย ตัวชี้วัดที่อยู่ในแผนการดำเนินงานนี้ มีความเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนด้านจิตวิทยาสังคมและเรื่องของสุขภาพจิต อยู่ด้วยและข้อเสนอแนะจากผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกระบุไว้ว่าแนวทางการดำเนินงานทางสังคมในการดูแลสุขภาพจิตนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ กับแนวการดำเนินงานนี้ ซึ่งรวมถึงข้อพิจารณาด้านสุขภาพจิตและจิตวิทยา สังคมในการลดความเสี่ยง การดำเนินงานเชิงรุก ผลเสียต่างๆ เกี่ยวกับ โรคระบาด และต้องมีการสื่อสารที่เกี่ยวข้องในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้มั่นใจว่า คนที่มีความเสี่ยงสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ในเวลาที่ต้องการ ตัวอย่างของประเทศ ต่างๆ ที่ได้มีการขยายการให้บริการนี้ เช่น ยูเครน ซึ่งสำนักงานองค์การอนามัยโลก ประจำประเทศยูเครนได้นำเอาคำแนะนำในการปรับการดำเนินงาน ให้ต่อเนื่อง ในด้านของการฝึกอบรมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจน การตอบสนองด้านมนุษยธรรมเพื่อที่จะได้มีการให้บริการต่างๆ ในช่วงของ การระบาดของ ของโรคโควิด-19 เส้นทางในการที่จะสนับสนุนการฟื้นฟูจาก โควิด-19 นั้น ก็คือจะต้องสร้างบริการด้านสุขภาพจิตสำหรับอนาคต ซึ่งรัฐ สมาชิกและองค์การอนามัยเห็นพ้องกันว่ามีความจำเป็นที่จะต้องใช้แรงผลักดัน ในปัจจุบันที่เกี่ยวกับเรื่องของสุขภาพจิต เป็นตัวเร่งการปฏิรูปการพัฒนา ด้าน สุขภาพจิตในหลายๆ ประเทศ และทำให้เกิดหลักประกันว่าสุขภาพจิตนั้น เป็นองค์ประกอบสำคัญในประเด็นเรื่องของสุขภาพในการให้ความคุ้มครอง อย่างถ้วนหน้า นอกจากนั้นจะต้องมีการสร้างศักยภาพให้กับบุคลากรด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม ด้านสุขภาพ ที่จะต้องมีการดำเนินการในระดับท้องถิ่น เพื่อให้มั่นใจว่าในชุมชนนั้นสามารถที่จะดำเนินงานด้านสาธารณสุขได้ในสภาวะ ฉุกเฉินต่างๆ

ผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลก (Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus) ได้กล่าวไว้ว่า “ถ้ามีเวลาใดที่ต้องลงทุนในเรื่องของสุขภาพจิตนั้น ก็ตอนนี้ เราต้องใช้โอกาสนี้เพื่อสร้างบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับ อนาคต ที่ครอบคลุมชุมชนและสามารถเข้าถึงได้ เพราะว่าไม่มีสุขภาพใด

ที่ปราศจากสุขภาพจิต” และนี่สำคัญเป็นอย่างยิ่งในช่วงที่มีภาวะฉุกเฉินเช่นนี้ และองค์การอนามัยโลกจะต้องดูในเรื่องของการสนับสนุนด้านการเงินและด้านบุคลากร ที่สามารถดำเนินการต่อไปได้ในอีก 10 ปีข้างหน้า และนั่นคือแนวทางขององค์การอนามัยโลกในการที่จะทำให้การบริการด้านสุขภาพจิตนั้นดีขึ้น และจะต้องทำก่อนที่จะเกิดภาวะฉุกเฉินครั้งถัดไป ทำให้มีความยั่งยืน ครอบคลุม ชุมชน มีต้นทุนที่เข้าถึงได้ และการตอบสนองทางด้านจิตวิทยาสังคม ในแบบเฉพาะหน้านั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นในการที่จะเยียวยาบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือเฉพาะทางต่างๆ และทำให้เกิดความหวังให้กับคนในการที่จะทำให้มีการบริการด้านสุขภาพจิตที่ดี สำหรับที่จะรองรับภาวะฉุกเฉินในอนาคต ความช่วยเหลือ การเยียวยา และความหวัง นั่นคือหนทางสู่อนาคต สำหรับพวกเราทุกคน หลังจากโรคระบาดครั้งนี้

วิทยากร: แพทย์หญิงพรณิพมิล วิบุลยกร อธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Panpimol Wipulakorn, M.D., Director-General, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand)

เนื้อหา: การตอบสนองต่อผลกระทบด้านสุขภาพจิตของการระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทย โรคระบาดเริ่มต้นปลายปี 2019 จนถึงปัจจุบัน และสถานการณ์ดังกล่าวมีผลกระทบกับคนทั่วโลก ในประเทศไทยเองนั้นเราก็มีการระบาดหลายระลอก และปัจจุบันเราหวังว่าจะเป็นระลอกสุดท้ายประเทศไทย ซึ่งการระบาดมีผลกระทบกับคนทุกเพศ ทุกวัย กรมสุขภาพจิตได้มีการจัดทำเครื่องมือคัดกรองที่เรียกว่า Mental Health Check in และมีการนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ตั้งแต่การเริ่มต้นของการระบาดจนถึงปัจจุบัน พบว่าภาวะสุขภาพจิตประชาชนไทยช่วงปลายปี 2563-2564 มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในเดือนพฤษภาคม 2564 พบว่าประชาชนไทยมีอัตราภาวะซึมเศร้า 3.38% ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 1.45% และความเครียด 2.69% บุคลากรสาธารณสุข มีภาวะหมดไฟ สูงกว่า ความเครียด ภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงฆ่าตัวตาย ในทุกระยะของการระบาด และโรคระบาดในครั้งนี้มีผลต่อสุขภาพจิต

คนไทยอย่างมากทีเดียว กรมสุขภาพจิตมีการวางแผนยุทธศาสตร์ต่างๆ เพื่อป้องกันปัญหาด้านนี้ เรามียุทธศาสตร์ 5 ด้าน เพื่อส่งเสริมป้องกันโรคทางสุขภาพจิต โดยนำเอาวัดชี้สุขภาพจิตมาใช้สำหรับคนไทยและส่งเสริมความเข้มแข็งในเรื่องของการมีสุขภาพจิตที่ดีเพิ่มศักยภาพที่ดีคนในชุมชน และการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพจิตเชิงรุก พัฒนาคุณภาพระบบการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวช พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง กลุ่มเปราะบาง ผู้ติดเชื้อและครอบครัว และเน้นดูแลสุขภาพจิตผู้ถูกกักกัน คนที่สูญเสียญาติที่ติดเชื้อโควิด และได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 โดยมีการให้คำแนะนำและข้อมูลไม่เฉพาะผู้ได้รับผลกระทบ แต่ยังรวมถึงบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะหมดไฟ เพิ่มความตระหนักรู้ พัฒนา และติดตั้งวัดชี้ใจให้บุคคล ครอบครัว ชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมสู่ชีวิตวิถีใหม่ การพัฒนาบุคลากรและอาสาสมัครด้านสุขภาพจิตเพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานในช่วงสถานการณ์โควิด-19 การพัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายด้านสุขภาพจิตในระดับจังหวัด ในปัจจุบันเรามีแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตที่บูรณาการในระดับจังหวัด เรามุ่งหวังที่จะได้ปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มความพร้อมในการรับมือได้ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนและหวังว่าผลลัพธ์ของโครงการนี้จะช่วยให้คนไทยมีความพร้อมในการรับมือกับปัญหามากขึ้น และชุมชนมีความศักยภาพในการรับมือกับปัญหาด้านนี้มากขึ้น ลดความเสี่ยงอัตราการฆ่าตัวตาย และมีวัดชี้ที่พร้อมต่อการรับมือกับวิกฤตในอนาคต และหวังว่าเราจะผ่านพ้นวิกฤตโควิด-19 ไปด้วยกัน ไม่ใช่เฉพาะในประเทศไทย แต่รวมถึงทุกประเทศทั่วโลก

สรุปเนื้อหาโดย

นางรุ่งทิพย์ ศิริเจริญ

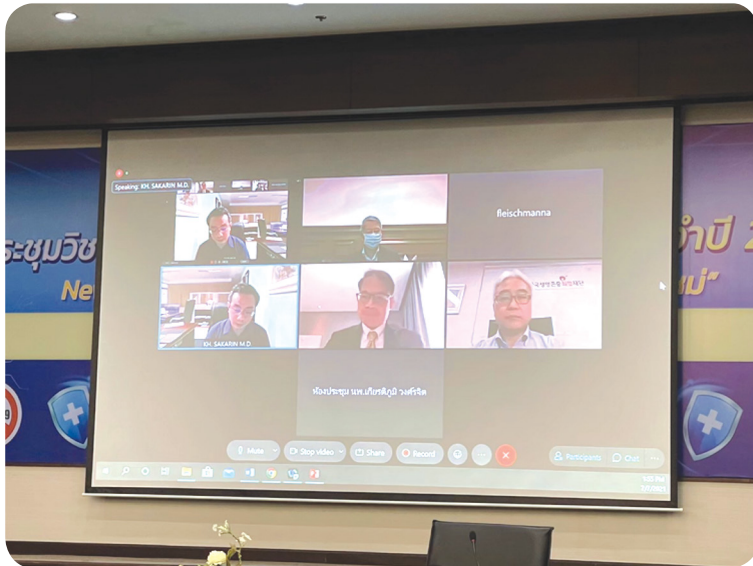
นางสาวพิไลพรรณ พร้อมมิตรญาติ

นักวิเทศสัมพันธ์



ภาพบรรยากาศการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 20 ประจำปี 2564





ภาคผนวก

วิดีโอย้อนหลัง

สามารถรับชมการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 20
ประจำปี 2564 ย้อนหลัง
ได้ทางช่องทาง YouTube และ Facebook





กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH