



ผลกระทบต่อสุขภาพจิตในช่วงที่มี การระบาดของโรคโควิด-19 (impact of mental health during COVID-19 pandemic)

จิตพิศ ฤกษ์ศิริรัง

บทนำ

ณ สถานการณ์ปัจจุบันโลกของเราได้เผชิญกับโรคระบาดที่อุบัติขึ้นใหม่ โดยมีต้นกำเนิดมาจากเมืองอู่ฮั่น โดยทางการจีนได้ยืนยันว่าพบโรคระบาดอุบัติใหม่ในเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2562⁽¹⁻³⁾ และในเวลาต่อมา จึงระบุได้ว่าสาเหตุของโรคอุบัติใหม่นี้เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ซึ่งก่อนหน้านี้เคยมีไวรัสสายพันธุ์โคโรนาที่ระบาดในมนุษย์มาก่อนแล้ว 6 สายพันธุ์จึงถือเป็นสายพันธุ์ที่ 7⁽³⁻⁵⁾ หากก่อโรคในมนุษย์ทำให้เกิดอาการไข้ อาการไอ และมีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ โดยผู้ป่วยอาการหนักจะมีอาการปอดอักเสบร่วมด้วย หากอาการรุนแรงมากจะก่อให้เกิดการทำงานของอวัยวะภายในล้มเหลว^(6, 7) ต่อมาในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศอย่างเป็นทางการให้ระบุชื่อโรคที่เกิดจากโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ล่าสุดว่า coronavirus disease 2019 หรือย่อว่า COVID-19^(1, 8) และจัดให้เป็นการระบาดระดับโลก ซึ่งการระบาดของโรคโควิด-19 ได้แพร่กระจายไปทั่วโลกนี้^(1, 5, 9) ส่งผลกระทบต่อประชากรโลกอย่างมากในทุกด้าน

ณ ปัจจุบันที่เขียนบทความนี้ วันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2564 การระบาดนี้ยังไม่จบลง ทั่วโลกยังต้องเผชิญกับวิกฤตเดียวกัน และบริบทของประเทศไทยเอง ก็เป็นรอบที่ระบาดรุนแรงที่สุดในประวัติศาสตร์ โดยในไทยมีรายงานพบเคสผู้ป่วยโรคโควิด-19 ครั้งแรก เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 ทั้งนี้จำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลกจนถึงวันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2564 มีมากถึง 204,167,817 ราย และมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกมากถึง 4,316,542 รายจากภาวะแทรกซ้อนของ

โรคโควิด-19⁽¹⁰⁾ สถิติในประเทศไทยเองมีการยืนยันยอดรวมผู้ติดเชื้อมากถึง 795,951 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด-19 รวม 6,588 ราย โดยแบ่งเป็นในช่วงระลอกแรกปี พ.ศ. 2563 (ระยะเวลาระมาณ 11 เดือน นับจากเดือนมกราคม พ.ศ. 2563-พฤศจิกายน พ.ศ. 2563) มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 รวมสะสม 6,884 ราย และมีผู้เสียชีวิตเพียง 60 ราย หากเปรียบเทียบแล้วการระบาดในระลอกใหม่นี้มีจำนวนผู้ติดเชื้อใหม่รายวัน ณ วันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2564 จำนวนเท่ากับ 19,843 ราย และมีผู้เสียชีวิตรายวันเท่ากับ 235 ราย⁽¹¹⁾ ซึ่งพบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตมากกว่าการระบาดระลอกแรกรวมทั้งปี พ.ศ. 2563 และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ

นับตั้งแต่มีการระบาดครั้งแรกในเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่อุ้ยฮั่น จนถึงปัจจุบันเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ยังไม่มีวัคซีนสำหรับป้องกันการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ 100 และยังไม่มียาที่จำเพาะในการรักษาต่อโรคโควิด-19⁽⁹⁾ โดยตรง อย่างไรก็ตามสถานการณ์การติดเชื้อในหลายประเทศเริ่มดีขึ้นเมื่อประชากรได้รับวัคซีนต้านเชื้อไวรัสโควิด-19 และในไทยเองได้มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ชุดแรก เริ่มตั้งแต่เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564 และจนถึงปัจจุบัน ณ วันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2564 ได้ฉีดวัคซีนไปแล้ว 20,669,780 ครั้ง โดยอัตราส่วนผู้ได้รับวัคซีนต่อประชากร 100 รายเท่ากับ 14.8 และมีเพียงร้อยละ 6.1 ของประชากรที่ได้รับวัคซีนครบสองโดส⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตามพบว่ามีแนวโน้มที่จะเกิดเชื้อกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ต่าง ๆ ของเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ทำให้การแพร่ระบาดยังคงดำเนินต่อไป⁽¹⁾ ดังนั้นเพื่อจะหยุดยั้งการระบาดของโรคไวรัสโควิด-19 นี้ จำเป็นต้องใช้หลายมาตรการร่วมกัน องค์การอนามัยโลกได้แนะนำหลายมาตรการ ได้แก่ เรื่องการป้องกันการติดเชื้อของบุคคล เช่น การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย มาตรการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล (social distancing) การกักกันตนเอง (self-quarantine)^(8, 13) อย่างน้อย 14 วัน ในกรณีผู้ที่มีความเสี่ยงจากการสัมผัสโรค หรือเพิ่งเดินทางกลับจากประเทศที่มีความเสี่ยง และเพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในวงกว้างขึ้นไปอีก^(5,6,9,13) อย่างไรก็ตามด้วยความรู้ความเข้าใจของโรคโควิด-19 และการเกิดการระบาดของเชื้อไวรัสในวงกว้างร่วมกับมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมเชื้อ เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม การกักกันตนเอง การปรับเปลี่ยนการทำงานจากที่สำนักงานมาเป็นที่บ้าน การเรียนออนไลน์ มาตรการเคอร์ฟิว (enforced curfew) และการปิดเมือง (lockdown) และในวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563 รัฐบาลได้ประกาศพระราชกำหนดการบริหารส่วนราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินทั่วประเทศ มาตรการเหล่านี้จัดเป็นมาตรการที่เกือบทุกประเทศทั่วโลกได้แนะนำให้ใช้ในช่วงที่มีการระบาดของโรคไวรัสโควิด-19 จึงส่งผลทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของผู้คนในโลกนั้นเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก กระทั่งต่อทุกคนในด้านสุขภาวะอนามัย สุขภาพจิตใจ และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคม เกิดปัญหาการว่างงาน ปัญหาเศรษฐกิจ ชะงักงันของความเหลื่อมล้ำมากขึ้นจึงส่งผลต่อการใช้ชีวิต และผลกระทบต่อประสิทธิภาพของบุคคลในการดำเนินชีวิตประจำวัน^(14,15) ทั้งนี้ปัญหาดังกล่าวข้างต้นอาจก่อให้เกิดความตึงเครียดในครอบครัว กระทั่ง

ต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความรุนแรง และการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นได้ และนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่รุนแรงได้โดยก็จะส่งผลกระทบเป็นลูกโซ่ และในกลุ่มที่มีความเปราะบางต่อปัญหาความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ บุคคลที่มีโรคประจำตัวหลายชนิด และกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชอยู่เดิมหรือกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ ในสภาวะเช่นนี้ อาทิเช่น กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานด่านหน้า และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขอื่น ๆ เจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรค

หากจะเปรียบเทียบในระยะ 25 ปีที่ผ่านมา จะพบว่าปัญหาสุขภาพจิตของประชากรโลกของเรานั้นเพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ 50 โดยเป็นปัญหาทั้งสุขภาพจิตและสารเสพติดด้วย ทั้งนี้แม้ว่าระดับของปัญหานั้นจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนของประชากรโลกที่เพิ่มมากขึ้น หากมองในแง่ของภาระจากการเป็นโรค จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของความเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพจากโรคนั้นกลายมาเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพจิต ทั้งนี้ในปี ค.ศ. 2020 องค์การอนามัยโลกได้จัดให้โรคซึมเศร้าอยู่ในลำดับที่ 2 ของดัชนีปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ disability-adjusted life year (DALY)⁽¹⁶⁾ ซึ่งแสดงถึงจำนวนปีสมรรถนะที่เสียไปเพราะโรคหรือความพิการจากโรคนั้น ซึ่งหากมองภาพรวมแล้วระดับปัญหาด้านสุขภาพจิตของประชากรโลกก็เข้าใกล้ระดับวิกฤต (mental health crisis) อยู่เดิม และหากนับจากช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 (ค.ศ. 1939-1945) วิกฤติที่ใหญ่ที่สุดก็คือ การเกิดวิกฤตทั่วโลกจากการระบาดของโรคโควิด-19 ก็ยังจะทำให้เกิดระลอกคลื่นยักษ์ของปัญหาสุขภาพจิต ในสเกลที่ใหญ่เปรียบได้กับระดับการเกิดคลื่นยักษ์สึนามิของปัญหาสุขภาพจิต⁽¹⁷⁾ โดยจะส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก ปัญหาสุขภาพจิตและผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 นี้จะยังคงอยู่ยาวนานไปกว่าช่วงระยะเวลาที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 อย่างแน่นอน ทั้งนี้หากเทียบเคียงจากการศึกษาของการระบาดของโรคซาร์ส (SARS) ในประเทศฮ่องกงในปี ค.ศ. 2003 และการระบาดของไข้หวัดใหญ่ในสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1918-1919 จะพบว่าปัญหาสุขภาพจิตได้เกิดต่อเนื่องแม้ว่าช่วงเวลาของโรคระบาดได้จบไปแล้ว⁽¹⁸⁻²⁰⁾ และสถานการณ์วิกฤตด้านสุขภาพจิตนี้จะย่ำแย่ลงหากไม่ได้มีการเตรียมการป้องกัน และมีการจัดมาตรการตั้งรับที่ดีกับคลื่นยักษ์สึนามิลูกใหญ่นี้

เนื่องจากโรคโควิด-19 เองนั้นเป็นโรคอุบัติใหม่ และในช่วง 100 ปีที่ผ่านมาไม่ได้มีการระบาดของโรคที่กระจายเป็นวงกว้างทั่วโลกเช่นนี้มาก่อน^(9,21) จึงทำให้ขาดข้อมูลด้านผลกระทบต่อสุขภาพจิตในตอนที่มีการระบาด และหากพ้นระยะจากการระบาดไปแล้ว แน่ใจว่าผู้คนย่อมมีทัศนคติ และมุมมองในการดำเนินชีวิตที่ต่างออกไป ดังนั้นการศึกษาปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจิต ประสิทธิภาพของบุคคล และการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจิตไม่ให้เกิดจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อจะได้กำหนดแนวทางป้องกัน แก้ไขปัญหา รักษาและเยียวยาผลกระทบที่จะเกิดขึ้นได้

ผลกระทบต่อสุขภาพจิตจากการระบาดของโรคโควิด-19

อย่างที่ได้อธิบายไปแล้วว่าในช่วงที่มีสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 นี้ จะส่งผลกระทบเป็นวงกว้างต่อการดำเนินชีวิตของทุกคน ทุกเพศ ทุกวัยบนโลก และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ในระดับมากน้อยต่างกันได้ตามแต่ละบุคคล^(18, 21, 22) ซึ่งมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้คาดการณ์ได้ว่าจำนวนตัวเลขของผู้ที่ได้รับผลกระทบ และมีปัญหาสุขภาพจิตจากการระบาดของโรคโควิด-19 นี้จะมีจำนวนมากกว่าจำนวนผู้ติดเชื้อโดยตรงเป็นอย่างมาก และปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพจิตนี้จะคงอยู่ยาวนานกว่าการระบาดของโรคได้อีกนาน ทั้งนี้จะขึ้นกับปัจจัยอีกหลายประการ เช่น ปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคลเอง ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม ความสามารถในการฟื้นคืนสู่สภาวะเดิมเมื่อผ่านวิกฤต ความเปราะบางของแต่ละบุคคล โดยหากเทียบเคียงจากการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในช่วงที่มีการระบาดในยุคก่อน ๆ จะพบได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในช่วงวิกฤตจากโรคโควิด-19 นี้จะส่งผลกระทบต่อเนืองยาวนานกว่าช่วงระยะเวลาที่เกิดการระบาดไปอีกเป็นหลายปี ทั้งนี้หลายคนมักจะไม่นับถึงผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นตามมาจากการระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งช่วงระยะที่กำลังระบาด และระยะต่อเนื่องที่แม้จะหมดจากการระบาดของโรคไปแล้ว

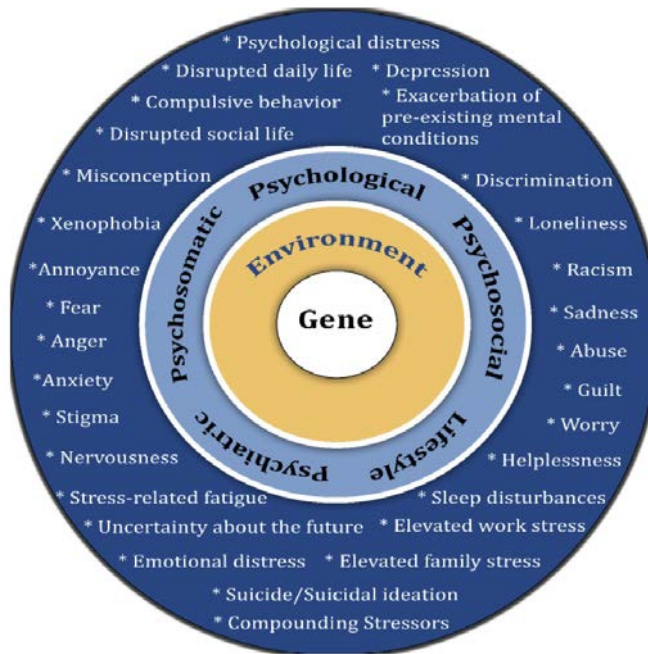
Girolamo และคณะ⁽²³⁾ ได้แบ่งกลุ่มคนที่เกิดผลกระทบทางจิตใจจากการระบาดของโรคโควิด-19 นี้เป็น 7 กลุ่ม ได้แก่ ก. ในประชากรทั่วไป ที่ต้องเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) และผลกระทบจากการปิดเมือง (lockdown) ข. ในบุคคลที่ต้องกักตัว (quarantine) ค. ในกลุ่มบุคคลที่ติดเชื้อแล้วและแยกรักษาที่บ้าน ง. ในกลุ่มบุคคลที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสนามและหายดีแล้ว จ. ในกลุ่มครอบครัวของผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และเสียชีวิต ฉ. กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และ ช. กลุ่มคนที่มีโรคทางจิตเวชอยู่เดิม

อย่างไรก็ดีผู้เขียนจะขอบรรยายถึงปัญหาและผลกระทบทางจิตใจ และปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น จากการระบาดของโรคโควิด-19 ให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย โดยจะแบ่งเป็นปัญหาสุขภาพทางจิต เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ ก. ประชาชนทั่วไปที่อยู่ในกลุ่มป้องกันเฝ้าระวังไม่ให้ติดเชื้อ ข. กลุ่มที่ติดเชื้อ หรือคนที่สัมผัสโรค หรือครอบครัวผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และผลกระทบปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น และ ค. ในกลุ่มพิเศษ หรือกลุ่มที่มีความเปราะบาง เช่น ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ผู้สูงอายุ บุคคลที่มีโรคประจำตัวหลายชนิด สตรีมีครรภ์ เด็กและวัยรุ่น แรงงานต่างด้าว ผู้ป่วยโรคจิตเวชอยู่เดิม ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม เป็นต้น

1. ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มประชาชนทั่วไป และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในสังคม โดยปัญหาในกลุ่มนี้จะมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ การที่ต้องปฏิบัติตามมาตรการในการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบใหม่ (new normal) การเว้นระยะห่าง

ระหว่างบุคคล (social distancing) การแยกตัว (isolation) การกักตัว (quarantine) การบังคับไม่ให้ออกจากบ้าน (enforced curfews) รวมทั้งการต้องลดกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การไปในที่ชุมนุมแออัด การจัดเลี้ยงสังสรรค์ที่มีการรวมตัวกันหลายคนและสถานที่หลายแห่ง เช่น ร้านอาหาร ศูนย์กีฬา โรงยิมออกกำลังกาย หรือโรงภาพยนตร์ก็ถูกสั่งปิดทำการ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมได้ทั้งสิ้น ในส่วนของเด็กอนุบาล นักเรียน นิสิต นักศึกษาต้องปรับตัวเพื่อเรียนออนไลน์ การประชุมหรือการทำงานหลายอย่างก็จะถูกจัดไปเป็นรูปแบบออนไลน์ และการรณรงค์ให้มีการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคซึ่งถือเป็นวาระแห่งชาติ จำเป็นต้องกระจายให้ทั่วถึง แม้ว่ามาตรการล็อกดาวน์จะทำให้การแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโควิด-19 ช้าลงได้จริง แต่ในทางตรงกันข้ามมาตรการล็อกดาวน์นี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญ^(14,24) เนื่องจากภาวะขาดแคลนทางทรัพยากร เศรษฐกิจ การถูกบังคับให้แยกตัวห่างจากสังคม ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลรักษาเยียวยา หรือขาดการเกื้อหนุนทางสังคมที่เพียงพอจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความเครียด ความกดดัน และเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้^(14,15) แม้ว่าบุคคลนั้น ๆ จะไม่ได้สัมผัสกับเชื้อไวรัสโควิด-19 เลยก็ตาม ซึ่งสถานการณ์เช่นนี้จะกระตุ้นให้มีความรู้สึกเศร้า วิตกกังวล กลัวการเจ็บป่วย กลัวหุพพลภาพและตายได้^(21,25) รวมถึงการเสพสื่อจากช่องทางต่าง ๆ ที่ถาโถมมาอย่างรวดเร็ว ก็จะเป็นตัวกระตุ้นปัญหาสุขภาพจิตได้เช่นกัน และอาจจะเป็นธรรมดาในภาวะวิกฤตที่จะเกิดความเข้าใจผิด หรือกล่าวโทษผู้ที่ควรรับผิดชอบในบทบาทต่าง ๆ นอกจากนั้นสถานการณ์ปัญหาของสุขภาพจิตที่จะเกิดในประชาชนทั่วไปอาจจะแย่งได้มากขึ้นอีกหากมีการเตรียมการตั้งรับ หรือมีการบริหารจัดการไม่ดี หรือไม่เข้าถึงความคาดหวังของประชาชน⁽²⁶⁾ ได้มีการศึกษาที่สอดคล้องกันในประเทศอิตาลีและสหรัฐอเมริกาพบว่าปัญหาที่พบบ่อยในช่วงล็อกดาวน์ คือ ปัญหานอนไม่หลับ และมีอาการอื่น ๆ รวมด้วย เช่น วิตกกังวล อาการเครียดและซึมเศร้า^(15,27,28) และการศึกษาในประเทศจีนพบว่าคนที่มีความสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้บุคคลมีคุณภาพการนอนที่ดีด้วย⁽²⁹⁾

กล่าวโดยสรุป คือ มีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้มากน้อยต่าง ๆ กันในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยของตัวบุคคลนั้น ๆ เองซึ่งผลกระทบของการเกิดโรคระบาดนั้นก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตใหม่ หรือไปกระตุ้น หรือทำให้ปัญหาสุขภาพจิตที่มีอยู่เดิมให้แย่ลงหรือเพิ่มความรุนแรงได้ เนื่องจากในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจะมีความเปราะบางต่อความเครียดและสิ่งกระตุ้น ทั้งนี้ควรพิจารณาถึงปัจจัยทั้งทางชีวภาพและจิตสังคมร่วมกันในแต่ละปัจเจกบุคคล (รูปที่ 1)



รูปที่ 1. แสดงให้เห็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ดังรูปที่ 1 ที่อธิบายการเกิดปัญหาทางจิตเวช ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพและจิตสังคม และประเด็นต่าง ๆ ของปัจเจกบุคคล

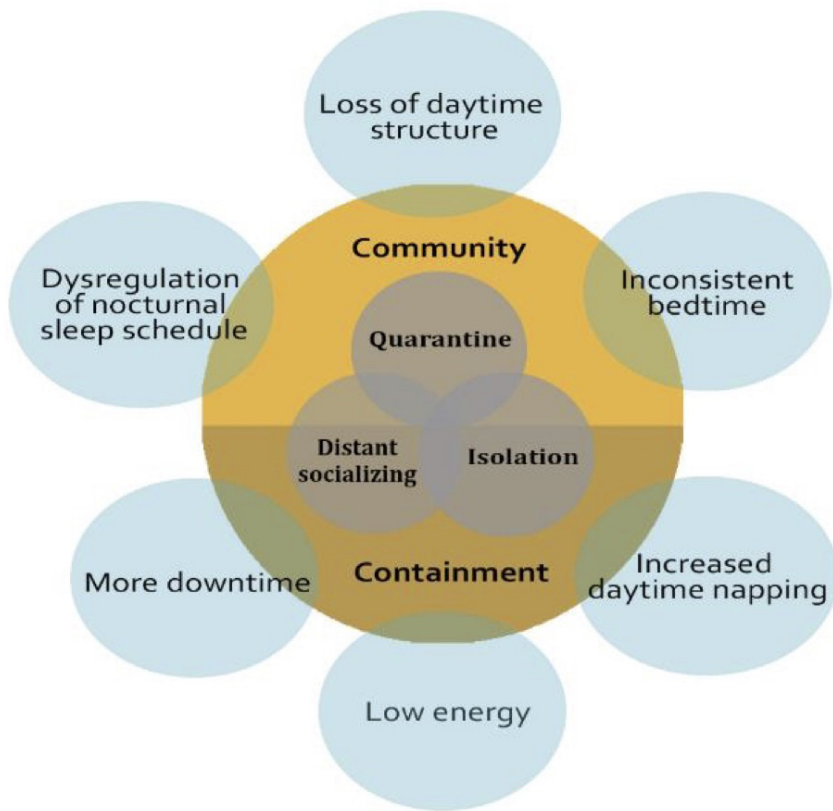
2. ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มที่ติดเชื่อ หรือคนสัมผัสโรค หรือครอบครัวผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และ ผลกระทบปัญหาที่เกิด

กลุ่มที่ต้องกักตัว (isolation and quarantine group)

Brooks และคณะ ได้ทำการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจิตของการที่ต้องกักตัวพบว่า ความเครียดที่เพิ่มขึ้นจะสัมพันธ์กับระยะเวลาของการกักตัว ความรู้สึกกลัวต่อการติดเชื้อ ความวิตกกังวลต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ความเบื่อหน่าย การที่ได้รับข่าวสารต่าง ๆ และการที่ขาดแคลนเครื่องอุปโภคบริโภคระหว่างกักตัว ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตมากน้อยต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งความเครียดเหล่านี้สามารถก่อให้เกิดภาวะทางจิตเวชได้⁽²⁵⁾ เช่น โรควิตกกังวล โรคทางอารมณ์ ภาวะเครียดเฉียบพลัน (acute stress disorder, ASD) ภาวะป่วยทางจิตจากเหตุการณ์รุนแรง (post traumatic stress disorder, PTSD) โรคซึมเศร้า หรือมีความรู้สึกถูกกีดกันทางจิตใจ มีอาการอื่น ๆ เช่น ปัญหาการนอน มีอารมณ์หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ ลังเลตัดสินใจไม่ได้ส่งผลให้ประสิทธิภาพหน้าที่การงานลดลง⁽²⁷⁾ โดยพบว่าอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ที่ต้องกักตัวเท่ากับร้อยละ 16.5-37 และร้อยละ 12.9-35 ตามลำดับ มีรายงานว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่สัมผัสกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาพบว่ามี

ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นอย่างมาก และพบมีรายงานว่ามีความกังวลเกี่ยวกับอาการวิงเวียน รู้สึกมีอาการคล้ายจะเป็นไข้ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว^(28,30) นอกจากอาการทางกายดังกล่าว ปัญหาที่พบได้บ่อยในคนที่ต้องกักตัวจะพบว่ามีความวิตกกังวลได้มากกว่าคนที่อยู่ในชุมชนที่ไม่ต้องกักตัว ในการศึกษาเปรียบเทียบพบว่าคนที่อายุน้อยมักจะอดทนกับการกักตัวได้มากกว่า⁽²⁴⁾ ถ้าเปรียบเทียบระหว่างเพศพบว่าเพศหญิงจะมีโอกาสมีปัญหาทางอารมณ์ หรือปัญหาการนอนได้มากกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตามข้อมูลยังขัดแย้งกันในประเด็นนี้^(21,24,27,28,31) จากการสำรวจในประเทศจีนของ Qiu และคณะ เกี่ยวกับผลกระทบทางลบต่อจิตใจเนื่องมาจากการระบาดของโคโรนาไวรัส พบว่าการกักกันตนเองเพื่อไม่ให้เชื้อไวรัสระบาดนั้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตเป็นอย่างมาก ส่งผลให้เกิดโรคตื่นตระหนก วิตกกังวลและซึมเศร้า⁽³²⁾ โดยถือว่าการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ โดยกลุ่มที่โดนผลกระทบมาก คือ กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ วัยเด็กและผู้สูงวัยซึ่งจำเป็นต้องเฝ้าระวังและติดตามอย่างใกล้ชิด โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Lima และคณะ ที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีโรคทางจิตเวชมาก่อนจะได้รับผลกระทบทางจิตใจมากที่สุด⁽³³⁾ และทำให้การเข้าถึงการรักษาบำบัดทางจิตใจเป็นไปได้ยากในภาวะที่มีการระบาดต่อเนื่องอยู่⁽³⁴⁾ มีการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบทางจิตใจในระยะสั้นจากการระบาดของโรคโควิด-19 ใน 194 เมืองในประเทศจีนพบว่าระดับผลกระทบต่อสุขภาพจิตนั้นรุนแรงถึงรุนแรงมากถึงร้อยละ 53 โดยมีภาวะวิตกกังวล เป็นห่วงครอบครัว นอนไม่หลับ^(14,31) ปัจจัยเรื่องการได้รับข้อมูลทางสุขภาพ และข้อควรปฏิบัติที่เพียงพอเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในระดับบุคคล เช่น คำแนะนำการใส่หน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างทางสังคมจะช่วยให้ลดความตื่นตระหนก วิตกกังวลและซึมเศร้าลงได้ โดยหากเป็นญาติ หรือครอบครัวที่มีผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด-19 จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต และความเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉลี่ยไปได้มากถึง 9 ราย⁽³⁵⁾

การที่ต้องกักตัวอยู่เป็นเวลานาน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และทำให้วงจรการใช้ชีวิตและการนอนเปลี่ยนไป ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพจิตเกิดได้จากหลายสาเหตุสัมพันธ์กัน ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2. แสดงให้เห็นปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน จากการที่ต้องกักตัวและการใช้ชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้เกิดปัญหาเรื่องวงจรการนอนที่ผิดปกติไป

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้สัมผัสเชื้อไวรัสโควิด-19

ไวรัสโควิด-19 ไม่เพียงแต่ก่อโรคในมนุษย์ทำให้เกิดอาการอักเสบ ทำให้มีไข้ เจ็บคอ ไอ จมูกไม่ได้กลิ่น และมีปัญหาในระบบทางเดินหายใจทั้งส่วนบนและส่วนล่าง^(6,36) โดยผู้ที่ได้รับเชื่อนั้นอาจจะเป็นได้ตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการปอดอักเสบ และหากอาการรุนแรงมากจะก่อให้เกิดการอักเสบอย่างรุนแรง⁽³⁷⁾ ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะภายในล้มเหลว และกระทบต่อระบบประสาทของร่างกาย ซึ่งกลไกการอักเสบนี้เป็นผลมาจากเรื่องของภูมิคุ้มกันทางระบบประสาท (neuroimmune) การอักเสบ และสารจากการอักเสบต่าง ๆ^(37,38) นั้นมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับภาวะทางจิตเวชทั้งสิ้น เช่น โรคซึมเศร้า วิตกกังวล สมอลเสื่อม โดยพบว่าร้อยละ 36 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคโควิด-19 มีอาการทางประสาทจิตเวช (neuropsychiatric impacts)^(39,40) โรคโควิด-19 เองนั้นสามารถทำให้เกิดอาการของประสาทจิตเวชทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้โดยเป็นผลโดยตรงต่อสมองในผู้ป่วยโรคโควิด-19 บางรายมีปัญหาสมาธิความจำถดถอยลงและเกิดโรคทางจิตเวชขึ้นใหม่ได้^(20,41) เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า อาการทางจิต พฤติกรรมฆ่าตัวตาย หรือมีอาการชักได้⁽⁴²⁾

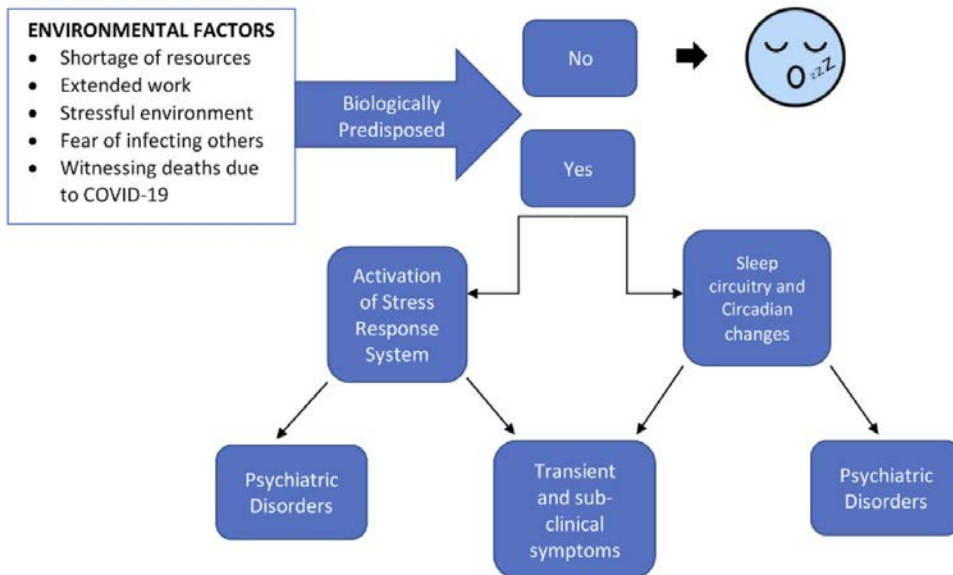
โดยเชื้อไวรัสโควิด-19 ชนิดใหม่นี้จะเข้าสู่ร่างกายทาง ACE2 receptors โดยจะไปกระตุ้นการอักเสบ การเกิดลิ่มเลือดและส่งผลต่อสมอง และสามารถเข้าสู่สมองโดยตรงได้ด้วย และการอักเสบทั่วร่างกายนี้จะนำไปสู่การเกิดโรคทางจิตเวชใหม่และกระตุ้นภาวะเก่าที่มีอยู่เดิมให้กลับมาเป็นอีกได้⁽⁴¹⁾ ทั้งนี้พบว่าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอาการของสมองอักเสบในอัตราถึง 1 ใน 5 และมีภาวะสับสนได้ยาวนานมากกว่า 1 วัน โดยหากมีปัญหามองเสื่อมหรือโรคทางสมองอยู่เดิมจะยิ่งทำให้มีภาวะสับสนได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหราชอาณาจักรซึ่งพบว่าร้อยละ 26 ของผู้ป่วยมีอาการความถดถอยของระดับพุทธิปัญญา และทั้งนี้ปัญหาอาการทาง neuropsychiatric effect นั้นนอกจากเกิดจากตัวโรคโควิด-19 แล้ว อาการทางจิตประสาทก็อาจจะเป็นผลจากการได้รับ glucocorticoid therapy ในการรักษา⁽⁴³⁾ ได้ด้วยเช่นกัน ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดปัญหาด้านการควบคุมอารมณ์ การนอน สมาธิความจำ ภาวะพุทธิปัญญา อาการหลงผิด ประสาทหลอนและเกิดสับสนขึ้นได้⁽⁴⁴⁾

ในการศึกษาทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในฐานะข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกาย้อนหลังจำนวน 62,354 รายในช่วงเดือนมกราคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2563 พบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคจิตเวชใหม่ในผู้ป่วยที่เป็นโรคโควิด-19 (ช่วง 14-90 วันหลังได้รับการวินิจฉัย) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบสูงถึงร้อยละ 18.1 โดยพบว่าร้อยละ 5.8 เป็นการป่วยทางจิตเวชใหม่ซึ่งความเสี่ยงที่จะเกิดโรคจิตเวชนั้นสูงเป็นสองเป็นเท่า (ร้อยละ 5-8 และ 2.5-3.4 ในการศึกษาเปรียบเทียบ) ในทางกลับกันพบว่ามีความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk, RR) ของการเกิดโรคโควิด-19 เท่ากับ 1.65 ในผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชอยู่เดิม⁽⁴⁵⁾ ดังนั้นจึงต้องตระหนักว่าผู้ป่วยจิตเวชก็ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงในการติดโรคโควิด-19 ได้มากกว่า จากการศึกษาในประเทศอิตาลี ในผู้ป่วยที่ฟื้นตัวจากโรค COVID-9 โดยติดตามที่ระยะเวลา 1-3 เดือนพบว่ามีอุบัติการณ์ของภาวะป่วยทางจิตจากเหตุการณ์รุนแรง (post traumatic stress disorder, PTSD) สูงถึงร้อยละ 30.2 และพบว่ามีโรคซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 17.3⁽⁴⁶⁾ ในกลุ่มผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสโควิด-19 นี้พบมีอาการเหนื่อยล้าทางจิตใจ (mental fatigue) ไม่มีสมาธิซึ่งพบได้ในการติดเชื้อไวรัสทั่วไปเช่นกัน ในการศึกษาในประเทศจีนพบว่าอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง และมีความเหนื่อยล้าทางจิตใจค่อนข้างสูง

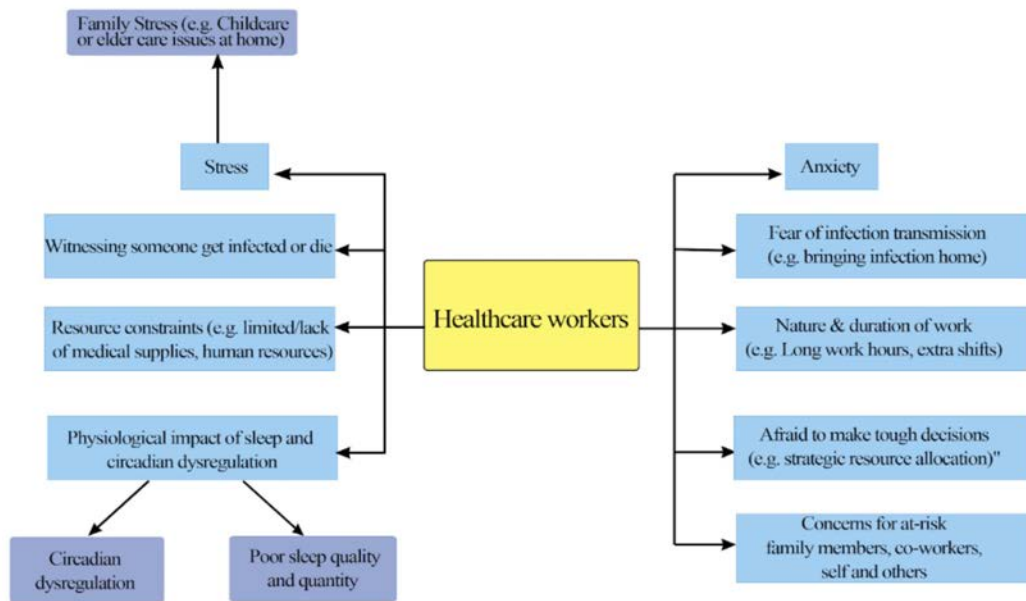
3. ในกลุ่มพิเศษหรือกลุ่มที่มีความเปราะบางเป็นพิเศษ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ผู้สูงอายุเด็กและวัยรุ่น แรงงานต่างด้าว ผู้ป่วยโรคจิตเวชอยู่เดิม ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการทางจิตเวชและสมองเสื่อม

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ (รูปที่ 3.1-3.3⁽⁵¹⁾)

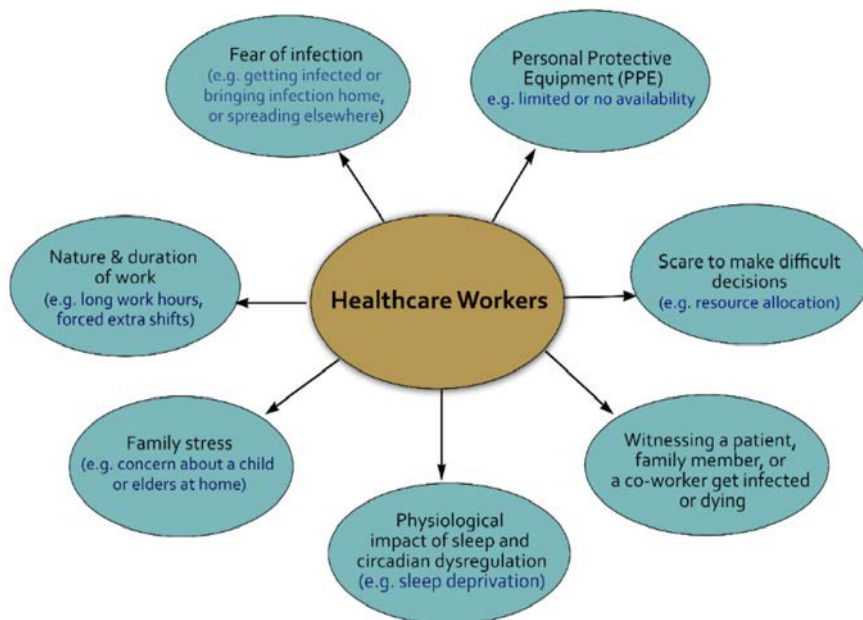
จากการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในด้านหน้าพบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิต และความเหนื่อยล้าหมดไฟได้มาก เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะสัมผัสโรคได้สูง ปัจจัยที่จะส่งผลต่อสุขภาพจิตในบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ การที่มีปัญหาทางด้านการเงินอยู่เดิม ปัญหาการขาดคนทำงาน ต้องทำงานล่วงเวลา พักผ่อนน้อย การขาดแคลนทรัพยากรที่เพียงพอเหมาะสมที่ใช้ป้องกันในการทำงาน และปัญหาต้องแยกห่างจากครอบครัว จะทำให้เป็นปัจจัยที่เปราะบางต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้มากขึ้น โดยปัญหาและความรุนแรงของภาวะสุขภาพจิตในบุคลากรทางการแพทย์ขึ้นกับสถานการณ์ของโรคระบาด สถานะแวดล้อมในการทำงานที่ตึงเครียด การขาดแคลนอุปกรณ์ในการป้องกันและการสนับสนุนทางทรัพยากร ชั่วโมงในการทำงานที่ยาวนาน การที่ต้องเห็นหรือต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ลำบากใจในการทำงาน เช่น การพบเห็นผู้ป่วยเสียชีวิต หรือการที่ต้องตัดสินใจเลือกผู้ป่วยในการรักษาในสถานการณ์บางอย่าง การที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ หรือการเสียชีวิตในเพื่อนร่วมงาน และการที่ต้องแยกห่างจากครอบครัว ทำให้ขาดแรงสนับสนุนทางจิตใจ การกลัวการติดเชื้อและไปแพร่เชื้อให้กับคนในครอบครัวที่ตนรัก ปัจจัยเหล่านี้จะไปกระตุ้นสภาวะความเครียด และทำให้เกิดปัญหาการนอน⁽⁴⁷⁻⁵⁰⁾ และภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟได้⁽⁵¹⁾



รูปที่ 3.1 แสดงถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อบุคลากรทางการแพทย์ โดยหากมีแนวโน้มหรือพันธุกรรมหรือความเปราะบางด้านปัจจัยชีวภาพอยู่เดิม ความเครียดจะไปกระตุ้นระบบการตอบสนองของร่างกายโดยอาจจะมีปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงอาการที่เกี่ยวข้อง เช่น อาการนอนไม่หลับ เกิดปัญหาพฤติกรรม ปัญหาในการปรับตัว และส่งผลทำให้เกิดโรคทางจิตเวชต่าง ๆ ได้เช่นกัน



รูปที่ 3.2 อธิบายถึงสาเหตุปัจจัยของความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟ (burn out)⁽⁵¹⁾ ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในภาวะที่มีการระบาดของโรคโควิด-19



รูปที่ 3.3 แสดงถึงภาพรวมของสาเหตุต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยประกอบที่ทำให้เกิดความเครียด ปัญหาการปรับตัวและพฤติกรรมในบุคลากรทางการแพทย์

ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในช่วงเดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2564 โดย ญานิน และคณะ⁽⁵²⁾ พบว่าในจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าร่วมทั้งหมด 518 ราย ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 กับกลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 พบว่าในกลุ่มแพทย์ทั้งสองกลุ่มมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานโดยไม่ได้พักผ่อนมากกว่า 32 ชั่วโมง ในอัตราส่วนใกล้เคียงกันถึงร้อยละ 31 และพบว่ามีร้อยละของผู้ที่มีภาวะหมดไฟสูงในสามด้านที่วัด คือ ความรู้สึกสำเร็จส่วนบุคคล personal accomplishment (PA) การลดความเป็นบุคคลหรือความสนใจความเป็นมนุษย์ของเพื่อนร่วมงานลดลง depersonalization (DP) และความอ่อนล้าทางอารมณ์ emotional exhaustion (EE) โดยพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยตรงมีคะแนนของภาวะหมดไฟสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยตรงในทุกด้าน และพบว่าในกลุ่มแพทย์และพยาบาลที่ทำงานกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ค่อนข้างสูง โดยพบว่าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 และจากการสอบถามในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมดพบว่าร้อยละ 74.6 ตอบว่ามีความกังวลกลัวว่าจะติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างมาก (ให้ 4 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5) และมากที่สุด (ให้ 5 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5) และมีความกังวลที่จะนำเชื้อแพร่ไปสู่ผู้อื่น โดยตอบว่ามีความกังวลมาก (ให้ 4 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5) และมากที่สุด (ให้ 5 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5) สูงถึงร้อยละ 77.5 นอกจากนี้ร้อยละ 20 จากทั้งหมดรู้สึกว่าทรัพยากรในการป้องกันส่วนบุคคล (personal protective equipment, PPE) ที่ได้รับนั้นไม่เพียงพออย่างมากที่สุด (ให้ 5 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5) นอกจากนี้โดยรวมบุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดกังวลกับลักษณะการทำงานที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป โดยให้คะแนนมาก (ให้ 4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5) และมากที่สุด (ให้ 5 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5) ถึงร้อยละ 71.9

กลุ่มเด็กและวัยรุ่น

ปัญหาการปรับตัวต่อการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลต่อเด็กและวัยรุ่น โดยปัญหาที่พบ คือ เรื่องการที่เด็กเล็กต้องเผชิญกับการแยกกักตัวกับผู้ปกครอง การที่โรงเรียนปิดและต้องเรียนออนไลน์ที่บ้าน ความจำเป็นต้องงดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เสริมพัฒนาการในเด็กเล็ก การขาดกิจกรรมทางสังคม ทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวและปัญหาสุขภาพจิตขึ้นได้ในเด็ก⁽⁵³⁻⁵⁵⁾ โดยพบว่ามีปัญหาในการปรับตัวในเด็กเป็นผลสืบเนื่องมาจากมาตรการล็อกดาวน์⁽⁵⁴⁾ การที่โรงเรียนปิดส่งผลในแง่ลบต่อชีวิตประจำวันของเด็ก และกระตุ้นทั้งความกลัวและความรู้สึกของเด็กได้⁽⁵³⁾ ในสถานการณ์มีโรคระบาด โดยเด็กและวัยรุ่นอาจจะมีปัญหาทางอารมณ์ โดยเป็นปัญหาในการ

จัดการอารมณ์ของเด็กหรือวัยรุ่นเอง หรือจะพบมีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาการนอน ความอยากอาหารลดลง หรือพฤติกรรมถดถอยในเด็กเล็กก็พบได้มากขึ้นเช่นกันในช่วงภาวะวิกฤตนี้^(56,57) ซึ่งปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็นเหล่านี้แสดงถึงความต้องการการเอาใจใส่ และความต้องการความเข้าใจถึงอารมณ์การแสดงออก ความกลัว ความกังวลของเด็ก และนอกจากความเอาใจใส่จากผู้ดูแลในปัจจุบันแล้ว ผู้ปกครองจะต้องสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้ดูแลเด็กในขณะนั้นสามารถเป็นที่พึ่งพิงให้เด็กได้ สามารถช่วยเหลือและปลอบประโลมบรรเทาอารมณ์ความรู้สึกของเด็ก เพื่อให้ผ่านพ้นช่วงวิกฤตไปได้ ควรเน้นไปที่ความเข้าใจ เป็นที่พึ่งพิงได้ และมีความเมตตาอยากช่วยเหลือมากกว่าการลงโทษกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นที่แสดงออกมา^(58,59) ทั้งนี้ปัญหาโดยมากมักจะเริ่มจากการที่ไม่ได้สื่อสาร ทำความเข้าใจกันอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนการใช้วิธีไกล่เกลี่ยติดต่อกันสม่ำเสมอในกรณีของเด็ก ๆ ต้องแยกจากผู้ปกครองในช่วงของการกักตัว เพราะการที่ไม่เข้าถึงอารมณ์ของเด็กและวัยรุ่น ไม่ได้สอบถามอารมณ์ความรู้สึกและความต้องการของเด็ก จะส่งผลทั้งระยะสั้นและระยะยาวต่อสุขภาพจิต และพัฒนาการการเติบโตต่อไปได้ ทั้งนี้ในเด็กเล็กหรือวัยรุ่นบางคนเอง ก็อาจจะหลีกเลี่ยง หรือไม่สามารถอธิบายความรู้สึกให้ผู้ปกครองได้รับรู้และรับฟังได้ จึงยังทำให้เกิดปัญหาการปรับตัว และปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมได้มากขึ้นอีก ซึ่งจำเป็นจะต้องพบหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ⁽¹⁹⁾

กลุ่มแรงงานต่างด้าว

ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวซึ่งถือเป็นกลุ่มเปราะบางต่อการเกิดปัญหาทั้งการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 และปัญหาสุขภาพจิตในช่วงที่มีการระบาดได้มากเช่นกัน ณ ขณะนี้นับว่ากลุ่มแรงงานต่างด้าวนี้นับว่าได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ค่อนข้างมาก จากการตรวจสอบพบมีการระบาดของโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะในแคมป์คนงานซึ่งมีการอยู่อาศัยกันอย่างหนาแน่นก็มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และมีโอกาสในแพร่กระจายเชื้อได้รวดเร็วและวงกว้าง ซึ่งการติดเชื้อนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การทำมาหากิน ปัญหาครอบครัว และปัญหาเศรษฐกิจสังคมที่ตามมาได้ เนื่องจากนโยบายในการป้องกันการแพร่กระจายทำให้ต้องปิดสถานที่ทำงานของแรงงานต่างด้าวเหล่านี้⁽⁶⁰⁾ เช่น แคมป์ก่อสร้าง ตลาดสด โรงงานต่าง ๆ โดยปัญหาทางจิตใจต่าง ๆ ที่จะพบได้ในแรงงานต่างด้าว ได้แก่ ความกังวล ความกลัวที่จะติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ความกังวลการถูกกีดกันแบ่งแยกในสังคม⁽⁶¹⁾ ความกังวลเป็นห่วงครอบครัวที่อยู่เบื้องหลัง กลัวการถูกบังคับส่งกลับ การจำกัดการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาล การที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือเยียวยาที่เพียงพอให้ดำเนินชีวิตต่อไปได้ และความเป็นห่วงต่อสวัสดิภาพความปลอดภัยในชีวิต กลัวการถูกทำร้ายจากการเหยียดเชื้อชาติ⁽⁶²⁾ ซึ่งในประเด็นเหยียดแรงงานต่างด้าวนี้นับว่าพบในต่างประเทศได้มากกว่าประเทศไทย สรุปปัจจัยข้างต้น ดังรูปที่ 4



รูปที่ 4. ประเด็นปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มแรงงานต่างด้าวในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19

กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาทางจิตเวชและมีโรคสมองเสื่อมอยู่เดิม

ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 กับปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีโรคทางจิตเวชอยู่เดิมและมีโรคสมองเสื่อมอยู่ก่อนแล้วจะทำให้การดูแลยากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การมีภาวะสับสนร่วมด้วย ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีอาการรุนแรงและนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมมักจะไม่ได้เข้าถึงข่าวสาร และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่เพียงพอเหมาะสมนั้นจะเป็นไปได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้มักจะมีปัญหาความจำหรือความเข้าใจในสถานการณ์ความเป็นจริงจะลดลง ทำให้ยิ่งเกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย มีผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อมจำนวนหนึ่งที่อาศัยอยู่คนเดียว หรืออยู่คนเดียวในเวลากลางวัน หรืออยู่ในสถานสงเคราะห์ บ้านพักคนชรา หรือสถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และเมื่อเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 ก็จำเป็นต้องเว้นระยะห่าง ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกที่ตนเองถูกทอดทิ้ง โดยในบ้านพักคนชราหลายแห่งกึ่งการให้ญาติเข้าเยี่ยมในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งนี้เพื่อดำเนินไปตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อ ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นไม่ได้พบปะญาติครอบครัวโดยตรง การจัดกิจกรรมกลุ่มก็จำเป็นต้องงดเว้นซึ่งจะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นรู้สึกโดดเดี่ยว และในกลุ่มผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมร่วม

ด้วยก็อาจจะมีปัญหาพฤติกรรมได้มากขึ้น⁽³⁴⁾ โดยเป็นทั้งห่วงวายเป็นอาละวาดหรือถดถอยลง ได้เช่นกัน นอกจากนี้จะพบว่าเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุในสถานบำบัดพยาบาลเหล่านี้มีความเครียดมากขึ้น จนถึงมีภาวะหมดไฟในการทำงาน⁽⁵¹⁾ ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้จำเป็นต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพในการทำงานร่วมกัน นอกจากจะป้องกันการติดเชื้อกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงมากแล้ว ยังจำเป็นต้องให้ความสนใจกับปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วย โดยจำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดมากขึ้น เน้นการดูแลเพิ่มคุณภาพชีวิต และการสื่อสารซึ่งอาจจะปรับเปลี่ยนรูปแบบเป็นออนไลน์ในการให้คำปรึกษาแนะนำ หรือสอนเทคนิคในการลดระดับความเครียด หรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ และหากเป็นไปได้อยากให้ผู้ดูแลหรือญาติติดต่อ หรือใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยให้สม่ำเสมอ^(34,63)

ประเด็นอื่น ๆ ที่สำคัญทางจิตเวชศาสตร์

ปัญหาการฆ่าตัวตาย (suicide)

ปัญหาการฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง จัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่สำคัญและควรตระหนัก จากสถิติเดิมของอัตราการฆ่าตัวตายจะเพิ่มสูงขึ้นในช่วงที่มีการระบาดของโรคซาร์สในประเทศฮ่องกง ในปี ค.ศ. 2003 และช่วงที่มีการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1918-1919 Gunnel และคณะ ได้อธิบายว่าความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้นขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ปัญหาวิกฤตทางการเงิน การตกงาน ความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาใช้การเสพติด⁽⁶⁴⁾ มีรายงานสืบสวนเคสผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศปากีสถานพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาเครียด วิตกกังวล ความกลัวต่อการติดเชื้อ การถูกดูแลแบบแยก การขาดการติดต่อกับชุมชนและปัญหาเศรษฐกิจซึ่งในประเทศอินเดียก็เช่นเดียวกัน⁽⁶⁵⁾ อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลอาจนำไปสู่ความคิดไม่อยากอยู่ และน่าจะสัมพันธ์และกระตุ้นให้มีปัญหาการนอนซึ่งปัญหาการนอนที่ไม่ดีส่งผลให้ระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงและทำให้ไวต่อการติดเชื้อได้ ดังที่แสดงในรูปที่ 3.1 หรือปัญหาความคิดอยากฆ่าตัวตายเป็นผลโดยตรงกับสมองของผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้เช่นกัน⁽⁴¹⁾ ปัญหาการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นในช่วงที่มีการระบาดนั้นอาจจะเกิดจากการที่เป็นผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชอยู่เดิม การขาดการติดต่อหรือถูกเลื่อนการเข้าถึงการรักษา หรือขาดยาทางจิตเวช อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ขัดแย้งกัน จากหลักฐานเดิมพบว่าอัตราการพยายามฆ่าตัวตายในช่วงที่มีการระบาดของโรคนั้นคงที่หรืออาจจะลดลงด้วย การศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่าการฆ่าตัวตายในช่วงที่ล็อกดาวน์และหลังล็อกดาวน์ไม่ได้มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นแต่อย่างใด^(66,67)

ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในภูมิภาคอาเซียน⁽⁶⁸⁾ โดยแม้จะไม่ใช่ว่าในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ก็ตาม และสิ่งที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีวิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19 นั้นอาจจะเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรตระหนักถึง

ความสำคัญ และควรต้องป้องกันในระดับนโยบายและบุคคล หากพบกรณีที่บุคคลมีความคิดไม่
อยากอยู่และคิดอยากตาย ควรประเมินและรีบติดต่อให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ในปัจจุบันมี
การรณรงค์ส่งเสริมทางสื่อต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือปัญหาฆ่าตัวตาย ผ่านทางแพลตฟอร์มต่าง ๆ
โดยกรมสุขภาพจิตที่มีชื่อว่า HOPE task force⁽⁶⁹⁾ ที่จะสามารถช่วยพูดคุยให้ความช่วยเหลือทาง
สุขภาพจิตใจ ช้อแนะนำในการดูแลตนเอง คัดกรองความเสี่ยงจากแอปพลิเคชัน mental health
Check Up โดยผู้ใช้งานสามารถตอบคำถามคัดกรองสุขภาพจิตเรื่องความเครียด ภาวะหมด
ไฟ และภาวะซึมเศร้าอยากตายด้วย นอกจากนี้ยังมีสายด่วนกรมสุขภาพจิตเบอร์ 1323 ด้วย

ปัญหาการใช้สารเสพติด

จากการสำรวจปัญหาการใช้สารเสพติดในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศ
สหรัฐอเมริกาพบว่าอัตราการใช้สารเสพติดเพื่อช่วยบรรเทาความเครียด และช่วยปัญหาอารมณ์
ที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 สูงขึ้นร้อยละ 13 และอัตราการใช้สารเสพติดเกินขนาดเพิ่มสูงขึ้นถึง
ร้อยละ 18 ในช่วงต้นของการระบาดของโรคโควิด-19 ในผู้ที่ใช้สารเสพติดอยู่เดิมอาจมีปัญหาใน
การได้สารมาใช้ในการช่วงที่มีการล็อกดาวน์หรือการห้ามออกจากเคสสถานเวลาค่ำคืนแต่ก็มีแนวโน้ม
จะใช้สารเสพติดตัวอื่น หรือตัวใหม่ ๆ มาทดแทนได้มากขึ้นและจะใช้ในขนาดที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตาม
ดีปัญหาการทำวิจัยในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 นั้นอาจจะยากลำบากขึ้น หากจะศึกษา
ว่าประชากรในชุมชนมีอัตราการใช้สารเสพติดต่าง ๆ มากขึ้นหรือไม่อาจจะต้องเป็นการสำรวจ
ตามบ้านซึ่งเป็นไปได้ยากในสถานการณ์เช่นนี้ อย่างไรก็ตามมีรายงานของโรงพยาบาลในต่างประเทศ
เรื่องอัตราส่วนของผู้ป่วยที่เข้ารักษาด้วยโรค opioid เกินขนาดเพิ่มมากขึ้นจนต้องมาที่ห้องฉุกเฉิน
โดยพบเพิ่มขึ้นในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 สำหรับประเทศไทย การใช้สารเสพติดใน
ประเทศไทยแปรผันกับมาตรการควบคุมด้วยเช่นกัน เพราะมีมาตรการห้ามจำหน่ายเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์และห้ามชุมนุมสังสรรค์ การตั้งจุดคัดกรองระหว่างจังหวัด การประกาศการห้ามออก
จากเคสสถานเวลาค่ำคืนจะทำให้อัตราการเข้าถึงสารลดลง อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทย
ในช่วงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 1,825 รายทางโทรศัพท์ทั่วประเทศ ร้อยละ 15 ตอบ
ว่ายังรับรู้ถึงการซื้อขายสารเสพติดผิดกฎหมายในชุมชนที่เพิ่มขึ้น และร้อยละ 37.7 ตอบว่าลดลง
ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็จะมีความเสี่ยงและไวต่อการติดเชื้อไวรัส
โควิด-19 ได้มากกว่าประชากรทั่วไป เนื่องจากวิถีการใช้ชีวิตและปัญหาสุขภาพร่างกาย โรคประจำ
ตัวที่อาจมีสืบเนื่องจากการใช้สารเสพติดเป็นเวลานาน ประชาชนส่วนใหญ่ทราบว่าการใช้สาร
เสพติดจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ในการรายงานของผู้ใช้สารเสพติดเองส่วนใหญ่
จะตอบว่าใช้ลดลงหรือไม่ได้ใช้เลยในช่วงเวลานี้ ยกเว้น ผู้สูบบุหรี่ที่พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 70
ตอบว่ายังสูบเท่าเดิม ทั้งนี้การใช้สารเสพติดมีการใช้ลดลงบ้าง แต่ไม่มากนักในช่วงที่มีการแพร่

ระบาดของโรคโควิด-19 โดยที่ลดลงบ้าง คือ กระเทียม ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเหตุผลที่ใช้สารเสพติดลดลงเนื่องจากการจำกัดของการเข้าถึงสาร และการจำกัดกิจกรรม ไม่ได้ไปพบปะสังสรรค์ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19⁽⁷⁰⁾ ส่วนในผู้ที่ใช้สารเสพติดที่กำลังเข้ารับการบำบัด การที่ต้องหยุดการบำบัดเนื่องจากการระบาดของโรคโควิด-19 อาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว เครียด และหวนกลับไปใช้สารเสพติดได้อีก

คำแนะนำเพื่อดูแลสุขภาพจิตในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19

มีหลากหลายวิธีที่เป็นประโยชน์ในการช่วยดูแลสุขภาพจิตและปัญหาพฤติกรรม ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 โดยจำเป็นต้องมีการคัดกรองบุคคลที่เสี่ยง หรือกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เพื่อการดูแลให้ทันทั่วถึงและต่อเนื่องเหมาะสม และหากจำเป็นต้องรักษาก็ควรจะได้รับการรักษา ทั้งนี้การเข้าถึงยาและวิธีการรักษาอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยานั้นจำเป็นมาก ในคนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา นอกจากนี้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเท่าเทียมกันทั้งชุมชน เรื่องสุขภาพกายและใจ และเรื่องปากท้องเศรษฐกิจต้องไปด้วยกัน โดยใช้หลักในการดำเนินการดังนี้ ก. ให้ความปลอดภัย (provide safety) ข. ไม่ตื่นตระหนก (maintaining calm) ค. เพิ่มประสิทธิภาพการช่วยเหลือในชุมชน (increasing self-community efficacy) ง. เพิ่มการติดต่อถึงกัน (increased connectedness) และ จ. เติมความหวังและกำลังใจ (instilling hope) ข้อเสนอแนะในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตหรือกลุ่มเสี่ยง ควรคัดกรองกลุ่มคนที่มีการฟื้นฟูทางจิตใจดี และสามารถช่วยเหลือชุมชนได้ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มการช่วยเหลือในชุมชน และทำให้มีการติดต่อทำงานร่วมกันในชุมชน ซึ่งจะเป็นชุมชนเข้มแข็งและจะสามารถช่วยให้ผ่านพ้นวิกฤตไปได้⁽⁷¹⁾

คำแนะนำของราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยสำหรับประชาชนทั่วไป ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตสังคมในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 มีดังนี้ให้ตระหนักถึงความเครียดที่กำลังเกิดขึ้นกับตนเอง มีวิธีการการดูแลจิตใจตนเอง ทราบวิธีการจัดการกับความเครียด เมื่อต้องการความช่วยเหลือทราบดีว่าสามารถขอความช่วยเหลือได้จากที่ใด และในส่วนองค์กรควรทราบวิธีการดูแลบุคลากร เพื่อช่วยลดความเครียดทางจิตใจ โดยคำแนะนำในการดูแลจิตใจ ได้แก่ ก. ตั้งสติ เตรียมพร้อมทั้งกายและใจ ยอมรับตามความเป็นจริง ลดความคาดหวัง ข. ยอมรับและอนุญาตตนเองให้รู้สึก เหนื่อย ท้อ โกรธ กลัว กังวล ได้โดยไม่ต้องตำหนิตนเอง คนอื่นหรือสถานการณ์ ค. ยอมรับสิ่งที่ตนเองไม่สามารถควบคุมได้ ถึงแม้ว่าเราจะไม่ชอบใจสิ่งนั้นก็ตาม ง. ตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง จ. ทำงานอย่างมีความหวัง ฉ. ดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ในชีวิตให้เป็นไปตามปกติที่สุดเท่าที่จะทำได้ ช. แบ่งเวลาที่จะพักผ่อนแบบ มีเวลานอกที่ไม่ต้องทำงานจริง ๆ ในระหว่างการทำงานอาจหาเวลาสำหรับพักผ่อนเล็กน้อย เช่น ทุก 1-2 ชั่วโมง อาจพักสัก 3-5 นาที เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลายและลดความรู้สึกเหนื่อยล้าจากการ

ทำงาน ซ. ออกกำลังกายและผ่อนคลายร่างกาย เมื่อมีเวลาว่าง ฉ. หาเวลาพักผ่อนทำกิจกรรมอื่น ๆ ณ. ทบทวนตัวเองว่าหมดไฟหรือยัง ก. พูดคุยกับเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน เกี่ยวกับความเครียดในการทำงาน และ ก. เลี่ยงการใช้สุรา ยาเสพติด เพื่อจัดการกับความเครียด⁽⁷²⁾

การช่วยเหลือสนับสนุนให้ฟื้นคืน

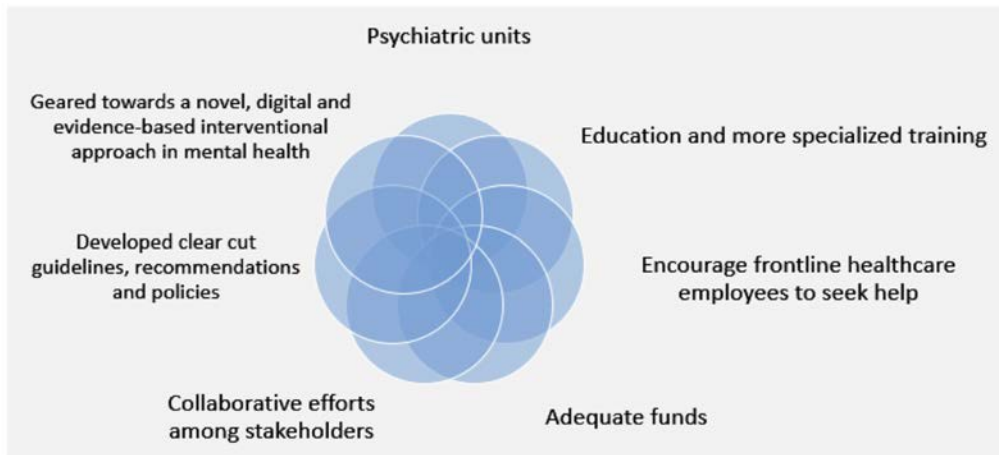
ความสามารถในการฟื้นคืน (resilience) ของแต่ละบุคคลนั้นไม่เท่ากันภายหลังจากการเกิดวิกฤต แน่นอนว่าเมื่อเกิดวิกฤตขึ้นแล้ว เราไม่สามารถย้อนคืนได้ แต่ต้องหาทางช่วยกันให้ผ่านพ้นด้วยกันไปได้ ถ้าหากมีแรงสนับสนุนที่ดีจะช่วยให้ก้าวผ่านวิกฤตไปได้เป็นอย่างดี โดยการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่แนะนำนอกจากจะคัดกรองหาบุคคลในกลุ่มเสี่ยง หากคนที่มีศักยภาพในการช่วยเหลือชุมชนและส่งเสริมกิจกรรมจิตอาสาได้แล้ว การให้ความรู้และส่งเสริมควรเน้นเรื่องของการกระตุ้นความสามารถในการฟื้นคืนสู่ภาวะปกติด้วย ซึ่งทั้งนี้จะมีองค์ประกอบหลายอย่างที่จะช่วยในเรื่องการฟื้นคืนสู่สภาวะปกติของจิตใจ ได้แก่ ก. การมองแง่บวกและตั้งเป้าหมายอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ข. เผชิญหน้ากับความกลัวและต้องจัดการกับความกลัว?? ค. มีเข็มทิศคุณธรรม มีแนวทางที่ถูกต้องของสังคม ง. ใช้ศาสนาหรือสิ่งที่เคารพนับถือเป็นตัวเชื่อมโยง จ. มีแรงสนับสนุนทางสังคม ฉ. มีแบบอย่างที่ดีในการฟื้นคืนสู่สภาวะปกติของจิตใจ ช. เน้นกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและสมอง ซ. มีความยืดหยุ่นทางสติปัญญาและอารมณ์ ต่อเหตุการณ์ และ ฉ. มีเป้าหมายที่มีคุณค่าร่วมกัน⁽¹⁾ ทั้งนี้ทางภาครัฐก็ควรจะมีกลยุทธ์ช่วยเหลือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดยมุ่งเป้าหมายไปที่การส่งเสริมศักยภาพในการฟื้นฟูสภาวะจิตใจให้กลับสู่ปกติ และควรมีการจัดสรรงบประมาณที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อจัดการด้านนี้ โดยเน้นไปทางป้องกันมากกว่าการแก้ไข ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มที่เปราะบาง เช่น เด็กและวัยรุ่น ผู้สูงอายุ บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส แรงงานอพยพ หรือคนที่อยู่ท่ามกลางความขัดแย้ง ควรติดตามการใช้สารเสพติดอย่างใกล้ชิด หากการดูแลปัญหาสุขภาพจิตในช่วงแรกถูกละเลยจะทำให้เกิดปัญหายาวนานต่อเนื่องทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้ ควรมีการติดตามดูแลจนไปถึงช่วงที่ไม่มีอาการแล้ว โดยต้องมีโครงสร้างที่ดีที่จะสนับสนุนไปจนถึงช่วงระยะยาวได้ โดยเป็นการเตรียมตัวให้พร้อมเพื่อป้องกัน รักษาและดูแลติดตามต่อเนื่อง โดยถือเป็นหน้าที่ของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และทุกคนในชุมชนควรตระหนักและมีส่วนร่วมเท่าที่ทำได้

การเปลี่ยนแปลงในการบริการสุขภาพจิตในยุคที่มีการระบาดของโรคโควิด-19

การเปลี่ยนแปลงในการให้บริการสุขภาพจิตในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 นั้นมีความสำคัญมาก โดยควรปรับปรุงให้ทันสมัยเข้ากับบริบทของการระบาดของโรค ยกตัวอย่าง หอผู้ป่วยในจิตเวชศาสตร์ก็ควรมีมาตรการป้องกันการติดเชื้อ และเพิ่มการตรวจคัดกรองเชื้อ

ก่อนรับผู้ป่วยเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน และรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล จำเป็นต้องลดการทำกิจกรรมกลุ่มหรือกิจกรรมที่ต้องใกล้ชิด และอาจจะต้องใช้การสื่อสารหรือทำกลุ่มผ่านระบบออนไลน์ และสถานที่ส่วนกลาง เช่น การรับประทานอาหารที่ส่วนกลาง การรับยาที่เคาน์เตอร์พยาบาลอาจจะปรับเป็นที่ข้างเตียงผู้ป่วย การจำกัดคนเข้าเยี่ยมพบปะใกล้ชิด แต่อนุญาตให้ติดต่อสื่อสารกันทางออนไลน์ การรักษาผู้ป่วยสามารถใช้เป็นการรักษาทางไกลได้ (telemedicine) ทั้งนี้การเรียนการสอนเรื่องของจิตเวชศาสตร์ในยุคนี้ยังมีความสำคัญที่จำเป็นต้องดำเนินต่อไป ดังนั้นจึงควรปรับหลักสูตรและการเรียนการสอนให้เข้ากับบริบทของการเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ด้วย โดยเน้นในการฝึกอบรมการดูแลปัญหาสุขภาพจิต การจัดการกับภาวะวิกฤต การฝึกให้มีทักษะในการดูแลตนเอง สามารถส่งต่อหรือขอความช่วยเหลือในกรณีของตนเอง ผู้ใกล้ชิดหรือผู้ป่วยได้ ส่งเสริมรณรงค์เรื่องการฟื้นฟูกลับสู่สภาวะเดิม เน้นกิจกรรมป้องกันและส่งเสริมสังคมมากกว่าจำกัดแค่การรักษาเท่านั้น และควรพยายามทำให้ได้ในระยะยาว โดยควรร่วมมือกันหลาย ๆ ภาคส่วน มีนโยบายที่ใช้ได้ยาวนาน และมีกิจกรรมการดำเนินงานที่ไปทางเดียวกัน ควรพัฒนาแนวทางในการจัดการ มีคำแนะนำที่ชัดเจนว่าแนวทางสำหรับใคร บริบทใด และต้องกระทำอย่างไรบ้าง โดยคำแนะนำขององค์การสหประชาชาติ (united nations) เสนอแนวนโยบายในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ดังนี้ ก. เสนอให้ใช้แนวทางเดียวกันระดับชาติเพื่อรณรงค์ส่งเสริมปัญหาสุขภาพจิต ข. สามารถเข้าถึงการบริการดูแลสุขภาพจิตและจิตสังคมได้อย่างทั่วถึง และ ค. ส่งเสริมการฟื้นฟูเมื่อหายจากโรคแล้ว โดยเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตได้ ทั้งนี้เมื่อวิกฤตของการระบาดได้ผ่านพ้นไป ก็ควรเตรียมตัวและเตรียมพร้อมที่จะเผชิญสำหรับระลอกใหม่ของวิกฤตในครั้งหน้า⁽⁷³⁾

โดยสรุปการเปลี่ยนแปลงในการบริหารสุขภาพจิตในยุคที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ต้องผสานกลมกลืนกัน ดังแสดงในรูปที่ 5

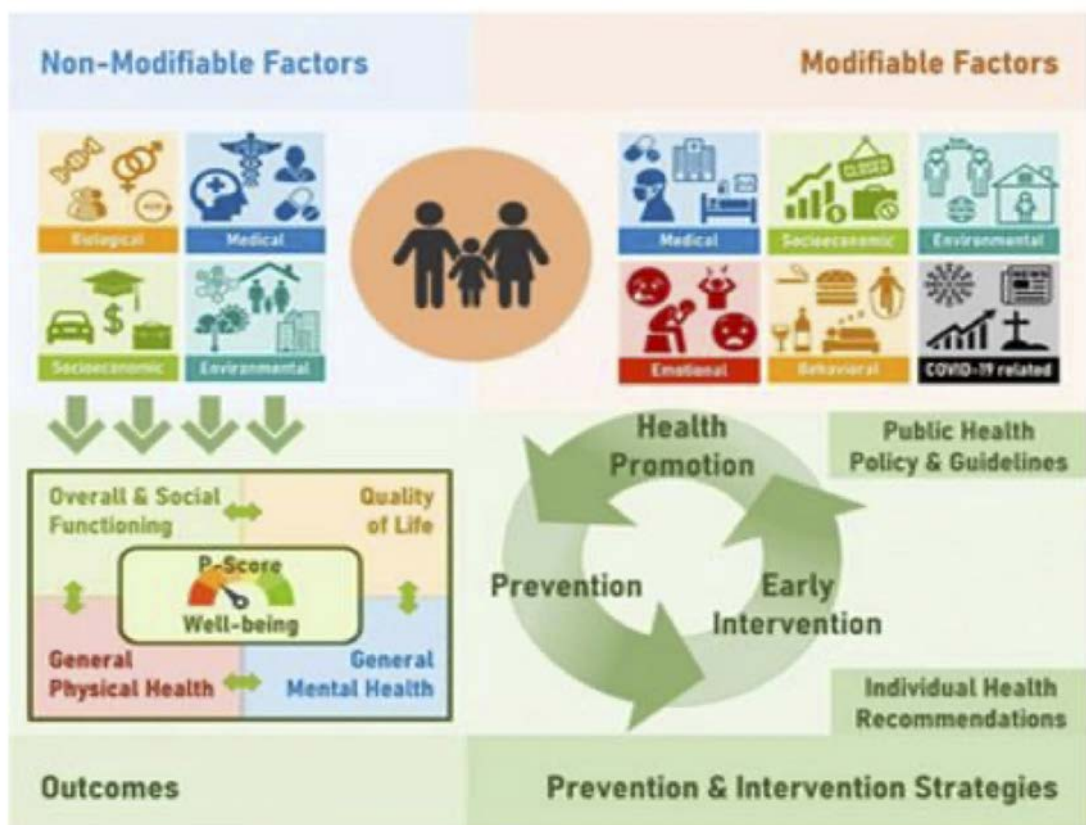


รูปที่ 5. สรุปการเปลี่ยนแปลงในการบริการสุขภาพจิตในยุคที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ต้องผสมผสานกลมกลืนกัน

โครงการสำรวจผลกระทบด้านสุขภาพและระดับของประสิทธิภาพบุคคล ในระหว่างมีการระบาดของโคโรนา ไวรัส-โครงการร่วมมือระดับนานาชาติ [collaborative outcomes study on health and functioning during infection times (COH-FIT Thailand study)] (รูปที่ 6-8)

งานวิจัยนี้เกิดขึ้นจากการร่วมมือกันในระดับนานาชาติที่จะศึกษาถึงผลกระทบทางจิตใจในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 และระยะที่การระบาดสงบลงแล้ว โดยมี 155 ประเทศทั่วโลก จาก 6 ทวีปเข้าร่วมงานวิจัยนี้ โดยมีเว็บไซต์กลาง <http://www.coh-fit.com> ในส่วนของประเทศไทยจัดทำขึ้นที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยเป็นแบบสอบถามออนไลน์เกี่ยวกับชีวิตประจำวัน ผลกระทบต่อประสิทธิภาพของบุคคล ผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพกายและจิตใจจากการระบาดของโรคโควิด-19 การเกิดความเปลี่ยนแปลงในการใช้ชีวิตประจำวัน ความพึงพอใจต่อการจัดการของรัฐบาล ปัญหาผลกระทบจากการเรียนออนไลน์ การได้รับวัคซีนและผลข้างเคียง ปัญหาเศรษฐกิจและผลกระทบต่อกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งได้รับการแปลจากต้นฉบับกลางที่เป็นภาษาอังกฤษ มากกว่า 23 ภาษา อาทิ เช่น ภาษาไทย ภาษาเยอรมัน ภาษาสเปน ภาษาญี่ปุ่น ภาษาจีน ภาษาอิตาลี ภาษารัสเซีย ภาษาโปรตุเกส ฯลฯ เพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียวกันระดับนานาชาติ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผลกระทบทางด้านจิตใจ และเพื่อเป็นประโยชน์ของประชากรทุกคนบนโลกทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และประเทศในระยะสั้นและระยะยาว⁽⁷⁴⁾ ดังรูปอินโฟกราฟิกที่ 1 แสดงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย COH-FIT ทั้งนี้ได้เริ่มสำรวจพร้อมกันแล้วทั่วโลกตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโรคโควิด-19 และของประเทศไทยได้เริ่มสำรวจตั้งแต่เดือน เมษายน พ.ศ. 2563 จนถึงสิ้นสุดการระบาด (เดือน

กรกฎาคม พ.ศ.2564 ของประเทศไทยสำรวจเรียบร้อยแล้วจำนวน 13,141 รายและ 155,927 รายสำหรับทั่วโลก) และเพิ่มเติมสำหรับปี พ.ศ. 2564 นี้ได้เพิ่มหัวข้อเกี่ยวกับการปรับตัวใหม่ (new normal) การเรียนออนไลน์ในเด็ก การเข้าถึงวัคซีนและผลข้างเคียง และความพึงพอใจต่อการจัดการของรัฐบาล โดยจะเก็บข้อมูลไปจนกว่าการระบาดจะสิ้นสุด และจะนับเวลาต่อไปอีก 6-12 เดือนเพื่อสำรวจซ้ำสำหรับระดับของประสิทธิภาพบุคคล และปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นตามมาหลังการระบาดได้ยุติลง ผลการศึกษาที่ได้จะนำมาวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุและปัจจัยต่าง ๆ และจัดทำเสนอแนะแนวทางในการดูแลเพิ่มประสิทธิภาพของบุคคล และลดปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อไป



รูปที่ 6. Infographic แสดงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย COH-FIT Thailand



COH-FIT

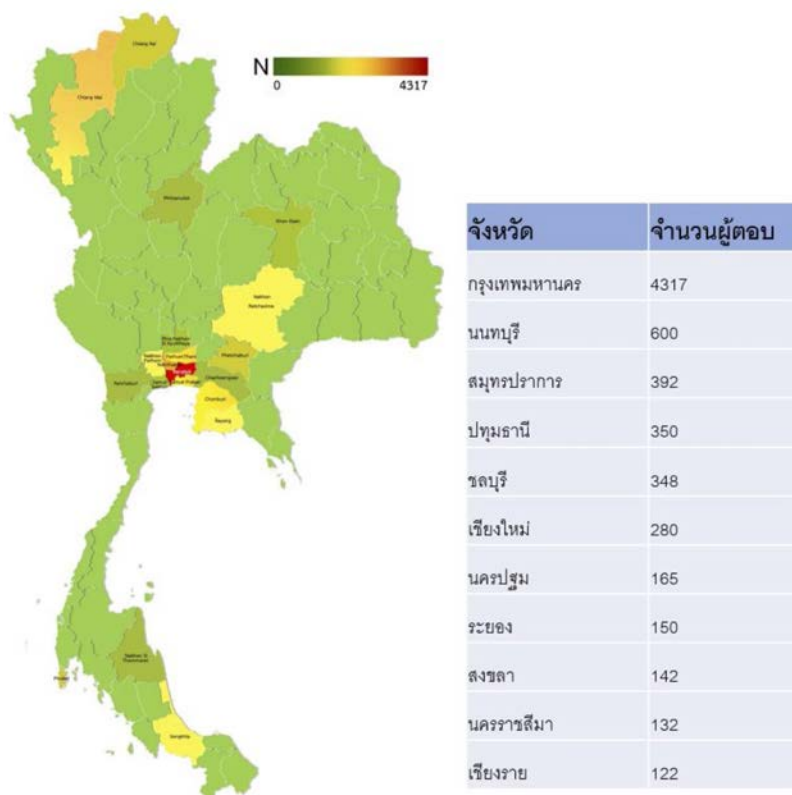
Department of Psychiatry
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
King Chulalongkorn Memorial Hospital
The Thai Red Cross Society

ขอเชิญคนไทยทุกท่าน
อายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ร่วมในการ
สำรวจผลกระทบด้านสุขภาพกาย
& ใจจากการระบาดของ **COVID-19**
ใน **‘งานวิจัย PHASE 2’**
ของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย จุฬาฯ

- เป็นการร่วมมือวิจัยระหว่างหน่วยงานและสถาบันต่าง ๆ ทั่วโลก
- ตอบแบบสอบถามใน QR Code หรือ bit.ly/cohfitthailand2
- ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-35 นาที
- ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว

สอบถามเพิ่มเติม www.facebook.com/cohfitthailand

รูปที่ 7. QR code ประชาสัมพันธ์ของโครงการวิจัย COH-FIT Thailand



รูปที่ 8. แสดงการกระจายตัวและจำนวนของผู้เข้าร่วมงานวิจัยในประเทศไทย ตามที่อาศัยอยู่จริง ทั้งหมด 9,413 ราย (จากการกรอกข้อมูลทั้งสิ้น 13,141 ราย โดยตอบแบบสอบถามออนไลน์ทาง <http://www.coh-fit.com/th> ตั้งแต่เดือน เมษายน พ.ศ. 2563-กรกฎาคม พ.ศ. 2564) โดยมี 7,999 (ร้อยละ 84.9) ที่ข้อมูลสมบูรณ์ดี และส่วนใหญ่ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.8) อายุเฉลี่ย 36.9 ± 12 ปี (6 - 100 ปี)

เอกสารอ้างอิง

1. (WHO) WHO. Novel Coronavirus (2019-nCoV) situation reports. 2020.
2. China NHCNotPsRo. Outbreak Notification. 2019.
3. Wang W, Tang J, Wei F. Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *J Med Virol*. 2020;92:441.
4. Majumder MS, Mandl KD. Early Transmissibility Assessment of a Novel Coronavirus in Wuhan, China. SSRN [Preprint]. 2020:3524675.
5. Read JM, Bridgen JRE, Cummings DAT, Ho A, Jewell CP. Novel coronavirus 2019-nCoV (COVID-19): early estimation of epidemiological parameters and epidemic size estimates. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2021;376:20200265.
6. (CDC) CfDCaP. Symptoms of COVID-19. 2021.
7. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323:1061.
8. Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [press release]. January 23, 2020 2020.
9. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*. 2020;395:470.
10. COVID-19 coronavirus pandemic 2021 [updated August 10, 2021, 05:37 GMT. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.
11. Control nDoD. รายงานสถานการณ์ในประเทศไทย. 2021.
12. Bloomberg. Global Vaccination Campaign. 2021 August, 10.
13. Reuters. Wuhan lockdown ‘unprecedented’, shows commitment to contain virus: WHO representative in China 2020 [updated January 23, 2020].
14. Sommerlad A, Marston L, Huntley J, Livingston G, Lewis G, Steptoe A, et al. Social relationships and depression during the COVID-19 lockdown: longitudinal analysis of the COVID-19 Social Study. *Psychol Med*. 2021:1-10.
15. Cellini N, Canale N, Mioni G, Costa S. Changes in sleep pattern, sense of time and digital media use during COVID-19 lockdown in Italy. *J Sleep Res*. 2020;29:e13074.
16. Organization WH. Disability-adjusted life years (DALYs). 2021.
17. Shevlin M, Butter S, McBride O, Murphy J, Gibson-Miller J, Hartman TK, et al. Refuting the myth of a ‘tsunami’ of mental ill-health in populations affected by COVID-19: evidence that response to the pandemic is heterogeneous, not homogeneous. *Psychol Med*. 2021:1.

18. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry*. 2020;63:e32.
19. Liu JJ, Bao Y, Huang X, Shi J, Lu L. Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4:347.
20. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:611.
21. Bliźniewska-Kowalska KM, Halaris A, Wang SC, Su KP, Maes M, Berk M, et al. A Review of the Global Impact of the COVID-19 Pandemic on Public Mental Health, with a Comparison Between the USA, Australia, and Poland with Taiwan and Thailand. *Med Sci Monit*. 2021;27:e932220.
22. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:547-60.
23. de Girolamo G, Cerveri G, Clerici M, Monzani E, Spinogatti F, Starace F, et al. Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency-The Italian Response. *JAMA psychiatry*. 2020;77:974-6.
24. Gualano MR, Lo Moro G, Voglino G, Bert F, Siliquini R. Effects of Covid-19 Lockdown on Mental Health and Sleep Disturbances in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:4779.
25. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020; 395:912-20.
26. Roy D, Sinha K. Cognitive biases operating behind the rejection of government safety advisories during COVID19 Pandemic. *Asian J Psychiatr*. 2020;51:102048.
27. Fancourt D, Steptoe A, Bu F. Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. *Lancet Psychiatry*. 2021;8:141-9.
28. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*. 2020;288:112954.
29. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit*. 2020;26:e923549.

30. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, Peng J, et al. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *J Infect.* 2020;81:e16-e25.
31. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:1729.
32. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatr.* 2020;33:e100213.
33. Lima CKT, Carvalho PMM, Lima I, Nunes J, Saraiva JS, de Souza RI, et al. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Res.* 2020;287:112915.
34. Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinuevo JL, et al. Dementia care during COVID-19. *Lancet.* 2020;395:1190.
35. Verdery AM, Smith-Greenaway E, Margolis R, Daw J. Tracking the reach of COVID-19 kin loss with a bereavement multiplier applied to the United States. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2020;117:17695-701.
36. Harrison AG, Lin T, Wang P. Mechanisms of SARS-CoV-2 Transmission and Pathogenesis. *Trends Immunol.* 2020;41:1100-15.
37. Shi Y, Wang Y, Shao C, Huang J, Gan J, Huang X, et al. COVID-19 infection: the perspectives on immune responses. *Cell Death Differ.* 2020;27:1451-4.
38. Kowalewski M, Fina D, Słomka A, Raffa GM, Martucci G, Lo Coco V, et al. COVID-19 and ECMO: the interplay between coagulation and inflammation-a narrative review. *Crit Care.* 2020;24:205.
39. Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol.* 2020;77:683-90.
40. Troyer EA, Kohn JN, Hong S. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain Behav Immun.* 2020;87:34-9.
41. Boldrini M, Canoll PD, Klein RS. How COVID-19 Affects the Brain. *JAMA Psychiatry.* 2021;78:682-3.
42. Rogers JP, Watson CJ, Badenoch J, Cross B, Butler M, Song J, et al. Neurology and neuropsychiatry of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of the early literature reveals frequent CNS manifestations and key emerging narratives. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2021:jnnp-2021-326405.

43. Rizk JG, Kalantar-Zadeh K, Mehra MR, Lavie CJ, Rizk Y, Forthal DN. Pharmaco-Immunomodulatory Therapy in COVID-19. *Drugs*. 2020;80:1267.
44. Chen T, Wu D, Chen H, Yan W, Yang D, Chen G, et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study. *BMJ*. 2020;368:m1091.
45. Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *Lancet Psychiatry*. 2021;8:130.
46. Janiri D, Moser DA, Doucet GE, Lubner MJ, Rasgon A, Lee WH, et al. Shared Neural Phenotypes for Mood and Anxiety Disorders: A Meta-analysis of 226 Task-Related Functional Imaging Studies. *JAMA Psychiatry*. 2020;77:172.
47. Singh M, Sharda S, Gautam M, Hawa R. Optimal sleep health among frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Can J Anaesth*. 2020:1-4.
48. Mônico-Neto M, Dos Santos RVT, Moreira Antunes HK. The world war against the COVID-19 outbreak: don't forget to sleep! *J Clin Sleep Med*. 2020;16:1215.
49. Jackson CL, Johnson DA. Sleep disparities in the era of the COVID-19 pandemic highlight the urgent need to address social determinants of health like the virus of racism. *J Clin Sleep Med*. 2020;16:1401.
50. Chen S, Xia M, Wen W, Cui L, Yang W, Liu S, et al. Mental health status and coping strategy of medical workers in China during The COVID-19 outbreak. *medRxiv*. 2020:2020.02.23.20026872.
51. Shanafelt TD, Makowski MS, Wang H, Bohman B, Leonard M, Harrington RA, et al. Association of Burnout, Professional Fulfillment, and Self-care Practices of Physician Leaders With Their Independently Rated Leadership Effectiveness. *JAMA Netw Open*. 2020;3:e207961.
52. T. Y. Burnout in medical personnels in King Chulalongkorn Memorial Hospital;A cross-sectional study. 2021.
53. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet*. 2020;395:945.
54. Policy Brief: The Impact of COVID-19 on children. United Nations. 2020.
55. Your Child Is At Risk for Mental Health Issues After a Disaster. CDC. 2020.
56. Don't let children be the hidden victims of COVID-19 pandemic. UNICEF. 2020.
57. Jiao WY, Wang LN, Liu J, Fang SF, Jiao FY, Pettoello-Mantovani M, et al. Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *J Pediatr*. 2020:S0022.
58. Duan L, Shao X, Wang Y, Huang Y, Miao J, Yang X, et al. An investigation of mental health status of children and adolescents in china during the outbreak of COVID-19. *J Affect Disord*. 2020;275:112-8.

59. Caffo E, Scandroglio F, Asta L. Debate: COVID-19 and psychological well-being of children and adolescents in Italy. *Child Adolesc Ment Health*. 2020;25:167-8.
60. Logie CH, Turan JM. How Do We Balance Tensions Between COVID-19 Public Health Responses and Stigma Mitigation? Learning from HIV Research. *AIDS Behav*. 2020;24:2003-6.
61. White AIR. Historical linkages: epidemic threat, economic risk, and xenophobia. *Lancet*. 2020;395:1250-1.
62. Devakumar D, Shannon G, Bhopal SS, Abubakar I. Racism and discrimination in COVID-19 responses. *Lancet*. 2020;395:1194.
63. Barros D, Borges-Machado F, Ribeiro Ó, Carvalho J. Dementia and COVID-19: The Ones Not to Be Forgotten. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2020;35:1533317520947505.
64. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:468-71.
65. Dsouza DD, Quadros S, Hyderabadwala ZJ, Mamun MA. Aggregated COVID-19 suicide incidences in India: Fear of COVID-19 infection is the prominent causative factor. *Psychiatry Res*. 2020;290:113145.
66. Demirci Ş, Konca M, Yetim B, İlğün G. Effect of economic crisis on suicide cases: An ARDL bounds testing approach. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66:34-40.
67. Appleby L, Richards N, Ibrahim S, Turnbull P, Rodway C, Kapur N. Suicide in England in the COVID-19 pandemic: Early observational data from real time surveillance. *Lancet Reg Health Eur*.. 2021;4.
68. Nortajuddin A. Suicide: Thailand's Epidemic In A Pandemic. *Asean Post*. 2021 18 March 2021.
69. Force HT. Hope Task Force. 2021.
70. สสส. รายงานสถานการณ์ยาเสพติดช่วง COVID-19 ประเทศไทย 2021 [Available from: <https://www.thaihealth.or.th/Content/52589-สถานการณ์ยาเสพติดช่วงโควิด-19.html>].
71. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Beyond Paranoia and Panic. *Ann Acad Med Singap*. 2020;49:155-60.
72. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. คำแนะนำเรื่องสุขภาพจิตและประเด็นทางจิตสังคมในช่วงการระบาดของ COVID-19 2021 [Available from: <https://www.rcpsycht.org/th/organization/laws-regulations>].
73. Nations U. Coronavirus global health emergency. 2021.
74. Collaborative Outcomes study on Health and Functioning during Infection Times 2020 [Available from: <https://www.coh-fit.com/>].