



ประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 วิธีใหม่

บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์^{1*}, สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล², เทิดศักดิ์ เดชคง¹, นพพร ตันติรังสี¹

¹กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

²หน่วยระบาดวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The Effectiveness of the New Normal of Care System for People with Mental Health Problems from COVID-19 Pandemic

Burin Suraaronsamrit^{1*}, Suwanna Arunpongpaisal²,

Terdsak Dechkong¹, Nopporn Tantirangsri¹

¹Department of Mental Health, Ministry of Public Health

²Clinical Epidemiology Unit, Khon Kaen University

Received: 21 November 2022 / Revised: 19 December 2022 / Accepted: 19 December 2022

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อจิตใจ สังคม กรมสุขภาพจิตจึงมีนโยบายและแผนดำเนินการเพื่อดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด-19

วิธีการศึกษา: เป็นการประเมินผลตามกรอบแนวคิด CIPP model ใช้วิธีผสมผสานเชิงคุณภาพเป็นหลักและเชิงปริมาณเป็นรอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 303 ราย เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ 55 ราย และผู้รับบริการ 248 ราย โดยแบบสอบถามเชิงปริมาณ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและสถิติเชิงปริมาณเป็นค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 30 ปี สถานภาพสมรส การศึกษาระดับปริญญาตรี รับราชการมากกว่าครึ่งหนึ่ง รายได้เพียงพอ ด้านบริบทพบว่าในช่วงวันที่ 1 พ.ค. 63 ถึง 31 มี.ค. 65 มีผู้ประเมินตนเองโดยใช้ mental health check in พบความเครียดร้อยละ 7.65 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.07 เสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 5.01 ระบบดูแลสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพด้านการบูรณาการกายจิตสังคม ผ่านศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ด้านปัจจัยนำเข้า การสื่อสารปัญหาสุขภาพจิตสู่ผู้ปฏิบัติไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม ไม่ทั่วถึง ขาดการสนับสนุนงบประมาณและอัตราค่าจ้างด้านสุขภาพจิต บุคลากรระดับปฐมภูมิยังขาดทักษะการดูแล การประชาสัมพันธ์การรับรู้สุขภาพจิตและเข้าใจระบบการดูแลยังไม่เพียงพอ มุ่งเน้นการดำเนินงานฝ่ายกายมากกว่าจิต ประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการคัดกรองและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ แต่การติดตามต่อเนื่องมีน้อยและไม่ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในเกณฑ์ดี และมีความต้องการข้อมูลแหล่งติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดวิกฤต ประสิทธิภาพของการเข้าถึงการดูแลเป็นตามเป้าหมายยกเว้นอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้น

สรุป: จากการประเมินพบว่าระบบมีประสิทธิภาพด้านนโยบายบูรณาการสุขภาพสังคม การใช้ประเมินออนไลน์ผสมกับการดูแลสุขภาพจิตทางไกล และควรมีการประเมินผลในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: โรคโควิด-19, ปัญหาสุขภาพจิต, ระบบการดูแลสุขภาพจิต

Abstract

Background and Objective: The COVID-19 outbreak has a tremendous impact on physical, mental and social wellbeing. The department of mental health has developed a policy and plan of care system for people with mental health problems from the pandemic situation.

Methods: The evaluation research on the system effectiveness using CIPP model, mixed methods with focusing on qualitative and quantitative methods respectively, was conducted with total study population (n=303) divided by 55 samples using in-depth interview and 248 samples using the online questionnaire. The content analysis and descriptive statistics were used for analyzing data.

Results: The study samples were mostly female, mean age 30 years, married, undergraduate education and having regular income. From context domain, people using mental health check in assessment of their mental status during May 1st 2020- March 31st 2021 were found to have stress risk 7.65%, depression 9.07% and suicidality 5.01%. Psychosocial care system was well- implemented in the policy under the provincial Emergency Operation Center. From input domain, there were not enough mental health communication in a policy level and few budgets were allocated for crisis mental health service. The inadequate quantity and capacity of mental health professional has affected the care process due to overwhelming physical issues. Overall, the system was effective, most were mental health check in application screening, telephone counseling and the health professional care consequently. Most outcome indicators were achieved. Despite the crisis care, increasing suicide rate suggest the ongoing surveillance on this issue.

Conclusion: The effectiveness system was on the holistic care policy, the self-assessment application and the service from mental team. There is a need for evaluation on the long-term impact of COVID-19 on the psychosocial recovery.

Keywords: COVID-19, mental health problems, mental health care system

บทนำ

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน หลังจากนั้น 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเป็นโรคระบาดต่อมาประกาศเป็น pandemic เมื่อเดือนมีนาคม 2563 เพราะเกิดผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพกายและจิตขนาดใหญ่ทั้งทางตรงคือการติดเชื้อ เจ็บป่วย เสียชีวิตและทางอ้อมจากการเปลี่ยนแปลงด้านมาตรการ วิถีชีวิต สภาพสังคมเศรษฐกิจซึ่งกระทบต่อตัวบุคคล ได้แก่ ตกงานหรือถูกเลิกจ้าง สมาชิกครอบครัวต้องห่างกัน และมีการรักษาระยะห่างสังคม (social distancing) รวมถึงสัมผัสกันในครอบครัวและชุมชนลดลง ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป¹ วิกฤตจากการแพร่ระบาดทำให้เกิดการรับรู้ถึงอันตราย ความทุกข์ทางจิตใจที่เกิดขึ้นมักเกิดจากทรัพยากรที่จำกัดในการจัดการกับความเครียดและความต้องการในชีวิตประจำวัน² พบว่าช่วงปีแรกของการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อโควิด-19 ความสุขของความเป็นอยู่และภาวะซึมเศร้าทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างมากถึงร้อยละ 25³ นอกจากนี้ ปัญหาทางเศรษฐกิจและปัญหาการจ้างงานที่เกิดจากวิกฤตโรคระบาดส่งผลต่อพฤติกรรมและความเครียดมากขึ้น เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง⁴ การใช้สารเสพติด⁵ หรือแม้แต่การฆ่าตัวตาย⁶

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในช่วงของการระบาด เป็นพหุปัจจัย ได้แก่ วัยหนุ่มสาว เพศหญิง ผู้ด้อยโอกาส (เช่น ผู้ยากจน ครอบครัวที่มีรายได้น้อย คนไร้บ้านและผู้ลี้ภัย) ผู้ที่เปราะบาง บุคลากรที่ทำงานฉุกเฉินและบริการติดต่อลูกค้า เช่น แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตำรวจ องค์กรอาสาสมัครแนวหน้า ที่เสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ มีแนวโน้มความวิตกกังวลและความเครียดสูง⁷⁻¹³ โดยเฉพาะบุคลากรสุขภาพ ยังพบความทุกข์ของภาวะเหนื่อยล้าและหมดไฟสูงขึ้น¹⁴ คนในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลางอาจมีระดับความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า มากกว่าในประเทศที่มีรายได้สูงและปานกลาง¹⁵ บุคคลที่มีพื้นฐานอารมณ์อ่อนไหวง่าย มักเกิดอาการวิตกกังวลได้ง่ายซึ่งนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตขั้นรุนแรง¹⁶ สำหรับผู้ป่วยจิตเวชพบว่า มีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การเพิ่มน้ำหนัก การเปลี่ยนแปลงการนอนหลับ และการบริโภคยาสูบเป็นที่แพร่หลายมากขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีปัญหาทางสุขภาพจิต

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิตคนไทยของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในช่วงของการระบาดแต่ละระยะในช่วงวันที่ 1 พฤษภาคม 63 ถึง 31 มีนาคม 65 มีผู้ประเมินตนเองโดยใช้ mental health check in จำนวน 3,065,148 ราย พบความเครียดร้อยละ 7.65 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.07 เสียชีวิตด้วยร้อยละ 5.01 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีภาวะหมดไฟ ร้อยละ 4.16 โดยพบความทุกข์เพิ่มขึ้นในพื้นที่เกิดการระบาดรุนแรงหรือถูกล็อกดาวน์อย่างเข้มงวด และกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพจิตเดิม กลุ่มผู้ตกงานหรือรายได้น้อยหรือประสบปัญหาธุรกิจ ครอบครัวที่มีผู้พึ่งพิงและผู้ถูกกักตัว

ตลอดจนกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ กรมสุขภาพจิตจึงได้กำหนดแผนและแนวทางการดูแลและฟื้นฟูจิตใจประชาชนจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 โดยมีเป้าหมายลดผลกระทบด้านสุขภาพจิตในประชาชน ครอบครัว และชุมชน ใช้กลยุทธ์บูรณาการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตเชิงรุก ควบคุมปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 โดยการค้นหา คัดกรอง เฝ้าระวังประชาชนและกลุ่มเสี่ยงข้างต้น ให้คำแนะนำและการดูแลสังคมจิตใจ นำเข้าสู่ระบบบริการเมื่อมีความซับซ้อน ติดตามต่อเนื่องจนหมดความเสียหาย อยากรู้ดี วิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ทำให้รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจากการลักษณะของการแพร่ระบาด ทำให้เกิดผลกระทบต่อสาธารณสุขและความปลอดภัยของผู้ดูแลสุขภาพจิต จำเป็นต้องมีการปรับบริการสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดให้ครอบคลุมต่อการเข้าถึงประชาชน อีกทั้งยังทำให้ต้องทบทวนระบบการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เปลี่ยนแปลงรูปแบบการสื่อสารทั้งหมดเพื่อให้ประชาชนและเจ้าหน้าที่เข้าถึงการประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเองได้แก่ การใช้สื่อออนไลน์ การพัฒนาโปรแกรม mental health check in การสื่อสารทางไกล การจัดการข้อมูลผ่านฐานข้อมูลออนไลน์ในการดูแลสุขภาพจิต รวมทั้งการดูแลส่งต่อและคุยกับแพทย์ด้วยระบบออนไลน์ โดยที่ยังคงคุณภาพการให้บริการประชาชนเพื่อเป็นต้นแบบการบริการในชีวิตวิถีใหม่ ระยะเวลาดำเนินงานผ่านมา 1 ปี ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ในวิถีใหม่ เพื่อประเมินผลของระบบต่อสุขภาพจิตของผู้รับบริการ รวมทั้งทบทวน ปรับปรุงและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ในอนาคต

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยประเมินผลตามกรอบแนวคิดต้นแบบชิปปี้ (CIPP model) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) โดยวิธีเชิงคุณภาพเป็นหลัก และวิธีเชิงปริมาณเป็นรอง

กลุ่มประชากรที่ศึกษา ใช้วิธีสุ่มเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) แบ่งเป็น

(1) ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นตัวแทนครอบคลุม 4 ภาคของประเทศไทย จำนวนรวมทั้งสิ้น 55 ราย ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 จำนวน 15 ราย กลุ่มผู้ให้บริการ คือ ทีมวิกฤตสุขภาพจิต (MCATT) จำนวน 20 ราย และกลุ่มผู้รับบริการจำนวน 20 ราย ได้แก่ กลุ่มเปราะบางทางสังคม (ผู้ที่มีปัญหาเศรษฐกิจ ตกงาน รายได้น้อย และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

เดิมและปัญหาสุรา/ยาเสพติด) กลุ่มผู้ติดเชื้อโควิด-19 กลุ่มผู้ถูกกักตัว กลุ่มญาติของผู้ติดเชื้อ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำแบบประเมินสุขภาพจิตตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2563 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2565 และพบความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตจากข้อใดข้อหนึ่ง จากฐานข้อมูล mental health check in (2) ผู้ให้ข้อมูลจากแบบสอบถามออนไลน์ โดยกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของทาร์ ยามาเน่ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 248 ราย

เครื่องมือในการศึกษา ประกอบด้วย (1) ประเด็นคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้บริหาร เกี่ยวกับการรับรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติในด้านนโยบาย ปัจจัยสนับสนุน แผนและตัวชี้วัด (2) ประเด็นคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ให้บริการ เกี่ยวกับการรับรู้ ความคิดเห็น การปฏิบัติด้านการใช้แบบประเมิน บทบาทหน้าที่การดำเนินงาน และกระบวนการทำงาน (3) ประเด็นคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้รับบริการ เกี่ยวกับการรับรู้ ความคิดเห็น การปฏิบัติด้านการให้ความพึงพอใจด้านการประเมินสุขภาพจิต กระบวนการดูแลสุขภาพจิต (4) แบบสอบถามออนไลน์สำหรับผู้รับบริการ เกี่ยวกับการรับรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติเกี่ยวกับบริบทและปัจจัยนำเข้าที่สนับสนุนระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 วิถีใหม่

โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (item objective congruence) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นจิตแพทย์ 3 ท่าน มีการปรับปรุงและมีความสอดคล้องด้วยค่า IOC มากกว่า 0.8

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลออนไลน์ mental health check in ดำเนินการประสานรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยผ่าน zoom application และโทรศัพท์มือถือ และดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มผู้รับบริการโดยส่งแบบสอบถามออนไลน์ทาง QR code โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้เข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจและลงนามยินยอม

สถิติวิเคราะห์

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้เชี่ยวชาญและตรวจสอบร่วมกันในการแปลความหมายของข้อมูลครบถ้วนทุกมิติ

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา เป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

ลักษณะกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นกลุ่มผู้บริหาร จำนวน 15 ราย เป็นเพศหญิง 5 ราย (ร้อยละ 33.3) และเพศชาย 10 ราย (ร้อยละ 66.7) กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 20 ราย เป็นเพศหญิง 19 ราย (ร้อยละ 95) และเพศชาย 1 ราย (ร้อยละ 5) อาชีพส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจิตเวช 17 ราย (ร้อยละ 85)

นักจิตวิทยาคลินิก 2 ราย (ร้อยละ 10) และนักสังคมสงเคราะห์ 1 ราย (ร้อยละ 5) กลุ่มผู้รับบริการ จำนวน 20 ราย เป็นเพศหญิง 18 ราย (ร้อยละ 90) เพศชาย 2 ราย (ร้อยละ 10) ให้ข้อมูลครบถ้วนตามประเด็น ผ่านการสัมภาษณ์ออนไลน์

1.1 ความคิดเห็นของผู้บริหาร เกี่ยวกับนโยบายและทิศทางเพื่อจัดการดูแลสุขภาพจิต

ด้านบริบทและกระบวนการ การสั่งการนโยบายมาจากผู้ว่าราชการจังหวัด ภายใต้ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ศบค.) ระดับจังหวัด โดยจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินหรือ EOC เป็นศูนย์สั่งการในส่วนปฏิบัติการร่วมกัน ด้านสาธารณสุขจะสั่งการเกี่ยวกับการดูแลโรคและภัยสุขภาพจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลงไปโรงพยาบาลแต่ละระดับ มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ช่วยดูแลในระดับหมู่บ้าน มีหน่วยงานนอกกระบวนการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแรงงาน ได้แก่ กระทรวงแรงงาน หรือแรงงานจังหวัด ที่ดูแลแรงงานที่ติดเชื้อโควิด 19 ระดับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอีกส่วนหนึ่งได้แก่ วิทยุชุมชน ทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย จะมีทีม MCATT หรือทีมเยียวยาในภาวะวิกฤตสุขภาพจิตทำหน้าที่ดูแลงานสุขภาพจิต ให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิตควบคู่กับการดูแลด้านร่างกาย จัดอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจิตแต่ละโรงพยาบาล รวมทั้งมีการเตรียมการให้คำปรึกษากับกลุ่มมีความเสี่ยงเช่นแรงงาน ไม่ได้รับวัคซีน สื่อสารประสานการทำงานระหว่างโรงพยาบาลในระดับต่างๆกับศูนย์สุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวช ด้านการช่วยเหลือดูแลให้คำปรึกษา โดยใช้การคัดกรองผ่าน mental health check in และมีการนำไปใช้ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 mental health check in จึงมีการรายงานสม่ำเสมอ แต่พบว่าการสื่อสารประเด็นสุขภาพจิตน้อยไปในเชิงนโยบาย

ปัจจัยนำเข้า ควรเพิ่มอัตรากำลังบุคลากรและการพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้องในเรื่องของสุขภาพจิต รวมทั้งผู้บริหาร ด้านการสื่อสารจัดการความเสี่ยงในภาวะวิกฤต และจัดการปัญหาเรื่องความคล่องตัวของงบประมาณในองค์กรที่ต้องแบกรับการจ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงบุคลากรในการออกไปบริการประชาชนในการบริการเชิงรุก ไม่ถูกตีค่าให้เป็นมูลค่าที่จะจ่ายกลับคืนมาให้กับสถานบริการ มีการเสนอให้บูรณาการงบฯขึ้นร่วมกัน ดังคำกล่าว “*อยากจะทำให้มีการบูรณาการงบฯขึ้นร่วมกันในทุกกรมของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งเขตสุขภาพ ทั้งกรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ทุกสิ่งอย่าง แต่มีเรื่องจิตจะอยู่ในนั้นเป็นการบูรณาการงบฯขึ้น เราจะทำแผนร่วมกัน แล้วพองบฯลงมันก็ง่ายขึ้น พอเขานุมัติงบมาจะได้ดำเนินการร่วมกันค่ะ*”

ผลลัพธ์ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการและกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลสุขภาพจิตมีความครอบคลุมตามเป้าหมาย แต่มีตัวชี้วัดอัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากรบางหน่วยงานยังไม่บรรลุเป้าหมาย สำหรับในอนาคต ผู้บริหารเสนอความคิดเห็นว่า ควรมีแผนการติดตามป้องกันและเฝ้าระวังสุขภาพจิตไปพร้อมกับทางกายและสังคม

“มันต้องใช้พลัง เราอย่างเดียวไม่พอ ต้องมีส่วนอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง ผมไปกับท่านปลัดจังหวัด ไปกับนายอำเภอ ไปกับหัวหน้าส่วน ไปกับทุกราย”

“สิ่งที่สำคัญคือเรื่องทีม นำ ทีมไอซีเอส เขาเรียกว่าทีม EOC อะไรของเขานั้นแหละ มันต้องขัดแต่แรก ขัดเฉพาะรายที่ตรงกับงาน และต้องมีระบบการติดตามตัววัดให้มันชัด แล้วก็มีการลงไปให้กำลังใจ และมองให้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบอย่าดูกายอย่างเดียวให้ดูใจด้วยเสมอ”

1.2 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการ เกี่ยวกับการรับนโยบาย แผนการปฏิบัติงานและการให้บริการ

บริบทและปัจจัยนำเข้า มีการถ่ายทอดนโยบายจากกรมสุขภาพจิตโดยมีคำสั่งของกรมสุขภาพจิตแจ้งไปยังเขตสุขภาพ โดยมีคณะกรรมการ service plan เขตและจังหวัด ถ่ายทอดไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ที่รับคำสั่ง และมีหนังสือสั่งการจาก สสจ. ไปยังหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น รพศ., รพท., รพช., สสอ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะประชุมชี้แจงผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดและอำเภอ โดยประชุมทุกวัน ทุกสัปดาห์ ทุกสองสัปดาห์ และทุกเดือน ในแบบ onsite และ online รวมทั้งจัดการสื่อสารถ่ายทอดผ่านช่องทางไลน์กลุ่มผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าว “มีผู้นำ อบต. มีหมดเลย อสม. ประธานอสม. ก็คือทุกภาคส่วน ของโรงเรียน ผอ. โรงเรียน ก็คือ หน่วยงานราชการทุกภาคส่วน โรงเรียน วัด กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ในส่วนราชการ และภาคประชาชน” จัดทำแผนปฏิบัติการสุขภาพจิตไว้ในแผนยุทธศาสตร์ด้านการควบคุมป้องกันโรคและได้มีการทบทวนปรับปรุงแผนและงบประมาณในแผนปฏิบัติงานประจำปีด้านการควบคุมป้องกันโรคของเครือข่ายอำเภอ มีการจัดตั้งทีม MCATT โดยระดับจังหวัด ได้แก่ (1) ทีม MCATT โรงพยาบาลจังหวัด เพื่อดูแลให้ความรู้เครือข่ายทีม MCATT ในระดับอำเภอและมีศักยภาพให้การดูแลผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีโรคทางจิตเวช (2) ทีม MCATT ระดับอำเภอ ได้แก่ ทีม MCATT โรงพยาบาลชุมชน เพื่อดูแลให้ความรู้เครือข่ายทีม MCATT ระดับตำบลและมีศักยภาพในการประเมินคัดกรองและให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตในพื้นที่ (3) ทีม MCATT ระดับตำบล ได้แก่ ทีม MCATT ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงอสม. เพื่อดูแลสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ที่มีศักยภาพในการประเมินคัดกรองเบื้องต้น ให้การปฐมพยาบาลทางด้านจิตใจ และให้คำปรึกษารายบุคคลหรือครอบครัว ดังคำกล่าว “การเยียวยาจิตใจของพี่ ก็คือในช่วงแรกก็ยังลงเยี่ยมบ้านไม่ได้ แต่ก็อาจจะประสานกับ อสม. ในเรื่องการเยียวยาจิตใจ บางทีเคลสที่ให้ อสม. ประเมิน เพราะว่า อสม. ของพี่ จะรับผิดชอบทุกหลังคาเรือนอยู่แล้ว อสม. จะมีหมายเลขโทรศัพท์ทุกหลังคาเรือน ก็ให้ประเมินแต่ละบ้านว่า ในเรื่องสภาพของจิตใจ แรกๆ ก็คุยผ่านไลน์กันก่อน หลังๆ ก็มีการลงเยี่ยมบ้าน ในเคสที่มีปัญหา”

กำหนดว่าเจ้าหน้าที่กลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุข ให้ใช้ mental health check in ในประชาชนทั่วไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิดที่รักษาในโรงพยาบาลสนาม ศูนย์พักคอยต่างๆ และประเมินผู้ป่วยอันดับแรกก่อนที่จะส่งไปอยู่ในโรงพยาบาลสนามหรือศูนย์พักคอย มีความเห็นว่าแอปพลิเคชันนี้ มีประโยชน์เพราะสามารถประเมินสุขภาพจิตเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชาชนชนทั่วไปทุกกลุ่มอายุ ทั้งองค์กรและสถานประกอบการ ทำให้รู้และวางแผนการบริหารจัดการดูแลกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งให้คำแนะนำในการดูแลตนเองกับประชาชนทั่วไปได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ ให้ความเห็นว่า ควรลดจำนวนข้อคำถามให้น้อยลง มีระบบแจ้งเตือนผ่านไลน์ เชื่อมข้อมูลที่เป็น service ของกรมทั้งหมดเข้าไปอยู่ใน mental health check in และพัฒนาเป็นระบบข้อมูลให้ผู้ให้บริการสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างละเอียด ทำได้ง่าย ตรงความต้องการนำไปใช้ประโยชน์เชิงพื้นที่ รวมทั้งประชาสัมพันธ์ mental health check in ในทุกรูปแบบและกลุ่มเป้าหมาย ตามคำกล่าว “กรมมีหลายแอปพลิเคชันมาก ถ้าจะเอา mental health check in เป็นเมนูหลักของกรมเลย ก็ควรต้องลิงก์ข้อมูลที่เป็น service ของกรมทั้งหมดเข้าไปอยู่ในนี้ มันจะทำให้เป็นแอปพลิเคชันที่มีประโยชน์ และมีคนเข้าถึงจำนวนมากแล้ว จะเห็นเลยว่าดี case ได้รับการบำบัดรักษาไปด้วย มีระบบ refer ไปด้วย ให้ครบวงจรไปเลย และเชื่อมต่อกับหน่วยงานภาคส่วนอื่นที่มาเกี่ยวข้องด้วย พี่มองว่ามันดีแล้ว แล้วข้อมูลทั้งหมด น่าจะมีการคืนข้อมูลทั้งหมดให้กับคนที่เกี่ยวข้องนำไปพัฒนางานต่อได้”

กระบวนการ ผู้ให้บริการให้ความเห็นว่าแนวทางในการดูแลจิตใจของกรมสุขภาพจิตดีมากเพราะเน้นทำงานแต่ละกลุ่มวัย กลุ่มป่วย พยายามที่จะให้ประชาชนมีส่วนร่วม สร้างภาคีเครือข่าย ส่วนปัญหาอุปสรรคในการติดตามในสถานการณ์โรคโควิด-19 ที่เป็นโรคระบาดรุนแรงไม่สามารถลงเปิดติดตามเยี่ยมตามนโยบายได้ จำเป็นต้องใช้โทรศัพท์ติดตามเพราะบุคลากรงานสุขภาพจิตมีน้อย และคู่มือแนวทางที่ใช้ในการทำงานในเชิงวิชาการมีมากเกินไปไม่สามารถนำไปใช้ได้จริงและยุ่งยากในการนำไปใช้ บุคลากรต้องการพัฒนาศักยภาพในด้านการอบรมให้ความรู้และสร้างทักษะการให้คำปรึกษา การดูแลภาวะวิกฤตสุขภาพจิต มีหลักสูตร MCATT เพื่อจัดการความสูญเสีย และการอบรม อสม. ในการเฝ้าระวังสุขภาพจิตของคนในชุมชน และควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เป็นสหวิชาชีพ ในทุกวิชาชีพให้มีความเท่าเทียมกันหรือเสมอภาคกัน ดังคำกล่าว “ช่วงก่อนโควิด ทางกรมมีงบประมาณมาสนับสนุนฟื้นฟู ทั้ง 3 ระดับ บุคลากร อสม. ก็ยากให้ทำต่อเนื่อง เพราะถึงยังงั้นก็ต้องอึดเฉา ถ้าเกิดภาวะวิกฤตขึ้นมา คนในองค์กร คนในชุมชน เขาต้องรู้ว่าเขาจะต้องรับมือกับปัญหาจิตใจเขาอย่างไร เขาจะอยู่กับโรคนี้ได้อย่างไร พี่คิดว่า

บุคลากรหรือคนในชุมชน อสม. เพราะเขาใกล้ชิดกว่าเรา พี่มอว่าคนในชุมชนทำอะไร ภาควิเคราะห์เรา โดยมีบุคลากรเป็นตัวเชื่อมที่จะเข้าถึง ...การที่จะเลือกคนทำงานด้านสุขภาพจิต ที่คนคิดสำคัญมาก ต้องสร้างทัศนคติให้กับคนทำงาน เกื้อกูลเข้มแข็ง มีสร้างทักษะให้ตนเอง รวมถึงอสม.ด้วย ก็ต้องสร้างทักษะด้วย เพราะคนที่ดูแลคนในชุมชนคือ อสม. ที่ได้เรียนรู้คือ ภาควิเคราะห์ในชุมชนช่วยดูแลและส่งมาให้เรา คนในชุมชนเขาต้องช่วยส่งเสริมแนะนำ ดูแลประคับประคองจิตใจของคนในชุมชน ทำอย่างไรทุกคนรอบครัว คนในชุมชนถึงจะทำได้ ถ้าคนในชุมชนเข้าใจงานสุขภาพจิตแล้วการทำงานทำได้ดีขึ้น"

1.3 ความคิดเห็นของผู้รับบริการเกี่ยวกับระบบการคัดกรอง การเข้าถึง การได้รับบริการ

บริบท ผู้รับบริการส่วนใหญ่รู้จักแบบประเมินด้านสุขภาพจิตต่างๆ จากเว็บไซต์ กลุ่มเพื่อนและรุ่นพี่ บางคนเคยทำแบบสอบถามในรูปแบบกระดาษ เช่น ที่โรงพยาบาลสนาม

ปัจจัยนำเข้า เข้าถึงโดยเจ้าหน้าที่แนะนำ และการสืบค้นในเว็บไซต์ด้วยตนเอง เพราะสนใจอยากทำแบบประเมินเองจึงลองค้นหาในอินเทอร์เน็ต มองว่าทำได้สะดวก เข้าถึงได้ง่าย ตอบคำถามได้ง่ายไม่ต้องคิดนาน แต่มีข้อคำถามมากเกินไป และการประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง

กระบวนการ ส่วนใหญ่บอกว่าทำแบบประเมินแล้วได้รับการดูแล ให้ยามารับประทานเป็นเวลา 2 เดือน มีการโทรศัพท์เข้ามาสอบถามติดตามอาการ 1 ครั้ง โดยมีการให้คำแนะนำให้ความรู้ แต่ไม่มีการนัดพบแพทย์ ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ได้แก่คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เช่น ไม่ควรเครียด ให้หากิจกรรมทำ นอกจากนี้ผู้รับบริการยังตอบว่า ไม่ได้มีเจ้าหน้าที่ออกมาเยี่ยมที่บ้าน มีเจ้าหน้าที่โทรศัพท์หาเพียงหนึ่งครั้ง นอกจากนี้ยังพบอีกว่า หลังจากประเมินแล้วความเครียดสูงมีเจ้าหน้าที่จากกรมสุขภาพจิตโทรศัพท์เข้าไปหาผู้รับบริการ มีการสอบถามในประเด็นต่างๆ ได้แก่ สอบถามอาการว่าเป็นอย่างไบบ้าง รู้สึกอย่างไร อยากบอกเล่าให้เจ้าหน้าที่ฟังหรือไม่ มีเรื่องอะไรไม่สบายใจ มีเรื่องอะไรที่เล่าให้ใครฟังไม่ได้ หรือมีอะไรอยากคุย สามารถเล่าให้เจ้าหน้าที่ฟังได้ และยังพบว่า มีเจ้าหน้าที่โทรศัพท์มาพูดคุยสอบถามและให้คำแนะนำต่างๆ หรือจาก รพ.สต. ใกล้บ้านออกไปเยี่ยมที่บ้าน

ผลลัพธ์ ส่วนใหญ่อาการดีขึ้นหลังได้รับคำปรึกษาทางไกล และมีความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง เพราะมีคนให้ความสำคัญกับความรู้สึกตนเอง มองว่าเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำดี แต่อยากให้มีการแนะนำเพิ่มเติมให้ด้วยว่าควรไปพบแพทย์ที่ไหน และอยากให้มีการตรวจประเมินโดยการพูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์แบบเห็นหน้าเพื่อการตรวจมีความชัดเจนมากขึ้น มีการโทรศัพท์ติดตามอาการมากกว่า 1 ครั้ง อาจจะเป็น 1, 2 และ 3 เดือน และการลงเยี่ยมบ้าน ควรมีการติดต่อนัดหมายกับผู้รับบริการก่อน

2. ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

มีผู้รับบริการตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 32.85 ± 9.94 ปี ช่วงอายุระหว่าง 19-76 ปี สถานภาพโสด (ร้อยละ 60.5) การศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 60.5) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 90.5) หนึ่งในสามรับราชการ (ร้อยละ 31) มีเงินเดือนประจำ (ร้อยละ 65.7) มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 51.2 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาเชิงปริมาณ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย : หญิง	58: 189	23.4 : 76.2
สถานภาพการสมรส		
สมรส	85	34.3
โสด	150	60.5
หย่า/หม้าย/แยก	12	4.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	9	3.6
มัธยมศึกษา	50	20.2
ปวช./ปวส.	20	8.1
ปริญญาตรีขึ้นไป	168	67.8
ศาสนา		
พุทธ	225	90.7
อิสลาม : คริสต์	9:05	3.6: 2.0
ไม่นับถือศาสนา	8	3.2
อาชีพ		
รับราชการ	86	31
พนักงานเอกชน	46	18.5
รับจ้างทั่วไป	38	12.5
ค้าขาย	11	4.4
เกษตรกร	3	1.2
ธุรกิจส่วนตัว	9	8.8
นักเรียนนักศึกษา	14	5.6
ว่างงาน	40	16.1
รายได้		
มีรายได้ประจำ	188	75.8
ไม่มีรายได้	46	18.5
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	127	51.2
ไม่เพียงพอ	78	31.5

ช่องทางการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับแนวทางการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ประสบปัญหาจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ระดับมากและมากที่สุด จาก social media (ร้อยละ 58.9) รองลงมาคือบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลใกล้บ้าน (ร้อยละ 39.6) ส่วนช่องทางรับรู้ที่น้อยที่สุดคือหอกระจายข่าว (ร้อยละ 6.4) การรับรู้หรือได้ยินชื่อทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT) อยู่ในระดับน้อย ส่วนใหญ่รู้จักแบบสอบถามความเครียดและซึมเศร้ามาก (ร้อยละ 71.8 และ 71.3) และรู้จักแบบประเมิน

ในรูปแบบแอปพลิเคชันหรือเว็บไซต์ เพียงร้อยละ 37.5 ส่วนใหญ่ของอาสาสมัครผู้ให้บริการประเมินสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมินแอปพลิเคชัน mental health check in หรือเว็บไซต์ www.วัดใจ.com เห็นว่าง่ายและสะดวกถึงร้อยละ 81.5 ได้รับการช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการใกล้บ้านในพื้นที่ ถึงร้อยละ 66.9 รองลงมาคืออาสาสมัครสาธารณสุข ทีมสุขภาพจิต (MCATT) และประชาชนจิตอาสา คิดเป็นร้อยละ 43.5, 38.7 และ 26.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงการรับรู้และคิดเห็นระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์โรคโควิด 19

	มาก จำนวน (ร้อยละ)	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
1. ช่องทางการรับรู้ข่าวสารแนวทางการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ประสบปัญหา ระบาดของโรคโควิด 19 จากมากถึงน้อย		
1.1 โซเชียลมีเดีย เช่น line facebook	69 (27.8)	77 (31.1)
1.2 บุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลใกล้บ้าน	48 (19.4)	50 (20.2)
1.3 กรมสุขภาพจิต	48 (19.4)	22 (8.9)
1.4 ศูนย์สุขภาพจิต	41 (16.5)	15 (6.0)
1.5 โรงพยาบาลจิตเวช	36 (14.5)	27 (10.9)
1.6 โทรทัศน์	32 (12.9)	33 (13.3)
1.7 อาสาสมัครสาธารณสุข	26 (10.5)	18 (7.3)
1.8 สื่อสิ่งพิมพ์ (หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร แผ่นพับ)	26 (10.5)	14 (5.6)
1.9 นิตรรศการ	14 (5.6)	3 (1.2)
1.10 วิทู	11 (4.4)	10 (4.0)
1.11 หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน	7 (2.8)	9 (3.6)
2. การรับรู้หรือเคยได้ยินชื่อ ทีมเยียวยาจิตใจผู้ประสบวิกฤต เรียกสั้นๆ ว่า “ทีมเอ็มแคท (MCATT)”	23 (9.8)	14 (5.6)
3. การรู้จักแบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต		
3.1 แบบสอบถามความเครียด	86 (34.7)	92 (37.1)
3.2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า	76 (30.6)	101 (40.7)
3.3 แบบสอบถามภาวะหมดไฟ	66 (26.6)	71 (28.6)
3.4 แบบสอบถามความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	71 (28.6)	72 (29.0)
4. การรู้จักMental Health Check in/www.วัดใจ.com	33 (13.3)	60 (24.2)
5. ความง่าย/สะดวกในการประเมินสุขภาพจิตแบบกระดาษ	43 (17.3)	21 (8.5)
6. ความง่าย/สะดวกในการประเมินสุขภาพจิตแบบแอปพลิเคชัน Mental Health Check in	58 (23.4)	144 (58.1)
7. การให้บริการช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ประสบปัญหาจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่มาก-น้อยโดย		
7.1 บุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการใกล้บ้าน	66 (26.6)	100 (40.3)
7.2 อาสาสมัครสาธารณสุข	71 (28.6)	37 (14.9)
7.3 ทีมวิกฤตสุขภาพจิต (MCATT)	60 (24.2)	36 (14.5)
7.4 ประชาชนจิตอาสา	47 (19.0)	18 (7.3)

ตารางที่ 3 การปฏิบัติและความพึงพอใจเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์โรคโควิด-19

ข้อคำถาม	จำนวน (ร้อยละ)
1. มีการทำแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต ในแอปพลิเคชัน Mental Health Check in/ www.วัดใจ.com มากกว่า 1 ครั้ง ช่วงการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 พค 63-31 มีค 65	129 (52.0)
2. หลังจากทำแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต มีบุคลากรทางการแพทย์ติดต่อกลับมาหา	162 (65.4)
3. ได้รับคำแนะนำหรือคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ผ่านช่องทาง มาก-น้อย	
3.1 โทรศัพท์	154 (60.7)
3.2 นัดไปพบผู้บำบัดที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน	24 (9.6)
3.3 ผ่านสื่อออนไลน์ เช่น เว็บไซต์ ไลน์วิดีโอคอล	17 (6.8)
3.4 ส่งต่อเพื่อพบจิตแพทย์	15 (6.0)
3.5 เยี่ยมบ้าน	14 (5.6)
4. ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัครสาธารณสุข	29 (11.7)
5. สามารถนำคำปรึกษามาปฏิบัติดูแลจิตใจตนเองได้จริงมากที่สุดจากบุคลากรดังต่อไปนี้	
5.1 ทีมสุขภาพจิต ชื่อ เอ็มแคท (MCATT)	77 (31.1)
5.2 อาสาสมัครสาธารณสุข	60 (24.2)
6. ความพึงพอใจระดับมากที่สุดจากการได้รับบริการในระบบการดูแลผู้ประสบปัญหาจากการแพร่ระบาดโรคโควิด 19	
6.1 ทำแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตด้วยแบบ Mental Health Check in/ www.วัดใจ.com	145 (58.5)
6.2 การให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์	119 (47.9)
6.3 บุคลากรสุขภาพจิตให้คำปรึกษาที่ช่วยได้	115 (26.3)
7. ความพึงพอใจระดับมากที่สุดจากการได้รับบริการในระบบการดูแลผู้ประสบปัญหาจากการแพร่ระบาดโรคโควิด 19	
7.1 อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับฟังปัญหาของท่านอย่างใส่ใจ	43 (17.4)
7.2 การส่งต่อพบจิตแพทย์	42 (17.0)
7.3 การให้คำปรึกษาผ่านทางออนไลน์ (Line Facebook)	42 (17.0)
7.4 ผู้นำชุมชนได้รับฟังปัญหาของท่านอย่างใส่ใจ	32 (12.9)
7.5 การติดตามเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข	30 (12.1)
7.6 ประชาชนจิตอาสารับฟังปัญหาของท่านอย่างใส่ใจ	25 (10.1)

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งได้ทำแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต ในแอปพลิเคชัน หรือเว็บไซต์มากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 52) มากกว่าครึ่งมีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ติดต่อกลับมาหาอย่างน้อย 1 ครั้ง (ร้อยละ 65.4) ผู้รับบริการได้รับคำแนะนำหรือคำปรึกษาผ่านช่องทางโทรศัพท์มากที่สุด (ร้อยละ 60.7) ส่วนน้อยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัครสาธารณสุข (ร้อยละ 11.7) ความสามารถนำคำปรึกษาด้านการดูแลจิตใจตนเองมาปฏิบัติได้จากทีมสุขภาพจิต ชื่อ เอ็มแคท (MCATT) มากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุข (ร้อยละ 31.1 และ 24.2 ตามลำดับ) และมากกว่าครึ่งของผู้รับบริการพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด-19 ด้านการคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตจากแอปพลิเคชัน

mental health check in หรือเว็บไซต์ www.วัดใจ.com มากและมากที่สุด (ร้อยละ 58.5) รองลงมาคือในด้านการให้คำปรึกษาจากบุคลากรสุขภาพจิตโดยทางโทรศัพท์และโดยเผชิญหน้า (ร้อยละ 47.9 และ 46.3 ตามลำดับ)

วิจารณ์

จากการศึกษาประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์การแพร่ระบาด โดยใช้ CIPP model

ด้านบริบทพบว่าทุกฝ่ายมีความตระหนัก มองเห็นผลกระทบด้านสุขภาพจิต มีนโยบายข้อสั่งการผ่านตามกลไกของศูนย์บัญชาการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ตามระดับ แต่การสื่อสารประเด็นสำคัญด้านสุขภาพจิตสู่ผู้ปฏิบัติยังมีน้อยไม่ชัดเจน

ในการปฏิบัติ ไม่ครอบคลุมประเด็นและไม่ทั่วถึง ทำให้ผู้บริหารให้ความสำคัญน้อยเมื่อเทียบกับประเด็นทางกาย ด้านปัจจัยนำเข้าและกระบวนการพบว่าใช้ระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นการบูรณาการดำเนินงานด้านกาย จิต สังคม ในระบบบริการเดิม โดยใช้ทีมทำงานสุขภาพจิต MCATT ในการดำเนินงานเชิงรุก สื่อสารการดำเนินงานกับพื้นที่ใช้ ช่องทางการประชุมทั้งทางไกลและใกล้ โดยใช้ข้อมูลสุขภาพจิต จากฐานข้อมูลการประเมินสุขภาพจิต mental health check in เป็นตัวขับเคลื่อนในการดำเนินการชี้เป้าการทำงานของพื้นที่ ใช้กระบวนการคัดกรอง ประเมิน ดูแลและติดตาม ส่งต่อใน ระบบเมื่อไม่ดีขึ้น โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้คัดกรอง ตามบ้าน พูดคุย และส่งต่อตามศักยภาพหน่วยบริการ เพื่อให้ ทีมสุขภาพจิตช่วยเหลือตามลำดับ จากผลการประเมินทั้ง ผู้ให้และผู้รับบริการมีความพึงพอใจระบบคัดกรองด้วย mental health check in มากที่สุด และพึงพอใจในการให้คำปรึกษา ทางโทรศัพท์และการให้คำปรึกษาโดยบุคลากรสาธารณสุข ใกล้บ้าน ตามลำดับ อย่างไรก็ตามปัญหาในการใช้ mental health check in คือ จำนวนข้อคำถามที่มาก ไม่สามารถระบุ ตัวผู้รับบริการถ้าไม่อนุญาตให้เข้าถึงตัว เมื่อมีการเข้าถึงตัวได้ ส่วนใหญ่จะเป็นการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นส่วนใหญ่ มักจะได้รับการติดตามเพียงครั้งเดียว ผู้รับบริการบางท่าน เห็นว่าไม่เพียงพอในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ไม่สามารถ ติดต่อกลับเพื่อขอความช่วยเหลือได้เพราะขาดเบอร์ติดต่อ ของแหล่งช่วยเหลือที่ชัดเจน มีระบบแจ้งเตือนผ่านไลน์ ให้เชื่อม ข้อมูลที่เป็น service ของกรมทั้งหมดเข้าไปอยู่ใน mental health check in และพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อผู้ให้บริการ สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างละเอียด สิ่งที่ต้องปรับปรุง สำคัญคือ ประชาชนไม่รู้จักชื่อทีมเยียวยาวิกฤตสุขภาพจิต MCATT จึงต้องประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรู้จักบทบาทหน้าที่ ให้มากขึ้น ส่วนด้านบุคลากร ยังขาดแคลนและต้องการพัฒนา ศักยภาพ ทั้งผู้บริหาร ผู้ให้และผู้รับบริการเห็นว่าควรมี การพัฒนาศักยภาพทั้ง 3 กลุ่มให้รู้และเข้าใจ การสื่อสารความเสี่ยง ในภาวะวิกฤต (ผู้บริหาร) การพัฒนาทักษะเชิงลึกในการดูแล รักษาปัญหาสุขภาพจิตที่มีผลกระทบจากภาวะวิกฤต (ผู้ให้ บริการ) และอบรม อสม.และภาคีเครือข่ายระดับชุมชน เรื่อง การเฝ้าระวังสุขภาพจิตของรายในชุมชนและส่งต่อช่วยเหลือ

ผู้วิจัยพบว่าผู้บริหาร ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีความเห็นไปในทางเดียวกันว่าภายใต้สถานการณ์การระบาดของ โควิด-19 ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตจากหลายปัจจัย ทั้งสุขภาพและสังคม ตรงกับข้อมูลของ mental health check in ในช่วงเวลาก่อนระบาดใหญ่ครั้งที่ 3 (วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563 ถึง 30 เมษายน 2563) ช่วงการระบาดรุนแรงขึ้น (วันที่ 1 พฤษภาคม 2563 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2565) และ ช่วงที่การระบาดไม่รุนแรง (วันที่ 1 เมษายน 2565 ถึง 19 พฤศจิกายน 2565) พบว่าปัญหาสุขภาพจิตจะมีความสัมพันธ์ กับระยะการระบาดแต่ละครั้ง ถ้ามีการระบาด ปัญหาสุขภาพจิต จะมากขึ้น ซึ่งจะพบความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อ

การฆ่าตัวตาย สูงขึ้น ผู้บริหารยังมองว่าการประชาสัมพันธ์ ประเด็นสุขภาพจิตนั้นไม่ชัดเจนและครอบคลุมผลกระทบต่างๆ สอดคล้องกับ Gao และคณะ¹⁷ ที่ให้ข้อเสนอแนะว่าภาครัฐ ควรให้ความสำคัญในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนทั่วไป ผ่านโซเชียลมีเดีย ในเรื่องการระบาดของไวรัสโควิด-19 เพราะมีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิต ทั้งภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ส่วนการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลปัญหา สุขภาพจิตในสถานการณ์โรคโควิด-19 โดยใช้การค้นหา คัดกรอง ประเมิน ให้การดูแลและติดตามผลผ่านระบบออนไลน์ นั้น ไม่ว่าจะเป็น mental health check in หรือ www. วัดใจ.com นั้นเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับระบบการดูแลผู้ที่มี ปัญหาสุขภาพจิตของหลายประเทศที่ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของ โควิด-19 ใช้โปรแกรมประเมินสุขภาพจิตของตนเอง และติดตามผู้ป่วยผ่านช่องทางออนไลน์มากขึ้นให้สอดคล้องกับ ข้อจำกัดของการเว้นระยะห่างทางสังคมในช่วงของการ แพร่ระบาด และในการศึกษาจะเน้นการพัฒนากระบวนการ สุขภาพจิตให้มากขึ้น¹⁸ เพื่อชดเชยการเว้นระยะห่างและไม่สามารถ เข้าถึงหน่วยบริการได้ รวมทั้งเน้นให้ประชาชนสามารถดูแล สุขภาพจิตตนเอง บุคคลที่มีความเครียดต้องเรียนรู้การ ผ่อนคลายและถ้าจำเป็นต้องปรึกษาบุคลากรทางสุขภาพจิต ในการช่วยเหลือ¹ ส่วนผลลัพธ์ ผู้รับบริการได้เข้าถึงบริการและ การได้รับการดูแลจากกลุ่มเสี่ยงผ่านตามเกณฑ์เป้าหมาย กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่สุขภาพจิตดีขึ้นจากการได้รับบริการ และ มีความพึงพอใจ แต่อย่างไรก็ดีการฆ่าตัวตายสำเร็จยังสูงขึ้น ในภาพรวมของประเทศ ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการต่อไป ในอนาคต

สำหรับปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินการได้แก่ นโยบาย ผู้ที่ดูแลนโยบายในส่วนของการปกครองมีความสำคัญ ต่อการเตรียมพร้อม การดำเนินการรวมทั้งการจัดสรร งบประมาณต่างๆ การบูรณาการดำเนินงาน ในด้านการ สนับสนุน โดยทรัพยากรที่สำคัญคือบุคลากร ทั้งภาคส่วนนอก ระบบสาธารณสุขและในระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะเครือข่าย ระดับชุมชนนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขนั้นเป็นจุดเชื่อมต่อ สำคัญในการคัดกรอง เฝ้าระวังปัญหา และส่งต่อเข้าสู่บริการ สาธารณสุข สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่เห็นความสำคัญ การพัฒนาการดูแลสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลการศึกษาที่ผู้ให้บริการพูดถึงทักษะของอาสาสมัคร สาธารณสุข ผู้รับบริการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตร่วมกับการ นำคำปรึกษาจากอาสาสมัครสาธารณสุขไปใช้ได้น้อย สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกลุ่มนี้ เพื่อช่วยในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับเครือข่าย ในชุมชน เพราะปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาใหญ่ สอดคล้องกับ การเสนอว่าต้องมีแนวทางในการกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติ เกี่ยวกับการบูรณาการสุขภาพจิตบริการในชุมชนในบริบท ของการเตรียมความพร้อมและรับมือโรคระบาดในอนาคต

สิ่งที่ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพจิตในสถานการณ์ การแพร่ระบาดไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยส่วนใหญ่คือ

ปัจจัยนำเข้า คือ ความพร้อมของบุคลากรของพื้นที่ การศึกษาพบว่าทั้งจำนวนและศักยภาพของผู้ดูแลปัญหาสุขภาพจิตยังไม่เพียงพอ ต้องมีการพัฒนาศักยภาพในอนาคตเพื่อรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤติ รวมทั้งการเพิ่มเติมบุคลากรสุขภาพจิตเข้าไปในระบบบริการเพื่อดูแลปัญหาสุขภาพจิตที่หลากหลายและซับซ้อน กระบวนการติดตามต่อเนื่องยังไม่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและไม่มีจุดแจ้งเมื่อต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม การขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินการที่ไม่เพียงพอและการบริการเชิงรุกไม่ถูกนับเป็นมูลค่าการให้บริการ จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดของการจ่ายค่าบริการเชิงรุก ในการดูแลภาวะวิกฤตสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Xiang และคณะ¹⁹ ให้มีการปฏิรูปการประกันสุขภาพและพัฒนาบริการสุขภาพจิตชุมชนเป็นหลัก เพราะการให้บริการตามโรงพยาบาลอาจจะมีข้อจำกัดเนื่องจากมีการจำกัดการขนส่งสาธารณะตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 ปัญหาในด้านบริบทคือขาดการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้และเข้าใจการดูแลสุขภาพจิตเมื่อเกิดภาวะวิกฤต (crisis mental health literacy) รวมทั้งการดำเนินการดูแลสุขภาพจิตโดยเน้นภาครัฐ งานวิจัยได้ระบุว่า ยังมีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์น้อยและไม่ครอบคลุมทุกประเด็น สื่อและองค์ความรู้เพื่อการอบรมมีมากแต่ยังมีความเป็นวิชาการมากเกินไป ยังขาดเชิงเทคนิคที่ลงไปแก้ปัญหาของสุขภาพจิตในชุมชนที่เป็นบริบทของพื้นที่ และต้องมีแผนรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตที่ซับซ้อนได้แก่ การฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นของประเทศที่เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังสถานการณ์โรคโควิด-19 ตามแนวทางตาม Health Footprint of COVID-19 ที่คาดว่าปัญหาสุขภาพจิตจะเพิ่มขึ้นภายหลังโรคระบาด

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกเกี่ยวกับการประเมินผลระบบการดูแลสุขภาพจิตในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งมีการศึกษาในผู้บริหาร ผู้ให้บริการและผู้รับบริการในแต่ละระดับที่มีความหลากหลาย ดำเนินการวิจัยโดยใช้ mixed method เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อให้ได้ผลการวิจัยหลายมุมมองโดยมีผู้วิจัยและนักวิเคราะห์จากภายนอกเพื่อลดอคติของการเก็บรวบรวมข้อมูล การแปลผลข้อจำกัดคือเนื่องจากรูปแบบของการสุ่มตัวอย่างแบบ purposive sampling อาจทำให้เกิดการเบี่ยงเบนของกลุ่มศึกษาหรืออคติจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection bias) ซึ่งอาจไม่สอดคล้องหรือเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด จะพบว่ากลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาคือเป็นเพศหญิง อายุวัยกลางคน อาชีพรับราชการ และมีรายได้ประจำเดือนที่เพียงพอ ทำให้เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มใช้เทคโนโลยีมากกว่า และอาจมีความพอใจกับรูปแบบการให้บริการทางไกลอยู่แล้ว ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยผ่านมาเป็นปีทำให้เกิดความลำเอียงในการจดจำ (recall bias) ได้ กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำเฉพาะได้แก่ mental health check in หรือ MCATT ว่าคืออะไร ส่งผลต่อการตอบคำถาม

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ได้แก่ (1) การถ่ายทอดนโยบายที่เป็นแผนดำเนินการไม่ใช่แค่ response ต้องมีนโยบายและแผนระยะยาวที่ดูแลผลกระทบระยะยาว การติดตามตัวชี้วัดระยะยาวให้เป็นแผนระดับประเทศ การบูรณาการสุขภาพจิตในการดำเนินการทางกายเป็นปัจจัยสำเร็จที่สำคัญ ทั้งการบูรณาการงบประมาณที่ต้องจัดสรรให้เหมาะสมทั้งกลางและข้างขึ้นทั้งทางกาย ใจ สังคมที่ไม่แยกส่วน (2) การอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขโดยกลไกคณะกรรมการร่วมและประชุมอย่างสม่ำเสมอ (3) การประชาสัมพันธ์และสื่อสารความรอบรู้สุขภาพจิตแก่สาธารณชนเพื่อเตรียมพร้อมทางภาวะวิกฤตโรคอุบัติใหม่ต่อไปข้างหน้า (4) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข โดยเน้นที่อาสาสมัครสาธารณสุขและเครือข่ายปฐมภูมิ การพัฒนาสื่อสร้างความรอบรู้ที่นำไปใช้ได้จริงบนความต้องการของประชาชน (5) การปรับปรุง mental health check in ให้ใช้ง่าย คั้นข้อมูลให้พื้นที่ ต่อยอดในการดำเนินการแบบ real time และชี้เป้าปัญหาสุขภาพจิตให้พื้นที่ และ (6) ระบบการติดตามเผื่อระวังที่ชัดเจน และแนวทางการช่วยเหลือให้ตอบสนองความต้องการของประชาชน

สรุป

จากการศึกษา พบว่าระบบมีประสิทธิผลด้านนโยบายการบูรณาการกาย จิต และสังคมด้วยกัน และกระบวนการในการใช้ข้อมูลจากแอปพลิเคชัน เพื่อประเมินตนเองและดูแลสุขภาพจิต และบริการให้คำปรึกษาทางไกลจากทีมบุคลากรสุขภาพจิต ยังพบว่าการปรับปรุงด้านปัจจัยนำเข้า บุคลากรและงบประมาณ รวมถึงทักษะของบุคลากรต่อไป ผลลัพธ์ยังต้องมีการติดตามเผื่อระวังผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ผู้ให้บริการทั้งกรมสุขภาพจิต สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้รับบริการ กลุ่มภารกิจจิตเวชชุมชนและสังคม กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต คุณธิดา จุลินทร คุณพัชรินทร์ ศิริวิสุทธิรัตน์ คุณอนัญญา นะรัมย์ ที่ช่วยประสานงานและสนับสนุนให้งานวิจัยประสบผลสำเร็จ

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้วิจัยไม่ได้รับทุนสนับสนุนในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ แต่เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวางแผนระบบบริการในสถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด-19

เอกสารอ้างอิง

1. Zhang Y, Ma ZF. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(7):2381.
2. Patel PC, Rietveld CA. The impact of financial insecurity on the self-employed's short-term psychological distress: evidence from the COVID-19 pandemic. *J Bus Ventur Insights* 2020; 14:e002062020.
3. World Health Organization. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide. [press release], 2022. [cited November 20, 2022] Available from: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>.
4. Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian J Psychiatr* 2020;51:102092.
5. Nagelhout GE, Hummel K, de Goeij MCM, de Vries H, Kaner E, Lemmens P. How economic recessions and unemployment affect illegal drug use: a systematic realistic literature review. *Int J Drug Policy* 2017;44:69–83.
6. Milner A, Page A, LaMontagne A. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013;8:e51333. doi: 10.1371/journal.pone.0051333
7. Mann FD, Krueger RF, Vohs KD. Personal economic anxiety in response to COVID-19. *Pers Individ Dif* 2020;167:110233.
8. Salameh P, Hajj A, Badro DA, Abou Selwan C, Aoun R, Sacre H. Mental health outcomes of the COVID-19 pandemic and a collapsing economy: perspectives from a developing country. *Psychiatry Res* 2020;294:113520.
9. Hu Y, Qian Y. COVID-19 and adolescent mental health in the United Kingdom. *J Adolesc Health* 2021;69:26–32.
10. Ribeiro F, Schröder V, Krüger R, Leist AK. The evolution and social determinants of mental health during the first wave of the COVID-19 outbreak in Luxembourg. *Psychiatry Res* 2021;303:114090.
11. Shammi M, Bodrud-Doza M, Towfiqul Islam ARM, Rahman MM. COVID-19 pandemic, socioeconomic crisis and human stress in resource-limited settings: A case from Bangladesh. *Heliyon* 2020; 6:e04063.
12. Van Bavel JJ, Baicker K, Boggio PS, Capraro V, Cichocka A, Cikara M. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nat Hum Behav* 2020;4:460–71.
13. Dlugosz P. Factors influencing mental health among American youth in the time of the Covid-19 pandemic. *Personal Individ Differ* 2021;175:110711.
14. Liu X, Chen J, Wang D, Li X, Wang E, Jin Y. COVID-19 outbreak can change the job burnout in health care professionals. *Front Psychiatry* 2020;11:563781.
15. Tee M, Wang C, Tee C, Pan R, Reyes P.W, Wan X. Impact of the COVID-19 pandemic on physical and mental health in lower and upper middle-income Asian countries: A comparison between the Philippines and China. *Front Psych* 2021;11:1631.
16. Han Q, Zheng B, Agostini M, Bélanger JJ, Gützkow B, Kreienkamp J. Associations of risk perception of COVID-19 with emotion and mental health during the pandemic. *J Affect Disord* 2021;284:247–55.
17. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One* 2020;15(4):e0231924.
18. Hou R, Yang L, Tang Z, Chen T. Caring for patients in mental health services during COVID-19 outbreak in China. *Ann Gen Psychiatry* 2020;19(1):1-3.
19. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry* 2020;7:228–9.