

การวิเคราะห์สถานการณ์: สภาวะสุขภาพจิตประชาชนจังหวัดมหาสารคาม
ที่เป็นผลกระทบจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*
SITUATION ANALYSIS: STATE OF MENTAL HEALTH OF PEOPLE IN MAHA
SARAKHAM PROVINCE WHICH IS THE IMPACT OF THE OUTBREAK OF
CORONAVIRUS 2019

นวลปรังค์ ดวงสว่าง

Nuanprang Duangsawang

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มหาสารคาม ประเทศไทย

Maharakham Provincial Public Health Office, Maharakham, Thailand

Corresponding author E-mail: pranganster@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ คือ วิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิต เก็บข้อมูลระดับทุติยภูมิจากเครื่องมือตรวจเช็คสุขภาพใจ (พลังใจ, เบื่อหน่ายงาน, เครียด, ซึมเศร้า, เสี่ยงฆ่าตัวตาย) ในระยะที่ 1 ช่วงเริ่มระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 ระยะที่ 2 ช่วงการระบาดหนักของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2564 และระยะที่ 3 ช่วงหลังการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่างจากตาราง Krejcie & Morgan สุ่มแบบตารางเลขสุ่ม ผลการศึกษาระยะที่ 1 ทดสอบสถิติ Chi-square test จากตัวอย่าง 536 คน พบ อายุ, ลักษณะครอบครัว, เศรษฐกิจ, การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ระยะที่ 2 ทดสอบสถิติ Spearman Rank Correlation จากตัวอย่าง 400 คน พบ อายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้พลังใจลดลง, เบื่องานมากขึ้น, เครียดลดลง, ซึมเศร้าลดลง และมีแนวโน้มฆ่าตัวตายลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ระยะที่ 3 ทดสอบสถิติ Odds Ratio จากตัวอย่าง 460 คน พบ 1) ผู้รายได้น้อย มีหนี้สินเป็นโรคเรื้อรัง ป่วยติดเตียง มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย 56.25 เท่า, ภาวะเครียด 49.88 เท่า, ซึมเศร้า 44.80 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไป และ 2) ผู้มีรายได้น้อย/หนี้สิน จะมีภาวะเสี่ยงด้านพลังใจ 22.05 เท่า, ภาวะเครียด 18.85 เท่า, ซึมเศร้า 16.46 เท่า, มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย 11.14 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไป สรุปปัจจัยเสี่ยงด้านรายได้ โรคเรื้อรัง ป่วยติดเตียง สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสุขภาพจิต อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การกำหนดนโยบาย และกลยุทธ์เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตแบบครบวงจรจึงเป็นสิ่งสำคัญ

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, เชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ตรวจเช็คสุขภาพใจ

Abstract

This study is a descriptive research for analyzing the mental health situation using secondary data (resilience quotient, boredom, stress, depression, suicidal), namely Phase 1 that was conducted during the Coronavirus Disease 2019 outbreak B.E. 2563, Phase2 that was conducted during the severe outbreak of the Coronavirus Disease 2019 outbreak B.E. 2564, and Phase3 that conducted after the Coronavirus Disease 2019 outbreak B.E. 2565. The results were

* Received 24 July 2024; Revised 14 August 2024; Accepted 16 August 2024

based on data derived from a sample randomly selected from the table of Krejcie & Morgan and the table of random number revealed that the Phase1, the data were tested by means of Chi-Square test from 536 sample size, it was found that age, family characteristics, economy, and illness were significantly related to mental health conditions at the 0.05 level; the Phase2, the data were tested by means of Spearman Rank Correlation from 400 sample size, it was found that increasing age resulted in decreased resilience quotient, increased work boredom, decreased stress, decreased depression, and decreased suicidal tendency at the statistical significant level of 0.05; the Phase3, the data were tested by means of odds ratio from 460 sample size, it was found that 1) People with low income, people in debt, people with chronic disease, and bedridden patients tended to commit suicide 56.25 times, be stressed 49.88 times, be depressed 44.800 times compared to general people, and 2) People with low income, people in debt tended to have a risk of resilience quotient 22.05 times, a risk of stress 18.85 times, a risk of depression 16.46 times, and a risk of suicide 11.14 times compared to general people. In summary, risk factors include income, chronic disease, and bedridden illness. All those are continuously correlated with the occurrence of mental health conditions. Thus, it is necessary to formulate policies and strategies to address comprehensive mental health problems.

Keywords: Mental Health, Coronavirus Disease 2019, Mental Health Check In

บทนำ

การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในชีวิตประจำวัน อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพจิต ซึ่งทั่วโลกยังไม่มีประสบการณ์ต่อการจัดการปัญหา (Gloster, A. T. et al., 2020) ผลเสียต่อสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อระบบประสาท (Bliźniewska-Kowalska, K. M. et al., 2021) หลักฐานความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นมีจำกัด พ.ศ. 2563 จังหวัดมหาสารคาม ได้สำรวจสภาวะสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วน ครั้งที่ 1 จากแบบสอบถามของกรมสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ยินยอมรับการดูแลรักษา รับคำปรึกษาจากหน่วยบริการสุขภาพและการบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 38.03 จาก 1370 ราย ดังนั้น สิ่งสำคัญ คือ การสร้างความตระหนักรู้ในปัญหาสุขภาพจิตเพื่อปรับทัศนคติและการปฏิบัติ รวมถึงติดตามดูแลกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจิตในชุมชน (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7, 2564) ต่อมา พ.ศ. 2563 - 2564 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้เผยแพร่นวัตกรรมเครื่องมือเฝ้าระวังสุขภาพจิตประชาชน ในชื่อ “โปรแกรม Mental Health Check In” เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัคร ใช้ประเมินค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตมาดูแล ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนประเมินสุขภาพจิตตนเองและเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว โดยมีองค์ประกอบ 5 ส่วน คือ พลังใจ, ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ, ความเครียด, ภาวะซึมเศร้า, ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการประเมินที่ไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ หากผลประเมินพบว่า มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต จะมีการขอความยินยอมในการให้ข้อมูลส่วนบุคคลอีกครั้ง เพื่อการติดตามดูแลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หากผู้ประเมินไม่ยินยอม ก็ยังคงมีสิทธิในการใช้บริการดูแลจิตใจแบบออนไลน์อื่น ๆ ได้ ข้อมูลที่รวบรวมไว้จะมีการใช้เพื่อประมวลผลประกอบการเฝ้าระวังสถานการณ์สุขภาพจิต และจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับตามจรรยาบรรณวิชาชีพ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) พ.ศ. 2562 (กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข, 2564)



ดังที่กล่าวมา ผู้ศึกษาวิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต ในเขต จังหวัดมหาสารคาม จึงได้ศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาในช่วงสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 - 2565 โดยนำเครื่องมือที่เรียกว่า Mental Health Check In มาใช้เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์: สภาวะ สุขภาพจิตประชาชนจังหวัดมหาสารคาม คาดหวังว่า ข้อมูลดังกล่าวจะสามารถเป็นข้อมูลต่อการกำหนดกลยุทธ์ งานสุขภาพจิต รวมถึงเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับสนับสนุนวิชาการ ประสานงาน ควบคุม กำกับ ติดตาม นิเทศ ประเมินผลงานสุขภาพจิต ในหน่วยบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในเขตจังหวัดมหาสารคาม ในช่วงระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 - 2565

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

เครื่องมือ Mental Health Check In เนื้อหาประกอบด้วย 1) แบบสอบถามเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเครียดด้วยแบบทดสอบ Stress Test หรือ St-5 2) แบบสอบถามเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบทดสอบ The Patient Health Questionnaire-2 หรือ Phq-2 3) แบบสอบถามเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบทดสอบ The Patient Health 4) Questionnaire-9 หรือ Phq-9 แบบสอบถามเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบทดสอบ The Patient Health Questionnaire-8 หรือ Phq-8 และ 5) แบบประเมิน RQ (Resilience Quotient) เพื่อใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจ และการจัดการกับปัญหา ซึ่งเครื่องมือ (แบบสอบถามมาตรฐาน) นี้ได้มาจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยอ้างอิงความเที่ยงตรงและน่าเชื่อถือของเครื่องมือจากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แบบประเมินภาวะเครียด Stress Test หรือ ST-5 ประกอบด้วย 5 คำถาม ได้แก่ ปัญหาการนอนหลับ สมาธิลดลง ความหงุดหงิด ความเบื่อหน่ายและการแยกตัวจากสังคม โดยผู้ตอบแบบประเมินต้องให้คะแนนถึงประสบการณ์ของอาการในช่วง 2 - 4 สัปดาห์ ที่ผ่านมามีด้วยคะแนนระดับ Likert 4 จุด 0 - 3 คะแนน หากคะแนนอยู่ที่ 0 - 4 ผลการประเมินภาวะเครียดจะอยู่ในระดับไม่มีความเครียดคะแนน 5 - 7 อยู่ในระดับอาจมีความเครียดและหากคะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป มีความเครียดและมีปัญหาจากภาวะเครียดซึ่งการตัดคะแนนเป็นกลุ่มคือ ไม่มีความเครียด 0 - 4 อาจมีความเครียด 5 - 7 และมีปัญหา ≥ 8 ซึ่ง ST-5 มีความถูกต้องพร้อมกันที่ยอมรับได้ในขณะที่สเกลแสดงความสอดคล้องภายในที่ดี คือ $\alpha = 0.80$ ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นค่าความเที่ยงตรงหรือ Validity และในขณะเดียวกันค่าทดสอบความสอดคล้องภายในหรือ Internal Consistency: α เท่ากับ 0.80 (Teeravisutkul, P. et al., 2019)

2. แบบประเมินภาวะเสี่ยงซึมเศร้า คือ แบบสอบถาม The Patient Health Questionnaire-2 หรือ PHQ-2 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า คือ The Patient Health Questionnaire Depression Module หรือ PHQ-9 ส่วน The Patient Health Questionnaire Depression Module หรือ PHQ-8 เป็นแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและทักษะการเผชิญปัญหาในชีวิตโดยประสิทธิภาพการจำแนกความไวและความจำเพาะของเครื่องมือดังกล่าวมีค่าการทดสอบ Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve และ Area Under The Curve (AUC) เท่ากับ 0.73 จุดตัดที่เหมาะสมอยู่ที่ 2 และเท่ากับ 0.88 จุดตัดที่เหมาะสมอยู่ที่ 5 ความไวและความจำเพาะของการใช้ร่วมกันระหว่าง The Patient Health Questionnaire-2 หรือ PHQ-2 และ The Patient Health Questionnaire Depression Module หรือ PHQ-9 และ The Patient Health

Questionnaire Depression Module หรือ PHQ-8 ที่ได้จากการทดสอบ Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve และ Area Under The Curve หรือ AUC พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.82 (0.81 - 0.84) โดยหาก PHQ-2 มีข้อใดข้อหนึ่งไม่ผ่านจะทำการประเมินต่อด้วย PHQ-9 และ PHQ-8 ตามลำดับ (Levis, B. et al., 2020)

ตัวแปรต้น คือ เพศ, อายุ, การศึกษา, ประวัติสุขภาพ, ลักษณะบุคคลที่เปราะบาง, รายได้/เศรษฐกิจ

ตัวแปรตาม คือ ภาวะเครียด, เสี่ยงซึมเศร้า, เสี่ยงฆ่าตัวตาย และพลังใจเผชิญชีวิตเก็บข้อมูลใช้ข้อมูลระดับทุติยภูมิ (Secondary Data) ระหว่าง 1 มกราคม 2563 - 31 ธันวาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ผลกระทบจากการเริ่มระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่าง 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่าง 400 คน จากประชากร 42,089 คน

ระยะที่ 2 ผลกระทบจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง ระหว่าง 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 กลุ่มตัวอย่าง 536 คน จากประชากร 139,379 คน

ระยะที่ 3 ผลกระทบหลังการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่าง 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่าง 460 คน จากประชากร 90,258 คน

คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากตาราง Krejcie & Morgan สุ่มอย่างง่ายด้วยตารางเลขสุ่ม

เกณฑ์ในการคัดอาสาสมัครเข้าโครงการวิจัย คือ ประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม ที่สมัครใจประเมินคัดกรองสภาวะสุขภาพจิตผ่านโปรแกรม Mental Health Check In ซึ่งภายในโปรแกรมจะประกอบด้วยเครื่องมือการประเมินพลังใจ, เป้าหมายงาน, เครียด, ซึมเศร้า, เสี่ยงฆ่าตัวตาย)

การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง และการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้วิจัยทำการประชุมแบบออนไลน์ 1 ครั้ง เพื่อขอความร่วมมือให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบลพิมพ์ QR-Code ให้กับประชาชนในพื้นที่ ผ่านช่องทางสื่อสารแบบ line ในระดับหมู่บ้าน 2) ประชาชนที่สนใจทำการสแกน QR-Code เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพจิต ตนเอง 3) เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลที่ประชาชนทำการประเมินสภาวะสุขภาพจิตจากข้อมูลระดับทุติยภูมิในโปรแกรมฯ แล้ว นำข้อมูลมาเรียงตามตารางเลขสุ่มและเข้าสู่ระบบการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ คือ จำนวนและการแจกแจง, ร้อยละและทดสอบค่า Person Chi-Square หากข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติจึงทดสอบสถิติ Non-Parametric แบบ Spearman Rank Correlation (ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์, 2559) ทดสอบ Fisher's Exact Test และ Odds Ratio (OR) เพื่อบอกขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยง (ปัทพงศ์ เกษสมบูรณ์, 2562)

จริยธรรมการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลวาปีปทุมจังหวัดมหาสารคาม โดยยึดหลักตามประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) เลขที่ 15/2565 ให้ไว้เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 จังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดเกณฑ์ชี้วัดผลสำเร็จของการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 พร้อมนำเข้มาติที่ประชุมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) เพื่อรับรองแนวทางดำเนินการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตประชาชน ในภาวะวิกฤตการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีรายละเอียด ดังนี้ คือ 1) ประชาชน ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพจิต ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 จากการสุ่มประเมิน 2) ผลการคัดกรอง ประเมินการณ์ว่าประชาชน มีภาวะเครียดระดับมากที่สุด ควรไม่น้อยกว่าร้อยละ 3) มีภาวะซึมเศร้า ควรไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 จากกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้า และ 4) ประชาชนที่ พบว่า มีภาวะเครียด,

ชิมเศร้า, หดใจจากการทำงาน ได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 100 ต่อมาได้ทดสอบสถิติ Person Chi-Square พบว่า มีตัวแปรหลายตัวที่มีความสัมพันธ์กัน รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 1 - 2

ตารางที่ 1 ค่า Person Chi-Square ของความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุ และสภาวะสุขภาพจิต

อายุ (ปี)	ระดับภาวะเครียด (ST5)		p	ระดับภาวะซึมเศร้า (9Q)			p	แนวโน้มฆ่าตัวตาย (8Q)		p
	ปกติ	เสี่ยง		ปกติ	น้อย	กลาง		ปกติ	น้อย	
11 - 20	14 (3.5%)	1 (33.3%)	0.02	12 (3.1%)	2 (20.0%)	1 (100%)	0.00	15 (3.8%)	0 (0.0%)	0.49
21 - 30	10 (2.5%)	1 (33.3%)		10 (2.6%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)		11 (2.8%)	0 (0.0%)	
31 - 40	33 (8.3%)	0 (0.0%)		30 (7.7%)	3 (30.0%)	0 (0.0%)		32 (8.0%)	1 (100%)	
41 - 50	89 (22.4%)	0 (0.0%)		86 (22.1%)	3 (30.0%)	0 (0.0%)		89 (22.3%)	0 (0.0%)	
51 - 60	107 (27.0%)	1 (33.3%)		107 (27.5%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)		108 (27.1%)	0 (0.0%)	
61 - 99	144 (36.3%)	0 (0.0%)		144 (37.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		144 (36.1%)	0 (0.0%)	
รวม	397 (100%)	3 (100%)		389 (100%)	10 (100%)	1 (100%)		399 (100%)	1 (100%)	

ตารางที่ 2 ค่า Person Chi-Square ระหว่างลักษณะครอบครัว, หน่วยบริการสุขภาพ และสภาวะสุขภาพจิต

ลักษณะบุคคล และครอบครัว	แนวโน้มฆ่าตัวตาย: 8Q			ลักษณะบุคคล และครอบครัว	ระดับภาวะเครียด: ST5		
	ปกติ	น้อย	p		ปกติ	เสี่ยง	p
ครอบครัวมีผู้ป่วยติด เตียง/วัยเรียน/วัยรุ่น	33 (8.3%)	0 (0.0%)	0.028	มีอาการสงสัย/กักตัว/ มาจากพื้นที่เสี่ยง	70 (17.6%)	1 (33.3%)	0.029
ครอบครัวมีผู้สูงอายุ	82 (20.6%)	0 (0.0%)		ธุรกิจมีปัญหา/ล้มเหลว	11 (2.8%)	0 (0.0%)	
ครอบครัวมีผู้สูงอายุ และเด็กแรกเกิด	15 (3.8%)	0 (0.0%)		ผู้ป่วยเรื้อรัง/รับยา ต่อเนื่อง	12 (30.7%)	0 (0.0%)	
นักเรียน	13 (3.3%)	0 (0.0%)		ผู้พิการทางกายหรือจิต	23 (5.8%)	1 (33.3%)	
บุคลากรทางการ ศึกษา	7 (1.8%)	0 (0.0%)		ครอบครัวมีผู้ป่วยติด เตียง	13 (3.3%)	1 (33.3%)	
บุคลากรทาง สาธารณสุข	6 (1.5%)	0 (0.0%)		ว่างงาน/ถูกเลิกจ้าง/ตก งาน	122 (30.7%)	0 (0.0%)	
ประชาชนทั่วไป	94 (23.6%)	0 (0.0%)		ครอบครัวมีผู้ป่วย/ถูก กักตัว	36 (9.1%)	0 (0.0%)	
ผู้พิการทางกาย	22 (5.5%)	0 (0.0%)		รวม	397 (100.0%)	3 (100.0%)	

ตารางที่ 2 ค่า Person Chi-Square ระหว่างลักษณะครอบครัว, หน่วยบริการสุขภาพ และสภาวะสุขภาพจิต (ต่อ)

ลักษณะบุคคล และครอบครัว	แนวโน้มฆ่าตัวตาย: 8Q			ลักษณะบุคคล และครอบครัว	ระดับภาวะเครียด: ST5		
	ปกติ	น้อย	p		ปกติ	เสี่ยง	p
ผู้พิการทางจิต	1 (0.3%)	0 (0.0%)					
ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง	7 (1.8%)	0 (0.0%)					
ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว	11 (2.8%)	0 (0.0%)					
พระภิกษุสามเณร	7 (1.8%)	0 (0.0%)					
แม่บ้าน	14 (3.5%)	1 (100%)					
อาสาสมัคร	22 (5.5%)	0 (0.0%)					
สาธารณสุข							
ไม่อยู่ในกลุ่มที่ระบุ	65 (16.3%)	0 (0.0%)					
รวม	399 (100%)	1 (100%)					

ตารางนำเสนอเฉพาะตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 - 2 พบว่า ช่วงอายุ, ลักษณะครอบครัว, สภาวะเศรษฐกิจ/การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ตัวอย่าง เช่น อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียด, ซึมเศร้า และมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ที่ค่า P-Value เท่ากับ 0.002, 0.000, 0.049 ตามลำดับ

ระยะที่ 2 พ.ศ. 2564 จังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดกลยุทธ์คัดกรองและดูแลสุขภาพจิตให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยใช้เครื่องมือนี้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ คือ ตัวชี้วัดที่ 16.1: ความสำเร็จของการคัดกรองและติดตาม ดูแลสภาวะสุขภาพจิตเชิงรุก ด้วยเครื่องมือ Mental Health Check In และกำหนดมาตรการการดูแลสภาวะสุขภาพจิต ที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้ คือ มาตรการที่ 1 ค้นหา คัดกรองและดูแลประชาชน ที่มีภาวะเครียด เปื่อหน่วยงานฆ่าตัวตาย และซึมเศร้าด้วยเครื่องมือ Mental Health Check In, มาตรการที่ 2 สร้างวัคซีนใจในกลุ่มบุคคล (อิด อีด สู้) โดยแยกผู้ที่ผ่านการคัดกรองเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงความเครียด กลุ่มเสี่ยงซึมเศร้า กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย แล้วเชื่อมโยงสู่การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและให้คำปรึกษา/เยี่ยมบ้าน (ออนไลน์), มาตรการที่ 3 ชุมชนและองค์กรต้นแบบมีภูมิคุ้มกันทางใจ เพื่อให้ประชาชนสามารถปรับพฤติกรรมดำเนินชีวิตตามวิถีใหม่

ต่อมา ผู้วิจัยจึงได้ทดสอบค่า Person Chi-square ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นำมาทดสอบ Normality Tests แบบ Kolmogorov-Sminov พบตัวแปรระดับ Ordinal และ Interval มีนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 เป็นข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ จึงทดสอบสถิติ Non-Parametric แบบ Spearman Rank Correlation เพื่อหาทิศทางและระดับความสัมพันธ์พบมีตัวแปรต้น ที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม รายละเอียดตามตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ค่า Spearman Rank Correlation ระหว่างช่วงอายุ/ระดับหน่วยบริการสุขภาพ กับ สถานะสุขภาพจิต

ตัวแปรต้น		ตัวแปรตาม				
		พลังใจ	เบื่อหน่ายงาน	ภาวะเครียด	ซึมเศร้า	แนวโน้มฆ่าตัวตาย
ช่วงอายุ	ค่าสหสัมพันธ์	-0.321	0.184	-0.223	-0.262	-0.213
	P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	ระดับความสัมพันธ์	ต่ำ	ต่ำมาก	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ

ตารางนำเสนอเฉพาะตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 พบ ช่วงอายุมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ เชิงลบ กับความเสี่ยงของพลังใจ (RQ) คือ อายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ระดับความเสี่ยงของพลังใจในการเผชิญปัญหาลดลง, ช่วงอายุ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก เชิงบวก กับการเบื่อหน่ายงาน (Burn-Out) คือ หากอายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ระดับการเบื่อหน่ายงานเพิ่มมากขึ้น, ช่วงอายุ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ เชิงลบ กับภาวะเครียด (ST5) คือ อายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ระดับภาวะเครียดลดลง, ช่วงอายุ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำเชิงลบ กับภาวะซึมเศร้า (9Q) คือ อายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดลง, ช่วงอายุมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ เชิงลบ กับแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (8Q) คือ อายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายลดลง

ระยะที่ 3 พ.ศ. 2565 จังหวัดมหาสารคาม ยังคงกำหนดให้เครื่องมือ Mental Health Check In เป็นตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่องและครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย คือ ตัวชี้วัดที่ 14.1: ความสำเร็จของการคัดกรองและติดตามดูแลสถานะสุขภาพจิตเชิงรุก (Active Screening) ด้วยเครื่องมือ Mental Health Check In & E-Mail Alert คำนวณ: 1 เกณฑ์การให้คะแนน: กำหนดข้อละ 1 คะแนน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) ซึ่งคะแนนเป็นอิสระต่อกัน รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ กรณีงานสุขภาพจิต

เกณฑ์การให้คะแนน
1. บุคลากรทางสาธารณสุข ได้รับการเพิ่มศักยภาพการใช้ประโยชน์จากเครื่องมือ Mental Health Check in & E-mail Alert (มี 0.2 คะแนน, ไม่มี 0 คะแนน ในแต่ละข้อย่อย) 1.1 แลกเปลี่ยนข้อมูลและคืนข้อมูลให้เครือข่ายรพ.สต. ผ่านline, Facebook, โทรศัพท์ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 1.2 แลกเปลี่ยนข้อมูล/คืนข้อมูล ผ่านการประชุมผู้บริหารและบุคลากร สอ. อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน 1.3 แลกเปลี่ยนข้อมูล/คืนข้อมูล ผ่านการประชุมผู้บริหารและบุคลากรหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง 1 ครั้งต่อเดือน 1.4 สรุปผลการใช้ประโยชน์จากเครื่องมือ ให้ผู้บริหาร EOC ระดับอำเภอรอบอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน 1.5 สรุปผลการการใช้ประโยชน์จากเครื่องมือ ให้ผู้บริหารนำเสนอ EOC ในระดับจังหวัดรอบ 1 ครั้งต่อเดือน
2. พยาบาลสุขภาพจิตผู้ใหญ่ หรือพยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น มีทักษะการทำงานเป็นทีมเพื่อปฏิบัติการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team; MCATT) (มี 0.2 คะแนน, ไม่มี 0 คะแนน ในแต่ละข้อย่อย) 2.1 มีผู้รับผิดชอบงาน MCATT ที่ผ่านการอบรมฯ แล้วอย่างน้อย 1 คน ต่ออำเภอ 2.2 มีทีมปฏิบัติการ MCATT ในระดับอำเภอ อย่างน้อย 1 ทีม 2.3 มีผลการดำเนินการ MCATT ในระดับอำเภอ อย่างน้อย 1 เหตุการณ์ 2.4 มี โครงการรองรับปฏิบัติการ MCATT ในระดับอำเภอ อย่างน้อย 1 โครงการ 2.5 ทีม MCATT ในระดับอำเภอ เป็นกลไกภารกิจหนึ่งในทีม Operation ของคณะกรรมการ EOC
3. ทีม MCATT และเครือข่าย ได้คัดกรองและดูแลสถานะสุขภาพจิตเชิงรุก (Active Screening) ด้วยเครื่องมือ Mental Health Check in และ E-mail Alert โดยมีการคัดกรองฯ และติดตามดูแล ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จากตำบลทั้งหมด และมีผลการติดตามฯ จาก E-mail Alert ร้อยละ 100 (1 คะแนน ไม่มี 0 คะแนน)



ตารางที่ 4 ตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ กรณีงานสุขภาพจิต (ต่อ)

เกณฑ์การให้คะแนน	
4. ผลคัดกรองและดูแลสถานะสุขภาพจิตเชิงรุก (Active Screening) ด้วยเครื่องมือ Mental Health Check in และ E-mail Alert ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ (มี 0.2 คะแนน, ไม่มี 0 คะแนน ในแต่ละข้อย่อย)	
4.1 ผลคัดกรองฯ ครอบคลุมผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และญาติ, ผู้ถูกกักตัว (Quarantine) และต่างด้าว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 และมีผลติดตามฯ จาก E-mail Alert ร้อยละ 100 (มี 0.2 คะแนน, ไม่มี 0 คะแนน ในแต่ละข้อย่อย)	
4.2 คัดกรองฯ ครอบคลุมกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์/สธ./อสม. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีผลติดตามฯ จาก E-mail Alert ร้อยละ 100	
4.3 คัดกรองฯ ครอบคลุมกลุ่มผู้พิการทางกายและจิต/ผู้ป่วยทางจิต ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และมีผลติดตามฯ จาก E-mail Alert ร้อยละ 100	
4.4 คัดกรองครอบคลุมผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และมีผลติดตามฯ จาก E-mail Alert ร้อยละ 100	
4.5 คัดกรองครอบคลุม กลุ่มดงงาน/หนี้สิน/ล้มละลาย/รายได้น้อย/เด็กและวัยรุ่น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และมีผลติดตามฯ จาก E-mail Alert ร้อยละ 100	
5. มีโครงการที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองและดูแลสถานะสุขภาพจิตเชิงรุก (Active Screening) แบบบูรณาการ (มี 0.2 คะแนน, ไม่มี 0 คะแนน ในแต่ละข้อย่อย)	
5.1 บูรณาการกับโครงการต่าง ๆ ในพื้นที่ ร้อยละ 100 ของตำบลทั้งหมด	
5.2 บูรณาการกับโครงการ TO BE NUMBER ONE ร้อยละ 100 ของตำบลทั้งหมด	
5.3 บูรณาการกับโครงการป้องกันควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 100 ของตำบลทั้งหมด	
5.4 บูรณาการสุขภาพจิตทุกช่วงวัยเข้ากับระบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ร้อยละ 100 ของตำบลทั้งหมด	
5.5 บูรณาการสุขภาพจิตทุกช่วงวัยเข้ากับระบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ขับเคลื่อนโดย พขอ.	

จากตารางที่ 4 พบว่า เครื่องมือ Mental Health Check In ถูกเชื่อมต่อกับระบบ E-mail Alert ซึ่งเป็นระบบติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษา ซึ่งต้องผ่านการยินยอมจากผู้ประเมินตนเองด้วยเครื่องมือ Mental Health Check In จากการเก็บข้อมูล E-mail Alert พ.ศ. 2565 พบว่า ยังมีปริมาณน้อย ไม่เหมาะสมต่อการนำมาทดสอบทางสถิติ เนื่องจากขณะนั้นอยู่ระหว่างเริ่มใช้งานเครื่องมือ E-mail Alert ในจังหวัดมหาสารคาม

ต่อมา ผู้ศึกษาได้ทดสอบสถิติ Non-Parametric แบบ Spearman Rank Correlation เพื่อหาทิศทางและระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุ/ระดับหน่วยบริการสุขภาพ/ลักษณะบุคคล กับ สถานะสุขภาพจิต

ตัวแปรต้น		ตัวแปรตาม			
		พลังใจ	ภาวะเครียด	ซึมเศร้า	แนวโน้มฆ่าตัวตาย
ช่วงอายุ	ค่าสหสัมพันธ์	-0.298		-0.186	-0.171
	P	0.000		0.000	0.000
	ระดับความสัมพันธ์	ต่ำ		ต่ำมาก	ต่ำมาก
ลักษณะบุคคล	ค่าสหสัมพันธ์	-0.184	-0.196		-0.297
	P	0.000	0.000		0.000
	ระดับความสัมพันธ์	ต่ำมาก	ต่ำมาก		ต่ำ

ตารางนำเสนอเฉพาะตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 5 พบว่า ช่วงอายุมีความสัมพันธ์ระดับต่ำในเชิงลบกับความเสี่ยงของพลังใจ (RQ) คือ หากอายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ระดับความเสี่ยงของพลังใจลดลง, ช่วงอายุมีความสัมพันธ์ระดับต่ำมากในเชิงลบกับภาวะ



ชิมเคร้า (9Q) คือ หากอายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ระดับภาวะชิมเคร้าลดลง, ช่วงอายุ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมากในเชิงลบกับแนวโน้มฆ่าตัวตาย (8Q) คือ หากอายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายลดลง ส่วนลักษณะบุคคลประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, เจ้าหน้าที่หน่วยงานสังกัดอื่น, บุคลากรทางการศึกษา, ประชาชน, ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและหรือผู้ป่วย, อาสาสมัครสาธารณสุขนั้น พบว่า ลักษณะบุคคลตามสายงานการประกอบอาชีพหรือบทบาทที่มีความเกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความแตกต่างกัน คือ RQ ต่ำมากเชิงลบ, ST5 ต่ำมากเชิงลบ, 8Q ต่ำ เชิงลบ ต่อมาทดสอบ Chi-square Test และ Fisher's Exact Test และ Odds Ratio (OR) เพื่อบอกขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยง รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การทดสอบ Fisher's Exact Test และ Odds Ratio (OR) ในปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

ปัจจัยเสี่ยง	พลังใจ (QR)		(p-value)	95% CI for OR			การแปลผล
	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง		OR	lower	upper	
รายได้พอเพียง	441 (98.7%)	6 (1.3%)	0.001	22.050	4.818	100.923	ผู้มีรายได้น้อย/หนี้สิน จะมีภาวะเสี่ยงด้านพลังใจ (ในการเผชิญปัญหา) เป็น 22.050 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้รายได้พอเพียง
มีรายได้น้อย/หนี้สิน	10 (76.9%)	3 (23.1%)					
ปัจจัยเสี่ยง	เป้าหมายงาน		(p-value)	95% CI for OR			การแปลผล
	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง		OR	lower	upper	
ไม่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	58 (30.1%)	135 (69.9%)	0.00	9.999	5.079	19.686	ผู้ติดเชื้อ COVID-19 จะมีภาวะเสี่ยงในการเป้าหมายงาน เป็น 9.999 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	11 (4.1%)	256 (95.9%)					
ปัจจัยเสี่ยง	ภาวะเครียด (ST5)		(p-value)	95% CI for OR			การแปลผล
	ไม่เครียด	เครียด		OR	lower	upper	
รายได้พอเพียง	440 (98.4%)	7 (1.6%)	0.002	18.857	4.247	83.728	ผู้มีรายได้น้อย/หนี้สิน จะมีภาวะเครียด เป็น 18.857 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้รายได้พอเพียง
รายได้พอเพียง/ไม่เป็นโรคเรื้อรัง/ไม่ติดเตียง	449 (98.0%)	9 (2.0%)	0.043	49.889	2.888	861.833	ผู้มีรายได้น้อย/มีหนี้สิน/เป็นโรคเรื้อรัง/ติดเตียงจะมีภาวะเครียด เป็น 49.889 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ ผู้รายได้พอเพียง/ไม่เป็นโรคเรื้อรัง/ไม่ติดเตียง
มีรายได้น้อย/หนี้สิน/เป็นโรคเรื้อรัง/ติดเตียง	1 (50.0%)	1 (50.0%)					
ปัจจัยเสี่ยง	ชิมเคร้า (9Q)		(p-value)	95% CI for OR			การแปลผล
	ไม่	ชิมเคร้า		OR	lower	upper	
รายได้พอเพียง	439 (98.2%)	8 (1.8%)	0.003	16.463	3.795	71.421	ผู้มีรายได้น้อย/หนี้สิน จะมีภาวะชิมเคร้า เป็น 16.463 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้รายได้พอเพียง
มีรายได้น้อย/หนี้สิน	10 (76.9%)	3 (23.1%)					

ตารางที่ 6 การทดสอบ Fisher's Exact Test และ Odds Ratio (OR) ในปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	ซึมเศร้า (9Q)		(p-value)	95% CI for OR			การแปลผล
	ไม่	ซึมเศร้า		OR	lower	upper	
รายได้พอเพียง/ ไม่เป็นโรค เรื้อรัง/ไม่ติด เตียง	448 (97.82%)	10 (2.2%)	0.047	44.800	2.613	768.142	ผู้รายได้น้อย/มีหนี้สิน/เป็นโรคเรื้อรัง/ ติดเตียงจะมีภาวะเสี่ยงซึมเศร้า เป็น 44.800 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ ผู้ รายได้พอเพียง/ไม่เป็นโรคเรื้อรัง/ไม่ ติดเตียง
รายได้น้อย/มี หนี้สิน/เป็นโรค เรื้อรัง/ติดเตียง	1 (50.0%)	1 (50.0%)					
ไม่มีประวัติทาง จิตหรือรับยา	432 (98.2%)	8 (1.8%)	0.009	9.529	2.320	39.135	ผู้ประวัติทางจิตหรือรับยาจะมีภาวะ เสี่ยงซึมเศร้า เป็น 9.529 เท่า เมื่อ เปรียบเทียบกับผู้ไม่มีประวัติทางจิต หรือรับยา
ประวัติทางจิต หรือรับยา	17 (85.0%)	3 (15.0%)					
ปัจจัยเสี่ยง	แนวโน้มฆ่าตัวตาย (ST5)		(p-value)	95% CI for OR			การแปลผล
	ไม่มี	มี		OR	lower	upper	
รายได้พอเพียง	440 (98.4%)	7 (1.6%)	0.024	11.429	2.127	61.413	ผู้มีรายได้น้อย/หนี้สิน จะมีแนวโน้ม ฆ่าตัวตาย เป็น 11.1429 เท่า เมื่อ เปรียบเทียบกับผู้รายได้พอเพียง
มีรายได้น้อย/ หนี้สิน	11 (84.6%)	2 (15.4%)					
รายได้พอเพียง/ ไม่เป็นโรค เรื้อรัง/ไม่ติด เตียง	450 (98.3%)	8 (1.7%)	0.039	56.250	3.226	980.844	ผู้รายได้น้อย/มีหนี้สิน/เป็นโรคเรื้อรัง/ ติดเตียงจะมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย เป็น 56.250 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ ผู้ รายได้พอเพียง/ไม่เป็นโรคเรื้อรัง/ไม่ ติดเตียง
รายได้น้อย/มี หนี้สิน/เป็นโรค เรื้อรัง/ติดเตียง	1 (50.0%)	1 (50.0%)					

ตารางนำเสนอเฉพาะตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และ OR > 2.00

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้รายได้น้อย/มีหนี้สิน/เป็นโรคเรื้อรัง/ติดเตียง จะมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย เป็น 56.250 เท่า, ภาวะเครียด เป็น 49.889 เท่า, ซึมเศร้า เป็น 44.800 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้รายได้พอเพียง/ไม่เป็นโรคเรื้อรัง/ไม่ติดเตียง และ พบว่า ผู้มีรายได้น้อย/หนี้สิน จะมีภาวะเสี่ยงด้านพลังใจเป็น 22.050 เท่า, มีภาวะเครียด เป็น 18.857 เท่า, ซึมเศร้าเป็น 16.463 เท่า, มีแนวโน้มฆ่าตัวตายเป็น 11.1429 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้รายได้พอเพียง

อภิปรายผล

วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต ระยะที่ 1 พบว่า ช่วงดังกล่าว เป็นช่วงต้นของการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาในประเทศไทย ดังนั้น ผลการศึกษาที่ทดสอบได้ เช่น ช่วงอายุ, ลักษณะครอบครัว, สภาวะเศรษฐกิจ และการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จึงสอดคล้องกับผล

การศึกษาที่ผ่านมา ของ Gonzalez-Gerez, J. J. et al. ที่ระบุว่า ตัวทำนายภาวะสุขภาพจิต คือ การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และการตอบสนองที่ยืดหยุ่นทางจิตใจ ผลลัพธ์ที่แย่งนั้นคาดการณ์ได้ชัดเจนที่สุดจากสถานะการเงินที่แย่งและไม่สามารถเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกพื้นฐานได้ (Gonzalez-Gerez, J. J. et al., 2020) และสอดคล้องกับผลการสำรวจของ สำนักงานจังหวัดมหาสารคาม ที่ได้ระบุว่า กลุ่มที่มีความเปราะบางทางจิตใจมากที่สุดในช่วงนี้ คือ กลุ่มตกงาน รายได้น้อย และธุรกิจล้มเหลว (สำนักงานจังหวัดมหาสารคาม, 2563)

วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต ระยะที่ 2 พบว่า อายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ระดับความเสี่ยงของพลังใจในการเผชิญปัญหาลดลง, การเปื้อน่ายางานเพิ่มมากขึ้น, ภาวะเครียดลดลง, ภาวะซึมเศร้าลดลง และมีแนวโน้มฆ่าตัวตายลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gloster, A. T. et al. โดยระบุว่า ช่วงนี้เป็นระบาดวิทยาการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ทั่วโลกเองก็ยังไม่มีการจัดการปัญหา เกิดความสับสนวุ่นวาย ส่งผลให้บุคลากรและบุคคลทั่วไป ต้องการการสนับสนุนทางสังคม และกำลังใจ อายุและประสบการณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้วิกฤตปัญหาผ่านพ้นไปได้ (Gloster, A. T. et al., 2020) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bliźniewska-Kowalska, K. M. et al. ที่ระบุว่า ช่วงนี้เป็นการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชุดแรกของไทย ที่มีการล็อกดาวน์ การงานและวิถีชีวิตของบุคคลมากมายและต้องปรับตัว ส่งผลให้มีอัตราปัญหาสุขภาพจิตและความทุกข์ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Bliźniewska-Kowalska, K. M. et al., 2021) และสอดคล้องกับผลการรายงานของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ได้ระบุว่า ช่วงเวลาดังกล่าวได้มีมาตรการต่าง ๆ เพื่อให้บุคลากรและประชาชนทุกกลุ่มวัย ได้เพิ่มขีดความสามารถและปรับปรุงการปฏิบัติงานเพื่อให้ครอบคลุมการป้องกันและแก้ไขการระบาดของโรคได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2564)

วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต ระยะที่ 3 พบว่า ลักษณะบุคคลตามสายงานการประกอบอาชีพหรือบทบาทที่มีความเกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความแตกต่างกัน ตามบริบทที่แตกต่าง พบว่า สอดคล้องกับ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ที่ระบุว่า การแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพในหน่วยบริการ เพื่อรองรับการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สอดคล้องกับบริบทประเทศไทยที่มีความแตกต่าง หลากหลายในแต่ละพื้นที่ หรือกลุ่มประชากร แต่ละกลุ่มวัย แต่ละสาขาอาชีพมากขึ้น (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7, 2564) อีกทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีการพัฒนาตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต ให้กับของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้บุคลากรมีทิศทางการทำงานที่ชัดเจนร่วมกัน และประชาชนได้รับผลด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่มองเห็นบทบาทในการดูแลตนเอง และแนวทางการประกอบอาชีพที่ปลอดภัยต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2565) ส่วนขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงด้วยค่า OR กลุ่มผู้รายได้น้อยและมีหนี้สินและเป็นโรคเรื้อรังและติดเตียงจะมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ด้วยค่า OR = 56.250 (95% CI = 3.226 - 980.844), มีภาวะเครียด ด้วยค่า OR = 49.889 (95% CI = 2.888 - 861.833), ซึมเศร้า ด้วยค่า OR = 44.800 (95% CI = 2.613 - 768.142) ส่วนผู้มีรายได้น้อยและมีหนี้สิน จะมีภาวะเสี่ยงด้านพลังใจ ด้วยค่า OR = 22.050 (95% CI = 4.818 - 100.923), มีภาวะเครียด ด้วยค่า OR = 18.857 (95% CI = 2.888 - 861.833), ซึมเศร้า ด้วยค่า OR = 16.463 (95% CI = 3.795 - 71.421), มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ด้วยค่า OR = 11.1429 (95% CI = 2.127 - 61.413) เป็นประเด็นค้นพบใหม่ของจังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีความแตกต่างกับผลการศึกษาของกรมสุขภาพจิตที่ได้จากการสำรวจแบบ Rapid Survey สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทยผ่านการใช้งานระบบ Mental Health Check In ช่วง 4 กรกฎาคม - 11 สิงหาคม พ.ศ. 2566จากตัวอย่าง 5,415 คนโดยผู้มีปัจจัยเสี่ยงธุรกิจประสบปัญหาสภาพคล่อง/ล้มเหลว มีความสัมพันธ์กับ ความเสี่ยงด้านพลังใจ ด้วยค่า OR = 3.6 (95% CI = 2.8 - 4.6), เปื้อน่ายางาน ด้วยค่า OR = 1.6 (95% CI = 1.2 - 2.1), เครียด OR = 2.4 (95% CI = 1.7 - 3.4), ซึมเศร้า OR = 7.1 (95% CI = 5.6 - 8.9), และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย OR = 3.3 (95% CI = 2.2 - 4.5)

(กรมสุขภาพจิต, 2567) เมื่อเปรียบเทียบขนาดความสัมพันธ์ ด้วยค่า OR พบว่า จังหวัดมหาสารคามมีขนาดของความสัมพันธ์ที่มากกว่าผลสำรวจของกรมสุขภาพจิตด้วยระยะเวลาสำรวจที่ห่างกัน 10 เดือน

องค์ความรู้ใหม่

ขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจิต จังหวัดมหาสารคาม พบผู้รายได้น้อยและมีหนี้สินและเป็นโรคเรื้อรังและติดเตียงจะมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ด้วยค่า $OR = 56.250$ (95% CI = 3.226 - 980.844), มีภาวะเครียด ด้วยค่า $OR = 49.889$ (95% CI = 2.888 - 861.833), ซึมเศร้า ด้วยค่า $OR = 44.800$ (95% CI = 2.613 - 768.142) ส่วนผู้มีรายได้น้อยและมีหนี้สิน จะมีภาวะเสี่ยงด้านพลังใจ ด้วยค่า $OR = 22.050$ (95% CI = 4.818 - 100.923), มีภาวะเครียด ด้วยค่า $OR = 18.857$ (95% CI = 2.888 - 861.833), ซึมเศร้า ด้วยค่า $OR = 16.463$ (95% CI = 3.795 - 71.421) , มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ด้วยค่า $OR = 11.1429$ (95% CI = 2.127 - 61.413)

สรุปและข้อเสนอแนะ

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปีพ.ศ. 2565 ของประชาชนจังหวัดมหาสารคาม มีความสัมพันธ์น้อยกับปัญหาภาวะสุขภาพจิต แต่ปัญหาเศรษฐกิจและโรคเรื้อรังป่วยติดเตียง สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า ดังนั้นความร่วมมือกับหน่วยงาน และ บุคคลที่หลากหลายฝ่าย เพื่อแก้ไขปัญหาแบบครบวงจรครอบคลุม กาย จิต สังคม จะส่งผลให้สภาวะสุขภาพจิต มีทิศทางดีขึ้น ดังนั้น ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปจึงควรศึกษาการพัฒนานโยบายกลยุทธ์และนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมป้องกันบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายควบคู่กับทางใจในทุกกลุ่มวัยแก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจแบบองค์รวมภายในชุมชนภายใต้การขับเคลื่อนและสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่หลากหลายนำสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related Quality of Life: HQOL) ภายใต้การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2567). การสำรวจสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทยผ่าน Mental Health Check In. ใน การประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินโครงการประเมินสุขภาพจิตคนไทย. ระหว่างวันที่ 6 - 7 มิถุนายน 2567 ณ โรงแรมไมด้า จามวงค์วานจังหวัดนนทบุรี (หน้า 1-15). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. (2564). โปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert. เรียกใช้เมื่อ 2 เมษายน 2566 จาก <https://checkin.dmh.go.th/>
- ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. (2559). การใช้ IBM SPSS Statistics เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล. เรียกใช้เมื่อ 2 เมษายน 2566 จาก <https://sornorpoom.files.wordpress.com/2017/06/e0b8a3e0b8a7e0b8a1spss.pdf>
- ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. (2562). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ. เรียกใช้เมื่อ 2 เมษายน 2566 จาก https://fammed.kku.ac.th/file_download/file_65.pdf
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7. (2564). ก้าวที่ละก้าว...กว่าจะมาเป็น Mental Health Check In จังหวัดมหาสารคาม. ใน การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติสุขภาพจิตวิถีชีวิตใหม่ New Normal Mental Health ครั้งที่ 20: Step by Step to...Becoming Mental Health Check In. ระหว่างวันที่ 7 - 9 กรกฎาคม 2564 ณ ห้องประชุมอาคาร 9 ชั้นโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี (หน้า 1 - 25). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- สำนักงานจังหวัดมหาสารคาม. (2563). เกณฑ์ชี้วัดผลสำเร็จของการดำเนินงานการคัดกรองสุขภาพจิต ด้วย Mental Health Check up ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563. ใน การประชุมติดตามผลการดำเนินงานตามมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดมหาสารคาม (EOC):สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่าง 23 มกราคม - 16 กรกฎาคม 2563. ณ ห้องประชุมพระธาตุนาคูน ศาลากลางจังหวัดมหาสารคาม (หน้า 9-10). มหาสารคาม: ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2564). คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ 2564 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. เรียกใช้เมื่อ 2 เมษายน 2566 จาก <http://mkho-web.moph.go.th/web2023/frontend/web/index.php/showdetail?id=135>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2565). คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ระดับอำเภอ. เรียกใช้เมื่อ 2 เมษายน 2566 จาก <http://mkho-web.moph.go.th/web2023/frontend/web/index.php/showdetail?id=132>
- Bliźniewska-Kowalska, K. M. et al. (2021). 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. *Medical Science Monitor Journal*, 21(27), 1-8.
- Gloster, A. T. et al. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. *PLOS ONE*, 15(12). 1-20.
- Gonzalez-Gerez, J. J. et al. (2020). Therapeutic pulmonary tele-rehabilitation protocol for patients affected by COVID-19, confined to their homes: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21(1). 1-9.
- Levis, B. et al. (2020). Accuracy the PHQ-2 alone and in combination with the PHQ-9 for screening to detect Major depression: systematic review and meta-analysis. *Jama*, 323(22), 2290-2300.
- Teeravisutkul, P. et al. (2019). Stress and craving reduction under treatment with heart rate variability biofeedback and the Phramongkutklao model among patients with alcohol use disorder. *Psychology Research and Behavior Management*, 19(12), 619-627.