

การพัฒนาทักษะการปฐมพยาบาลด้านจิตใจทางโทรศัพท์ : การอบรมออนไลน์ในยุคโควิด แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

Development of Psychological First aid Training : Online Education in COVID Times for Multidisciplinary Team in Primary Health Care System

สุดคนึง ฤทธิฤทัย* วรณบรูณ์ พักอุดม** สฤชต์เดช เจริญไชย***

Sudkhanoung Rittruechai* Vannaboon Phag-Udom**

Sariddet Charoenchai***

Received : 11/9/63

Revised : 9/11/63

Accepted : 29/3/64

บทคัดย่อ

สถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย ถือเป็นภาวะวิกฤติที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนอย่างมาก และต้องเร่งให้การช่วยเหลือ การเตรียมทีมสหสาขาวิชาชีพในระบบสุขภาพปฐมภูมิให้สามารถทำการปฐมพยาบาลด้านจิตใจประชาชนในความรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาทีมงานในเรื่องการปฐมพยาบาลด้านจิตใจ แต่จากการระบาดของโรคจึงทำให้ต้องปรับเปลี่ยนการอบรมจากแบบเดิมที่เป็นการจัดอบรมในห้องประชุม มาเป็นการอบรมผ่านระบบออนไลน์ และเน้นฝึกทักษะการให้การปฐมพยาบาลด้านจิตใจทางโทรศัพท์ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลด้านจิตใจของผู้รับบริการได้ทันทั่วถึง

บทความวิชาการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพระดับปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาทักษะการปฐมพยาบาลด้านจิตใจทางโทรศัพท์ โดยการอบรมให้ความรู้ผ่านระบบออนไลน์ เพื่อให้ทีมงานร่วมกันปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีสาระสำคัญของบทความคือ สถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ผลกระทบของโควิด 19 ต่อสุขภาพจิตใจของประชาชน การปฏิบัติงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

* นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

** อาจารย์แพทย์ โรงเรียนแพทย์ไบรท์ตันและซัสเซ็ก ประเทศอังกฤษ

*** นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

* Human Resources Officer, Senior Professional Level, Office College of Public Health Administration

** Clinical Fellow, Brighton and Sussex Medical School, England

*** Medical doctor, Senior Professional Level, Nonthaburi Provincial Health Office

การปฐมพยาบาลด้านจิตใจทางโทรศัพท์ การอบรมแบบออนไลน์เพื่อพัฒนาทักษะการปฐมพยาบาลด้านจิตใจทางโทรศัพท์

สรุป บทความนี้มีประโยชน์สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลและการสาธารณสุข ที่ต้องตระหนักถึงการให้การพยาบาลเบื้องต้นด้านจิตใจเมื่อเกิดภาวะวิกฤต และต้องสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ทันเวลาที่ ก่อนที่ภาวะวิกฤตด้านจิตใจจะส่งผลกระทบต่อมากขึ้น

คำสำคัญ : โควิด-19 ทีมสหสาขาวิชาชีพ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ การปฐมพยาบาลด้านจิตใจทางโทรศัพท์ การอบรมแบบออนไลน์

ABSTRACT

The COVID-19 outbreak around the world, including Thailand is considered to critically impact on the mental health of the general population and the urgent help is needed. It is imperative to set up multidisciplinary teams in primary care to be able to provide psychological first aid to the general public. Since it is mandatory to practice social distancing, the multidisciplinary teams were trained to do so using remote online based training and delivery was done over the phone and involved.

This article aims to present guidelines to develop multidisciplinary teams by online platform to training organizers in order to develop psychological first aid skills. Then the teams would be able to work together effectively. The main concepts of this article are COVID-19 pandemic, impacts of COVID-19 on the state of mind of the people and the performance of multidisciplinary teams in primary care units and network of primary care units.

In conclusion, this article is useful for nursing staff and public health personnel. They must be aware of providing psychological first aid and early assistance promptly in the time of crisis to prevent the greater impact on individuals' psychological distress.

Keywords : COVID-19, Multidisciplinary Team, Primary care system, Psychological First aid, Online Training

บทนำ

การระบาดของเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 19 หรือ โควิด 19 (Coronavirus -19 : COVID-19 ; Outbreak) ส่งผลกระทบต่ออย่างมากในทุกภาคส่วนทั่วโลก ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ ที่สำคัญที่สุด คือสุขภาพกาย และจิต โดยเฉพาะด้านจิตใจ องค์การอนามัยโลก รายงานว่า การระบาดของโควิด 19 ทำให้ประชาชน เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้าเพิ่มขึ้น อย่างมาก จากสาเหตุการตกงาน การต้องหยุดพักงาน ถูกลดเงินรายได้ มีการติดเชื้อของคนในครอบครัว หรือคนในหมู่บ้าน ความกลัวว่าตนเอง หรือคนในครอบครัวจะติดเชื้อ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เช่น การกำหนดมาตรการล็อกดาวน์ ทำให้คนถูก จำกัดบริเวณให้อยู่ภายในที่พักอาศัย ต้องทำงานที่บ้าน บุคลากรสุขภาพจึงต้องร่วมมือกันดูแลสุขภาพจิตของประชาชน¹

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเป็นทีม คำนึงหน้าในการดูแลสุขภาพประชาชนแบบเชิงรุกให้ ประชาชนเข้าถึงบริการแบบ “ทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี” ซึ่งรวมถึงการดูแลสุขภาพจิต ประชาชนในภาวะวิกฤติ จากสถานการณ์โควิด ดังกล่าว บุคลากรจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการให้ การดูแลด้านจิตใจเบื้องต้น (Psychological First Aid : PFA) เพื่อส่งต่อผู้รับบริการให้ไปรับบริการ ใน หน่วยบริการที่เหมาะสมต่อไป² การเตรียมทีมสหสาขา วิชาชีพให้สามารถดูแลสุขภาพจิตของประชาชน ต้อง สอดคล้องกับมาตรการและแนวทางการดำเนินการเพื่อ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส โควิด 2019 ที่กำหนดการเว้นระยะห่าง การจำกัด จำนวนคนในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ รวมถึงการจัด ประชุม อบรมต่าง ๆ³ จึงจำเป็นต้องใช้รูปแบบการอบรม แบบออนไลน์⁴ แทนการอบรมแบบเดิมที่เป็นการจัด อบรมในห้องประชุม และเน้นฝึกทักษะการให้ การปฐมพยาบาลด้านจิตใจทางโทรศัพท์ เพื่อสามารถ

ตอบสนองความต้องการการดูแลด้านจิตใจของผู้รับบริการได้ทันที่⁵

บทความวิชาการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอ แนวทางการพัฒนาบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ระดับปฐมภูมิเพื่อพัฒนาทักษะการปฐมพยาบาลด้าน จิตใจทางโทรศัพท์ โดยการอบรมให้ความรู้ผ่านระบบ ออนไลน์ เพื่อให้ ทีมงานร่วมกันปฏิบัติงานในหน่วย บริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีสาระสำคัญของบทความ คือ สถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ผลกระทบ ของโควิด 19 ต่อสภาพจิตใจของประชาชน การ ปฏิบัติงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ การปฐมพยาบาลด้านจิตใจทางโทรศัพท์ การอบรม แบบออนไลน์เพื่อพัฒนาทักษะการปฐมพยาบาล ด้านจิตใจทางโทรศัพท์

สถานการณ์โควิด 19 ในประเทศไทยและ ผลกระทบด้านจิตใจ

นับตั้งแต่มีการระบาดของโควิด 19 ในประเทศ จีนและระบาดต่อมายังประเทศอื่น ๆ ในทวีปเอเชีย และทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จนในที่สุดมีการระบาด สูงสุดเรียกว่า Pandemic (การระบาดใหญ่/ทั่วโลก) การระบาดของโควิด 19 เกิดขึ้นในขณะนั้นอย่างน้อย 122 ประเทศ พบครั้งแรกในประเทศจีน เมื่อเดือน ธันวาคม 2562 จากนั้นได้ระบาดไปทั่วโลก และคาดการณ์ว่าจะต่อเนื่องไปอีกอย่างน้อย 1-2 ปี สำหรับประเทศไทยมีการพบเชื้อครั้งแรกเมื่อ 13 มกราคม 2563 โดยระบาดเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด เมื่อกลางเดือนมีนาคม 2563 จากเวทีการแข่งขัน ชกมวย ณ สนามมวยเวทีลุมพินี จากนั้นมีการแพร่ระบาด กระจายไปยังจังหวัดต่าง ๆ ของประเทศ สถิติการป่วย และตาย ณ วันที่ 31 มกราคม 2564 พบว่า มีผู้ป่วย สะสมจำนวน 18,782 คน รักษาหาย จำนวน 11,615 คน (ร้อยละ 61.84) ตายจำนวน 77 คน (ร้อยละ 0.41)⁶

การระบาดของโควิด 19 ถือเป็น “ภาวะวิกฤติ” ต้องมีการดำเนินการด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม (Mental Health and Psychosocial Support -MHPSS) และเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินที่ต้องให้การช่วยเหลือ คณะกรรมการระหว่างองค์กร (Inter Agency Standing Committee; IASC) กำหนดว่าต้องเร่งให้การช่วยเหลือ โดยให้ความหมายว่าการช่วยเหลือใดๆ จากท้องถิ่นหรือจากภายนอกมีวัตถุประสงค์เพื่อปกป้องหรือส่งเสริมสุขภาวะทางใจ (Psychological Well-Being) และ/หรือ ป้องกันหรือรักษาปัญหาสุขภาพจิต⁷ และเป็นธรรมชาติที่ประชาชนจะรู้สึกเครียดและวิตกกังวลในสถานการณ์ดังกล่าวจึงเกิดปฏิกิริยาทั้งทางตรงและทางอ้อมได้แก่⁷ 1) กลัวจะล้มป่วยและเสียชีวิต 2) หลีกเลี่ยงการเข้าสถานพยาบาลเพราะกลัวติดเชื้อขณะรับบริการ 3) กลัวการเปลี่ยนวิถีการใช้ชีวิตไม่สามารถทำงานได้ระหว่างถูกแยกกันโรค (Isolation) และถูกให้ออกจากงาน 4) กลัวการแบ่งแยกออกจากสังคมหรือถูกกักกันโรค (Quarantine) เพราะมีความเสี่ยงในการสัมผัสโรค 5) รู้สึกสับสนหนักหน่วงในการปกป้องคนที่รัก และกลัวการสูญเสียคนที่รักจากการติดเชื้อไวรัส 6) กลัวว่าจะถูกแยกออกจากคนที่รักและผู้ดูแลเนื่องจากมาตรการกักกันโรค 7) ปฏิเสธไม่รับดูแลเด็กที่ไม่มีผู้ปกครอง หรือเด็กที่ถูกแยกออกจากครอบครัว ผู้พิการหรือผู้สูงอายุ เนื่องจากกลัวติดเชื้อเพราะผู้ปกครองหรือผู้ดูแลถูกนำตัวไปกักกันโรค 8) สึกหมดหนทาง เบื่อหน่าย โดดเดี่ยว และซึมเศร้าจากการถูกแยกกักกันโรค กลัวเกิดเหตุการณ์ย้อนกลับเหมือนการแพร่ระบาดครั้งก่อน

ภาวะฉุกเฉินเป็นตัวกระตุ้นความเครียด การระบาดของ COVID-19 ที่มีผลกระทบต่อประชาชน ได้แก่⁷ 1) ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและทำให้คนอื่นติดเชื้อ โดยเฉพาะเมื่อการแพร่ระบาดของ COVID-19 ยังไม่ชัดเจนร้อยเปอร์เซ็นต์ 2) อาการที่พบบ่อยจากปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่น มีไข้อาจทำให้

เข้าใจผิดว่าเป็น COVID-19 และกลัวว่าจะติดเชื้อ 3) ผู้ดูแลเด็กอาจรู้สึกกังวลมากขึ้นเมื่อเด็กต้องอยู่บ้านคนเดียว เนื่องจากโรงเรียนปิด โดยไม่มีการดูแลและช่วยเหลือที่เหมาะสม การปิดโรงเรียนส่งผลกระทบต่อหญิงที่ต้องดูแล เกือบทุกอย่างในครอบครัวทำให้เกิดข้อจำกัดการทำงานและโอกาสในการหารายได้ตามมา 4) ความเสี่ยงที่สูงจะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตแย่ลงในคนที่เสี่ยงอยู่แล้ว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หากผู้ดูแลถูกกักกันโรคและการดูแลช่วยเหลืออื่นๆ ยังมีไม่พร้อม⁴

ความกลัว ความกังวล ความไม่แน่นอน และความเครียดอย่างต่อเนื่องของประชาชนในช่วงการระบาดของ COVID-19 นำไปสู่ผลกระทบระยะยาวต่อครอบครัว ชุมชน และบุคคลเสี่ยง คือ 1) เครือข่ายสังคมกลไกในพื้นที่ และเศรษฐกิจเสื่อมถอยลง 2) การตีตราผู้ป่วยที่รักษาหาย โดยชุมชนปฏิเสธ 3) ฉุนเฉียว โกรธ และก้าวร้าวต่อรัฐบาลและต่อเจ้าหน้าที่ด่านหน้า 4) โกรธ ก้าวร้าวกับลูก สามี ภรรยา และสมาชิกครอบครัว (เพิ่มความรุนแรงในครอบครัวและคู่รัก) 5) ไม่เชื่อถือข้อมูลที่รัฐบาลและหน่วยงานรับผิดชอบรายงาน

การระบาดและการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ส่งผลให้บุคคลสูญเสียความสมดุลของอารมณ์ ในระยะแรกที่ได้รับผลกระทบ บุคคลจะมีความวิตกกังวลสูงขึ้น และพยายามใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบเดิมเพื่อกลับสู่ภาวะปกติ ต่อมาถ้าบุคคลล้มเหลวในการแก้ไขปัญหาตามเวลาที่กำหนด จะทำให้ตั้งเครียดและรู้สึกเสียใจเพิ่มขึ้น แต่ถ้าบุคคลสามารถควบคุมสมดุลได้ โดยหา ทางแก้ปัญหา อาจใช้วิธีการใหม่ๆ หรือปรับเปลี่ยนวิธีการสำรวจปัญหา จะทำให้ปรับตัวต่อปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหาได้ แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ บุคคลจะมีความตั้งเครียดเพิ่มมากขึ้นและวิตกกังวลจากการที่ไม่สามารถ ปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จะเกิดภาวะซ็อก แยกตัว และซึมเศร้า³

จากรายงานวิจัยในประชาชนกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่ติดเชื้อทั่วไป พบว่า ภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า ภาวะกดดันด้านจิตใจ โรคเครียดหลังเหตุการณ์รุนแรง จะมีผลกระทบต่อด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้นกว่าประชาชนทั่วไปจากการถูกกักตัว ซึ่งจากการศึกษาในกลุ่มผู้ที่ติดเชื้อโรคอื่นๆ เช่น SARS พบว่าการถูกกักกันตัวของบุคลากรทางการแพทย์ สามารถทำนายการเกิดภาวะเครียดเฉียบพลัน ภาวะเหนื่อยล้า แยกตัวจากผู้อื่น กังวลเมื่อต้องรักษาผู้ป่วยที่มีไข้ นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ สมรรถนะการทำงานลดลง ไม่อยากจะทำงานต่อ หรือคิดจะลาออก รวมทั้ง มีโรคเครียดหลังเหตุการณ์รุนแรงอีกด้วย เช่นเดียวกับประชาชนกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มติดเชื้อที่ถูกกักกันตัว จะมีความกลัว วิตกกังวล เศร้า และรู้สึกผิด นอกจากนี้ ยังพบว่า บุคคลในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มติดเชื้อจะมีผลกระทบในระยะยาว เช่น การติดสุรา การมีภาวะฟุ้งฟิง และการหลีกเลี่ยงได้⁸

การปฏิบัติงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เพื่อให้การดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (Catchment Area) ประกอบด้วย 4 บทบาทหลัก ได้แก่ บทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ให้บริการ (Provider) แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ผู้สนับสนุนช่วยเหลือ (Supporter หรือ Facilitator) ให้เกิดกระบวนการเรียนรู้เพิ่มเติมเพื่อเกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน นักจัดการ (Manager) บริหารจัดการทีมและเครือข่าย และนักเรียน (Learner) บุคคล สังคม ชุมชน เพื่อบูรณาการการดูแลสุขภาพ โดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว และเวชปฏิบัติทั่วไป ในการดำเนินงานสนองตอบต่อความต้องการด้านสุขภาพ

ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งการจัดบริการปฐมภูมิ (Primary Care Management) การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแลแบบองค์รวม (Person-Centered and Holistic Care) ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific Problem-Solving Skills) การดูแลแบบผสมผสาน (Comprehensive Approach) และการดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family Oriented Approach)²

การปฐมพยาบาลด้านจิตใจทางโทรศัพท์

Caplan⁹ ได้นิยาม “ภาวะวิกฤติ” ว่าเป็นการสูญเสียความสมดุลของตนเอง หรือจากสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบเดิมไม่ได้ผล ภาวะวิกฤติแบ่งได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะรับรู้เหตุการณ์วิกฤติ บุคคลจะมีความวิตกกังวลสูงขึ้น และพยายามใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบเดิมเพื่อกลับสู่ภาวะปกติ
2. ระยะล้มเหลวในการแก้ไขปัญหาตามเวลาที่กำหนด ทำให้ตั้งเครียด และรู้สึกเสียใจเพิ่มขึ้น
3. ระยะควบคุมสมดุล บุคคลจะหาทางแก้ไขปัญหา ซึ่งอาจใช้วิธีการใหม่ๆ หรือปรับเปลี่ยนวิธีการสำรวจปัญหา ซึ่งทำให้ปรับตัวต่อปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหาได้
4. ระยะเพิ่มความตึงเครียด และวิตกกังวลจากการที่ไม่สามารถปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ บุคคลจะเกิดภาวะช็อค แยกตัว และซึมเศร้า

การช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤติให้ปรับตัวได้เร็วที่สุด¹⁰ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวปฏิบัติการปฐมพยาบาลด้านจิตใจ (PFA) ซึ่งต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่เป็นการบังคับให้บุคคลมารับการช่วยเหลือ นักวิชาชีพต้องพร้อมให้ผู้รับบริการที่กำลังเผชิญกับภาวะวิกฤติสามารถเข้าถึงได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือ โดยปกติแล้วเป็นการช่วยเหลือครั้งแรกในทันที แต่บางครั้งอาจใช้เวลาหลายวันหรือเป็น

ลัพท์ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเหตุการณ์นั้น ๆ การปฐมพยาบาลด้านจิตใจมักทำในที่เกิดเหตุ ที่พัก หรือในสถานบริการ โดยมีหลักการ ดังนี้¹¹

1. ก่อนการช่วยเหลือ ผู้ให้บริการต้องประเมิน

1) สถานการณ์วิกฤติ ทั้งเหตุการณ์ที่เกิด สถานที่เกิด เหตุและผู้ที่ได้รับผลกระทบ 2) การช่วยเหลือ สนับสนุนที่มีขึ้น เช่น ผู้ที่สนับสนุนความต้องการจำเป็น ขั้นพื้นฐาน การเข้าถึงบริการของประชาชน การช่วยเหลือ ของชุมชน และ 3) ความปลอดภัย เช่น การยุติของ สถานการณ์วิกฤติ อันตรายที่อาจยังมีอยู่ เขตอันตราย ในบริเวณนั้น

2. ขณะให้การช่วยเหลือ ผู้ให้บริการต้องดำเนินการตามหลักการสำคัญ 3 ข้อ คือ 1) มอง (Look) เพื่อประเมินความปลอดภัยในการให้บริการ ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน ผู้ที่มีภาวะกีดกันทางจิตใจอย่างรุนแรง 2) ฟัง (Listen) เข้าหาผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ถามความต้องการการช่วยเหลือรับฟังและช่วยให้สงบ และ 3) ส่งต่อให้การช่วยเหลือ (Link) เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการตอบสนอง ความต้องการและการบริการที่จำเป็น ช่วยในการเผชิญปัญหา ให้ได้รับข้อมูล และให้ติดต่อกับบุคคล อันเป็นที่รักและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

3. ยุติการช่วยเหลือ การยุติการปฐมพยาบาลด้านจิตใจขึ้นอยู่กับบริบทของภาวะวิกฤติ บทบาทผู้ให้บริการ สถานการณ์ และความต้องการช่วยเหลือของผู้รับบริการ เมื่อสมควรแก่การยุติ ให้อธิบายแก่ผู้รับบริการ แนะนำ และส่งต่อให้ไปรับการช่วยเหลือต่อไป รวมทั้ง ให้ข้อมูลการไปรับบริการต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม การปฐมพยาบาลด้านจิตใจใน สถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ตามมาตรการ และแนวทางการดำเนินการเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น ผู้ให้บริการจำเป็นต้องใช้ช่องทางการให้บริการทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงการบริการได้รวดเร็ว ปลอดภัย ลดความเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด 19 จาก

การมารับบริการ ณ สถานบริการ¹² โดยสามารถ ดัดแปลงการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone Consultation) ซึ่งมีการให้บริการในระบบสุขภาพ ปฐมภูมิมานานในหลายประเทศ และมีหลากหลาย แนวคิด¹²⁻¹⁴ สามารถสรุปเป็นหลักการดำเนินงานได้ ดังนี้

การเตรียมการ ผู้ให้บริการต้องเตรียมอุปกรณ์ การสื่อสารที่สามารถใช้สื่อสารกับผู้รับบริการได้ มีสถานที่สนทนาที่เงียบสงบ เก็บรักษาความลับได้ เตรียมภาษาที่สามารถสื่อสารให้เข้าใจกันกับผู้รับ บริการ เตรียมอุปกรณ์บันทึกถ้าจำเป็น และนัดหมาย วัน เวลากับผู้รับบริการ

การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ มี 4 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะเริ่มต้น ผู้ให้บริการแนะนำตัวเอง สอบถาม เพื่อยืนยันว่ากำลังสนทนากับผู้รับบริการไม่ใช่กับญาติ ให้ข้อมูลถ้ามีบุคคลอื่นที่อยู่ด้วยในห้อง สร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ และแจ้งวัตถุประสงค์ 2) ระยะรวบรวมข้อมูล โดยการฟังและถามย้อนกลับ สรุปประเด็น ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ 3) ระยะการ จัดการปัญหา โดยวางแผนการแก้ไขโดยต้องมั่นใจว่า ทั้งสองฝ่ายเห็นพ้องต้องกัน ใช้น้ำเสียงที่ชัดเจน พูดให้ช้า และชัด 4) ระยะสิ้นสุดการปรึกษา เตือน การหมดเวลา และให้ผู้รับบริการเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลตนเองต่อไป

การพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพให้พร้อมสำหรับการปฐมพยาบาลด้านจิตใจที่ปรับรูปแบบเป็นการให้บริการทางโทรศัพท์ เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแล ให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติ ภายใต้สถานการณ์ การระบาดของโควิด 19 นั้น จำเป็นต้องใช้รูปแบบ การอบรมแบบออนไลน์ ซึ่งเป็นการอบรมแบบทางไกลที่เหมาะสมกับนโยบายการเว้นระยะห่างเพื่อ ป้องกันการระบาดของโรคที่สำคัญคือ ทำให้เกิดความ ต่อเนื่องในการให้บริการประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ และยังเป็น การเตรียมบุคลากรสุขภาพให้พร้อมกับการใช้เทคโนโลยีเพื่อการบริการด้วย⁴

นอกจากแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการศึกษาแล้ว การพัฒนาทักษะของผู้เข้าอบรมต้องเน้นการปฏิบัติเพื่อให้เกิดประสบการณ์ตรง ตามวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning Cycle)¹⁹ ดังนี้

1. การทดลองปฏิบัติ (Concrete Experience) การเรียนรู้ที่แท้จริงจะเริ่มขึ้นเมื่อผู้อบรมได้ลงมือปฏิบัติ การฟังการบรรยายหรือการอ่านมาก่อน เป็นเพียงการปูพื้นความรู้ เพื่อนำไปสู่การอภิปรายหรือฝึกปฏิบัติ ซึ่งถือเป็นการลงมือแก้ปัญหาที่แท้จริง

2. การสะท้อนคิด (Reflective Observation) โดยการอภิปราย แลกเปลี่ยนการปฏิบัติกับกลุ่มเพื่อน รวมทั้งการรับข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับปรุงตนเอง

3. การสรุปรวบยอดองค์ความรู้ (Abstract Conceptualization) ผู้เข้าอบรมสรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อให้ได้แนวทางที่จะนำไปใช้ต่อไป โดยไม่จำเป็นต้องมีครูหรือวิทยากรเป็นผู้คอยกระตุ้น (Facilitator) เหมือน 2 ขั้นตอนแรก การจัดวางองค์ความรู้ใหม่นี้อาจใช้เวลานาน หรืออาจไม่สามารถทำได้ ขึ้นอยู่กับการได้ลงมือปฏิบัติ และผลจากการปฏิบัติใน 2 ขั้นตอนแรกด้วย

4. การลงมือปฏิบัติอีกครั้ง (Active Experimentation) เป็นการฝึกด้วยตนเอง เพื่อตรวจสอบความรู้ความเข้าใจ ทักษะ ที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 และ 3 การฝึกปฏิบัติในขั้นตอนนี้ เป็นการประเมินรวบยอดตนเองของผู้เรียน (Formative Assessment) ทำให้เกิดความมั่นใจในการเรียน

การประยุกต์แนวคิดการดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ การปฐมพยาบาลด้านจิตใจ การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ และการอบรมแบบออนไลน์ เพื่อพัฒนาทักษะการปฐมพยาบาลด้านจิตใจทางโทรศัพท์โดยการอบรมแบบออนไลน์ สามารถดำเนินการได้ ดังนี้

1. ระยะเวลาเตรียมการ

1.1 ออกแบบหลักสูตรให้ท้าทายความรู้เดิมของผู้อบรม (Dissonance)¹⁵ โดยจัดทำหลักสูตร

และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องตามวัตถุประสงค์ของการอบรมที่เน้นการพัฒนาทักษะการปฐมพยาบาลด้านจิตใจทางโทรศัพท์ เขียนโจทย์สถานการณ์ตามสภาพจริง (Problem-Based Learning) ที่เกิดขึ้นในชุมชน และในสถานพยาบาล (Community-based vs Hospital-based Education) เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้และฝึกการแก้ปัญหา ประสานกับผู้เข้าอบรมให้เข้าห้องเรียนออนไลน์ (Online Training Classroom) ที่เตรียมไว้ อย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนอบรม เพื่อให้ประเมินตนเองด้านทักษะการปฐมพยาบาลด้านจิตใจทางโทรศัพท์ รวมทั้ง ให้เขียนความคาดหวังที่ต้องการจากการอบรม (Student Centered) ผู้จัดอบรมนำข้อมูลที่ได้มาปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้เข้าอบรมทั้งในภาพรวม และแต่ละวิชาชีพ (Integrated vs Specialty-based Teaching)

1.2 จัดทำคู่มือการอบรม ผู้จัดอบรมนำเนื้อหาหลักที่ได้จากการพัฒนาในข้อ 1 มาจัดทำคู่มือการอบรมที่ประกอบด้วยเอกสาร 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 หลักสูตรการอบรมที่ประกอบด้วย เนื้อหาหลัก หรือวิชาแกน ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และกิจกรรมการเรียนการสอนในภาพรวม และส่วนที่ 2 คู่มือการอบรมที่ประกอบด้วย ตารางการอบรมของแต่ละครั้ง มีรายละเอียด คือ หัวข้อหลัก หัวข้อย่อย วัตถุประสงค์ทั่วไป วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม กิจกรรมการอบรม ซึ่งปรับให้เหมาะสมกับผู้เข้าอบรมแต่ละกลุ่ม แต่ละวิชาชีพตามผลการประเมินตนเอง และระยะเวลาการอบรม

1.3 เตรียมเทคโนโลยี ผู้จัดอบรมเตรียมระบบเทคโนโลยีเพื่อใช้ในการอบรม 2 ระบบ ได้แก่ ห้องเรียนออนไลน์ (Online Training Classroom) เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารกับผู้เข้าอบรม ให้ผู้เข้าอบรมได้ศึกษาเอกสาร คลิปวิดีโอ ประเมินตนเองล่วงหน้า และส่งข้อความให้วิทยากรหรืออาจารย์ประจำกลุ่ม เพื่อพัฒนาทักษะการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ทั้งก่อน ขณะ และหลังการอบรม¹⁵ และเตรียมระบบ

การประชุมทางไกล (Zoom Conference) เพื่อใช้ในการอบรม ซึ่งเป็นระบบที่ทำให้วิทยากรสามารถมองเห็นผู้เข้าอบรมได้ทั่วถึง มีห้องย่อย (Breakout Room) เพื่อใช้ในการประชุมกลุ่มย่อย และสามารถบันทึกการอบรมเพื่อนำไปพัฒนาต่อได้

1.4 เตรียมทีมสนับสนุน เป็นทีมที่มีความสำคัญในการประสานงานกับผู้เข้าอบรม ตั้งแต่การรับสมัคร การเชิญเข้าห้องเรียนออนไลน์ การสื่อสารทั่วไป การเตรียมเอกสารในห้องเรียนออนไลน์ให้พร้อม สำหรับการอบรม การจัดการการอบรมในวันอบรม (Managing the Virtual Environment) การบริหารจัดการกลุ่มย่อยให้กับผู้เข้าอบรม และทีมวิทยากร และการแก้ไขปัญหาทางเทคนิคที่เกิดขึ้นระหว่างการอบรม รวมทั้ง การติดตามผู้เข้าอบรม ทั้งก่อน ขณะ และหลังการอบรม

1.5 เตรียมทีมวิทยากรกลุ่มย่อย เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการอบรมแบบออนไลน์ที่เน้นการปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าอบรมมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น (Facilitated Online Training) ผู้เข้าอบรมควรมีจำนวนไม่เกิน 5 - 6 คน/กลุ่ม เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้มากที่สุด ทีมวิทยากรกลุ่มย่อยได้รับการเตรียมเกี่ยวกับทักษะการกระตุ้นการเรียนรู้แบบกลุ่ม (Group Facilitation Skills) เนื้อหาการอบรม วิธีการอบรมแบบออนไลน์ ทั้งการฝึกทักษะการสอนแบบออนไลน์ (Knowledge and Ability to Function in The Virtual Learning Environment) ทักษะการสอนแบบห้องย่อยออนไลน์ (Breakout Room) ซึ่งเน้นการกระตุ้นให้ผู้เข้าอบรมมีส่วนร่วมในการอบรม และสะท้อนตนเองให้มากที่สุด และการสอนโดยใช้ห้องเรียนออนไลน์ (Online Training Classroom)

2. ระยะก่อนอบรม การมอบให้ทำงานหรือค้นคว้าเพื่อขยายความรู้ใหม่ (Refinement)¹⁵ โดยการใช้รูปแบบห้องเรียนกลับด้าน (A Flipped Class-

room) ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการอบรมแบบมีส่วนร่วม (Interactive E-Learning Cases) โดยผู้เข้าอบรมได้รับมอบหมายงานในห้องเรียนออนไลน์ ให้ศึกษาเนื้อหา คลิปวิดีโอ เอกสารต่าง ๆ ล่วงหน้า ส่งงานให้วิทยากร และอาจารย์ประจำกลุ่มย่อย และเตรียมตัวเข้าอบรมตามหัวข้อที่กำหนด

3. ระยะอบรม เน้นให้เกิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) และการสร้างองค์ความรู้ใหม่โดยการสะท้อนกลับ¹⁵ ตามคำถามที่กำหนดในใบงาน มีขั้นตอนย่อยในการอบรมแต่ละประเด็น และทักษะ ดังนี้

3.1 การเริ่มอบรม เมื่อผู้เข้าอบรมเข้าชั้นเรียนเสมือนจริง (Virtual Classroom) วิทยากรหลักเริ่มการอบรม โดยการละลายพฤติกรรม ให้นำตัว ถามความคาดหวังต่อการอบรม และความเข้าใจต่อหัวข้อการอบรมในแต่ละประเด็น กระตุ้นให้ผู้เข้าอบรมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับหัวข้อที่ได้ศึกษามาล่วงหน้า โดยให้ทุกคนพิมพ์ในห้องสนทนา (Online Conversation Room) เพื่อให้ผู้เข้าอบรมทุกคนมีส่วนร่วมในการอบรม นำความคิดเห็นที่ได้มาปรับกิจกรรมการอบรมให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้เข้าอบรม วิทยากรสรุปใจความหลักของประเด็นการอบรม มอบหมายงานให้ฝึกทักษะตามใบงาน

3.2 การเข้าห้องย่อย (Breakout Room) ผู้เข้าอบรมถูกจัดเข้าห้องย่อยๆ ละ 5-6 คน เพื่อฝึกทักษะตามที่กำหนด ได้แก่ ทักษะการปฐมพยาบาลด้านจิตใจ ทักษะการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ และทักษะการปฐมพยาบาลด้านจิตใจทางโทรศัพท์ เป็นลำดับ โดยมีวิทยากรกลุ่มย่อยกระตุ้นให้กลุ่มได้ฝึกทักษะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ องค์ความรู้ และแสดงความคิดเห็นต่อบทบาทที่ฝึก (Feedback) อภิปรายในกลุ่มย่อย¹⁵ และอำนวยความสะดวกอบรมออนไลน์ เช่น การเชิญผู้เข้าอบรมที่หลุดออกจากห้องย่อยมาเข้าห้องใหม่

3.3 การแลกเปลี่ยนกับกลุ่มใหญ่ (Feedback)¹⁵ หลังจากการฝึกทักษะตามเวลาที่กำหนด ผู้เข้าอบรมกลับมาเข้าชั้นเรียนเสมือนจริง แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มใหญ่ สะท้อนการเรียนรู้ และวางแผนการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน การแสดงความคิดเห็น และการซักถามระหว่างการอบรมสามารถทำได้โดยพิมพ์ความเห็นในห้องสนทนา และการพูด

4. ระยะเวลาหลังอบรม ผู้เข้าอบรมบันทึกสะท้อนการเรียนรู้ (Consolidation)¹⁵ ในห้องเรียนออนไลน์ (Online Training Classroom) ดังนี้ ผลการเรียนรู้เปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของตนเอง และการประเมินตนเอง ที่ได้ทำไว้ การวางแผนไปประยุกต์ใช้ และผลการประยุกต์ใช้ วิทยากรกลุ่มย่อยสะท้อนกลับผลการเรียนรู้ และกระตุ้นให้ผู้เข้าอบรมฝึกทักษะ และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

5. ระยะเวลาพัฒนาต่อเนื่อง วิทยากร และวิทยากรกลุ่มย่อยกระตุ้นผู้ผ่านการอบรมทางห้องเรียนออนไลน์ ให้นำความรู้ และทักษะไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง (Active Experimental) นำผลการดำเนินงานมาแลกเปลี่ยนในห้องเรียนออนไลน์กับกลุ่มผู้เข้าอบรม และให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งเป็นการฝึกการสรุปรวบยอดองค์ความรู้ (Abstract Conceptualization)¹⁹ ของผู้เข้าอบรมจนมีความเชื่อมั่น และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

การพัฒนาบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในภาวะการระบาดของโควิด 19 แบบออนไลน์ ให้มีความรู้ ความเข้าใจทักษะในการปฐมพยาบาลด้านจิตใจแก่บุคคลที่เผชิญภาวะวิกฤติ สามารถทำได้โดยต้องมีการเตรียมการอบรมในทุกองค์ประกอบ ทั้งผู้สอน ผู้อบรม สื่อเอกสารประกอบการสอน และเทคโนโลยี ในระยะการสอน ผู้สอนต้องกระตุ้นให้ผู้อบรมมีส่วนร่วมในการอบรม และฝึกทักษะจนมั่นใจว่าจะสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และมีการติดตามบุคลากรเพื่อให้พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องภายหลังการอบรม

บทสรุป

การระบาดของโควิด 19 ทำให้ประชาชนที่ได้รับผลกระทบเกิดภาวะวิกฤติจิตเวช บุคลากรสุขภาพในระบบสุขภาพปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุดต้องให้การปฐมพยาบาลด้านจิตใจ ภายใต้มาตรการการเว้นระยะห่าง เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ การพัฒนาทักษะการให้บริการทางโทรศัพท์ด้วยการอบรมแบบออนไลน์จึงจำเป็นสำหรับผู้จัดอบรม และวิทยากร โดยเฉพาะการอบรมแบบออนไลน์ให้มีประสิทธิภาพ บทความนี้เป็นโอกาสของผู้จัดอบรมที่จะพัฒนาตนเองในการจัดอบรมแบบใหม่ ให้สามารถพัฒนาบุคลากรได้อย่างทั่วถึงทั่วประเทศโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ที่ไม่ต้องเดินทางไกลเพื่อมาอบรมในห้องประชุม ผลในระยะยาวจะทำให้มีการนำไปประยุกต์เพื่อการจัดอบรมออนไลน์ในการพัฒนาทักษะอื่นๆ มากขึ้น

REFERENCES

1. World Health Organization, Mental Health & COVID-19 [Online]. 2020 [cited 2020/7/29]. Available from: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/covid-19>
2. Mekthon S, Mungchit P, Wetchapanbhesat S, Larbjenjakul S, Sriyakul D, Tassanee S, et al, Guideline of Primary Care Cluster Services. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Limited; 2015. (in Thai)
3. Department of Disease Control Ministry of Public Health, Corona Virus disease 2019 [Online]. 2020 [cited 2020/7/9]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/im_commands.php (in Thai)

4. Seymour-Walsh AE, Bell A, Weber A, Smith T, Adapting to a New Reality: COVID-19 Coronavirus and Online Education in the Health Professions Rural Remote Health [Online]. 2020 [cited 2020/7/29]; 20(2): 6000. Available from: <https://europepmc.org/article/med/32456441>
5. Downes, M.J., Mervin, M.C., Byrnes, J.M. et al. Telephone Consultations for General Practice: a Systematic Review Syst Rev [Online]. 2017 [cited 2020/7/29]; 6(128) Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0529-0>
6. Health Focus, Impact of COVID-19 the Suggestion to Revise the Health System to Upscale Primary Care [Online]. 2020 [cited 2020/7/29]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2020/04/19176> (in Thai)
7. Inter Agency Standing Committee; Interim Briefing Note. Addressing on Mental Health and Psychosocial Aspects of the COVID-19 Outbreak Version 1.5. Department of Mental Health, Ministry of Public Health.2021.
8. Book K.S.Webster K.R.,Smith E.I., Woodland L.,Wessely S.,Greenbreg N.,& Rubin J.G., The Phychological Impact of Quarantine and How to Reduce it: Rapid Review of the Evidence. Lancet 2020;395:9 12-20.Doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
9. Caplan, G., Principles of Preventive Psychiatry. London: Tavistock; 1964.
10. Copeland, D. A., & Heilemann, M. V., Getting “to the Point”: The Experience of Mothers Getting Hssistance for their Adult Children who are Violent and Mentally Ill, Nursing Research, 2008; 57(3): 136-143.
11. World health Organization, Psychological First Aid: Guide for Field Workers [Online]. 2011 [cited 2020/7/30]. Available from: https://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/
12. The Royal Australian College of General Practitioners, Guide to Providing Telephone and Video Consultations in General Practice. East Melbourne, Victoria: The Royal Australian College of General Practitioners; 2020.
13. Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J., Skills for Communicating with Patients. 2nd.ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
14. Neighbor, R., The Inner Consultation: How to Develop an Effective and Intuitive Consulting Style. 2nd ed. Florida: CRC Press; 2005.
15. Roskvist, R. Eggleton, K. & Goodyear-Smith, F., Provision of e-learning programmers to Replace Undergraduate Medical Students’ Clinical General Practice Attachments during COVID-19 Stand-Down Education for Primary Care [Online]. 2020 [cited 2020/7/30]; 1-1 Available from: <https://doi.org/10.1080/14739879.2020.1786468>
16. Pei, L. & Wu, H. Does Online Learning Work better than Offline Learning in Undergraduate Medical Education? A Systematic Review and Meta-analysis Medical Education [Online]. 2019 [cited 2020/7/30]; 24(1). Available from: <https://doi.org/10.1080/10872981.2019.1666538>
17. Al-Shorbaji, N., Atun, R., Car, J., Majeed, A., & Wheeler, E. E-Learning for Undergraduate Health Professional Education: a Systematic Review Informing a Radical Transformation of Health Workforce Development. Geneva: WHO. 2015.

18. Heiman, L. H., Uchida, T., Adams, C., Butter, J., Cohen, E., Persell, D. S., Pribaz, P., McGaghie, C. W., & Martin J. G., E-learning and Deliberate Practice for Oral Case Presentation Skills: A Randomized Trial Medical Teacher [Online]. 2012 [cited 2020/7/30]; 34(12): 820-826. Available from: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.714879>
19. Smith, M. K., 'David A. Kolb on Experiential Learning', The Encyclopedia of Pedagogy and Informal Education. 2010 [cited 2020/8/1]. Retrieved from: <https://infed.org/mobi/david-a-kolb-on-experiential-le>

