



คู่มือการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเชิงรุก (ACTIVE, SENTINEL SURVEILLANCE)



คู่มือการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเชิงรุก (ACTIVE, SENTINEL SURVEILLANCE)

พิมพ์ครั้งที่ 1
กรกฎาคม พ.ศ. 2569

ผู้จัดพิมพ์ กลุ่มภารกิจระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

สงวนลิขสิทธิ์ ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	1
บทสรุป	3
ส่วนที่ 1 ความเป็นมาและกรอบการดำเนินงานการเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเชิงรุก (Active, Sentinel surveillance)	4
1.1 ความเป็นมา	4
1.2 วัตถุประสงค์	6
1.3 กรอบการดำเนิน	6
1.4 นิยามศัพท์	7
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
ส่วนที่ 2 แนวคิดในการเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเชิงรุก (Active, Sentinel surveillance)	9
2.1 แนวคิดการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (Epidemiological Surveillance)	9
2.2 แนวคิดการสำรวจแบบเร่งด่วน (Rapid Emergency Response Survey).....	12
2.3 การสำรวจออนไลน์โดยใช้โทรศัพท์จากvikฤตโอบลาในต่างประเทศ	13
2.4 การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชนในภาวะvikฤตเศรษฐกิจทางโทรศัพท์ (Telephone survey)	15
ส่วนที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	18

สารบัญ

	หน้า
ส่วนที่ 4 การกำหนดขนาดตัวอย่าง และแผนสุ่มตัวอย่าง	19
4.1 การกำหนดขนาดตัวอย่าง	19
4.2 แผนสุ่มตัวอย่าง: Stratified random sampling	20
ส่วนที่ 5 การพัฒนาเครื่องมือในการเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเชิงรุก (Active, Sentinel surveillance)	21
5.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัย การรับรู้สถานการณ์ และการรับบริการ	21
5.2 เครื่องมือมาตรฐาน.....	21
ส่วนที่ 6 การเลือกพื้นที่เป้าหมาย และการสุ่มตัวอย่าง	25
ส่วนที่ 7 การจัดทำแบบสอบถามออนไลน์ โดยใช้ Google form เข้าถึงด้วย QR Code	28
ส่วนที่ 8 การจัดทำ Link ติดตามการเก็บข้อมูล	36
เอกสารอ้างอิง	40



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

บทสรุป

การเฝ้าระวังเชิงรุกในสถานการณ์วิกฤต โดยใช้การสำรวจแบบเร่งด่วน ดำเนินการครั้งแรกในปีงบประมาณ 2563 ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 โดยศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกับต่างประเทศ และศึกษามาตรการรองรับการจัดการภาวะเครียดที่เหมาะสม ที่ใช้หลักการสำรวจอย่างรวดเร็ว (Rapid Emergency Response Survey: RERS) รูปแบบการศึกษา Descriptive -Cross Sectional ที่เป็นระบบมีรูปแบบชัดเจน มีแผนสุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนชัดเจน โดยมีความเป็นตัวแทน (Represent) ระดับเขตสุขภาพ ภาค และประเทศ กรณีที่เกิดวิกฤตบางพื้นที่ หรือบางกลุ่มตัวอย่าง สามารถเจาะจงพื้นที่กลุ่มเป้าหมายได้ (Sentinel Surveillance) และการสำรวจนี้ใช้หลักการเกี่ยวกับการสำรวจเร่งด่วนในต่างประเทศ เช่น การสำรวจสุขภาพจิตในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนจีน ประเทศญี่ปุ่น ประเทศแคนาดา และประเทศเกาหลี เป็นต้น

กรมสุขภาพจิตดำเนินการเฝ้าระวังมาทั้งในสถานการณ์เปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และโรคระบาดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตคนไทยที่มีความรุนแรงสูงขึ้น และกระจายกว้างขึ้นในหลายพื้นที่และกลุ่มเสี่ยงต่างๆ กระทั่งสถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา ซึ่งผลกระทบในหลายมิติ ทั้งด้านความมั่นคง เศรษฐกิจ สังคม ระบบสาธารณสุข และสุขภาพจิตของประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชายแดน ซึ่งต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน ความหวาดกลัว และการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตอย่างกะทันหัน ความรุนแรงของสถานการณ์ทำให้ประชาชนจำนวนหนึ่งต้องอพยพออกจากพื้นที่เสี่ยงไปยังศูนย์พักพิงชั่วคราว ส่งผลให้เกิดการพลัดพรากจากครอบครัว การสูญเสียที่อยู่อาศัยและทรัพย์สิน รวมถึงการหยุดชะงักของการประกอบอาชีพและการศึกษา ด้านระบบสาธารณสุข หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ชายแดนต้องเตรียมความพร้อมรองรับเหตุฉุกเฉิน การดูแลผู้บาดเจ็บ และการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่ย้ายเข้ามาสู่ศูนย์พักพิง ขณะเดียวกันยังต้องเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ การจัดการด้านสุขภาพ และการดูแลกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งอาจประสบข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ด้วยเหตุนี้สำนักวิชาการสุขภาพจิต โดยกลุ่มภารกิจระบาดวิทยาสุขภาพจิต จึงได้ดำเนินการเฝ้าระวังแบบตัวแทน (Sentinel Surveillance) ในพื้นที่ ซึ่งเก็บข้อมูลโดยสหวิชาชีพเป้าหมายในพื้นที่เสี่ยง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการสำรวจจะได้ความเป็นตัวแทนในพื้นที่เป้าหมาย และระดับประเทศ สำรวจในคนไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในหมู่บ้าน/ชุมชนในตำบลเป้าหมายที่สุ่มได้อย่างน้อย 3 เดือน สุ่มตัวอย่าง แบบ Stratified random sampling ใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเอง และ เครื่องมือมาตรฐาน ประกอบด้วย แบบวัดความเครียด (ST-5) แบบวัดความเครียดที่เกิดจากความขัดแย้งทางอารมณ์ แบบสอบถามสุขภาพการประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น (Patient Health Questionnaire: PHQ9) และแบบสอบถามอารมณ์ ความรู้สึก ของประชาชนในพื้นที่

1.1 ความเป็นมาของการเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเชิงรุก (ACTIVE, SENTINEL SURVEILLANCE)

ระบาดวิทยานับได้ว่าเป็นความรู้ที่สำคัญที่นักสาธารณสุขจำเป็นต้องรู้ เพื่อให้ทราบขนาด และการกระจายของโรคในชุมชน ในด้านที่เกี่ยวกับบุคคล (person) เวลา (time) และสถานที่ (place) เพื่อทราบสาเหตุของการเกิดโรค เพื่อทราบธรรมชาติของการเกิดโรค ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค และวิธีถ่ายทอดโรค เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการควบคุม และป้องกันการเกิดโรค ในครั้งนี้และครั้งต่อ ๆ ไป ในอนาคต งานระบาดวิทยาจึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาข้อมูลที่ต้องใช้วิธีการรวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์ แปลความหมาย และการนำเสนอข้อมูล เพื่อประเมินสภาพทำให้ได้คำตอบในการปรับปรุง และพัฒนา งานสาธารณสุข ระบาดวิทยาจะช่วยบอกถึงโรค กาย ไข้ เจ็บ ที่เกิดขึ้น ว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร เป็นภาระเพียงใด ในเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งหลักการสำคัญของระบาดวิทยาสำคัญที่ต้องทำขั้นตอนแรกคือการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยเฝ้าดูอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทราบการเปลี่ยนแปลง¹

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา² เป็นการติดตามสังเกตพินิจพิจารณาลักษณะการเปลี่ยนแปลงของการเกิด การกระจายของโรค และเหตุการณ์ หรือปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ อย่างต่อเนื่องด้วยกระบวนการที่เป็นระบบมีขั้นตอนประกอบด้วย การรวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์ แปลผล และกระจายข้อมูลข่าวสารสู่ผู้ใช้ประโยชน์ เพื่อการวางแผน กำหนดนโยบาย การปฏิบัติงาน และการประเมินมาตรการควบคุมป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์หลักของการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเพื่อค้นหาการเกิดโรคหรือการเปลี่ยนแปลงปัญหาสาธารณสุข อย่างทันทั่วทั้งการเฝ้าระวังติดตามข้อมูลสถานการณ์ของโรค หรือปัญหาสาธารณสุขต่างๆ อย่างต่อเนื่อง สามารถค้นหา หรือทราบถึงการเกิดโรค และการระบาดของโรคในพื้นที่นั้นๆ เพื่อทราบรูปแบบการเกิดโรค รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรค หรือการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์นั้นๆ ข้อมูลจากการเฝ้าระวังจะนำมาสู่การเรียบเรียง วิเคราะห์ ทำให้ทราบลักษณะการเกิด และการกระจายของโรคตามบุคคลเวลา สถานที่ เพื่อให้ทราบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของการเกิดโรค หรือปัญหาสาธารณสุข โดยดำเนินการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวจะทำให้เห็นลักษณะเฉพาะ และเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการควบคุมป้องกันโรคและประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยาที่มีข้อมูลมาจากการเฝ้าระวัง จะเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการการควบคุมป้องกันโรค การวางแผนจัดลำดับความสำคัญประเมินผลการทำงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต เป็นการนำหลักการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยามาใช้ทางด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงปัจจุบัน หรือสถานการณ์วิกฤติ เพื่อเฝ้าระวัง และติดตามภาวะสุขภาพจิตของประชาชน สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบโดยตรงและทางอ้อมในคนไทย ในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม ความเป็นอยู่ และที่สำคัญคือด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศ ดังนั้น เพื่อเป็นการเฝ้าระวังการรับรู้ สุขภาพ และปัญหาสุขภาพจิต (ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิด ทำร้ายตนเอง) และความสุข รวมทั้งบริการสุขภาพจิตที่คนไทยรู้จัก เคยใช้ และเคยแนะนำผู้อื่น เพื่อเป็นผลพื้นฐานในการวางแผนมาตรการต่างๆ อาทิ นำไปใช้ในการประเมินครั้งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 – 2570) การเฝ้าระวังเชิงรุก (Active Surveillance) ที่กรมสุขภาพจิตริเริ่มดำเนินการชัดเจนในช่วงของสถานการณ์ระบาดของโควิด-19³

ที่ผ่านมาประเทศไทยเคยใช้การสำรวจแบบเร่งด่วน กรณีเหตุการณ์วิกฤติทางการเมือง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ลักษณะเก็บข้อมูลแบบเร่งด่วน (Rapid Survey) ในช่วงเวลา (Time series study) การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มเลือกจังหวัดแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกจังหวัดที่มีหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตที่เก็บข้อมูลตั้งอยู่ เป็นจังหวัดที่มีความสำคัญของแต่ละภาค 1 จังหวัด และใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) สำหรับจังหวัดระดับรองอีก 3 จังหวัด จากนั้นทำการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) โดยสุ่มจำนวนกลุ่มอายุ และเพศ ให้มีจำนวนใกล้เคียงกัน เก็บข้อมูลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในเขตชุมชน ตลาด และห้างสรรพสินค้า สุ่มเก็บข้อมูลจำนวนหน่วยงานละ 100 ราย ต่อการสำรวจ 1 ครั้ง อย่างไรก็ตาม การสำรวจครั้งนั้นมุ่งเน้นศึกษาอาการทางจิตใจ อารมณ์ หรือความรู้สึก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์วิกฤติเท่านั้น เพื่อให้ข้อคำถามมีความกระชับ เก็บข้อมูลได้อย่างสะดวก รวดเร็ว แต่ด้วยวิธีการยังไม่สามารถเทียบเคียงกับต่างประเทศได้ ด้วยข้อจำกัดบางประการที่อาจไม่ใช่การระบาดของโรคที่เกิดขึ้นในทั่วทุกมุมโลก อย่างการระบาดของ MERS หรือ SARS หรือการระบาดของโควิด-19 ที่พบผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ถัดมากรมสุขภาพจิตใช้การสำรวจแบบเร่งด่วนในสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 ซึ่งผลการสำรวจนำมาสู่การดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในปี พ.ศ. 2569 จากรายงานสถานการณ์อย่างเป็นทางการจากหน่วยงานรัฐส่วนกลาง ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกจากรายงานของทีมปฏิบัติการในพื้นที่ และการเฝ้าระวังสถานการณ์ข่าวประจำวันผ่านระบบวิเคราะห์อารมณ์สังคม (Sentiment Analysis) ส่งผลให้ทีมตระหนักถึงสถานการณ์ (SAT) ตรวจจับสัญญาณเตือนภัยสำคัญ พบว่า เหตุการณ์ความไม่สงบบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชาไม่เพียงแต่สร้างความเสียหายเชิงกายภาพต่อโครงสร้างพื้นฐานและพื้นที่ทำการเกษตรอย่างรุนแรงจนส่งผลให้ระบบบริการสาธารณสุขต้องรับภาระหนักขึ้นอย่างฉับพลันจากการอพยพของประชาชนเข้าสู่ศูนย์พักพิงชั่วคราวเท่านั้น แต่ในมิติสังคมและข่าวสารกลับพบปฏิกิริยาทางอารมณ์ในลักษณะความตื่นตระหนกและภาวะล่าถอยทางอารมณ์เป็นวงกว้าง ซึ่งถูกกระตุ้นโดยตรงจากการรับรู้ข่าวลือและข้อมูลลวงเรื่องการใช้อาวุธหนักผ่านสื่อสังคมออนไลน์อย่างต่อเนื่อง แม้หน่วยงานภาครัฐจะมีการตอบสนองเชิงระบบอย่างรวดเร็ว ทั้งการควบคุมพื้นที่วิกฤต การสำรวจเวชภัณฑ์ และเตรียมระบบส่งต่อฉุกเฉินเพื่อเปลี่ยน ผ่านจากระบบตั้งรับสู่การจัดการเชิงรุก ทีม SAT จึงได้ขับเคลื่อนการสำรวจแบบตัวแทนเฉพาะพื้นที่ (Sentinel Surveillance) ทำหน้าที่เป็นระบบเตือนภัยล่วงหน้า (Early Warning System) ในการตรวจจับความเปราะบางทางจิตใจของประชาชนและบุคลากรด่านหน้าได้อย่างแม่นยำ ก่อนจะนำข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตเหล่านั้นมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์ และแปรเปลี่ยนเป็น 4 มาตรการดำเนินงานเชิงรุกมุ่งเป้า เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นในการตอบสนองและสกัดกั้นความรุนแรงของวิกฤตสุขภาพจิตที่แปรเปลี่ยนตลอดเวลาในพื้นที่ได้อย่างเท่าทันสถานการณ์

สำหรับการสำรวจแบบ sentinel กรมสุขภาพจิต โดยกลุ่มภารกิจระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักวิชาการ ได้ดำเนินการสำรวจปฏิกิริยาทางอารมณ์ของประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เฝ้าระวัง 7 จังหวัด โดยครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายหลักได้แก่ ผู้อพยพหรืออาศัยอยู่ในศูนย์พักพิง ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยง หรือไม่ประสงค์อพยพในช่วงเกิดเหตุการณ์ บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครกู้ภัย และผู้นำชุมชน ซึ่งมีผลการสำรวจเบื้องต้นดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ข้อมูลจากการเฝ้าระวังในครั้งนี้สามารถสะท้อนปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในสถานการณ์ความขัดแย้ง เช่น ความเครียดจากสถานการณ์ทางสังคมและการเมือง การเสพยาเสพติดจำนวนมาก รวมถึงภาระงานของบุคลากรด่านหน้า ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการกำหนดมาตรการเชิงนโยบายเพื่อป้องกันและลดผลกระทบทางจิตใจของประชาชนในพื้นที่ได้รับผลกระทบ

1.2 วัตถุประสงค์การเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเชิงรุก (Active, Sentinel surveillance)

1.2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิต (ความเครียด ความเครียดที่เกิดจากความขัดแย้งทางการเมือง ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเอง) ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในสังคม

1.2.2 เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต (ความเครียด ความเครียดที่เกิดจากความขัดแย้งทางการเมือง ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเอง)

1.3 กรอบการดำเนินงานเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเชิงรุก (Active, Sentinel surveillance)

1.3.1 หลักการ

Sentinel surveillance

1.3.2 รูปแบบ

Descriptive-cross sectional

1.3.3 ประเด็นสุขภาพจิต

ความเครียด ความเครียดที่เกิดจากความขัดแย้งทางการเมือง ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเอง

1.3.4 ความเป็นตัวแทน

พื้นที่เสี่ยง/ ได้รับผลกระทบ และระดับประเทศ

1.3.5 ประชากร และตัวอย่าง

คนไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในหมู่บ้าน/ชุมชนในตำบลเป้าหมายที่สุ่มได้อย่างน้อย 3 เดือน

1.3.6 แผนสุ่มตัวอย่าง

Stratified random sampling

1.3.7 เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเชิงรุก (Sentinel surveillance) แบ่งเป็น 2 แบบ คือ

3.7.1 เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยกลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักวิชาการสุขภาพจิต ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป (เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความพึงพอใจของรายได้) การรับรู้สถานการณ์ และบริการสุขภาพจิต เจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรังทางกายและจิตเวช ปัญหาที่ทำให้ทุกข์ใจ ไม่สบายใจมากถึงมากที่สุด

3.7.2 เครื่องมือมาตรฐาน ประกอบด้วย แบบวัดความเครียด (ST-5) แบบคัดกรองความเครียดที่เกิดจากความขัดแย้งทางการเมือง แบบสอบถามสุขภาพ การประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น (Patient Health Questionnaire: PHQ9)

1.3.8 กำหนดการสำรวจ

สำรวจโดยใช้ google form เข้าถึงด้วย QR Code ระหว่างวันที่ 5-9 มกราคม 2569

4. นิยามศัพท์

การสำรวจแบบเร่งด่วน (Rapid Emergency Response Survey) หมายถึง วิธีการ หรือการออกแบบสำรวจที่เป็นมาตรฐานที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างรวดเร็วในภาวะวิกฤต โดยต้องเข้าถึงตัวอย่างเป้าหมายหรือกลุ่มเสี่ยงที่ต้องการศึกษาในพื้นที่ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เป็นการดำเนินงานที่ใช้ต้นทุนต่ำ

การเฝ้าระวังเชิงรุก (Active Surveillance) หมายถึง การเฝ้าระวังเพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้น เป็นการค้นหาข้อมูลเชิงรุกที่ต้องการค้นหาปัญหาที่สนใจ ที่ระบบเฝ้าระวังปกติ หรือที่มีอยู่ไม่สามารถค้นหาปัญหาได้ เป็นการค้นหาที่เน้นพื้นที่หรือกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ทั้งนี้การสำรวจการรับรู้และภาวะสุขภาพจิตประชาชนไทยจากภาระของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่องจึงเป็นการเฝ้าระวังเชิงรุก

การเฝ้าระวังเฉพาะกลุ่มเฉพาะพื้นที่ (sentinel surveillance) หมายถึง การเฝ้าระวังเพื่อค้นหาการเกิดโรคใหม่ หรือโรคที่มีอยู่แล้ว แต่มีแนวโน้มที่เกิดโรคมามากขึ้นผิดปกติกลุ่มประชากรเสี่ยงหรือพื้นที่เสี่ยง โดยที่ การเฝ้าระวังที่มีอยู่แล้วอาจมีการรายงานล่าช้าหรือมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถค้นหาได้ครอบคลุมและรวดเร็ว เช่น กรณีพบผู้ติดเชื้อที่เดินทางกลับจากประเทศเมียนมาผ่านช่องทางธรรมชาติ จังหวัดเชียงราย และกรณีพบการระบาดแพลงกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาคร

ความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาที่ร่างกายตอบสนองต่อสิ่งคุกคามหรือกดดันแล้วแสดงออกมา ความเครียดมี 2 ด้าน คือ ด้านบวก (positive - Eutress) เป็นการกระตุ้นพฤติกรรมทางบวกทำให้ชีวิตดีขึ้น ให้ระมัดระวัง เปิดรับประสบการณ์หรือความท้าทายใหม่ๆ ส่วนทางด้านลบ (negative - Distress) เช่น ความโกรธ ความท้อใจ การเกิดความกังวลต่างๆ หรือปัญหาสุขภาพ ทำให้ลดความสามารถในการทำงานได้ ประเมินโดยใช้แบบวัดความเครียดศรีรัฐยา ST-5

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์เบื่อหน่าย หด หู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก มีอาการนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการเรียน โดยแสดงออกทางอาการทางกาย พฤติกรรมคำพูด และความคิดกังวล ประเมินโดยใช้แบบประเมิน PHQ-9

ความคิดทำร้ายตนเอง หมายถึง การที่บุคคลมีความคิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายๆ ไปเสียคงจะดี ประเมินโดยใช้แบบประเมิน PHQ-9 ข้อ 9

ประชาชนไทย หมายถึง คนไทยที่อาศัยในตำบลเป้าหมายที่ได้มาจากการสุ่ม โดยอาศัยอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไปและมีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป โดยเก็บข้อมูลกระจายใน 3 กลุ่มอายุ คือ อายุ 18-24, 25-59 ปี และตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามจำนวนที่กำหนด

บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราวที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเป้าหมาย ทุกระดับในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาล ทั้งที่เป็นด่านหน้ารักษาผู้ป่วยโควิด-19 โดยตรง หรือผู้ที่รักษาผู้ป่วยทั่วไป รวมทั้งฝ่ายสนับสนุนที่ปฏิบัติงานในสถานที่ดังกล่าว

ผู้ประสานงานในพื้นที่ หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ติดต่อ ประสานงาน วางแผนกำกับและนิเทศการเก็บข้อมูลในพื้นที่เป้าหมาย จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

ผู้ประสานงานระดับเขตสุขภาพ หมายถึง ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 โดยประสานการเก็บข้อมูลกับผู้ประสานระดับจังหวัด

ผู้ประสานงานระดับจังหวัด หมายถึง ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของสาธารณสุขจังหวัด 1 คน โดยประสานการเก็บข้อมูลกับหน่วยบริการสาธารณสุข/ที่เป็นหน่วยเก็บข้อมูล

ผู้เก็บข้อมูล หมายถึง สหวิชาชีพในหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเอกชน เทศบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลประชาชนไทยตามจำนวนที่กำหนด

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ในการติดตามและเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤตที่มีผลกระทบในวงกว้างจำเป็นต้องใช้ข้อมูลจากหลายแหล่ง ทั้งหน่วยงานรัฐ สื่อมวลชน องค์กรระหว่างประเทศ และข้อมูลเชิงลึกในพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน สำหรับการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบจะช่วยให้สามารถประเมินสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง และนำไปสู่การกำหนดมาตรการตอบสนองและข้อเสนอเชิงนโยบายที่เหมาะสมสำหรับสถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา การเฝ้าระวังเชิงรุกสามารถสะท้อนสถานการณ์สุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่วิกฤตอย่างรวดเร็ว ทำให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถมองเห็นแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงและพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบได้อย่างชัดเจน ข้อมูลดังกล่าวมีบทบาทสำคัญต่อการวางแผนการช่วยเหลือและการจัดบริการสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตได้อย่างทันที่¹⁴⁻¹⁶ หนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของการเฝ้าระวังเชิงรุก คือ การสำรวจ sentinel surveillance ซึ่งเป็นการเฝ้าระวังโดยเลือกพื้นที่หรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรในพื้นที่เสี่ยง มีจุดเด่นในการติดตามแนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิตในช่วงเวลาต่าง ๆ ช่วยที่สามารถรวบรวมข้อมูลสถานการณ์จากพื้นที่สำคัญได้อย่างรวดเร็ว แม้ในสภาวะที่ทรัพยากรด้านบุคลากรและระบบข้อมูลมีข้อจำกัด



การริเริ่มดำเนินการเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเชิงรุก (Active, Sentinel surveillance) ในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งในขณะนั้นมีสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 กระทรวงสาธารณสุขมีข้อสั่งการศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กรมสุขภาพจิตดำเนินการสำรวจสุขภาพจิตในช่วงสถานการณ์ดังกล่าว กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต จึงได้ทบทวนแนวคิดการเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเชิงรุก (Active, Sentinel surveillance) จากหลักฐานทางวิชาการทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ดังนี้

2.1 แนวคิดการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (Epidemiological Surveillance)

2.1.1 การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (Epidemiological Surveillance)

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เป็นกิจกรรมแรกในสามกิจกรรมหลักของการดำเนินการทางระบาดวิทยา ซึ่งประกอบด้วย การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การสอบสวนทางระบาดวิทยา และการศึกษาทางระบาดวิทยา การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยานับเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของการดำเนินงานทางระบาดวิทยาที่ประเทศต่างๆ จำเป็นต้องพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่เป็น “เครือข่ายการรายงานรายโรคที่สำคัญ” ให้มีความเข้มแข็งที่สุด เพราะจะสามารถช่วยตรวจจับการระบาดของโรคต่างๆ รวมถึงการเกิดขึ้นของโรคใหม่ๆ ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน (โรคอุบัติใหม่ หรือ Emerging Disease) ได้แก่ โรคเอดส์ในประเทศสหรัฐอเมริกาช่วงต้นทศวรรษ 1990 หรือโรคที่ไม่ได้เกิดมานานแล้ว กลับมาเกิดขึ้น หรือระบาดอีกครั้ง (โรคอุบัติซ้ำ หรือ Re-Emerging Disease) ได้แก่ คุชชิงโรค ที่ระบาดในหมู่บ้านชุมชนภาคใต้ของประเทศไทยของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2533

2.1.2 คำจำกัดความ และหลักการของการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา มีคำจำกัดความ หรือนิยามของผู้เชี่ยวชาญมากมายหลายความหมาย ในที่นี้จะขอความหมายของ Eylesbosch และ Noah (1988) 14 ซึ่งถูกอ้างอิงใน Dictionary of Epidemiology ของ Last (2001) ว่า

“Continuous analysis, interpretation, and feedback of systematically collected data, generally using methods distinguished by their practicality, uniformity, and rapidity rather than by accuracy or completeness.”

“การวิเคราะห์ แปลผล และส่งย้อนกลับอย่างใดอย่างต่อเนืองของข้อมูลที่รวบรวมมา โดยมักใช้วิธีการที่เด่นชัดในการปฏิบัติจริง การมีรูปแบบเดียวกัน และความรวดเร็วมากกว่าความถูกต้อง และความครบถ้วนสมบูรณ์”

จากคำจำกัดความของการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาข้างต้น นอกจากจะเห็นว่ามีการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา คือ การรวบรวม รวมถึงการวิเคราะห์ แปลผล และส่งข้อมูลย้อนกลับแล้ว หลักการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยายังสามารถจำแนกได้อีก 3 ประการ 1-2 ได้แก่

1. ดำเนินการอย่าง “ต่อเนื่อง” โดยทั่วไปหากมีการดำเนินการชั่วคราว หรือเฉพาะกิจ ไม่ควรถือว่าเป็นการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การเฝ้าระวังที่ดีต้องช่วยวิเคราะห์มองเห็นแนวโน้ม หรือสามารถตรวจจับปัญหาทางสุขภาพได้



2. ดำเนินการด้วยวิธีการที่เป็น “รูปแบบเดียวกัน” โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในเรื่องนิยามของโรคในอดีต ประเทศไทยเคยนิยาม “อหิวาตกโรค” ว่าเป็น “โรคอุจจาระร่วงอย่างแรง” ทำให้ไม่ตรงกับนิยามสากลของอหิวาตกโรค อาจด้วยเหตุผลทางการท่องเที่ยว จึงไม่มีการรายงานผู้ป่วยอหิวาตกโรคในแต่ละปีเข้าสู่องค์การอนามัยโลก และการควบคุมโรคก็ทำได้ไม่เต็มประสิทธิภาพนัก ต่อมาเกิดการระบาดของอหิวาตกโรคเกิดขึ้นบ่อยหลายครั้ง ทำให้ประเทศไทยต้องนิยามคำว่า อหิวาตกโรคเข้าสู่องค์การอนามัยโลก การนิยามโรคต่างๆ ให้ตรงกับนิยามของสากล จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อการสื่อสารให้ถูกต้องตรงกัน และเพื่อการควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพด้วย

3. คำนึงถึง “ความเร็ว” ในการรายงานมากที่สุด เพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างทันทั่วถึง โดยความเร็วในการรายงานโรคมีความสำคัญมากกว่าความถูกต้อง และความครบถ้วนสมบูรณ์ของการรายงานโรค การรายงานผู้ป่วยจำเป็นรายงานตั้งแต่ผู้ป่วยสงสัย (Suspected Case) หรือผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable Case) โดยไม่จำเป็นต้องรอผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed Case) แล้วค่อยรายงาน เนื่องจากมักจะช้าเกินไป เพราะการวินิจฉัยที่เป็นการยืนยันว่าป่วยด้วยโรคนั้นมักจำเป็นต้องใช้การตรวจพิเศษ หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ต้องใช้เวลานาน มีราคาแพง และมีสถานที่ตรวจได้ไม่กี่แห่ง โดยทั่วไปในทางปฏิบัติ จึงรายงานตั้งแต่ผู้ป่วยสงสัย หรือผู้ป่วยเข้าข่าย เพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ทันทั่วถึง

2.1.3 ประโยชน์ของการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

1. ทำให้ทราบสถานการณ์ และแนวโน้มของโรค หรือภัยสุขภาพที่สำคัญนั้นๆ ดังนั้นโดยทั่วไป จะมีการกำหนดรายชื่อโรคสำคัญๆ ที่ต้องรายงานจากพื้นที่ที่พบโรคนั้นๆ
2. ทำให้ตรวจจพบการระบาดของโรคที่สำคัญๆ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคติดต่อต่างๆ
3. ทำให้ตรวจจพบการเกิดขึ้นของโรคอุบัติใหม่ (Emerging Diseases) และโรคอุบัติซ้ำ (Re-Emerging Diseases) ได้
4. ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการสอบสวนทางระบาดวิทยา และเป็นสมมติฐานหรือคำถามการวิจัยในประเด็นทางสุขภาพที่ต้องการหาปัจจัย/สาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือในประเด็นทางสุขภาพยังไม่ได้ข้อสรุป
5. ใช้ข้อมูลจากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในการจัดทำนโยบาย รวมถึง แผน/โครงการ กิจกรรม งบประมาณ (Budgeting) การควบคุมกำกับติดตาม (Monitoring) และการประเมินผล (Evaluation) ได้

2.1.4 รูปแบบของการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

รูปแบบหรือชนิดของการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา อาจแบ่งได้หลายแบบ แต่ที่นิยมจะแบ่งเป็น 4 รูปแบบ 2 ดังนี้

1. การเฝ้าระวังเชิงตั้งรับ (Passive Surveillance) เป็นการเฝ้าระวังในภาวะปกติโดยใช้ระบบรายงานและ เครือข่ายปกติที่มีอยู่ หรือ เรียกว่า Routine Reporting ดังนั้น เมื่อสถานบริการด้านสุขภาพใดให้การวินิจฉัยผู้ป่วยที่ถูกกำหนดไว้ว่าเป็นโรคที่ต้องรายงาน ก็ต้องรายงานไปตามขั้นตอนโดย “เร็วที่สุด” โดยต้องรายงานตั้งแต่ “ผู้ป่วยสงสัย” หรือ “ผู้ป่วยเข้าข่าย” เพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ทันทั่วถึงอย่างมีประสิทธิภาพนั่นเอง

2. การเฝ้าระวังเชิงรุก (Active Surveillance) เป็นการเฝ้าระวังที่จัดทำขึ้นเพื่อ “เสริม” การเฝ้าระวังเชิงตั้งรับให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในกรณีที่มีการระบาด หรือมีโรคที่สนใจเฉพาะเกิดขึ้น กรณีตัวอย่าง คือ เมื่อมีการระบาดของอหิวาตกโรค จะมีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงที่อาจเสียชีวิตจากการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำปริมาณมาก (Severe Watery Diarrhea)



มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพื่อรับการช่วยชีวิตและฟื้นคืนสภาพการขาดน้ำและเกลือแร่ เรียกผู้ป่วยลักษณะนี้ว่าเป็น “Passive Case” (ป็นนภ นรเศรษฐพันธุ์: เอกสารอิเล็กทรอนิกส์) คือ ผู้ป่วยที่เดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลกันเอง อาจโดยญาติๆ พามาได้เพราะผู้ป่วยมีอาการหนักเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ไม่สามารถรักษาด้วยตนเองที่บ้าน จึงจำเป็นต้องไปโรงพยาบาล ผลการเพาะเชื้อจากอุจจาระพบเชื้อสาเหตุของอหิวาตกโรค แต่การให้การรักษาดูแลเฉพาะ Passive Case ไม่เพียงพอต่อการควบคุมโรค เพราะอาจมีผู้ที่มีอาการน้อยๆ ถ่ายอุจจาระไม่ก็ครั้งและดูแลรักษาตนเองอยู่ที่บ้านโดยไม่ไปโรงพยาบาลเราจึงจำเป็นต้องจัดตั้ง War Room เพื่อทำการเฝ้าระวังเชิงรุก คือ รุกเข้าไปหาผู้ป่วยลักษณะนี้เพิ่มเติมในพื้นที่ชุมชนตามสถานที่อยู่ของ Passive Case มีฉะนั้น เราจะไม่สามารถควบคุมโรคได้ผู้ป่วยที่มีอาการน้อยและไม่ไปโรงพยาบาล แต่เมื่อนำอุจจาระไปเพาะเชื้อพบเชื้ออหิวาตกโรค เรียกว่า “Active Case” คือ ผู้ป่วยที่ค้นพบโดยการค้นหาเชิงรุก (Active Case Finding หรือ Active Surveillance) อย่างไรก็ตาม ในการค้นหาเชิงรุกนี้เราอาจพบผู้สัมผัสโรคที่ยังไม่มีอาการ แต่เมื่อนำอุจจาระไปเพาะเชื้อก็พบเชื้ออหิวาตกโรคและสามารถแพร่เชื้อโรคให้ผู้อื่นได้ที่ เรียกว่าเป็นพาหะ หรือ “Carrier” ดังนั้น โดยสรุป ในกรณีเช่นนี้จะพบ Passive Case ได้จาก Passive Surveillance (Routine Reporting) และจะพบ Active Case กับ Carrier ได้จาก Active Surveillance นั่นเอง จึงต้องค้นหาและให้การรักษา Active Case และ Carrier ด้วย มีฉะนั้น จะไม่สามารถควบคุมโรคได้จนเมื่อสามารถควบคุมการระบาดของโรคได้แล้ว จึงยกเลิกการทำ War Room ในลักษณะ Active Surveillance นี้ และใช้ระบบการเฝ้าระวังปกติเชิงตั้งรับเพียงอย่างเดียวต่อไปเหมือนกับก่อนมีการระบาดของอหิวาตกโรค

3. การเฝ้าระวังในกรณีพิเศษ (Special Surveillance) จัดตั้งการเฝ้าระวังรูปแบบนี้ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์พิเศษจริงๆ เท่านั้น กรณีตัวอย่าง คือ เกิดภัยพิบัติผลกระทบจากแผ่นดินไหวรุนแรงจนทำให้เกิดคลื่นยักษ์สึนามิ (Tsunami) บริเวณชายทะเลฝั่งอันดามัน เมื่อเช้านี้วันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ทำให้มีผู้เสียชีวิต จำนวน 5,388 ราย บาดเจ็บ 8,457 ราย และสูญหาย 3,120 ราย และมีการทำลายทรัพย์สินอย่างมากมาย ไม่ว่าจะเป็นอาคารบ้านเรือนรถยนต์รวมถึง ระบบการสื่อสารทุกประเภท ทำให้ไม่สามารถติดต่อประสานงานในการขอความช่วยเหลือต่างๆ และรายงานโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นมา จึงต้องจัดตั้งระบบการเฝ้าระวังแบบพิเศษหรือกรณีพิเศษนี้ขึ้นมา โดยใช้ช่องทางการสื่อสารที่สามารถใช้ได้เพียงช่องทางเดียวคือ “วิทยุสื่อสาร” ในการติดต่อประสานงานต่างๆ รวมถึงการรายงานโรคที่เกิดขึ้นและการขอความช่วยเหลือด้านการแพทย์และสาธารณสุข จนเมื่อมีการซ่อมแซมทุกสิ่งทุกอย่างให้เข้าสู่ภาวะปกติจึงกลับมาใช้ระบบการเฝ้าระวังปกติเชิงตั้งรับต่อไป

4. การเฝ้าระวังในแบบตัวแทน (Sentinel Surveillance) คำว่า Sentinel แปลว่า ยาม ที่มีหน้าที่ “ตรวจจับความผิดปกติ” การเฝ้าระวังแบบนี้จึงมีการเลือกกลุ่มตัวแทนเพื่อเป็นยามในการตรวจจับความผิดปกติ ไม่ต้องทำในกลุ่มประชากรทั้งหมด โดยมีักดำเนินการในกรณีปัญหาที่อ่อนไหวทางสังคม (Sensitive Issues) และโดยทั่วไปมักจะทำเป็นรอบๆ ประมาณปีละ 1-2 ครั้ง ดังเช่นกรณีตัวอย่าง คือ การเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริจาคโลหิต (Blood Donor) และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ (ANC Clinic) ที่แนวโน้มการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มเสี่ยงแต่ละกลุ่มมีไม่เท่ากัน แต่กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการยอมรับให้เป็นตัวชี้วัดความรุนแรง



ของการแพร่กระจายของ HIV ในพื้นที่นั้นๆ คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์โดยหากมีความชุกของการติดเชื้อ HIV ตั้งแต่ร้อยละ 1 ขึ้นไป (World Health Organization, 2010: 4) จะสะท้อนว่ามีปัญหาความชุกของการติดเชื้อ HIV ในพื้นที่นั้น สำหรับประเทศไทยมีความชุกของการติดเชื้อ HIV ในหญิงตั้งครรภ์น้อยกว่าร้อยละ 1 มาตั้งแต่ พ.ศ. 2549 เป็นต้นมาแล้ว

2.1.5 ขั้นตอนการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

ขั้นตอนการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เหมือนกับกระบวนการจัดการข้อมูลทั่วไป โดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน² คือ

1. การรวบรวมข้อมูล (Collection of Data) เป็นการรวบรวมรายงานผู้ป่วยในข่ายการเฝ้าระวังจากเครือข่ายระดับที่ต่ำกว่า เพื่อนำมาจัดการข้อมูลต่อไป
2. การเรียบเรียงและนำเสนอข้อมูล (Consolidation and Presentation) เป็นการนำข้อมูลจากรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่รวบรวมมาได้จัดทำเป็นหมวดหมู่เพื่อการวิเคราะห์และแปลผลต่อไป โดยใช้หลักระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ตามบุคคล สถานที่และเวลาเป็นหลัก ร่วมกับใช้ชีวิตสถิติเชิงพรรณนา แล้วนำเสนอข้อมูลออกมาในรูปตาราง หรือแผนภูมิต่างๆ ตามความเหมาะสม
3. การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผล (Analysis and Interpretation) เป็นการตีความและอธิบายปรากฏการณ์รวมถึงแสดงเหตุผลเชิงประจักษ์หรือเหตุผลที่เป็นไปได้ที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์นั้นจากข้อมูลที่เรียบเรียงและนำเสนอมา
4. การกระจายข้อมูลข่าวสาร (Dissemination of Information) เป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างหนึ่งของการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ที่หน่วยงานส่วนกลางหรือหน่วยงานในระดับสูงกว่าต้องส่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลับไปให้หน่วยงานในระดับที่ต่ำกว่าในพื้นที่ต่างๆ เพื่อเป็นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญทางระบาดวิทยาอย่างทั่วถึง มิฉะนั้น ข้อมูลข่าวสารที่มีอยู่จะไม่ได้มีการใช้ประโยชน์ต่อการดำเนินงานทางด้านสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ

2.2 แนวคิดการสำรวจแบบเร่งด่วน (Rapid Emergency Response Survey)

2.2.1 ความหมายของการสำรวจแบบเร่งด่วน

การสำรวจแบบเร่งด่วน คือ การตอบสนองอย่างรวดเร็วเพื่อได้ข้อมูลเบื้องต้นของผลกระทบที่เกิดขึ้นในทันที และมีแนวโน้มว่าจะเกิดวิกฤตต่อชุมชน โดยการวางแผนการสำรวจเป็นระยะๆ เพื่อติดตามผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญห และกำหนดเป็นนโยบายเมื่อสถานการณ์คลี่คลาย¹⁵



2.2.2 นวัตกรรมการใช้วิธีการ Rapid Emergency Response Survey

การสำรวจอย่างรวดเร็วอย่างรวดเร็ว (RERS) เป็นวิธีการสำรวจที่ออกแบบด้วยวิธีการที่เป็นมาตรฐานสากลซึ่งสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็วในช่วงของการเกิดเหตุการณ์วิกฤต การออกแบบให้เป็นแบบสำรวจทางโทรศัพท์เพื่อให้สามารถเข้าถึงประชากรที่มีความเสี่ยงได้อย่างรวดเร็วและสามารถดำเนินการได้โดยศูนย์บริการในพื้นที่ หรือหน่วยงานในพื้นที่ โดยใช้ต้นทุนการสำรวจต่ำ ค่า ค่า และเกิดประสิทธิผล และมีข้อมูลการอัปเดตตลอดเวลา เพื่อให้ทราบถึงแนวโน้มสุขภาพของประชาชน

การสำรวจอย่างรวดเร็วอย่างรวดเร็ว (RERS) ในต่างประเทศนิยมใช้กับการเกิดเหตุการณ์วิกฤตด้านการเมือง หรือการขาดแคลนอาหารในถิ่นทุรกันดาร ซึ่งจะได้ผลการสำรวจอย่างรวดเร็วเพียงแค่ผู้ตอบแบบสำรวจ หรือผู้เข้าร่วมมีโทรศัพท์มือถือ ซึ่งอัตราการตอบกลับหรือจำนวนผู้ตอบแบบสำรวจต้องมากกว่า 80% จึงจะถือว่าหลักการสำรวจอย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ¹⁶

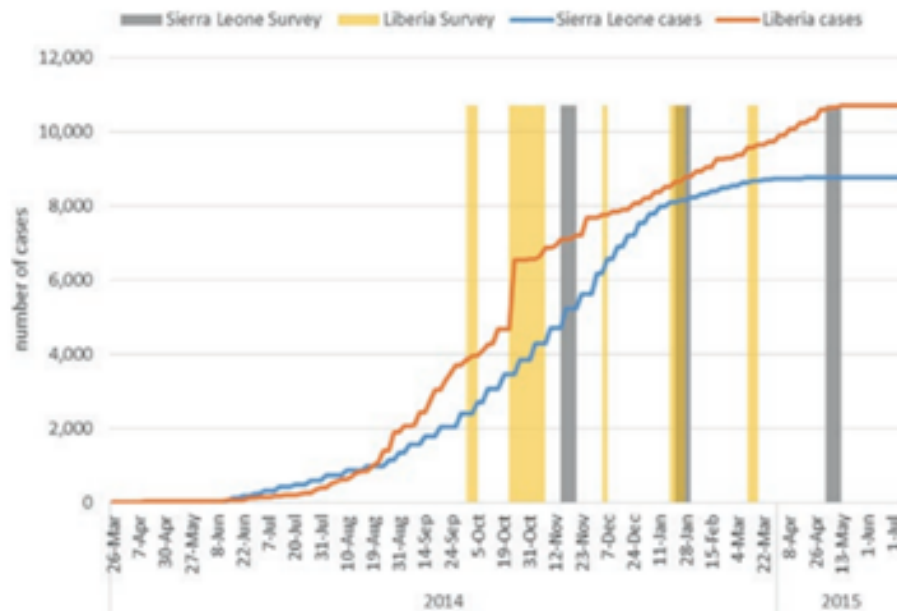
2.3 การสำรวจออนไลน์โดยใช้โทรศัพท์จากวิกฤตอีโบลาในต่างประเทศ

2.3.1 ความท้าทายด้านความต้องการข้อมูล

จากสถานการณ์ระบาดของไวรัสอีโบลา ในแอฟริกาตะวันตกเมื่อปี 2014 ถือเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพที่ร้ายแรงที่สุดของโลก 17การระบาดของโรคอีโบลาก่อขึ้นครั้งแรกในชุมชนชนบทของ Guinea ในเดือนธันวาคม 2013 และกระจายไปทั่วประเทศ รวมถึงกระจายไปยังประเทศเพื่อนบ้านอย่างรวดเร็ว เมื่อสิ้นสุดวิกฤตโรคระบาดนี้คร่าชีวิตผู้คนไปแล้วกว่า 11,300 คน และบุคลากรทางการแพทย์ 500 คน¹⁸

การระบาดของโรคอีโบลานอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อพนักงานด้านเศรษฐกิจ โดยในช่วงที่มีการระบาดสูงรัฐบาลมีมาตรการให้หยุดเรียน ตลาดปิดทำการ เจ้าหน้าที่ของรัฐบาลถูกห้ามไม่ได้ทำงานในสถานที่ทำงาน พนักงานเอกชนถูกพักงาน ห้ามชุมนุม มีการจำกัดการขนส่งคมนาคม การหยุดห้ามให้มีการเดินทางระหว่างประเทศ ในขณะนั้นองค์การอนามัยโลกได้เฝ้าระวังภาวะสุขภาพโดยรวมของประชาชนแบบเร่งด่วนเพื่อต้องการข้อมูลที่ทันเวลาในการติดตามผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการระบาดของโรคอีโบลา อย่างไรก็ตามการลงไปสำรวจในพื้นที่ การแจกบัตรครัวเรือน การสุ่มพื้นที่ตามแผนที่ และการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว (Face to Face Interview) ในชุมชนนั้นเป็นไปได้ค่อนข้างยาก และมีความล่าช้า¹⁹

ทางออกของความท้าทายด้านความต้องการข้อมูลนี้มาจากการตระหนักว่าการแพร่กระจาย และการระบาดของเชื้อไวรัสอีโบลา ทำให้ไม่สามารถลงพื้นที่การสำรวจได้ ทางเดียวที่จะได้ข้อมูลอย่างรวดเร็ว ครบคลุม และตรงเวลา คือ การสำรวจออนไลน์โดยใช้โทรศัพท์มือถือของประชาชนซึ่งมีต้นทุนต่ำ เพราะประชาชนทุกคนมีโทรศัพท์ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารอยู่แล้ว ทั้งนี้ยังสามารถตอบสนองด้วยการให้ข้อมูลที่สำคัญแก่ผู้มีอำนาจตัดสินใจในการเฝ้าระวังสุขภาพ และภาวะเศรษฐกิจในประเทศ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 การสำรวจแบบเร่งด่วนในสถานการณ์ระบาดของอีโบล่าในต่างประเทศ
โดยการสำรวจออนไลน์ทางโทรศัพท์เคลื่อนที่

2.3.2 นวัตกรรม

การระบาดของโรคอีโบล่าใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่หรือโทรศัพท์มือถือ เป็นนวัตกรรมในการรวบรวมข้อมูล รวมถึงการสำรวจแบบเร่งด่วนในแอฟริกา โดยใช้ชื่อว่า Listening to Africa (L2A) โดยร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ อาทิ หน่วยงานวิจัย และนวัตกรรม สำนักงานสถิติแห่งชาติ บริษัทเครือข่ายโทรศัพท์มือถือ ซึ่งมีความเป็นไปได้สูงในการรวบรวมข้อมูล หรือการสำรวจต่างๆ แบบออนไลน์ได้อย่างรวดเร็ว¹⁹

แนวทางการสำรวจ Listening to Africa (L2A) ได้วางแนวทางหรือมาตรฐานที่เริ่มต้นด้วยการสำรวจครัวเรือนในรูปแบบการสำรวจนำร่องในชุมชนเล็กๆ ชุมชนใดชุมชนหนึ่ง เพื่อให้มั่นใจว่าการสำรวจแบบเร่งด่วนนี้จะสามารถเป็นตัวแทนของประชากรในพื้นที่เป้าหมาย หรือประชาชนเป้าหมาย โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์นั้นจะช่วยลดระยะเวลาการตอบคำถามที่สั้นลง เพื่อให้มีข้อมูลอย่างรวดเร็ว และผู้ตอบแบบสอบถามไม่เมื่อยล้าจนเกินไป รวมทั้งสามารถเผยแพร่ข้อมูลการสำรวจสู่สาธารณะได้อย่างรวดเร็ว²⁰

2.3.3 ผลจากการสำรวจอีโบล่า

การสำรวจแบบเร่งด่วนในสถานการณ์ระบาดของโรคอีโบล่า ครอบคลุมด้านพฤติกรรม และการรับรู้ของประชาชน เคยได้ยิน หรือรู้จักโรคอีโบล่า ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ผลกระทบจากการทำงาน และการเรียน รวมถึงการปฏิบัติตัวของประชาชนในช่วงการระบาด นอกจากนี้การสำรวจรอบหลังๆ ได้เพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับการช่วยเหลือของรัฐบาล และการสูญเสียจากการระบาดดังกล่าว



2.3.4 ความท้าทายของการดำเนินการ บทเรียนรู้ และก้าวต่อไปของการสำรวจแบบเร่งด่วน

สถานการณ์ระบาดของโรคไวรัสโคโรนาในขณะนั้นแม้ว่าจะไม่สามารถลงพื้นที่สำรวจ และสัมภาษณ์แบบต่อหน้าก็ตาม แต่การสำรวจออนไลน์โดยใช้โทรศัพท์มือถือมีประโยชน์อย่างมากในสถานการณ์เฉพาะและสำหรับความต้องการในการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะ ซึ่งมีข้อดีอันได้แก่ความสามารถในการรวบรวมข้อมูลในสภาพแวดล้อมที่มีความผันผวนและมีความเสี่ยงสูง (เช่นในช่วงวิกฤตทางการเมืองหรือโรคระบาด) ความยืดหยุ่นและการตอบสนองต่อสิ่งใหม่ อย่างไรก็ตามการสำรวจแบบเร่งด่วนสถานการณ์วิกฤตยังคงพบกับความท้าทายใหม่ และได้บทเรียนรู้จากการดำเนินงานมากมาย²¹

บทเรียนรู้แรกของการสำรวจแบบเร่งด่วนในสถานการณ์วิกฤตโรคระบาดโควิด คือ ความเร่งด่วนภายใต้ข้อจำกัด และเวลาที่มืออยู่ ซึ่งต้องมีการวางแผน มีกระบวนการสุ่มตัวอย่าง และพื้นที่เป้าหมายที่ชัดเจน ไม่สามารถเก็บเกิน หรือขาดได้ จำเป็นต้องเก็บตามจำนวนเป้าหมายที่ตั้งไว้เท่านั้น ทั้งนี้ต้องมีแผนสำรองในกรณีที่ประชากรเป้าหมาย หรือพื้นที่เป้าหมายเป็นชุมชนชนบท ที่อินเทอร์เน็ตอาจจะเข้าถึงไม่สะดวกมากนัก

บทเรียนรู้ต่อไปคือ การสำรวจแบบเร่งด่วนนี้ แบบสอบถาม หรือข้อคำถามต้องสั้นที่สุด เพื่อลดความเหนื่อยล้าในการตอบแบบสอบถามของประชาชน รวมถึงการใช้โทรศัพท์มือถือในการตอบแบบสำรวจ อาจจะไม่เหมาะสมหากต้องใช้ระยะเวลาาน คำถามเชิงคุณภาพ ไม่ควรถามในการสำรวจแบบเร่งด่วนโดยใช้วิธีการออนไลน์

2.4 การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจทางโทรศัพท์

กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจทางโทรศัพท์ในปีงบประมาณ 2542 เนื่องจากกรมสุขภาพจิตตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ จึงได้จัดทำโครงการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ โดยเฝ้าระวังในระยะเวลา 2 ปีซึ่งหนึ่งในโครงการนี้เป็นการเฝ้าระวังเชิงรุกโดยมีโครงการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนทางโทรศัพท์ในปีงบประมาณ 2541 สำรวจ 4 ครั้ง ทุก 3 เดือน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2540 ถึงเดือนกันยายน 2541 เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ ได้รับทราบข้อมูลปัญหาต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของประชาชนจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ และนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้เป็นประโยชน์ในการป้องกันและดูแลสุขภาพจิตของประชาชนต่อไปได้²²

การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจทางโทรศัพท์ จากที่ประเทศไทยประสบปัญหาภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ เป็นเหตุให้เศรษฐกิจของไทยโดยรวมขยายตัวต่ำ มีผลต่ออัตราเงินเฟ้อ ต้นทุนการผลิตสูง และเมื่อรัฐบาลได้ประกาศนโยบายค่าเงินบาทลอยตัว เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2540 ยิ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมทั้งประเทศ มีผู้ว่างงานเพิ่มมากขึ้น รายได้เฉลี่ยของประชาชนลดลง รายได้ไม่พอรายจ่าย ธุรกิจขาดทุนหรือปิดกิจการ จากภาวะบีบคั้นในช่วงวิกฤตนี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งความเป็นอยู่และสภาพจิตใจอย่างมาก และรวดเร็ว



ประชาชนเกิดความเครียด มองไม่เห็นทางออกของปัญหาซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตตามมา เช่น การคิดฆ่าตัวตาย การเป็นอาชญากร เนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจที่นำมาซึ่งปัญหาของการขาดปัจจัยดำรงชีวิตพื้นฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน กรมสุขภาพจิต โดยกลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต กองแผนงาน จึงดำเนินการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจทางโทรศัพท์ โดยสุ่มรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากสมุดโทรศัพท์ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล และจังหวัดที่มีหน่วยงานของกรมสุขภาพจิตตั้งอยู่ ครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ 2562 ในระหว่างวันที่ 8-12 มีนาคม 2562 ในช่วงเวลา 8.30-20.30 น. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,791 ราย²³

การสำรวจเพื่อเฝ้าระวังปัญหาที่มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจที่เกิดขึ้นกับประชาชนจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการทราบกลไกการปรับตัว ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชน กำหนดพื้นที่การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนทางโทรศัพท์ ในเขตกรุงเทพมหานคร เขตปริมณฑล และจังหวัดที่มีหน่วยงานของกรมสุขภาพจิตตั้งอยู่ทั้งหมด 15 หน่วยงาน โดยมีพื้นที่และกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีโควตา (Quota Non random Method) ได้แก่ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล 1,000 ราย ภาคกลาง 200 ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 350 ราย ภาคเหนือ 150 ราย และภาคใต้ 100 ราย รวมทั้งสิ้น 1,800 ราย²³

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ร้อยละ 54.6 รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้ ร้อยละ 20.2, 11.2, 8.4 และ 5.6 ตามลำดับ เป็นหญิง ร้อยละ 65.2 ชาย ร้อยละ 34.8 อายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี (ร้อยละ 25.8) ส่วนใหญ่สมรสแล้วอยู่ด้วย ร้อยละ 51.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 27.5) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 21.9 พบว่ามีผู้ว่างงาน 178 ราย ร้อยละ 10.0 โดยส่วนใหญ่ว่างงานก่อนปี 2540 ร้อยละ 7.0 รายได้ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 27.7 และสถานภาพทางการเงินของครอบครัว ส่วนใหญ่พอมีพอใช้ ไม่เป็นหนี้/ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 54.3²³

ภาวะสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียด ร้อยละ 57.3 โดยมีความเครียดระดับเล็กน้อย ร้อยละ 34.5 เครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 18.0 และเครียดมาก ร้อยละ 4.9 เกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 94.1 และในกลุ่มที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.9 พบว่า เป็นกลุ่มที่มีความเครียดโดยมีความคิดแต่ไม่มีการเตรียมการใดๆ เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 4.7 สำหรับปัญหา หรือสาเหตุที่ทำให้เครียดในกลุ่มตัวอย่างเหมือนกัน 3 อันดับแรก คือ ปัญหาเศรษฐกิจ/ การเงิน ปัญหาครอบครัว และปัญหาในเรื่องงาน ส่วนใหญ่ไม่มีทางออกของปัญหา และเลือกวิธีการจัดการความเครียดด้วยตัวเอง เช่น ออกกำลังกาย พูดคุยระบายกับคนอื่น หางานอดิเรกทำ ปลูกต้นไม้ เป็นต้น และกลุ่มตัวอย่างใช้ตนเองเป็นหลักในการแก้ไขปัญหารองลงมาจะเป็นบุคคลในครอบครัวและเพื่อน โดยเลือกแหล่งช่วยเหลือใน 3 อันดับแรก เหมือนกัน คือ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ และอ่านหนังสือพิมพ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่รู้จักกลไกคลายเครียด (ร้อยละ 48.8 ในกลุ่มที่เครียด และร้อยละ 56.9 ในกลุ่มที่ไม่เครียด) ในการใช้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์จากหน่วยงานต่างๆ หรือองค์กรต่างๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เครียดส่วนใหญ่รู้จักแต่ไม่เคยใช้บริการ ร้อยละ 53.8²³



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคเหนือ มีอายุช่วง 31-40 ปี กลุ่มที่ว่างงานตั้งแต่เดือนมกราคม 2541 สถานภาพทางการเงินของครอบครัวไม่พอใช้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีทางออกของปัญหา และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ชนิดลงมือกระทำแล้วแต่ไม่สำเร็จ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่สมรสแล้วแยกกันอยู่ ส่วนเพศ การศึกษา และรายได้ต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด²³

อย่างไรก็ตามการสำรวจนี้ก็ยังมียข้อเสนอที่ต้องศึกษาในเชิงลึกเรื่องผลกระทบของภาวะวิกฤตเศรษฐกิจของประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มว่างงาน กลุ่มที่ประกอบอาชีพที่ได้รับผลกระทบในภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักวิชาการสุขภาพจิต จะกำหนดบทบาทหน้าที่ใน 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ประสานงานในพื้นที่ คือ ผู้ที่ทำหน้าที่ติดต่อ ประสานงาน วางแผนกำกับและนิเทศการเก็บข้อมูลในพื้นที่เป้าหมาย จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

ผู้ประสานงานระดับเขตสุขภาพ หมายถึง ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 โดยประสานการเก็บข้อมูลกับผู้ประสานระดับจังหวัด มีบทบาทในการประสานงานกับผู้ประสานงานระดับจังหวัด ในการติดตามการเก็บข้อมูล การสอบถามปัญหา อุปสรรคในการเก็บข้อมูล และเฝ้าระวังความสะดวกระหว่างการสำรวจ

ผู้ประสานงานระดับจังหวัด หมายถึง ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของสาธารณสุขจังหวัด 1 คน โดยประสานการเก็บข้อมูลกับหน่วยบริการสาธารณสุขที่เป็นหน่วยเก็บข้อมูล มีบทบาทในการประสานงาน/ ติดตามการเก็บข้อมูล กับหน่วยบริการสาธารณสุข รวมถึงส่งใบสำคัญรับเงิน และทะเบียนมายังกลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักวิชาการสุขภาพจิต

2. ผู้เก็บข้อมูล คือ สหวิชาชีพในหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเอกชน เทศบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลประชาชนไทยตามจำนวนที่กำหนด มีบทบาทในการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามออนไลน์ ตามเป้าหมายที่กำหนดตามช่วงระยะเวลาของการเก็บข้อมูล ดังนี้

2.1 รวบรวมจำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนในตำบลเป้าหมาย แล้วทำฉลาก หรือ ใช้โปรแกรมสุ่มตัวเลขออนไลน์ จากมือถือ

2.2 สุ่มอย่างง่าย ได้ 1-2 หมู่บ้าน/ชุมชน

2.3 สุ่มเจาะจง คนไทยตั้งแต่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในหมู่บ้านชุมชนเป้าหมาย อย่างน้อย 3 เดือน จำนวนตามสัดส่วนที่กำหนด 3 กลุ่มอายุ (วัยรุ่น 18-24 ปี: วัยทำงาน 25-59 ปี: วัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป)

2.4 อธิบาย/ชี้แจง/แนะนำ วัตถุประสงค์ และการใช้แบบสอบถามออนไลน์กับตัวอย่าง

2.5 ตรวจสอบความก้าวหน้าผลเก็บข้อมูลแบบ real time ด้วย link ติดตามรายจังหวัด

3. กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักวิชาการสุขภาพจิต เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตคนไทยจากการสำรวจการรับรู้และภาวะสุขภาพจิตคนไทย โดยมีบทบาทดังนี้

3.1 พัฒนาและจัดทำแบบสอบถามออนไลน์ด้วย google form เข้าถึงด้วย QR Code

3.2 พัฒนาและจัดทำ link ติดตามการเก็บข้อมูล

3.3 เฝ้าระวังความสะดวกระหว่างการสำรวจ และติดตาม ตรวจสอบ ความถูกต้องของ link ติดตามการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งแก้ไข ปัญหา อุปสรรค ในช่วงของการเก็บข้อมูล

3.4 ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเอกสารใบสำคัญรับเงิน และจำนวนที่เก็บได้ แล้วโอนเงินค่าตอบแทนการเก็บข้อมูลไปยังผู้ประสานงานระดับจังหวัด และผู้เก็บข้อมูลตามทะเบียน

3.5 วิเคราะห์ และรายงานผลการสำรวจการรับรู้และภาวะสุขภาพจิตของประชาชนไทย

4.1 การกำหนดขนาดตัวอย่าง

สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{d^2} \times DEFF$$

- $p = 0.10$
- $Z = 1.96$
- $DEFF = 1.5$
- $d = 0.05 (\pm 5\%)$

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.10 \cdot 0.90}{(0.05)^2} \times 1.5$$

$$n = \frac{3.8416 \cdot 0.09}{0.0025} \times 1.5 = 138.3 \times 1.5 \approx \mathbf{207.5}$$



จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง
จะได้ **207** คน ต่อพื้นที่



แต่เพื่อความแม่นยำให้เหมาะกับงานเฝ้าระวัง
(SENTINEL SURVEILLANCE)
จะใช้ตัวอย่าง **200** คนต่ออำเภอ



รวม 7 จังหวัด 24 อำเภอ =
 $24 \times 200 = \mathbf{4,800}$ คน

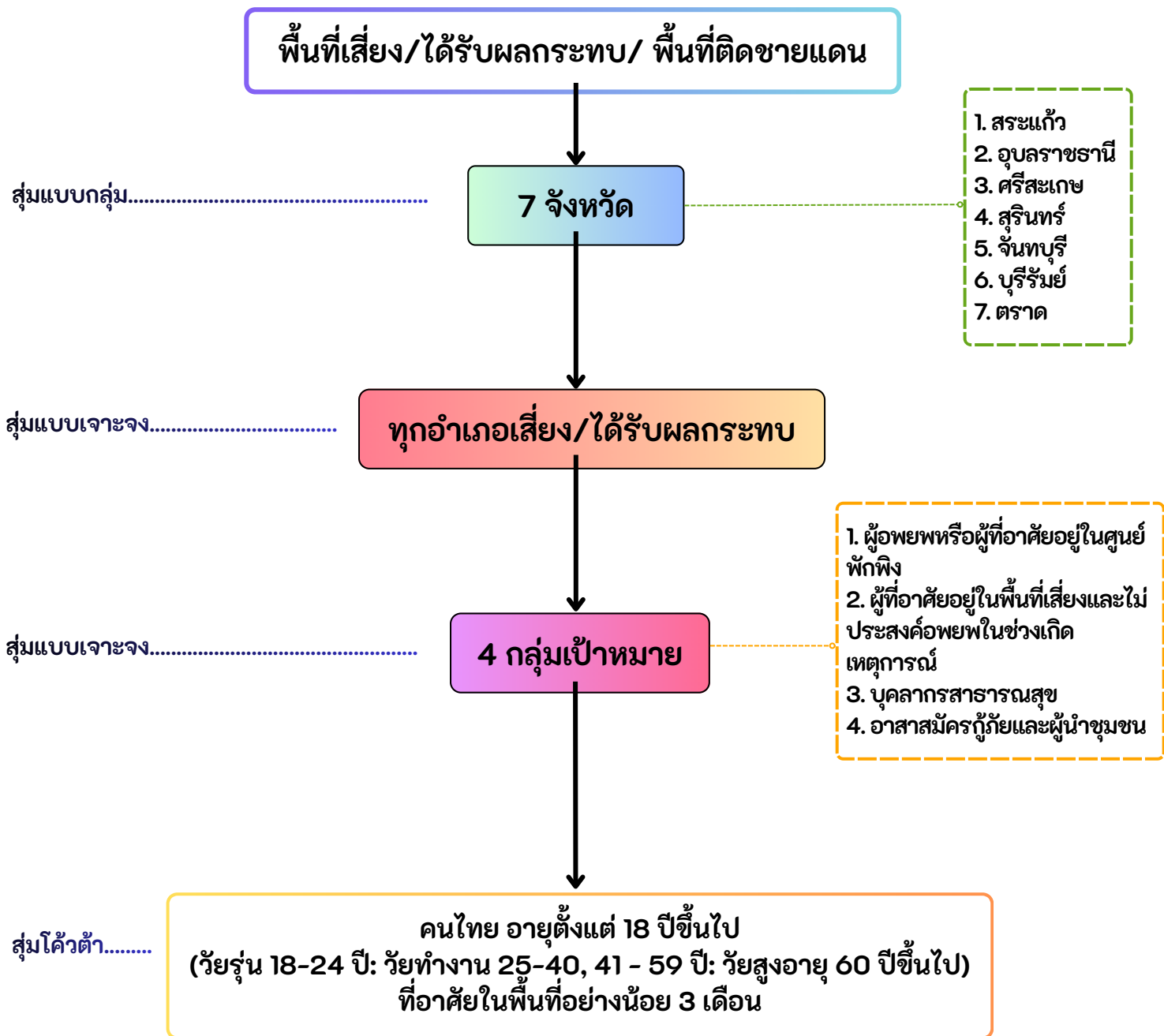


ได้ตัวอย่างในการสำรวจครั้งนี้
รวม **4,800** คน



4.2 แผนสุ่มตัวอย่าง: Stratified random sampling

ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยแยกประชากรออกเป็นกลุ่มประชากรย่อยๆ หรือแบ่งเป็นชั้นภูมิก่อน โดยหน่วยประชากรในแต่ละชั้นภูมิจะมีลักษณะเหมือนกัน (homogenous) แล้วสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มประชากร ดังนี้





กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักวิชาการสุขภาพจิต ได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้และภาวะสุขภาพจิตคนไทย โดยการพัฒนาเครื่องมือได้จำแนกเป็น 2 ประเภท คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัย และการรับบริการ และส่วนที่ 2 เครื่องมือมาตรฐาน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัย การรับรู้สถานการณ์ และการรับบริการ

การพัฒนาเครื่องมือส่วนนี้ กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต ได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมจากหลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำมาประกอบการพัฒนาแบบสอบถาม ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ (ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย และโรคจิตเวชของตนเอง) สำหรับการรับรู้สถานการณ์ ดำเนินการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข่าว และแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่น่าเชื่อถือ ที่อาจมีผล หรือเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาการงาน การเรียน ปัญหาสุขภาพ ปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น ปัญหาดื่มสุรา ใช้สารเสพติด ติดเกม ติดการพนัน และปัญหาการดำรงชีวิต การเมือง สิ่งแวดล้อม (ตัวอย่างแบบสอบถาม ดูได้จากภาคผนวก 1)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือมาตรฐาน

2.1 แบบประเมินความเครียด²⁴

แบบวัดความเครียดศรีธัญญา มี 5 ข้อ พัฒนาโดยแพทย์หญิงจรรยาพร ศิลปกิจ ในปี พ.ศ. 2551 เป็นการพัฒนาแบบวัดความเครียดฉบับย่อ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรกเป็นการพัฒนาข้อคำถามเบื้องต้น โดยนักวิชาการจำนวน 42 คน ที่เข้ารับการอบรมบรรณารักษ์วารสารของกรมสุขภาพจิต ระหว่างวันที่ 7-9 กรกฎาคม 2551 ทำแบบทดสอบความเครียดสวนปรงฉบับ 20 ข้อ (SST-20) เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้น แบ่งนักวิชาการเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 6-10 คน ให้ระดมสมองเพื่อพัฒนาข้อคำถามและคัดเลือกข้อคำถามที่มีความเห็นตรงกันมากที่สุด 10 ข้อ และกำหนดช่วงของการประเมินค่า และช่วงเวลาในการประเมิน 4 สัปดาห์ ต่อจากนั้นให้ทุกคนตอบแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน และศึกษาความสัมพันธ์ ขั้นตอนที่ 2 ทดสอบแบบวัดความเครียดที่พัฒนาขึ้นในบุคลากรโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย จำนวน 110 คน เพื่อคัดเลือกคำถาม 5 ข้อ ที่มีความสอดคล้องกันภายในสูงสุด และศึกษาความตรงตามเกณฑ์ด้วยแบบสอบถาม Hospital-anxiety-depression (HAD-scale) และการประเมินตนเองในด้านงาน เพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน ครอบครัว สุขภาพ และโดยทั่วไป

แบบวัดความเครียดศรีธัญญา มีค่า Spearman rank correlation: $r = 0.47, 0.33, 0.41, 0.64, 0.49, 0.48$ และ 0.76 และมีความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน ST-5 กับ HAD-anx, HAD-dep โดย Pearson's correlation $r = 0.58, 0.59$ และ HAD-anx HAD-dep มีค่า $r = 0.61$

ข้อคำถามแบบบวัดความเครียด จะถามถึงในช่วง 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน
ท่านมีอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเหล่านี้ หรือไม่ โดยมีข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ดังนี้

ข้อที่	อาการ หรือความรู้สึก ที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์	คะแนน			
		แทบไม่มี (0 คะแนน)	เป็นบางครั้ง (1 คะแนน)	บ่อยครั้ง (2 คะแนน)	เป็นประจำ (3 คะแนน)
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ หรือนอนมาก	☐	☐	☐	☐
2	มีสมาธิน้อยลง	☐	☐	☐	☐
3	หงุดหงิด / กระวนกระวาย / ว้าวุ่นใจ	☐	☐	☐	☐
4	รู้สึกเบื่อ เชื่อง	☐	☐	☐	☐
5	ไม่อยากพบปะผู้คน	☐	☐	☐	☐

การแปลผล และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อคลายความเครียด ลดความทุกข์ใจ ให้สามารถ
เผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้

คะแนน	ระดับความเครียด
0 - 4 คะแนน	เครียดน้อย
5 - 7 คะแนน	เครียดปานกลาง
8 - 9 คะแนน	เครียดมาก
10 - 15 คะแนน	เครียดมากที่สุด

1. เครียดน้อย เป็นความเครียดในชีวิตประจำวัน ซึ่งแต่ละคนสามารถปรับตัวได้เองไม่เกิด
ปัญหาสุขภาพของตนเอง และท่านยังสามารถช่วยดูแลบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวและชุมชนได้ด้วย

2. เครียดปานกลาง ในภาวะวิกฤตหรือภัยพิบัติบุคคลต้องเตรียมพร้อมในการจัดการกับ
ปัญหาต่างๆ จนทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นในระดับปานกลาง ซึ่งยังถือว่าเป็นปกติเพราะทำให้เกิด
ความกระตือรือร้นในการเผชิญปัญหา

3. เครียดมาก ในภาวะวิกฤตหรือภัยพิบัติต่างๆ อาจทำให้เกิดการตอบสนองที่รุนแรงขึ้น
ชั่วคราว ซึ่งมักจะลดมาเป็นปกติหลังเหตุการณ์ อย่างไรก็ตามท่านควรมีการจัดการกับความเครียด
ดังต่อไปนี้

1) การฝึกการหายใจคลายเครียด

2) การพูดคุยกับคนใกล้ชิด การสวดมนต์ไหว้พระ การช่วยเหลือผู้อื่นที่ประสบปัญหา
จะช่วยให้ความเครียดลดลง การมีความหวังว่า เราจะฝ่าฟันอุปสรรคหรือปัญหาครั้งนี้ไปได้และมอง
เห็นด้านบวก เช่น อย่างน้อยก็ยังรักษาชีวิตไว้ได้ มีคนเห็นใจและมีการช่วยเหลือจากฝ่ายต่างๆ



4. เครียดมากที่สุด เป็นความเครียดที่รุนแรงซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะร่างกาย ทำให้อ่อนแอ เจ็บป่วยง่าย และต่อภาวะจิตใจจนอาจทำให้เกิดโรคจิตกักขัง ภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ทันที และได้รับการดูแลต่อเนื่องไปอีก 3-6 เดือน

สรุป ปฏิกริยาทางจิตใจที่เป็นผลมาจากความเครียดจะค่อยๆ หายไปเองใน 2-4 สัปดาห์เมื่อเวลาผ่านไป ถ้าอาการเหล่านี้รบกวนการทำงานหรือเกิดความเครียด ท่านควรขอใช้บริการสุขภาพจิตอย่างกังวล หรืออาย เพราะจะช่วยให้ทำงานได้ดีขึ้นและเข้าใจตนเองมากขึ้นด้วย

ทั้งนี้หากไม่ดีขึ้น เช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ใจสั่น ควรปรึกษาแพทย์ที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ หรือสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน หรือโทรสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ตลอด 24 ชั่วโมง

2.2 แบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น (Patient Health Questionnaire:PHQ9)²⁵

พัฒนาโดยนายแพทย์มาโนช หล่อตระกูล และคณะ ในปี 2008 โดยนำ PHQ9 ฉบับภาษาอังกฤษ แปลเป็นภาษาไทย โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของการแปลซ้ำ และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย นำแบบสอบถามฉบับภาษาไทยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในคลินิกทั่วไป จำนวน 1,000 คน และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วย 300 คน โดยใช้เครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์

ความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม PHQ-9 ฉบับภาษาไทย มีความสอดคล้องภายในที่ดี (ค่า Cronbach's alpha = 0.79) ซึ่งหมายความว่าข้อคำถามต่างๆ ในแบบสอบถามวัดในสิ่งเดียวกัน แบบสอบถาม PHQ-9 ฉบับภาษาไทยมีความสัมพันธ์กับเครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ ในการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยความสอดคล้องภายในรายข้อคำถาม ดังนี้

ข้อคำถาม	mean	SD	Corrected item-total correlation	Alpha if item deleted
1. เบื่อทำอะไรๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน	0.67	0.66	0.54	0.76
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้	0.61	0.69	0.61	0.75
3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป	0.92	0.87	0.48	0.77
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง	0.88	0.83	0.56	0.76
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	0.67	0.78	0.45	0.78
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง – คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนทำให้ตัวเอง หรือครอบครัวผิดหวัง	0.30	0.58	0.48	0.77
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0.48	0.68	0.45	0.77
8. พุด หรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือกระสับกระส่าย จนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย	0.30	0.55	0.45	0.78
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายๆ ไป เสียคงจะดี	0.09	0.34	0.35	0.79

การแปลผล และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะซึมเศร้า

เป็นประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น ส่วนการวินิจฉัยนั้นจำเป็นต้องพบแพทย์เพื่อซักประวัติ ตรวจร่างกาย รวมถึงส่งตรวจเพิ่มเติมที่จำเป็น เพื่อยืนยันการวินิจฉัยที่แน่นอน รวมถึงเพื่อแยกโรคหรือ ภาวะอื่น ๆ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นจากสาเหตุต่างๆ ได้มากมาย เช่น โรคทางจิตเวชอื่นที่มีอาการซึมเศร้า ร่วมด้วย โรคทางร่างกายเช่นโรคไทรอยด์ โรคแพ้ภูมิตัวเอง หรือเป็นจากยาหรือสารต่างๆ

ผลการประเมินและคำแนะนำที่ได้รับจากโปรแกรมนี้จึงไม่สามารถใช้แทนการตัดสินใจของแพทย์ได้ การตรวจรักษาเพิ่มเติมหรือการให้ยารักษาขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์และการปรึกษากันระหว่างแพทย์ และตัวท่าน"

ระดับภาวะซึมเศร้า

คะแนน	หมายถึง	ข้อแนะนำในการดูแล
0 - 4 คะแนน 😊	หมายถึง ไม่มีอาการซึมเศร้า หรือมีก็เพียงเล็กน้อย	 ข้อแนะนำในการดูแล ไม่จำเป็นต้องรักษา
5 - 8 คะแนน 😐	หมายถึง มีอาการซึมเศร้า ระดับเล็กน้อย	 ข้อแนะนำในการดูแล ควรพักผ่อนให้เพียงพอ นอนหลับให้ได้ 6-8 ชั่วโมง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทำกิจกรรมที่ทำให้ผ่อนคลาย พบปะเพื่อนฝูง ควรทำแบบประเมินอีกครั้งใน 1 สัปดาห์
9 - 14 คะแนน 😞	หมายถึง มีอาการซึมเศร้า ระดับปานกลาง	 ข้อแนะนำในการดูแล ควรพักผ่อนให้เพียงพอ นอนหลับให้ได้ 6-8 ชั่วโมง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทำกิจกรรมที่ทำให้ผ่อนคลาย พบปะเพื่อนฝูง ควรขอคำปรึกษาช่วยเหลือจากผู้ที่ไว้วางใจ ไม่จมอยู่กับปัญหา มองหาหนทางคลี่คลาย หากอาการที่ท่านเป็นมีผลกระทบต่อการทำงานหรือการเข้าสังคม (อาการซึมเศร้า ทำให้ท่านมีปัญหาในการทำงาน การดูแลสิ่งต่างๆ ในบ้าน หรือการเข้ากับผู้คน ในระดับมากถึงมากที่สุด) หรือหากท่านมีอาการระดับนี้มานาน 1-2 สัปดาห์แล้วยังไม่ดีขึ้น ควรพบแพทย์เพื่อรับการช่วยเหลือรักษา
15 - 19 คะแนน 😡	หมายถึง มีอาการซึมเศร้า ระดับรุนแรงค่อนข้างมาก	 ข้อแนะนำในการดูแล ควรพบแพทย์เพื่อประเมินอาการและให้การรักษา ระหว่างนี้ควรพักผ่อนให้เพียงพอ นอนหลับให้ได้ 6-8 ชั่วโมง ออกกำลังกายเบาๆ ทำกิจกรรมที่ทำให้ผ่อนคลาย ไม่เก็บตัว และควรขอคำปรึกษาช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิด
20 - 27 คะแนน 😱	หมายถึง มีอาการซึมเศร้า ระดับรุนแรงมาก	 ข้อแนะนำในการดูแล ต้องพบแพทย์เพื่อประเมินอาการและให้การรักษาโดยเร็ว ไม่ควรปล่อยทิ้งไว้

0000000000



การสุ่มพื้นที่จะใช้หลักกระจายพื้นที่ โดยไม่กระจุกในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง โดยในแต่ละจังหวัดจะสุ่มเจาะจงเป็นอำเภอเมือง และอีกหนึ่งอำเภอเป็นอำเภอใดก็ได้ ที่ใช้การสุ่มอย่างง่าย ซึ่งจะใช้โปรแกรม excel ในการสุ่มอย่างง่าย ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเลือกจังหวัดเขตสุขภาพ

พิจารณาในเขตสุขภาพนั้นๆ ว่ามีกี่จังหวัด เช่น เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย จังหวัด อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร จะใช้รหัสของจังหวัดนั้นๆ เป็นตัวเลข สำหรับการใช้ในการสุ่ม ดังนี้

รหัสจังหวัด	จังหวัด
34	อุบลราชธานี
33	ศรีสะเกษ
35	ยโสธร
37	อำนาจเจริญ
49	มุกดาหาร

จากนั้นใช้ Excel ในการสุ่มจังหวัด โดยใช้คำสั่ง RANDBETWEEN และเลือกตัวเลขที่ต้องการจะสุ่ม โดยในตัวอย่างนี้จะใช้เลขรหัสจังหวัดของเขตสุขภาพที่ 10 ตั้งแต่ 33-49 เมื่อใช้คำสั่งใน excel จะได้จังหวัดที่ 1 คือ 34 = อุบลราชธานี ดังรูปที่ 2-3

B1									
	A	B	C	D	E	F	G	H	
1	34	=RANDBETWEEN(A1,A5)							
2	33								
3	35								
4	37								
5	49								
6									

รูปที่ 2 ใช้คำสั่ง RANDBETWEEN สุ่มเลือกจังหวัดที่ 1

จากนั้นจะพิจารณาหน่วยงานในพื้นที่เป้าหมายเป็นผู้เก็บข้อมูลภาคสนาม 4 กรณี คือ
กรณีที่ 1 ตำบลเป้าหมายมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ดูแลอยู่ในพื้นที่นั้นๆ
จะเลือกเจาะจงให้หน่วยบริการนั้นเป็นผู้เก็บข้อมูลภาคสนาม

กรณีที่ 2 ตำบลเป้าหมายมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่มากกว่า 2 แห่ง
เนื่องจากเป็นตำบลขนาดใหญ่ เช่น ตำบลหาดดง อำเภอมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีหน่วยบริการ 2 หน่วย
จะเลือกจากหน่วยบริการที่มีความพร้อมในการเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยประสานศูนย์สุขภาพจิต
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พิจารณาร่วมกับทีมระบาดวิทยาสุขภาพจิต
ให้หน่วยบริการใดเป็นผู้เก็บข้อมูลภาคสนาม ในตัวอย่างนี้กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต จะประสาน
ผู้รับผิดชอบหลักของศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 พิจารณาเลือกโรงพยาบาลหาดดง หรือศูนย์สุขภาพ
ชุมชนโรงพยาบาลหาดดง เป็นผู้เก็บข้อมูลภาคสนาม ดังรูป

ที่	ชื่อหน่วยงานบริการสุขภาพ	รหัส 9 หลักใหม่	รหัส 9 หลัก	รหัส 5 หลัก	จังหวัด	ประเภทหน่วยงาน	สถานะ
1	โรงพยาบาลหาดดง	EAO011131	001113100	11131	เชียงใหม่	โรงพยาบาลชุมชน	✓
2	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดดง	BA0000543	000054300	00543	เชียงใหม่	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	✓
3	ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลหาดดง	GA0077450	001113101	77450	เชียงใหม่	ศูนย์สุขภาพชุมชน ของ sw. / เมือง (กลสม.)	✓

รูปที่ 3 หน่วยงานในพื้นที่เป้าหมายมีมากกว่า 2 หน่วยบริการ

กรณีที่ 3 ตำบลเป้าหมายย้ายสังกัดอยู่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต
จะประสานกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้นๆ เพื่อแจ้งแผนการสำรวจ และแจ้ง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบในตำบลเป้าหมาย พร้อมทั้งทำหนังสือถึงนายก
องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตัวอย่างเช่น ตำบลแม่สุ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ หน่วยบริการ
ในพื้นที่ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาว ประเภทหน่วยบริการ ศูนย์บริการ
สาธารณสุข อปท. ลำดับที่ 16 ดังรูปที่ 4

ที่	ชื่อหน่วยงานบริการสุขภาพ	รหัส 9 หลักใหม่	รหัส 9 หลัก	รหัส 5 หลัก	จังหวัด	ประเภทหน่วยงาน	สถานะ
11	คลินิกการแพทย์และทันตกรรม	CA0048092	004809200	48092	เชียงใหม่	คลินิกเอกชน	✓
12	แผนกสูติศาสตร์และนรีเวชกรรม	CA0047756	004775600	47756	เชียงใหม่	คลินิกเอกชน	✓
13	คลินิกการแพทย์และทันตกรรม	CA0047149	004714900	47149	เชียงใหม่	คลินิกเอกชน	✓
14	คลินิกทันตกรรม	CA0046996	004699600	46996	เชียงใหม่	คลินิกเอกชน	✓
15	คลินิกทันตกรรม	CA0046857	004685700	46857	เชียงใหม่	คลินิกเอกชน	✓
16	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาว ตำบลแม่สุ่น	GA0005905	000590500	05905	เชียงใหม่	ศูนย์บริการสาธารณสุข อปท.	✓
17	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาว ตำบลแม่สุ่น	GA0005906	000590600	05906	เชียงใหม่	ศูนย์บริการสาธารณสุข อปท.	✓
18	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาว ตำบลแม่สุ่น	GA0005907	000590700	05907	เชียงใหม่	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	✓
19	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาว ตำบลแม่สุ่น	GA0005903	000590300	05903	เชียงใหม่	ศูนย์บริการสาธารณสุข อปท.	✓

รูปที่ 4 หน่วยงานในพื้นที่เป้าหมายย้ายไปสังกัด อปท.

กรณีที่ 4 หน่วยบริการที่รับผิดชอบในตำบลเป้าหมาย อยู่ในสังกัดเทศบาล กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต จะดำเนินการประสานตรงกับกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ของเทศบาลในตำบลเป้าหมาย และขออนุญาตติดต่อหน่วยบริการในการเข้าร่วมดำเนินการ ตัวอย่างเช่น ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย หน่วยบริการ คือ เทศบาลเมืองสุโขทัย ลำดับที่ 2 ดังรูปที่ 5

ผลการค้นหาตัวกรองขึ้นสูง						
ที่	ชื่อหน่วยงานบริการสุขภาพ	รหัส 9 หลักใหม่	รหัส 9 หลัก	รหัส 5 หลัก	จังหวัด	ประเภทหน่วยงาน
1	สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดสุโขทัย	GA0022816	002281600	22816	สุโขทัย	ศูนย์บริการสาธารณสุข
2	เทศบาลเมืองสุโขทัย	GA0014442	001444200	14442	สุโขทัย	ศูนย์บริการสาธารณสุข อปท.
3	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังตะกร้อ ตำบลเมืองเก่า	GA0007371	000737100	07371	สุโขทัย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
4	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเพชรฝ้าย ตำบลบ้านกล้วย	GA0007376	000737600	07376	สุโขทัย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
5	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางซ้าย	GA0007374	000737400	07374	สุโขทัย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
6	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากแคว	GA0007373	000737300	07373	สุโขทัย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
7	สถานีอนามัยสมเด็จพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จ.สุโขทัย(เดิมเมืองเก่า)	GA0007370	000737000	07370	สุโขทัย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
8	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน	GA0007368	000736800	07368	สุโขทัย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
9	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหลุม	GA0007377	000737700	07377	สุโขทัย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

รูปที่ 5 หน่วยงานในพื้นที่เป้าหมาย สังกัดเทศบาล

การเตรียมแบบสอบถามออนไลน์ ผ่าน Google Form เข้าถึงด้วย QR Code เป็นส่วนหลักของการเฝ้าระวัง เนื่องจาก แบบสอบถามต้องมีข้อคำถามที่สั้น กระชับ ตรงประเด็น จำนวนหน้าไม่มากเกินไป และแบบสอบถามต้องมีความถูกต้อง 100% เนื่องจากหากเปิดระบบการสำรวจแล้ว จะไม่สามารถกลับไปแก้ไขข้อความ หรือข้อคำถามต่างๆ ใน Google Form ได้ ดังนั้นการวางแผนส่วนนี้จึงมีความสำคัญและความละเอียดมากที่สุด ในขั้นตอนนี้จะสะดวกในการตอบคำถามของประชาชน และข้อมูลสามารถเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลได้ทันที หากประชาชนไม่ยินยอม หรือไม่ประสงค์จะตอบ ระบบจะไม่ไปต่อในคำถามข้อถัดไป และสิ้นสุดการสำรวจ ดังรูปที่ 6-7

รูปที่ 6 แบบสำรวจออนไลน์โดยใช้ GOOGLE FORM



รูปที่ 7 QR CODE แบบสอบถาม

ขั้นตอนการจัดทำแบบสอบถามออนไลน์โดยใช้ Google Form

1. การแบ่งส่วนต่างๆ ของหน้า Google Form

การแบ่งส่วนของข้อคำถามใน Google Form หลักๆ จะแบ่งส่วนตามแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ออกเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คำชี้แจง ส่วนที่ 2 จะเป็นส่วนแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูล ส่วนที่ 3 การแบ่งส่วนกรณีที่ไม่ยินยอม จะต้องให้ประชาชนตอบหน้านี้ และตั้งค่าเข้าสู่หน้ากดส่งคำตอบ หรือ submit และส่วนที่ 4 จะเป็นแบบสอบถาม รวมถึงคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต ตามแบบสอบถาม ที่พัฒนาขึ้น

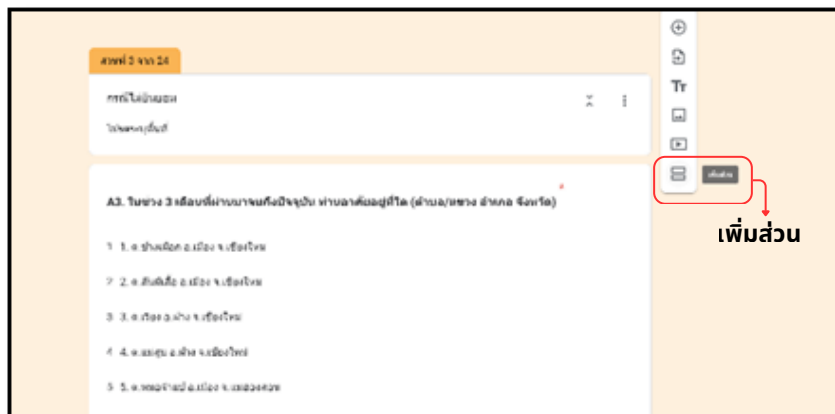
2. การจัดทำส่วนปกของหน้า Google Form

ในส่วนนี้เรียกอีกอย่างว่า ส่วนหัวของฟอร์ม ซึ่งสามารถปรับเป็นสีต่างๆ ได้ หรือสามารถใส่รูปภาพต่างๆ ได้ โดยไปที่แถบเมนูด้านบนไปที่ปรับแต่งธีม และอัปโหลดปกของส่วนหัว ในส่วนนี้กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต จะสร้างปกในโปรแกรมอื่นๆ แล้วทำเป็นไฟล์รูปภาพมาใส่ในส่วนหัวของฟอร์ม

3. การตั้งค่ากรณีที่ประชาชนไม่ยินยอมให้ข้อมูล

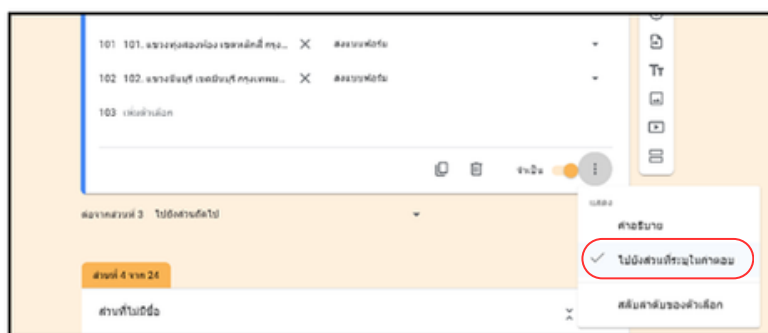
ในส่วนนี้หากประชาชนไม่ยินยอมให้ข้อมูล และเพื่อเป็นข้อมูลว่ามีพื้นที่ใดไม่ยินยอมให้ข้อมูล เนื่องจากเหตุผลต่างๆ และเพื่อเป็นข้อสรุปในการวิเคราะห์ และรายงานผล จึงต้องตั้งค่าว่าประชาชนที่ไม่ยินยอมให้ข้อมูล อยู่ในพื้นที่ใด โดยไปที่การแยกส่วน และระบุพื้นที่เป้าหมายแต่ละแห่ง ดังนี้

1. ให้คลิกตรงคำว่า “เพิ่มส่วน” และใส่ข้อมูลรายละเอียดแต่ละพื้นที่ ดังรูปที่ 8



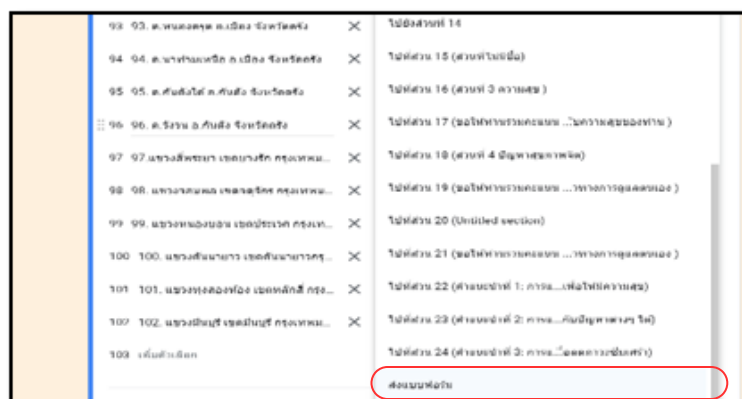
รูปที่ 8 การตั้งค่ากรณีที่ประชาชนไม่ยินยอมให้ข้อมูล

2. เมื่อใส่ข้อมูลพื้นที่เป้าหมายครบแล้ว ด้านล่างจะมี เครื่องหมาย “จุด 3 จุด” หรือ ตัวเลือกอื่นๆให้คลิกคำว่า “ไปยังส่วนที่ระบุคำตอบ” ดังรูปที่ 9



รูปที่ 9 การตั้งค่าให้คำตอบไปยังส่วนที่ระบุไว้

โดยด้านหลังของพื้นที่เป้าหมาย ให้คลิก “ส่งแบบฟอร์ม” ดังรูปที่ 10

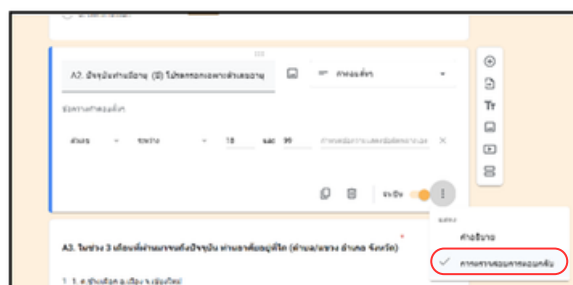


รูปที่ 10 การตั้งค่าส่งแบบฟอร์ม

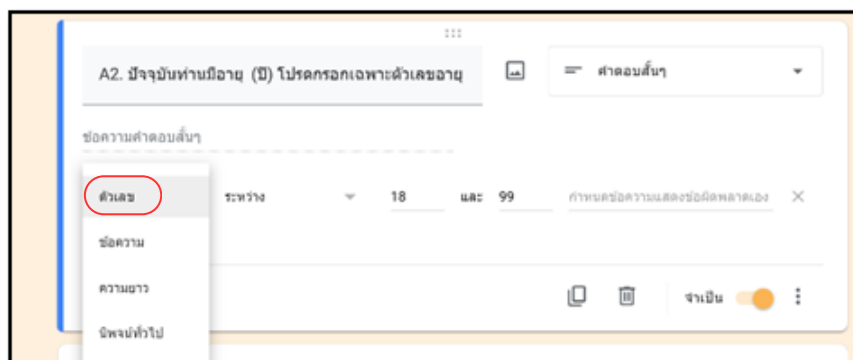
4. การตั้งค่าอายุ ให้ระบุได้ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และระบุได้เฉพาะตัวเลขเท่านั้น

ในส่วนนี้จะให้ประชาชนตอบได้เฉพาะตัวเลขเท่านั้น เพื่อให้คำตอบของประชาชนทุกพื้นที่เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน สามารถตั้งค่าได้ดังนี้

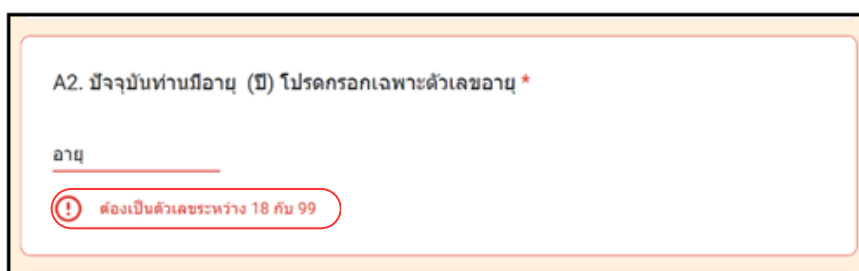
1. ในส่วนข้อคำถามของอายุ ด้านล่างจะมี เครื่องหมาย “จุด 3 จุด” หรือ ตัวเลือกอื่นๆ ให้คลิกคำว่า “การตรวจสอบการตอบกลับ” ดังรูปที่ 11
2. ตั้งค่าคำตอบเป็น “ตัวเลข” หมายถึง ให้ตอบได้เฉพาะตัวเลขเท่านั้น ดังรูปที่ 12 หากประชาชนตอบเป็นข้อความ ระบบจะขึ้นข้อความสีแดงเตือนว่า “ต้องเป็นตัวเลขระหว่าง 18 กับ 99” ดังรูปที่ 13
3. ตั้งค่าเงื่อนไขเป็น “ระหว่าง” ดังรูปที่ 14



รูปที่ 11 การตั้งค่าให้แสดงเงื่อนไขอายุ



รูปที่ 12 การตั้งค่าตัวเลขในคำตอบอายุ ให้ตอบเพียงตัวเลขเท่านั้น



รูปที่ 13 ข้อความสีแดงแจ้งเตือน กรณีกรอกอายุไม่ตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด

รูปที่ 14 การตั้งค่าให้สามารถตอบได้ระหว่างอายุ 18-99 ปี

4. ตั้งค่าตัวเลข ระหว่าง 18 ถึง 99 หมายถึง ประชาชนที่จะตอบต้องอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ตามระเบียบวิธีการสำรวจ และต้องอายุไม่เกิน 99 ปี ซึ่งสามารถสื่อสารได้ ดังรูปที่ 15

หากประชาชนตอบอายุ 17 ระบบจะขึ้นเตือน และมีข้อความสีแดงเตือนว่า “ต้องเป็นตัวเลขระหว่าง 18 กับ 99” ดังรูปที่ 16

รูปที่ 15 การตั้งค่าตัวเลขอายุที่ประชาชนจะตอบได้

รูปที่ 16 การตั้งค่าตัวเลขอายุที่ประชาชนจะตอบได้

5. การตั้งค่าให้คำตอบไปในส่วนที่ระบุไว้

ในส่วนนี้จะเป็นการสร้างเงื่อนไขของคำตอบ เช่น สุขภาพโดยรวมในปัจจุบันของท่านเป็นอย่างไร (โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่แพทย์ให้การวินิจฉัย โดยมีอาการป่วยและต้องรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน) ตัวเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ

ตัวเลือกที่ 1 สุขภาพดี ไม่มีปัญหาสุขภาพ (ข้ามไปข้อ B2)

ตัวเลือกที่ 2 มีปัญหาสุขภาพ มีโรคเรื้อรัง หรือโรคประจำตัวที่ต้องรักษาเป็นประจำ

ดังนั้นจะต้องตั้งค่าเงื่อนไข โดยถ้าตอบข้อ 1 จะข้ามไปข้อ B2 หากตอบข้อ 2 จะต้องตอบคำถามข้อถัดไป โดยที่หน้า GOOGLE FORM ดำเนินการดังนี้

1. ในข้อคำถามข้อนี้ แบ่ง GOOGLE FORM ออกเป็น 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามที่ต้องเลือกว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” และส่วนที่ 2 เป็นตัวเลือกคำตอบกรณีที่ตอบ “ใช่” ดังรูปที่ 17

ส่วนที่ 9 จาก 24

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านสุขภาพ

คำถาม (ระบุชื่อไม่บังคับ)

Q1. สุขภาพโดยรวมในปัจจุบันของท่านเป็นอย่างไร *

(โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่แพทย์ให้การวินิจฉัย โดยมีอาการป่วยและต้องรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน)

☐ 1. สุขภาพดี ไม่มีปัญหาสุขภาพ (ข้ามไปข้อ B2)

☐ 2. มีปัญหาสุขภาพ มีโรคเรื้อรัง หรือโรคประจำตัวที่ต้องรักษาเป็นประจำ

ต่อจากส่วนที่ 9 ไปยังส่วนถัดไป

ส่วนที่ 10 จาก 24

Untitled section

คำถาม (ระบุชื่อไม่บังคับ)

Q1.1 หากมีคำตอบว่า มีปัญหาสุขภาพ มีโรคเรื้อรัง หรือโรคประจำตัว หากมีผลของท่านเป็นอย่างไร *

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคตับ...

☐ 2. ปัจจัยด้านวิถีชีวิต ได้แก่ โรคไขมัน โรคอ้วน โรคเครียด โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคจากแอลกอฮอล์ / สารเสพติด โรค...

☐ 3. อื่นๆ

☐ 4. โรคอื่นๆ

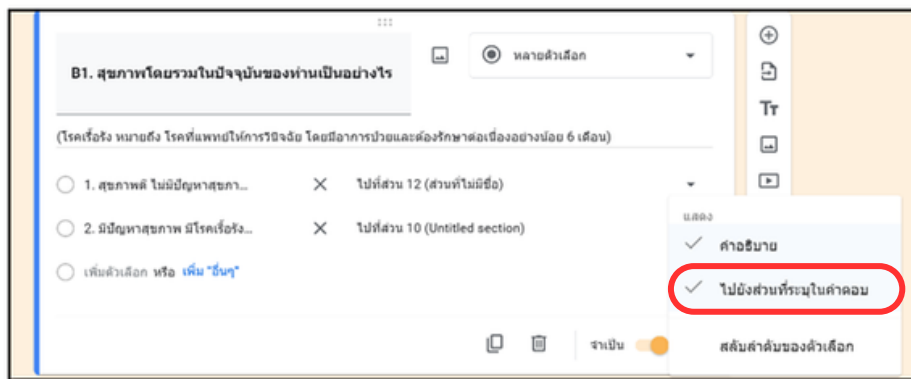
ต่อจากส่วนที่ 10 ไปยังส่วนถัดไป

รูปที่ 17 การแบ่งส่วนข้อคำถามของ GOOGLE FORM

2. ในส่วนที่ 1 ที่เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เช่นข้อ B1 สุขภาพโดยรวมในปัจจุบันของท่านเป็นอย่างไร ในปัจจุบันของท่านเป็นอย่างไร โดยมี 2 ตัวเลือกตอบ ให้ตั้งค่าตัวเลือก 1. สุขภาพดี ไม่มีปัญหาสุขภาพ (ข้ามไปข้อ B2)

2.1 ที่มุมล่างขวามือ จะมี เครื่องหมาย “จุด 3 จุด” ให้กดคลิก 1 ครั้ง

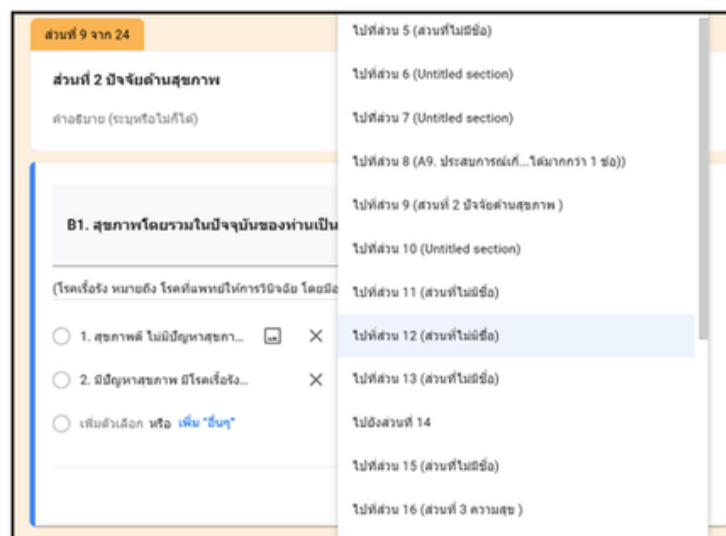
2.2 จะมีตัวเลือก 3 ตัวเลือก คือ คำอธิบาย/ ไปยังส่วนที่ระบุคำตอบ/สลับลำดับของตัวเลือก ให้คลิกเลือก “ไปยังส่วนที่ระบุไว้ในคำตอบ” ดังรูปที่ 18



รูปที่ 18 การเลือกเชื่อมโยงไปยังส่วนที่ระบุไว้ในคำตอบ

2.3 ระบุตัวเลือกที่ 1 ไปยังส่วนอื่นที่ไม่ต่อเนื่อง หรือไปข้อคำถามอื่น ส่วนตัวเลือกที่ 2 ไปยังส่วนถัดไป เพื่อตอบคำถามต่อเนื่อง ยกตัวอย่างเช่น ในคำถามข้อนี้ ถามว่า สุขภาพโดยรวมของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร ซึ่งข้อนี้มี 2 ตัวเลือก ให้คลิกด้านหลังของตัวเลือกตอบแต่ละคำตอบ และคลิกกำหนดส่วนที่จะให้คำตอบนี้ไปข้อคำถามใด

ในตัวอย่าง หากตอบตัวเลือกข้อ 1 สุขภาพดี ไม่มีปัญหา >> ตั้งค่าให้ไปส่วนที่ 12 คือไปข้อ B2 หากตอบตัวเลือกข้อ 2 มีปัญหาสุขภาพ >> ตั้งค่าให้ไปส่วนที่ 10 คือตอบตัวเลือกกรณีที่มีโรคประจำตัว ว่ามีโรคอะไรบ้าง ดังรูปที่ 19



รูปที่ 19 การตั้งค่าคำตอบให้ไปส่วนที่ระบุ

6. การตั้งค่ากรณีที่ข้อคำถามสามารถเลือกได้หลายคำตอบ

แบบสอบถามของการสำรวจ จะมีส่วนของข้อคำถามที่สามารถเลือกได้หลายคำตอบ เช่น ส่วนการรับรู้หรือปัจจัยต่างๆ เป็นต้น ในส่วนนี้เองต้องทำให้คำตอบมีมากกว่า 1 คำตอบ โดยที่ไม่ต้องแยกเป็นรายชื่อซึ่งทำได้ดังนี้

1. การแบ่งส่วนที่หน้า GOOGLE FORM แยกออกมาจากส่วนข้อคำถามด้านบนจะเป็นอีก 1 SECTION
2. ตรงมุมด้านบนขวา จะมีช่องให้สร้างเงื่อนไข คำตอบ ให้เลือก “ช่องทำเครื่องหมาย” ดังรูปที่ 20

The screenshot shows a Google Form with a question in Thai: "B3. จากข้อ B2. ปัญหาใดบ้างที่ทำให้ท่านรู้สึกเป็นทุกข์ใจ ไม่สบายใจมากที่สุด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)". Below the question is a list of five options, each with a checkbox and a delete icon (X). In the top right corner, there is a dropdown menu labeled "ช่องทำเครื่องหมาย" (Marking box) which is highlighted with a red rectangle.

รูปที่ 20 การสร้างเงื่อนไขให้สามารถตอบได้หลายตัวเลือก

3. เมื่อคลิกเสร็จ จะมีตัวเลือกช่องสี่เหลี่ยมหน้าคำตอบ ซึ่งสามารถตอบได้หลายตัวเลือก

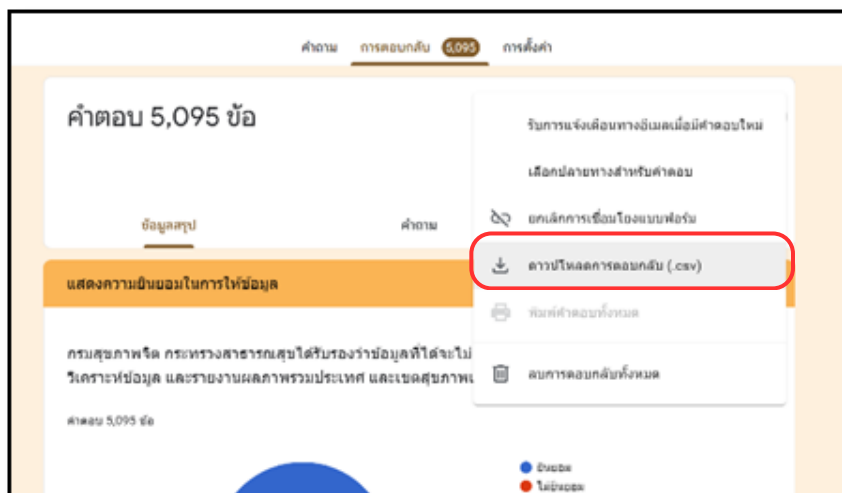
LINK ติดตามการเก็บข้อมูลจะมีประโยชน์ในการติดตามการเก็บข้อมูลว่าครบถ้วนหรือไม่ หรือขาดกลุ่มเป้าหมายใด เพื่อให้ทันตามกำหนดเก็บข้อมูล และข้อมูลสามารถวิเคราะห์และรายงาน ผลในภาพรวมประเทศ และเขตสุขภาพได้ โดยขั้นตอนการจัดทำ LINK ติดตามการเก็บข้อมูล มีดังนี้

1. หน้าการตอบกลับใน GOOGLE FORM จะมีเครื่องหมาย “จุด 3 จุด” ดังรูปที่ 21



รูปที่ 21 หน้าการตอบกลับของ GOOGLE FORM

2. คลิกเครื่องหมาย “จุด 3 จุด” แล้วเลือก ดาวน์โหลดการตอบกลับ (CSV.) ดังรูปที่ 22



รูปที่ 22 การเลือกดาวน์โหลดการตอบกลับ

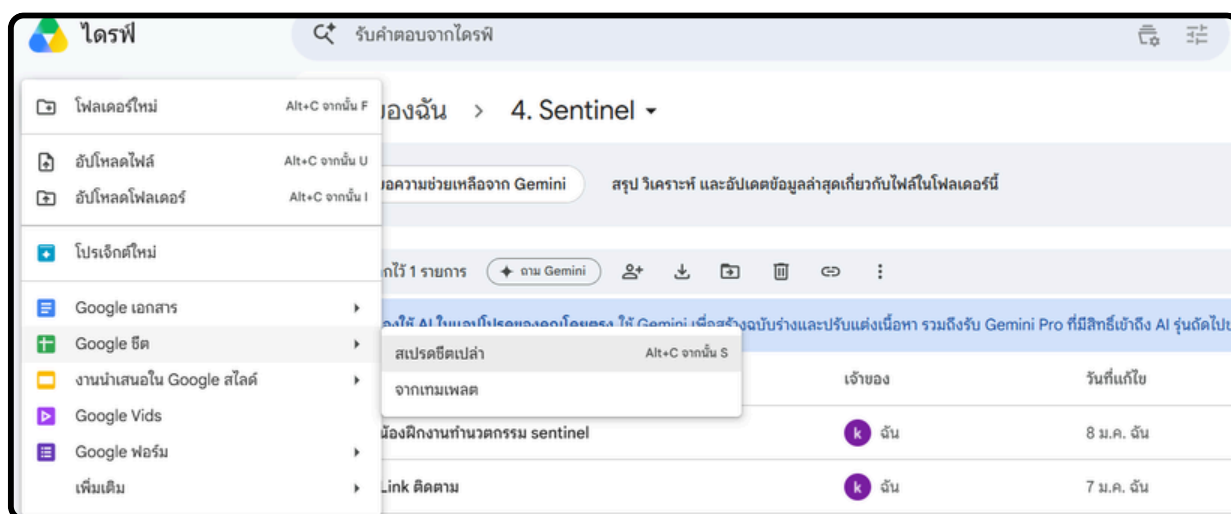
3. เมื่อคลิกเลือกดาวน์โหลดการตอบกลับ (CSV.) จะได้หน้าข้อมูลดิบ ที่เรียกว่า “SPREADSHEETS” ดังรูปที่ 23 ซึ่งเป็นหน้า EXCEL ใน GOOGLE FORM โดยสามารถดาวน์โหลดมาเป็นไฟล์ EXCEL หรือ CSV ได้ เมื่อสิ้นสุดการสำรวจ และต้องนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดการ และวิเคราะห์ผล

Form Responses	1. ชื่อ	2. เพศ	3. อายุ	4. ปีการศึกษา	5. ปีการศึกษา	6. ปีการศึกษา
6/1/2026, 11:49:20	1. ชื่อ	2. เพศ	25	20. ส่วนของโรงเรียน	3. บุคลากรทางการศึกษา	6. ปีการศึกษา
6/1/2026, 12:42:53	1. ชื่อ	2. เพศ	44	18. ส่วนของโรงเรียน	3. บุคลากรทางการศึกษา	6. ปีการศึกษา
6/1/2026, 13:57:32	2. ไม่เรียน			4. ส่วนของโรงเรียน	3. บุคลากรทางการศึกษา	6. ปีการศึกษา
6/1/2026, 14:02:53	1. ชื่อ	1. ชาย	47	4. ส่วนของโรงเรียน	3. บุคลากรทางการศึกษา	6. ปีการศึกษา
6/1/2026, 14:46:30	1. ชื่อ	2. เพศ	57	4. ส่วนของโรงเรียน	3. บุคลากรทางการศึกษา	7. ส่วนของโรงเรียน
6/1/2026, 14:56:42	2. ไม่เรียน			4. ส่วนของโรงเรียน	3. บุคลากรทางการศึกษา	7. ส่วนของโรงเรียน
6/1/2026, 14:59:35	1. ชื่อ	2. เพศ	33	4. ส่วนของโรงเรียน	3. บุคลากรทางการศึกษา	7. ส่วนของโรงเรียน
6/1/2026, 15:05:02	1. ชื่อ	2. เพศ	24	20. ส่วนของโรงเรียน	3. บุคลากรทางการศึกษา	6. ปีการศึกษา
6/1/2026, 15:10:49	1. ชื่อ	2. เพศ	53	20. ส่วนของโรงเรียน	3. บุคลากรทางการศึกษา	6. ปีการศึกษา
6/1/2026, 15:19:40	1. ชื่อ	2. เพศ	40	20. ส่วนของโรงเรียน	3. บุคลากรทางการศึกษา	6. ปีการศึกษา
6/1/2026, 15:28:33	1. ชื่อ	2. เพศ	52	4. ส่วนของโรงเรียน	1. ผู้ปกครอง/ผู้เกี่ยวข้อง	4. ส่วนของโรงเรียน
6/1/2026, 15:29:03	1. ชื่อ	1. ชาย	44	4. ส่วนของโรงเรียน	1. ผู้ปกครอง/ผู้เกี่ยวข้อง	2. ส่วนของโรงเรียน
6/1/2026, 15:35:23	1. ชื่อ	2. เพศ	23	4. ส่วนของโรงเรียน	3. บุคลากรทางการศึกษา	6. ปีการศึกษา
6/1/2026, 15:40:53	1. ชื่อ	2. เพศ	27	4. ส่วนของโรงเรียน	1. ผู้ปกครอง/ผู้เกี่ยวข้อง	4. ส่วนของโรงเรียน
6/1/2026, 15:47:26	1. ชื่อ	2. เพศ	51	2. ส่วนของโรงเรียน	3. บุคลากรทางการศึกษา	6. ปีการศึกษา

รูปที่ 23 หน้าแสดงผลข้อมูล SPREADSHEETS

4. หน้า SPREADSHEETS ด้านบนสุดจะมีที่อยู่ของข้อมูล หรือเรียกว่า URL หรือ HTTP:// ซึ่งจะใช้ทำสูตรการดึงข้อมูลระหว่างหน้า GOOGLE FORM กับหน้า SPREADSHEETS

5. เมื่อเตรียมหน้า SPREADSHEETS เสร็จแล้ว ขั้นตอนต่อไปจะเตรียมหน้าต่างสำหรับทำสูตรการติดตามของแต่ละจังหวัด โดยไปที่หน้า DRIVE ที่ทำ GOOGLE FORM แบบสอบถาม แล้วคลิกเลือก “ใหม่ >> GOOGLE ชิต >>สเปรดชีตเปล่า” จะได้หน้า SPREADSHEETS สำหรับการนำสูตรของ LINK ติดตามการเก็บข้อมูล ดังรูปที่ 24



รูปที่ 24 การสร้างหน้า SPREADSHEETS สำหรับทำสูตรติดตามการเก็บข้อมูล

5. เมื่อได้หน้าเปล่าแล้ว ให้ตั้งชื่อสเปรดชีต และด้านบนเป็นการติดตามการสำรวจครั้งที่เท่าไร
ระบุรายละเอียดพื้นที่เก็บ หน่วยบริการสาธารณสุขที่ดูแล และกำหนดเก็บ 3 กลุ่มอายุ ให้เรียบร้อย
ยกตัวอย่างของจังหวัดเชียงใหม่ ดังรูปที่ 25

พื้นที่เป้าหมาย	เป้าหมาย				รวม	เป้าหมาย				รวม
	อายุศูนย์พักพิง	อายุในพื้นที่เสี่ยง	บุคลากรสาธารณสุข	อาสาสมัคร		อายุศูนย์พักพิง	อายุในพื้นที่เสี่ยง	บุคลากรสาธารณสุข	อาสาสมัคร	
13. อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์	50	50	50	50	200	54	50	52	51	207
14. อำเภอการะเกด จังหวัดสุรินทร์	50	50	50	50	200	64	40	52	48	204
15. อำเภอปัวเขต จังหวัดสุรินทร์	50	50	50	50	200	164	90	114	107	475
15. อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์	50	50	50	50	200	117	54	57	151	379

รูปที่ 25 กำหนดรายละเอียดหน้า LINK ติดตามการเก็บข้อมูล

6. หน้าสเปรดชีตจากข้อ 5 จะเห็นว่าไม่มีคอลัมป์ A-C เนื่องจากจะเป็นคอลัมป์คำสั่งที่จะไปดึงข้อมูลจากสเปรดชีตของหน้าแบบสอบถาม GOOGLE FORM มา จึงต้องทำการซ่อนไว้ เพื่อจะใส่สูตรคำสั่ง

7. การทำสูตรใน LINK ติดตามการเก็บข้อมูลจะใช้ข้อมูล 2 ส่วน คือ อายุ และพื้นที่เป้าหมายในช่องคอลัมป์ A-C กำหนดสูตรคำสั่งดังนี้

คอลัมป์ A = A2. อายุ (ปี) โปรดระบุ

คอลัมป์ B = A3. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่ที่ใด

คอลัมป์ C = วางไว้เพื่อจะมีบางพื้นที่อาจจะต้องใส่สูตรเพิ่มเติม เช่น ใน GOOGLE FORM

แบบสอบถามเขียนพื้นที่ผิด เมื่อใส่สูตรคำสั่งพื้นที่นั้นจะไม่มาในLINK จึงต้องเว้นช่อง C ไว้ทำสูตรเพิ่มเติม ยกตัวอย่าง 3 พื้นที่แรก เขียนเป็น “จ.เชียงใหม่” แต่พื้นที่ที่ 4 เขียนเป็น “จ.เชียงใหม่” ดังนั้นเมื่อกำหนดสูตรแล้วพื้นที่ที่ 4 จะไม่มาใน LINK ติดตาม จึงต้องเว้นช่องนี้เพื่อไว้ทำสูตรเรียกข้อมูลเฉพาะพื้นที่ที่ 4

ในช่อง A จะกำหนดคำสั่ง ดังนี้

```
=FILTER(IMPORTRANGE("HTTPS://DOCS.GOOGLE.COM/SPREADSHEETS/D/1BRL7FYTYZQWQ8GRXEHJE82QPVSLJP57WX1NQV2ZW5TG/EDIT?USP=DRIVE_WEB&OUID=103626583665596085238", "การตอบแบบฟอร์ม 1!G2:F10000"), REGEXMATCH(IMPORTRANGE("HTTPS://DOCS.GOOGLE.COM/SPREADSHEETS/D/1BRL7FYTYZQWQ8GRXEHJE82QPVSLJP57WX1NQV2ZW5TG/EDIT?USP=DRIVE_WEB&OUID=103626583665596085238", "การตอบแบบฟอร์ม 1!F2:F10000"), "จังหวัดสุรินทร์"))
```

หมายถึง กำหนดฟิลเตอร์ (การเลือก) เอาสเปรดชีตที่เตรียมการตอบกลับ และเลือกเฉพาะการตอบกลับจาก GOOGLE FORM ของ จ. สุรินทร์ เท่านั้น

ในช่อง B จะแสดงกลุ่มเป้าหมายที่เก็บได้ และพื้นที่เป้าหมายนั้นๆ จากสูตรในช่อง A

คำถามจาก Google Form (ประชาชน)	
A2. อายุ (ปี) โปรดระบุ	A3. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่ที่ใด
15. อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์	3.บุคลากรสาธารณสุข
15. อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์	1. ผู้ป่วย/อยู่ในศูนย์พักพิง
15. อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์	1. ผู้ป่วย/อยู่ในศูนย์พักพิง
15. อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์	4.อาสาสมัคร/ญาติ/ผู้นำชุมชน
15. อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์	1. ผู้ป่วย/อยู่ในศูนย์พักพิง
15. อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์	3.บุคลากรสาธารณสุข
15. อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์	4.อาสาสมัคร/ญาติ/ผู้นำชุมชน
15. อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์	1. ผู้ป่วย/อยู่ในศูนย์พักพิง
15. อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์	1. ผู้ป่วย/อยู่ในศูนย์พักพิง

8. เมื่อทำสูตรครบแล้ว ให้ซ่อนคอลัมป์ A-C โดยคลิกกลุ่มคอลัมป์ A-C เป็นสีฟ้า แล้วคลิกขวา จากนั้นเลือก “ซ่อนคอลัมป์”

9. ที่ตารางสรุปผลการเก็บข้อมูล จะมีอยู่ 3 ส่วนหลักๆ คือ

ส่วนสีส้ม หมายถึง พื้นที่เป้าหมาย และหน่วยรับผิดชอบ ที่สุ่มได้

สีชมพูอ่อน หมายถึง จำนวนที่เก็บได้

สีชมพูเข้ม หมายถึง จำนวนที่ต้องเก็บเพิ่ม

โดยส่วนสำคัญที่ต้องทำสูตร คือ ส่วนสีชมพูอ่อน และสีชมพูเข้ม ดังนี้

9.1 จำนวนที่เก็บได้ (สีส้มอ่อน) จะใช้สูตร ดังรูปที่ 26 ดังนี้

จำนวนผู้ตอบแบบสำรวจเฉพาะพื้นที่จุดเฝ้าระวัง (Sentinel surveillance) ปฏิบัติทางอารมณ์ของคนไทยในสถานการณ์ชายแดนไทย - กัมพูชา ระหว่างวันที่ 5 - 9 มกราคม พ.ศ. 2569 จังหวัดสุรินทร์										
สรุปผลจำนวนผู้ตอบแบบสำรวจ (ประชาชน)										
พื้นที่เป้าหมาย	เป้าหมาย				รวม	เป้าหมาย				รวม
	กลุ่ม					กลุ่ม				
	อยู่ในพื้นที่พักพิง	อยู่ในพื้นที่เสี่ยง	บุคลากรสาธารณสุข	อาสาสมัคร		อยู่ในพื้นที่พักพิง	อยู่ในพื้นที่เสี่ยง	บุคลากรสาธารณสุข	อาสาสมัคร	
3. อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์	50	50	50	50	200	=COUNTIFS(A:A,"*13. อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์*",B:B,"*1. ผู้ป่วย/อยู่ในศูนย์พักพิง*")	52	51	207	
4. อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์	50	50	50	50	200		52	48	204	
5. อำเภอบัวเชด จังหวัดสุรินทร์	50	50	50	50	200		114	107	475	
6. อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์	50	50	50	50	200		117	54	151	

รูปภาพที่ 26 ตัวอย่างการใช้สูตรใน LINK ติดตามการเก็บข้อมูล



1. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. หลักระบาดวิทยาและความสำคัญต่องานสาธารณสุข ใน คู่มือการดำเนินงานทางระบาดวิทยา. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ กรุงเทพมหานคร. พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2542.
2. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในคู่มือการดำเนินงานทางระบาดวิทยา. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ กรุงเทพมหานคร. พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2542.
3. วรวรรณ จุฑา และคณะ. รายงานวิจัยความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชนไทยจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). พิมพ์ครั้งที่ 1 ปี พ.ศ. 2565. คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, เข้าถึง 6 มกราคม 2025, <https://dmh-elibrary.org/items/show/1673>
4. Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., et al. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020; 395 (10223):497–506.
5. World Health Organization. (n.d.). Coronavirus disease 2019. Retrieved March 11, 2020, from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
6. World Health Organization. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Combat 4th Wave of COVID-19: C4). 2020.
8. วชิระ เพ็งจันทร์. 4 Wave จาก Covid-19 ต่อ ระบบสุขภาพไทย. ถอดบทเรียนจากการเผยแพร่ความรู้ของ UPWELL Collective สถาบันการแพทย์ในออสเตรเลีย, Jesse O'Shea แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อ และ Victor Tseng แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา ทั้ง 2 อาศัยในสหรัฐอเมริกา. 2020. จาก <http://doh.hpc.go.th/bs/topicDisplay.php?id=393>
9. Upwell Health Collective. The future of healthcare. Camberwell, Australia: Upwell Health Collective. 2020.
10. กรมสุขภาพจิต. ผลสำรวจประชาชนไทยพบความเครียดสูงขึ้นตามสถานการณ์ระบาด และปรับตัวสูง. สุขภาพจิตคนไทยกับ COVID-19 กิจกรรม “สุขสโมสร” เวทีพูดคุย/สัมภาษณ์ และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างอธิบดีกรมสุขภาพจิต กับสื่อมวลชน และคณะผู้เชี่ยวชาญจากกรมสุขภาพจิต ในวันศุกร์ที่ 25 ธันวาคม 2563 เวลา 11.00 น. ณ ห้องประชุมสุขสโมสร ชั้น 2 อาคาร 4 กรมสุขภาพจิต.
11. ดวงมล สุจริตกุล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, สุพัฒนา สุขสว่าง. การศึกษาวิกฤติการณ์เมืองไทย ปี 2553 ในบริบทการเฝ้าระวังสุขภาพจิต. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56(2): 179-187
12. Johannes Hoogeveen. Data Collection in Fragile States. Rapid Emergency Response Survey. 2020 (eBook).
13. กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักวิชาการสุขภาพจิต. การสำรวจการรับรู้ และภาวะสุขภาพจิตของประชาชนไทยจากการระบาดของโควิด-19. 2020.
14. Eyles, J., Bosch, A., & Noah. Surveillance in health and disease. Oxford university press, Oxford, 1988.



15. Somalia, South Sudan, Yemen, Rep. Rapid Emergency Response Survey 2017, Pilot Project. <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/3402>
16. The call centers were located in-country for Nigeria, South Sudan, and Somalia, and in Egypt for Yemen. 2020
17. Henceforth, the term Ebola is used to refer to the virus, the disease, or the epidemic outbreak. 2020.
18. Alvin Etang and Kristen Himelein. Monitoring the Ebola Crisis Using Mobile Phone Surveys. 2020.
19. More information on this approach, including the instruments used, can be found on the L2A website: <http://www.worldbank.org/en/programs/listening-to-africa>. See also: Johannes Hoogeveen et al. (2014).
20. Alvin Etang and Kristen Himelein. Monitoring the Ebola Crisis Using Mobile Phone Surveys Available. at <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/24595/9781464809040.Pdf>
21. A mobile phone survey was also conducted in Guinea but using a different methodology (World 16).
22. วรวรรณ จุฑา และพนมศรี เสาร์สาร. ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจทางโทรศัพท์ (วันที่ 6-10 กันยายน 2542). ห้างหุ้นส่วนจำกัด สยามอินเสิร์ต มาร์เก็ตติ้ง (1996). สิงหาคม 2543
23. วรวรรณ จุฑา และพนมศรี เสาร์สาร. ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจทางโทรศัพท์ (วันที่ 8-12 มีนาคม 2542). ยี่มการพิมพ์. มิถุนายน 2542
24. อรวรรณ ศิลปกิจ. แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, ปีที่ 16, ฉบับที่ 3, 2551, หน้า 177.
25. Manote Lotrakul, Sutida Sumrithe and Ratana Saipanish. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. BMC Psychiatry 2008, 8:46
26. อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชนิ หัตถพนม, ไพรวลัย รมชัย, วรวรรณ จุฑา รายงานการวิจัย การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007) : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข . โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด กรุงเทพมหานคร , 2552.



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH