

ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคโควิดที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสนามของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

ณัฐฐา นน่อพันธ์*, คัดนางค์ วานิชย์เจริญ**, กัณณวัฒน์ สกูลหรั่ง*, เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ***

*โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

**สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

***คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลาราชนครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนามของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โดยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลสุขภาพใจ (Mental Health Check-In)

วิธีการศึกษา การศึกษาย้อนหลังโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่เก็บผ่านระบบฐานข้อมูลสุขภาพใจ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลประชากรทั่วไป และการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ พลังใจ ภาวะหมดไฟ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,282 คน ประกอบด้วยเพศหญิง ร้อยละ 64.4 และเพศชาย ร้อยละ 35.4 มีอายุเฉลี่ย 46.50 ± 16.72 ปี (ช่วงอายุ 18 - 86 ปี) ส่วนใหญ่เป็นผู้อาศัยในจังหวัดสงขลา ผลการคัดกรองสุขภาพจิตพบว่า ร้อยละ 10.8 มีพลังใจต่ำ ร้อยละ 4.7, 2.1, 1.4 และ 0.5 พบว่ามีความเครียด ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตามลำดับ โดยรวมพบว่าร้อยละ 15.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการ การวิเคราะห์ Logistic regression พบว่ากลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่ากลุ่มอายุ 18 - 39 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (aOR = 0.566; 95% CI = 0.405 - 0.791) ระยะเวลาของการตั้งโรงพยาบาลสนามพบว่าช่วง 5 เดือนหลัง (กันยายน 2564 - มกราคม 2565) พบปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าช่วง 5 เดือนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เมษายน 2564 - สิงหาคม 2564) (aOR = 0.349; 95% CI = 0.271 - 0.449) ส่วนเพศไม่ได้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพบปัญหาสุขภาพจิต

สรุป ผู้ป่วยโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ มีความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในระดับหนึ่ง โดยพลังใจต่ำเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในช่วงการระบาดของโรคอุบัติใหม่ เพื่อป้องกันและลดผลกระทบด้านสุขภาพจิต

คำสำคัญ โควิด 19 ปัญหาสุขภาพจิต ฐานข้อมูลสุขภาพใจ

Mental Health Problems and Related Factors of Covid-19 Patients at Field Hospital of Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Naruttha Norphun*, Kuckkanang Vanicharoen**, Kannawan Sakulrang*, Metta Lertkiatratchata***

*Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital

**Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health

***Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus

ABSTRACT

Objective: To examine mental health outcomes and associated factors among COVID-19 patients admitted to the field hospital of Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital by analyzing secondary data from the institutional Mental Health Check-In database.

Methods: This retrospective study utilized secondary data collected through the Mental Health Check-In system. The dataset included demographic characteristics and results from standardized mental health screening instruments, assessing resilience quotient, burnout, stress, depression, and suicide risk.

Results: A total of 2,282 individuals were included in the analysis, comprising 64.4 percent female and 35.4 percent male participants, with a mean age of 46.50 ± 16.72 years (range 18 - 86 years). The majority were residents of Songkhla province. Mental health screening revealed that 10.8% exhibited low resilience, while 4.7% experienced stress, 2.1% reported burnout, 1.4 % were at risk of depression, and 0.5% were at risk of suicide. Overall, 15.3% of participants had at least one mental health problem. Logistic regression analysis found that participants aged ≥ 60 years had significantly lower odds of mental health problems than those aged 18 - 39 years (adjusted odds ratio [aOR] = 0.566; 95% CI = 0.405 - 0.791). Regarding the duration of field hospital operations, the latter 5-month period (September 2021 - January 2022) had significantly lower odds of mental health problems than the first 5-month period (April 2021 - August 2021) (aOR = 0.349; 95% CI = 0.271 - 0.449). Sex was not associated with mental health problems.

Conclusion: COVID-19 patients admitted to the field hospital of Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital demonstrated a considerable prevalence of mental health issues, with low resilience being the most frequently reported condition. These findings underscore the importance of early psychological intervention during outbreaks of emerging infectious diseases, in order to mitigate adverse mental health outcomes.

Keywords: COVID-19, mental health problems, mental health check-in

Corresponding author: Naruttha Norphun

E-mail: n.naruttha@gmail.com

Received: 14 August 2025 Revised: 26 December 2025 Accepted: 30 December 2025

บทนำ

โรคโควิด (COVID-19) เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อทางร่างกายและจิตใจ โดยผู้ที่ได้รับการยืนยันการติดเชื้อมักมีอาการเครียด ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล หวาดกลัว หงุดหงิด และมีปัญหาการนอนได้ การประเมินทางจิตใจในผู้ป่วยที่ถูกกักตัว แสดงให้เห็นว่าร้อยละ 48 ของผู้ป่วย¹ มีความเครียดทางจิตใจอย่างชัดเจนในช่วงแรกของการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นมาจากการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเครียด โดยช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิดอย่างรุนแรงในประเทศ ตั้งแต่ช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นระลอกที่สาม ข้อมูลจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 พบจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ของจังหวัดสงขลาสูงเป็นอันดับที่สองรองลงมาจากกรุงเทพมหานคร² ดังนั้นสถานการณ์การติดเชื้อในจังหวัดสงขลาที่มีความรุนแรงอยู่มากในขณะนั้น ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยในระบบสาธารณสุขที่มีบุคลากร ทรัพยากร และสถานที่อย่างจำกัด ในระลอกที่สามนี้พบผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมาก ทำให้ระบบบริการต้องปรับรูปแบบการรองรับในลักษณะโรงพยาบาลสนามเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามแม้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่มีอาการทางกายรุนแรง แต่การติดเชื้อและการต้องแยกกักตัวสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้หลายมิติ จากความไม่แน่นอนของโรคและการเฝ้าระวังอาการ ความเหงา และการขาดการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงอารมณ์ซึมเศร้าและความรู้สึกหมดแรงจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทชีวิตอย่างกะทันหัน จึงมีความจำเป็นต้องมีระบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิตมีภารกิจเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาวิชาการและบริการด้านสุขภาพจิต ในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักและสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ จึงได้พัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพใจ (Mental Health Check-In)³ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมินสุขภาพจิตในรูปแบบออนไลน์ และมีระบบการให้ข้อมูลและการให้คำปรึกษาที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะเสี่ยงต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่ต้องประเมินคือ แบบประเมินพลังใจ (resilience quotient) ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (burnout) ความเครียด (stress) ซึมเศร้า (depression) และฆ่าตัวตาย (suicide)

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชชนกนครินทร์ กรมสุขภาพจิต เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

เขตสุขภาพที่ 12 ได้จัดตั้งโรงพยาบาลสนามในช่วงระบาด เพื่อสนับสนุนและรองรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ซึ่งมีจำนวนมากขึ้นในช่วงของการระบาดระลอกที่สามของจังหวัดสงขลา โดยมีบุคลากรของโรงพยาบาลหมื่นเวียนอัตรากำลังเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 นอกจากนี้ยังมีทีมดูแลเยียวยาจิตใจที่คอยสนับสนุนการช่วยเหลือปัญหาทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนามทุกราย ทำแบบประเมินสุขภาพใจที่สามารถค้นหาความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้ทันที โดยสามารถประเมินตนเอง ทราบผลได้ทันที และเข้าถึงการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างรวดเร็ว โดยทีมที่ดูแลของโรงพยาบาลสนาม เพื่อใช้ในการประเมินคัดกรองและให้ความช่วยเหลือบำบัด รวมถึงการพัฒนาระบบดูแลให้มีความครอบคลุมตามแนวทางการดูแลจิตใจในโรงพยาบาลสนาม สงขลา โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชชนกนครินทร์

แม้ว่าสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จะผ่านช่วงรุนแรงไปแล้ว แต่บทเรียนจากการจัดบริการในภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ยังมีความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมของระบบบริการสุขภาพจิตในอนาคต งานวิจัยที่ผ่านมาในไทยและต่างประเทศจำนวนมาก มุ่งรายงานความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในประชาชนทั่วไปหรือในผู้ป่วยหลังการติดเชื้อภายหลังจำหน่าย ขณะที่การบูรณาการการคัดกรองสุขภาพจิตในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจริงในบริบทสถานที่รักษาชั่วคราวยังมีข้อมูลจำกัด โดยเฉพาะในบริบทโรงพยาบาลสนามที่ดำเนินงานโดยหน่วยบริการจิตเวช ซึ่งมีทีมสหวิชาชีพและระบบเยียวยาจิตใจรองรับการศึกษานี้จึงมุ่งเน้นข้อมูลที่ได้จริงจากฐานข้อมูล Mental Health Check-In เพื่อสะท้อนทั้งภาวะปัญหาสุขภาพจิตที่ตรวจพบ และปัจจัยที่สัมพันธ์ในช่วงการรักษา ซึ่งสามารถต่อยอดสู่การพัฒนาแนวทางคัดกรองและการส่งต่อที่สามารถนำไปใช้ได้ในงานประจำ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องแยกกักตัว ดูแลในระบบ isolation ฯลฯ และใช้เป็นการเตรียมพร้อมรับมือเหตุฉุกเฉินหรือโรคอุบัติใหม่ในอนาคต โดยเน้นการระบุและเชื่อมต่อการช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้นอย่างทันท่วงที

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบภาคตัดขวาง ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ DMH.IRB 028/2567 BRm_Exp

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนามของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ผู้รักษาตัวโรงพยาบาลสนามโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ 2) ผู้รักษาตัวที่ประเมินสุขภาพใจ (Mental Health Check-In) เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) อายุต่ำกว่า 18 ปี 2) ข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,282 คน โดยวิเคราะห์ข้อมูลทุกราย

เครื่องมือ

1) แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ภูมิลำเนา

2) แบบประเมินพลังใจ (resilience quotient) เป็นเครื่องมือที่ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน¹⁸ ได้แก่ ด้านความทนทานอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหาแต่ละด้านให้คะแนนด้านละ ตั้งแต่ 1 ถึง 10 คะแนน รวม 30 คะแนน แปลผลดังนี้ 3 - 14 คะแนน หมายถึง มีพลังใจระดับต่ำ 15 - 23 คะแนน หมายถึง มีพลังใจระดับปานกลาง และ 24 - 30 คะแนน หมายถึง มีพลังใจระดับสูง

3) แบบภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (burnout)⁴ ประกอบด้วย 1 คำถาม คือ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์รู้สึกหมดพลัง หมดหวังสูญเสียพลังงานทางจิตใจหรือไม่ ได้แก่ แทบไม่มี (1 คะแนน), เป็นบางครั้ง (2 คะแนน), บ่อยครั้ง (3 คะแนน) และเป็นประจำ (4 คะแนน)

4) แบบทดสอบความเครียด (ST- 5) พัฒนาโดย อรวรรณ ศิลปะกิจ⁵ เป็นแบบวัดความเครียด 5 ข้อ โดยแบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ ได้แก่ แทบไม่มี (0 คะแนน), เป็นครั้งคราว (1 คะแนน), บ่อยๆ ครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) คิดเป็นคะแนนรวมระหว่าง 0 - 15 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น เครียดเล็กน้อย (0 - 4 คะแนน), เครียดปานกลาง (5 - 7 คะแนน), เครียดมาก (8 - 9 คะแนน) และเครียดมากที่สุด (10 - 15 คะแนน) โดยระดับความเครียดมากขึ้นไป (ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป) ถือว่ามีความเสี่ยง มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient 0.85

5) แบบประเมินซึมเศร้า ประกอบด้วย แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)⁶ ใช้คัดกรองค้นหาผู้มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 2 สัปดาห์ โดยคำตอบมี 2 แบบ

คือ มีและไม่มี ถ้าคำตอบมีในข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึงเป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 96.5 และมีค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 44.6 ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (positive likelihood ratio) เท่ากับ 1.74 เท่า แต่ถ้าใช้ทั้งสองข้อ มีความจำเพาะร้อยละ 85.1 ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (positive likelihood ratio) 4.82 เท่า หากพบว่ามีข้อใดข้อหนึ่งจึงประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เป็นแบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า⁷ มีค่าความไวและความจำเพาะ ร้อยละ 75.7 และ 93.4 ตามลำดับ และค่า ROC area เท่ากับ 0.897 (95%CI = 0.850 - 0.947) เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) จำนวน 9 ข้อ เหมาะสำหรับการประเมินอาการของโรคซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (0 คะแนน), เป็นบางวัน 1 - 7 วัน (1 คะแนน), เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน (2 คะแนน) และเป็นทุกวัน (3 คะแนน) มีคะแนนรวมระหว่าง 0 - 27 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 4 ระดับ คือ ระดับปกติหรือมีอาการน้อยมาก (0 - 6 คะแนน), ระดับน้อย (7 - 12 คะแนน), ระดับปานกลาง (13 - 18 คะแนน) และระดับรุนแรง (ตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป)

6) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) เป็นประเมินเพื่อค้นหาผู้มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย โดยวัดคะแนนจาก 8 คำถาม ซึ่งแต่ละข้อหากตอบว่าใช่จะมีคะแนนที่ต่างกันไป และเมื่อรวมคะแนนจะแปลผลได้ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน, 1 - 8 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย, 9 - 16 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง, 17 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับรุนแรง⁸

ผลลัพธ์หลักของการศึกษาคือผลคัดกรองแบบรวม หมายถึง พบปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 ด้าน ดังต่อไปนี้ หมดไฟ (burnout) อยู่ในระดับ “บ่อยครั้ง” หรือ “เป็นประจำ” ความเครียด (ST-5) อยู่ในระดับ “เครียดมาก” หรือ “เครียดมากที่สุด” เสี่ยงซึมเศร้า (9Q) อยู่ในระดับ “น้อย” หรือ “ปานกลาง” หรือ “รุนแรง” เสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q) อยู่ในระดับ “เล็กน้อย” หรือ “ปานกลาง” หรือ “มาก” และพลังใจ (RQ) อยู่ในกลุ่ม “ต่ำ”

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต แล้วรวบรวมชุดข้อมูล

ต้นทางของผู้รักษาตัวที่ประเมินสุขภาพใจ ในสถานที่รักษาผู้ติดเชื้อของโรงพยาบาลสนาม ของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 เนื่องจากการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิย้อนหลังจากฐานข้อมูล Mental Health Check-In โดยไม่มีการติดต่อหรือแทรกแซงผู้ป่วย หลังจากนั้นจัดการข้อมูลโดยตัดข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ออกก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ชื่อสกุล เบอร์โทรศัพท์ จากนั้นแจกแจงข้อมูล (parsing) เฉพาะชุดข้อมูลส่วนที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ เช่น เพศ อายุ จังหวัด วันที่ทำการประเมิน และคะแนนประเมินความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต แก้ไขข้อมูลที่ผิดพลาด (correcting) โดยแก้ไขข้อความหรือตัวเลขให้ถูกต้องตรงกับประเภทข้อมูลในแต่ละหัวข้อ การทำข้อมูลให้เป็นรูปแบบเดียวกัน (standardizing) ได้แก่ การแก้ไขข้อความที่มีความหมายเดียวกันให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน การกำหนดชื่อตัวแปรเพื่อเตรียมชุดข้อมูลในการประมวลผล ลบชุดข้อมูลซ้ำซ้อนทิ้ง (duplicate elimination) ได้แก่ การตัดบันทึกที่มีการประเมินซ้ำโดยไม่ตั้งใจ เช่น ชื่อผู้ประเมินเดียวกัน วันที่ประเมินเดียวกัน เวลาประเมินใกล้เคียงกัน และผลการประเมินเหมือนกัน ได้ข้อมูลผู้รักษาตัวในโรงพยาบาลสนามทั้งหมดจำนวน 2,282 คน นำข้อมูลทั้งหมดใส่รหัสโดยที่จะไม่ระบุชื่อก่อนนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งระบบคอมพิวเตอร์กำหนดให้ตัวแปรสำคัญเป็นช่องบังคับกรอกและตรวจสอบความครบถ้วนก่อนบันทึก หากกรอกไม่ครบระบบจะไม่อนุญาตให้ส่งแบบประเมิน จึงไม่พบข้อมูลสูญหายในตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ ในด้านความปลอดภัยของข้อมูล ผู้วิจัยจัดเก็บไฟล์ข้อมูลและไฟล์วิเคราะห์ในพื้นที่จัดเก็บที่มีการกำหนดสิทธิ์เข้าถึง ตั้งรหัสผ่าน และจำกัดการเข้าถึงเฉพาะทีมวิจัยที่ได้รับมอบหมายเท่านั้น ไม่ส่งต่อข้อมูลดิบที่อาจเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลผ่านช่องทางสาธารณะ และรายงานผลในภาพรวมเพื่อไม่ให้อาการระบุตัวตนได้ ทั้งนี้จะเก็บและทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

จัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 30 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและปัญหาสุขภาพจิตด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ พร้อมช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 หรือค่าเฉลี่ยร่วมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบลักษณะการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Chi-squared หรือ Fisher's exact test และ Student t-test วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่ .05 จากนั้นนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติเข้าสมการ Multiple logistic regression

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง 2,282 คน พบว่าหญิง ร้อยละ 64.4 และชาย ร้อยละ 35.4 อายุเฉลี่ย (mean \pm S.D.) 46.50 ± 16.72 ปี อายุต่ำสุดและสูงสุดคือ 18 และ 86 ปี ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในจังหวัดสงขลา ร้อยละ 98.3 จังหวัดอื่นในภาคใต้ยกเว้นสงขลา และภาคอื่น ร้อยละ 1.4 และ 0.3 ตามลำดับ ผลการประเมินสุขภาพใจจากฐานข้อมูล พบพลังใจต่ำ ร้อยละ 10.8 รองลงมาคือความเครียดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ เสี่ยงโรคซึมเศร้า และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 4.7, 2.1, 1.4 และ 0.5 ตามลำดับ และพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการ คิดเป็นร้อยละ 15.3 ตามตารางที่ 1

เมื่อแบ่งข้อมูลออกเป็น 2 ช่วง ช่วงละ 5 เดือน ช่วงที่ 1 คือเดือนเมษายน - สิงหาคม พ.ศ. 2564 และช่วงที่ 2 คือเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 - มกราคม พ.ศ. 2565 ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,046 และ 1,236 คน ตามลำดับ พบว่าข้อมูลสุขภาพจิตมีแนวโน้มลดลงในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นเสี่ยงฆ่าตัวตาย ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตที่พบความชุกสูงสุดคือพลังใจต่ำ ตามแผนภาพที่ 1

การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก พบว่ากลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสพบปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการ (Adjusted OR = 0.566; 95% CI = 0.405 - 0.791) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 18 - 39 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนช่วงอายุ 40 - 59 ปี ไม่แตกต่างกัน ระยะเวลาของการตั้งโรงพยาบาลสนามพบว่าช่วง 5 เดือนหลัง (กันยายน 2564 - มกราคม 2565) พบปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าช่วง 5 เดือนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR = 0.349; 95% CI = 0.271 - 0.449) ส่วนเพศไม่ได้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพบปัญหาสุขภาพจิต ตามตารางที่ 2

วิจารณ์

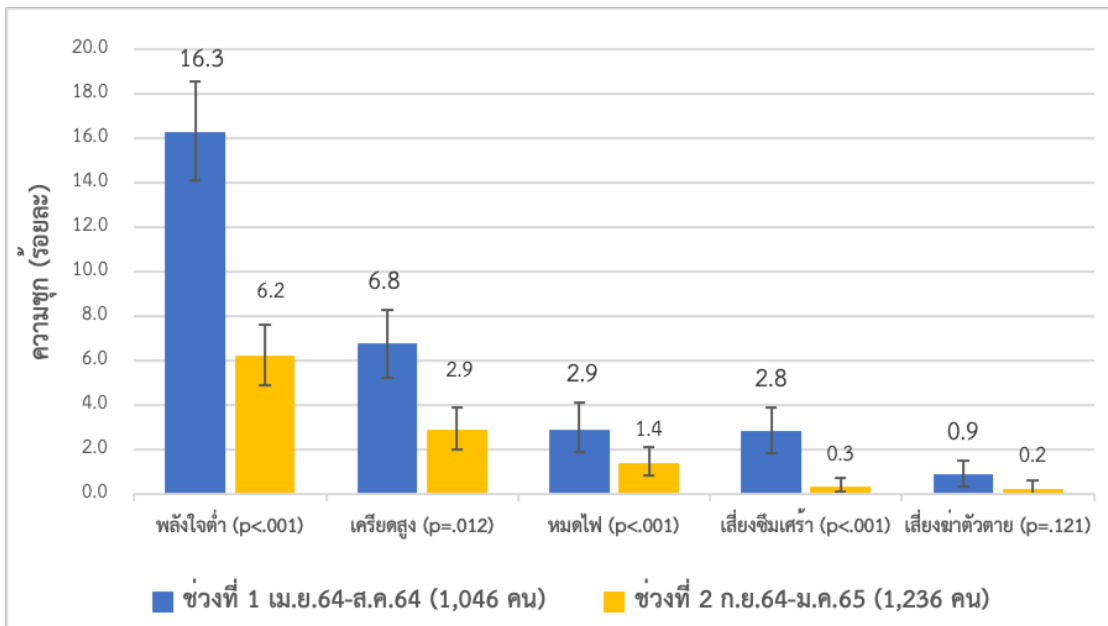
การศึกษานี้พบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการในกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 15.3 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ ร้อยละ 46.3⁹ ที่ศึกษาในผู้ป่วยระยะแรกหลังการติดเชื้อเช่นเดียวกัน อาจสะท้อนถึงเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลไม่เหมือนกัน ทำให้พบความชุกที่แตกต่างกันได้ รวมถึงการวางแผนในการเก็บข้อมูลในช่วงขณะที่มีการระบาดต้องอยู่ภายใต้สถานการณ์ที่มีข้อจำกัดหลายอย่าง จึงทำให้แต่ละพื้นที่มีวิธีการรวบรวมข้อมูลที่ไม่ได้เป็นรูปแบบเดียวกัน นอกจากนี้ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพารา¹⁰ เก็บข้อมูล

ตารางที่ 1 ผลการประเมินสุขภาพจิตจากฐานข้อมูลสุขภาพใจ (Mental Health Check-In)

ผลการประเมินสุขภาพจิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ	95% CI
ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (burnout)			
ปกติ (1 - 2 คะแนน)	2235	97.9	97.3 - 98.5
เสี่ยง (3 - 4 คะแนน)	47	2.1	1.5 - 2.7
ความเครียด (ST-5)			
ไม่มีความเครียดหรือเครียดน้อย (0 - 4 คะแนน)	2175	95.3	94.5 - 96.2
เครียดปานกลาง (5 - 7 คะแนน)	84	3.7	2.9 - 4.4
เครียดมาก (8 - 9 คะแนน)	8	0.4	0.1 - 0.6
เครียดมากที่สุด (10 - 15 คะแนน)	15	0.7	0.4 - 1.0
คัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q)			
ปกติ (0 ข้อ)	2186	95.8	95.0 - 96.6
ผิดปกติ (1 - 2 ข้อ)	96	4.2	3.4 - 5.0
เสี่ยงโรคซึมเศร้า (9Q)			
ไม่มี (0 - 6 คะแนน)	2249	98.6	98.0 - 99.0
น้อย (7 - 12 คะแนน)	20	0.9	0.5 - 1.3
ปานกลาง (13 - 18 คะแนน)	10	0.4	0.2 - 0.7
รุนแรง (19 - 24 คะแนน)	3	0.1	0.0 - 0.3
เสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q)			
ไม่มี (0 คะแนน)	2270	99.5	99.1 - 99.7
เล็กน้อย (1 - 8 คะแนน)	6	0.3	0.1 - 0.5
ปานกลาง (9 - 16 คะแนน)	4	0.2	0.0 - 0.4
มาก (ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป)	2	0.1	0.0 - 0.3
พลังใจ (RQ)			
ปกติ (15 - 30 คะแนน)	2035	89.2	87.9 - 90.4
ต่ำ (3 - 14 คะแนน)	247	10.8	9.6 - 12.1
มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 อาการ (พบว่าเสี่ยงใน burnout หรือ ST-5 ≥ 8 หรือ 9Q ≥ 7 หรือ 8Q ≥ 1 หรือ RQ ต่ำ)			
ไม่มี	1932	84.7	83.2 - 86.1
มี	350	15.3	13.9 - 16.8

ในผู้ป่วยที่รับบริการแบบ home isolation พบความชุกของความเครียดและซึมเศร้า ร้อยละ 46.3 และ 10.5 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่างานวิจัยนี้ อาจเป็นเพราะในช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลมีความแตกต่างกับการศึกษานี้ ทำให้ความชุกแตกต่างกัน เป็นไปได้ว่าเพราะสถานการณ์การระบาดที่แตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในโรคและสามารถจัดการกับปัญหา รวมถึงความเครียดจากการติดเชื้อแตกต่างกันไป และลักษณะประชากรในพื้นที่ต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบในช่วงเวลาที่แตกต่างกันตลอด 10 เดือน คือ 5 เดือนแรก (เมษายน - สิงหาคม พ.ศ. 2564) และ 5 เดือนหลัง (กันยายน พ.ศ. 2564 - มกราคม พ.ศ. 2565) มีแนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิตลดลง อาจเป็นเพราะความรู้สึกกังวลตื่นตระหนก และความเครียดเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ลดลง ความรู้เกี่ยวกับตัวโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น สามารถดูแลรักษาตัวเองทางร่างกายเบื้องต้นได้ดีขึ้น ช่วงหลังอาจมีเกณฑ์รับเข้า



แผนภาพที่ 1 ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตแยกตามช่วง 5 เดือน

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 อาการ

ปัจจัย	Adjusted odds ratio 95% CI	p-value
เพศ		
ชาย	1	
หญิง	1.103 (0.865 - 1.406)	.428
อายุ		
18 - 39 ปี	1	
40 - 59 ปี	0.844 (0.651 - 1.095)	.202
60 ปีขึ้นไป	0.566 (0.405 - 0.791)	< .001
ระยะเวลาของการตั้งโรงพยาบาลสนาม		
ช่วง 5 เดือนแรก (เม.ย. - ธ.ค. 64)	1	
ช่วง 5 เดือนหลัง (ก.ย. 64 - ม.ค. 65)	0.349 (0.271 - 0.449)	< .001

โรงพยาบาลสนามเปลี่ยนแปลง รวมถึงการสื่อสารความเสี่ยง (risk communication) ที่ดีขึ้น และระบบบริการการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลสนามมีรูปแบบที่ชัดเจนมากขึ้น ทีมสหวิชาชีพมีความชำนาญมากกว่าในระยะแรกสามารถให้บริการดูแลบำบัดรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการดูแลของทีมดูแลที่โรงพยาบาลสนามของโรงพยาบาลจิตเวช สงขลา ราชชนครินทร์ว่าไม่ได้มีความแตกต่างกันในด้านการให้บริการการแพทย์รวมถึงการดูแลผลกระทบจากการติดเชื้อ และสามารถดูแลด้านจิตใจได้อย่างดียิ่งด้วย

ผลการประเมินปัญหาสุขภาพจิตพบความชุกสูงสุดคือการมีพลังใจต่ำ อาจเป็นผลจากการมาอยู่ที่โรงพยาบาลสนามทำให้ต้องแยกจากคนใกล้ชิดที่ให้การสนับสนุนทางสังคม เช่น คู่สมรส ครอบครัว เพื่อน คนรอบข้าง ส่งผลให้มีพลังใจต่ำ และพบมากในระยะแรกของช่วงการระบาดที่มีความรุนแรงสูง เช่นเดียวกับในช่วงที่ลือคความที่ต่อแยกจากกับคนอื่น¹¹ นอกจากนี้การได้ออกไปทำกิจกรรมข้างนอกในช่วงระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 มีความเกี่ยวข้องกับการมีพลังใจสูง¹² และการได้รับการส่งเสริมเกี่ยวกับพลังใจ “อึด ยึด ลู” สามารถเสริมสร้างพลังใจช่วยป้องกัน

ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ที่ตามมาได้¹³ ส่วนปัญหาสุขภาพจิตที่พบรองลงมาคือความเครียด พบว่าเป็นผลมาจากปัจจัยทางชีวภาพที่พบว่าเกิดจากการเกิดลิ้มเลือดขนาดเล็กในหลอดเลือดที่มีกระบวนการอักเสบทางระบบทั่วร่างกาย (systemic inflammation) นอกจากนี้เป็นผลโดยตรงจากเชื้อไวรัสโควิด 19 และเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic dysfunction)¹⁴ และปัจจัยด้านจิตสังคมคือ การตีตราในผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดโดยตรง หรือเป็นผลจากปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับที่เกิดรุนแรงขึ้นหรือเกิดอย่างต่อเนื่อง¹⁵ แม้แต่ในกลุ่มที่ไม่ได้ติดเชื้อโดยตรงก็ยังพบความเครียดเช่นกัน¹⁶

ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ พบความชุกร้อยละ 2.1 แต่อย่างไรก็ตามการนำประเด็นเรื่องหมดไฟมาวัดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสนาม อาจมีข้อจำกัดที่ไม่ตรงกับสิ่งที่ต้องการวัดจากแบบประเมิน เนื่องจากเป็นสภาวะที่ประเมินความเหนื่อยล้าหมดไฟทางอารมณ์จากบริบทงานมากกว่าสถานการณ์เจ็บป่วย ในขณะที่ภาวะหมดไฟสามารถเกิดได้ชัดเจนในกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนาม ซึ่งต้องเผชิญภาระงานและความกดดันต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ถูกประเมินที่พักอยู่ในโรงพยาบาลสนามมีกิจวัตรที่ไม่ได้เข้าถึงการทำงาน จึงอาจพบภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟต่ำ หากมีการติดตามหลังจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยกลับไปเผชิญภาระงานและข้อจำกัดทางสังคมเศรษฐกิจตามเดิม อาจพบอาการที่สอดคล้องกับภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟมากขึ้น¹¹⁻¹³

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบรองลงมา ซึ่งพบความชุกไม่มาก เนื่องจากอาการซึมเศร้าในช่วงระยะติดเชื้อยังไม่มีอาการแสดง หรือเป็นเพียงแคความรู้สึกเศร้าที่เป็นผลจากความเครียด จำเป็นต้องสังเกตอาการเพื่อวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยต่อไป ซึ่งการเลือกใช้แบบประเมินคัดกรอง 2Q และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q อาจจะยังไม่เหมาะสมสำหรับการคัดกรองในช่วงภาวะติดเชื้อ ซึ่งเป็นระยะแรกที่สามารถบอกได้ว่ามีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหรือไม่ ควรใช้วิธีการหรือเครื่องมืออื่นในการคัดกรองในอนาคต ซึ่งจากการติดตามผลกระทบด้านอาการซึมเศร้า¹⁷ พบการได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 11 - 29 ที่มีการติดตามภายหลังหายจากโรคโควิด 19 เป็นเวลา 3 - 6 เดือน แต่อย่างไรก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคโควิด 19 กับภาวะซึมเศร้า¹⁷

ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายจากแบบประเมิน 8Q พบว่ามีจำนวนซึ่งต่ำกว่าการศึกษาก่อนหน้า⁹ ผลที่ต่ำอาจอธิบายได้จากการอยู่ในระยะรักษาตัวในโรงพยาบาลสนาม ซึ่งมีการคัดกรองเชิงรุกและเข้าถึงทีมสหวิชาชีพด้านจิตเวชอย่างใกล้ชิด ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว สัมพันธ์กับความทุกข์ใจเพิ่มความหวัง^{11,13} และแนวโน้มการตอบสนองแบบคัดกรองการฆ่าตัวตายในบริบทที่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานที่ของโรงพยาบาลจิตเวช อาจจะไม่พบโอกาสตอบว่า “ใช่” สูงกว่า ที่สะท้อนถึงความเสี่ยงสูงพบไม่มากพอ⁸ การติดตามซ้ำหลังจากจำหน่าย จึงเป็นประเด็นที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มอายุ 18 - 39 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มอายุอื่น สอดคล้องกับการศึกษาในฐานข้อมูลโปรแกรม Mental Health Check-in ที่พบว่า กลุ่มวัยทำงานมีความชุกของความเครียดซึมเศร้า ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ความเครียด และภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ รวมถึงมีระดับพลังงานจิตต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มวัยสูงอายุ¹⁸ เป็นไปได้ว่าในกลุ่มอายุดังกล่าวต้องมีการปรับตัวทางด้านอารมณ์จากการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมหรือกดดัน ไม่สามารถแสดงถึงศักยภาพได้อย่างเต็มที่ และปัญหาด้านการปรับตัวที่เกิดจากการไม่สามารถปรับตัวกับการเผชิญปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นได้ใหม่ โดยเฉพาะจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 ที่พบความสัมพันธ์กับกลุ่มอายุดังกล่าวมีความกังวลหลายอย่าง¹⁹ เช่น กลัวว่าการที่ตนเองป่วยขณะนี้อาจจะแพร่เชื้อให้แก่คนอื่นในครอบครัว ไม่ได้ทำงานขาดรายได้เพราะต้องนอนโรงพยาบาล เป็นต้น ส่วนปัจจัยด้านเพศไม่ได้มีความแตกต่างกัน อาจเป็นเพราะในช่วงการระบาดรุนแรงจากโรคอุบัติใหม่ ทั้งสองเพศสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ไม่แตกต่างกัน ทำให้อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นและการปรับตัวในช่วงดังกล่าวเหมือนกัน

ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่รักษาในโรงพยาบาลสนามของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ นอกจากจะได้รับการดูแลรักษาทางร่างกายแล้ว ยังได้รับการดูแลจิตใจร่วมด้วย ได้แก่ การได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพ (multi-professional intervention)²⁰ การปฐมพยาบาลทางใจ (psychological first aid) การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการให้บริการอื่นๆ ที่มีประโยชน์ต่อการดูแลจิตใจผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่รักษาในโรงพยาบาลได้ เช่น โปรแกรมฝึกสติออนไลน์ (tele-mindfulness

program)²¹ เป็นต้น การระบาดในครั้งใหญ่นี้เป็นบทเรียนให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระบบสุขภาพจิตเห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาแนวทางการจัดการสุขภาพจิตตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อรับมือกับการระบาดของโรคอุบัติใหม่ได้ในอนาคต²²

ข้อจำกัดของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ เป็นการศึกษาเชิงย้อนหลังจากฐานข้อมูลการประเมินสุขภาพใจ (Mental Health Check-In) ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและตัวแปรสำคัญอื่นๆ นอกเหนือจากข้อมูลที่บันทึกไว้ในระบบได้ ส่งผลให้การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทำได้จำกัดเพียงเพศ อายุ และช่วงเวลา อีกทั้งการประเมินดังกล่าวเป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นในสถานพยาบาลที่ทำให้ข้อมูลไม่ถูกต้อง เช่น การบันทึกผ่านระบบดิจิทัล อาจพบปัญหาในผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีข้อจำกัดด้านทักษะ และการรายงานที่ไม่ตรงความเป็นจริงจากความกังวลเรื่องการถูกตีตราหรือความเป็นส่วนตัว โดยเฉพาะคำถามด้านอารมณ์รุนแรงและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ฯลฯ นอกจากนี้ การติดเชื้อโควิด 19 เป็นภาวะวิกฤตที่อาจมีอาการทางจิตเวชเกิดตามมาในระยะหลัง เช่น ปัญหาการนอน ภาวะเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ที่อาจปรากฏภายหลังการติดเชื้อได้ ทำให้การคัดกรองในช่วงแรกอาจไม่ครอบคลุมปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลัง และการศึกษาไม่ได้ติดตามผลระยะยาว เนื่องจากการศึกษาเป็นแบบตัดขวางและปรับตัวแปรร่วมในโมเดลได้จำกัด จึงอาจมีปัจจัยกวนที่ไม่ได้บันทึกหรือไม่ได้ปรับ เช่น ความรุนแรงของโรค อาการทางกาย การได้รับวัคซีน สถานะเศรษฐกิจสังคม หรือประวัติสุขภาพจิตเดิม รวมถึงข้อมูลมาจากโรงพยาบาลสนามของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เพียงแห่งเดียวซึ่งมีทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพจิตดูแล ทำให้ความซุกตึกว่าโรงพยาบาลสนามรูปแบบอื่น ควรระมัดระวังในการสรุปผลไปยังบริบทอื่นหรือช่วงเวลาการระบาดที่ต่างกัน และบริบทของการรักษาในโรงพยาบาลสนามที่มีระบบคัดกรองเชิงรุกและการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว อาจลดโอกาสที่อาการจะพัฒนาไปสู่ความรุนแรง รวมถึงลักษณะกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอาจมีความแตกต่างจากประชากรทั่วไป เช่น ผู้ที่มีภาวะจิตเวชเดิมอาจได้รับการดูแลต่อเนื่องอยู่แล้ว ฯลฯ

สรุป

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ป่วยโควิด 19 ที่รักษาในโรงพยาบาลสนามของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

พบว่าความซุกตึกของปัญหาสุขภาพจิตในบริบทโรงพยาบาลสนามต่ำกว่ารายงานจากบริบทอื่น สะท้อนถึงบทบาทสำคัญของการเข้าถึงทีมสหวิชาชีพ การปฐมพยาบาลทางใจ และการสนับสนุนทางสังคม การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการคัดกรองสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การติดตามภายหลังจำหน่ายเพื่อให้สามารถให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีและเหมาะสมตลอดจนพัฒนาการเสริมสร้างพลังใจเพื่อลดผลกระทบระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ สำหรับการสนับสนุนข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ การวิจัยนี้ได้รับงบประมาณทุนอุดหนุนวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ประจำปีงบประมาณ 2567

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ผู้วิจัยขอแจ้งว่าไม่มีความขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ณัฐฐา น่อพันธ์: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และตรวจสอบแก้ไขบทความ; ศศินา คำนวณ: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล; เมตตา เลิศเกียรติวิริยะ: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล; กณณวัฒน์ สกุลหรั่ง: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Mental health crisis assessment and treatment team: MCATT COVID-19 [Internet]. Nonthaburi: Department of mental health. 2020 [cited 2024 Oct 17]. Available from: <https://dmh.go.th/covid19/pnews/files/MCATTupdate.pdf>.
2. COVID-19 dashboard [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control. 2022 [cited 2022 Jun 27]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>.
3. Mental Health Check [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health. 2022 [cited 2022 Aug 27]. Available from: <https://checkin.dmh.go.th/>.
4. Silpakit O. Srithanya stress scale. J Ment Health Thai 2012;16(3):177-85.
5. Arunpongpaissal S, Kongsuk T, Maneethorn N, Maneethorn B, Wannasawek K, Leejongpermpoon J, et al. Development and validity of two-question screening test for depressive disorders in Northeastern Thai community. Asian J Psychiatr 2009;2(4):149-52.

6. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018;63(4):321–4.
7. Detkong T, Gunadhivadhana P, Tipchot T, Wuttiharn P. Reliability and validity of resilience inventory 3-item version. *J Ment Health Thai* 2023;30(4):297–306.
8. Manual for screening people with suicidal behavior problems [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health. 2015 [cited 2024 Oct 17]. Available from: <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202301161330193317.pdf>
9. Zürcher SJ, Banzer C, Adamus C, Lehmann AI, Richter D, Kerksieck P. Post-viral mental health sequelae in infected persons associated with COVID-19 and previous epidemics and pandemics: systematic review and meta-analysis of prevalence estimates. *J Infect Public Health* 2022;15(5):559–608.
10. Thippunya C, Saengsawang S, Boonpang K, Charoensuk T. The prevalence and associated factors of psychiatric problems in post COVID-19 syndrome among patients at home isolation, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry* 2023;17(2):48–61.
11. Killgore W, Taylor E, Cloonan S, Dailey N. Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry Res* 2020;291:113216.
12. Pusaksrikit T, Assarut N. Exploring COVID-19 anxiety, resilience, and consumer lifestyles of rural and urban Thai consumers. *Kasetsart J Soc Sci* 2023;44(4):975–86.
13. Detkong T, Tipchot T, Gunadhivadhana P, Aksorn S. The effects of resilience enhancement program on resilience of individuals impacted during the coronavirus 2019 pandemic. *J Somdet Chaopraya Inst Psychiat* 2023;17(1):54–67.
14. Tantipasawasin P, Tantipasawasin S. Post-COVID condition (Long COVID). *CHJ* 2022;47(1):67–84.
15. Kubota T, Kuroda N, Sone D. Neuropsychiatric aspects of long COVID: a comprehensive review. *Psychiatry Clin Neurosci* 2023;77(2):84–93.
16. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun* 2020;89:531–42.
17. Renaud-Charest O, Lui LMW, Eskander S, Ceban F, Ho R, Di Vincenzo JD, et al. Onset and frequency of depression in post-COVID-19 syndrome: a systematic review. *J Psychiatr Res* 2021;144:129–37.
18. Detkong T, Aksorn S, Gunadhivadhana P, Assadonsak K, Tipchot T. Correlation between the resilience inventory 3-item version and screening of mental health problems by age group. *J Ment Health Thai* 2023;31(1):52–63.
19. Kasemsuk K, Boonbunjob U. Health promotion of early adulthood development nurses' important role. *Royal Thai Air Force Med Gaz* 2018;64(3):101–7.
20. Ryal JJ, Perli VAS, Marques DC de S, Sordi AF, Marques MG de S, Camilo ML, et al. Effects of a multi-professional intervention on mental health of middle-aged overweight survivors of COVID-19: a clinical trial. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20(5):4132.
21. Milani G, Zerbinati L, Grassi L, Fregna G, Schincaglia N, Baroni A, et al. Tele-mindfulness program for mental health in previously hospitalized COVID-19 patients: a quasi-experimental study. *Adv Rehabil Sci Pract* 2024;13:27536351241308176.
22. Alshammari MA, Alshammari TK. COVID-19: a new challenge for mental health and policymaking recommendations. *J Infect Public Health* 2021;14(8):1065–8.